

eLearning

## บทสนทนา “Health Literacy”



พัฒนาโดย

นพ.ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล

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

สมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย (THLA)



## เนื้อหาในหลักสูตร (3 Modules 8 Topics)

### Module

### Topic



1. ความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (แปลจาก Solid Fact Part A)
2. Health Literacy จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ
3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในฐานะที่เป็นยุทธศาสตร์ในระดับประชากรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (แปลจากบทความของ Don Nutbeam)



4. Health Literacy Setting (แปลจาก Solid Fact part B)
5. Media and Communication (แปลจาก Solid Fact)
6. Recent Development in implementing Organizational Health Literacy (แปลจากคำบรรยายของ Professor Stephan Van Den Broucke)



7. ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ Health Literacy
8. การพัฒนานโยบายเพื่อการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (แปลจาก Solid Fact Part C)

## Module ที่ 1

### What and Why Health Literacy



1. ความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (แปลจาก Solid Fact Part A)
2. Health Literacy จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ
3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในฐานะที่เป็นยุทธศาสตร์ในระดับประชากร  
เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (แปลจากบทความของ Don Nutbeam)

## 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:**

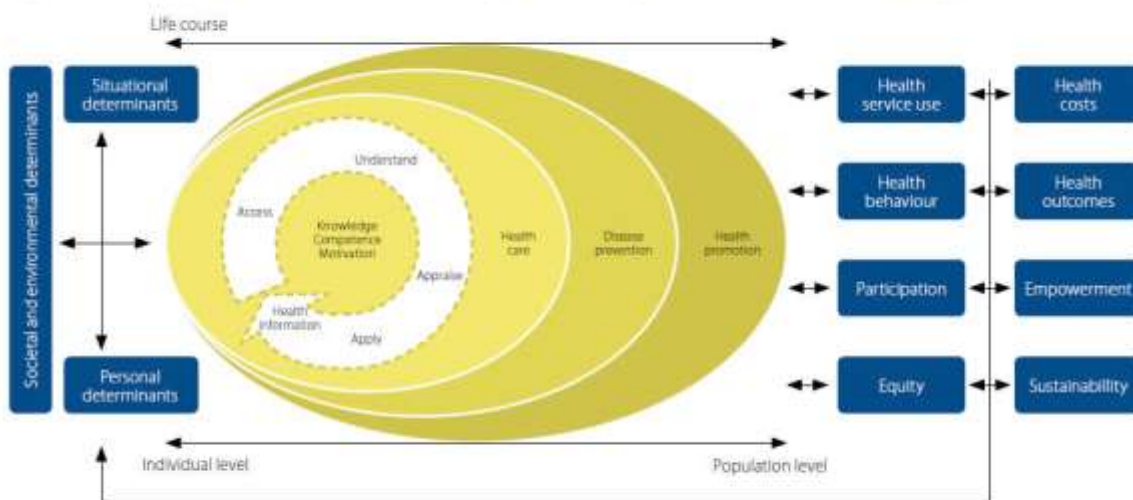
### นิยามของ Health Literacy

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. การมีส่วนร่วมฝ่่นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการอยู่ดีมีสุขของชุมชนของตน

**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)

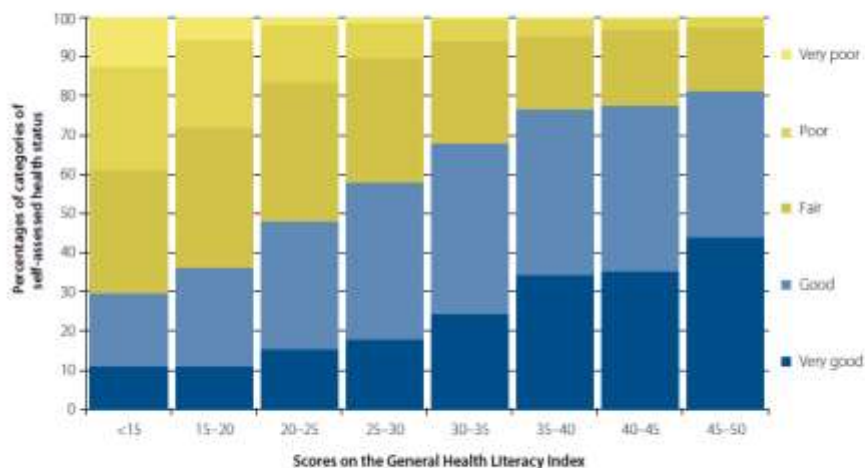
การอ่านออกเขียนได้ (Literacy) เป็นตัวทำนายสถานะสุขภาพที่ดีกว่า รายได้ การมีงานทำ ระบบการศึกษา เชื้อชาติ

**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 ในกรณีที่ป่วยโรคไม่ติดต่อได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง จะดูแลตนเอง และการประเมินสถานะสุขภาพด้วยตนเอง (self assessed health status) ได้ดีน้อยกว่า กลุ่มรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และอัตราการเข้ารักษาซ้ำที่สูงกว่า

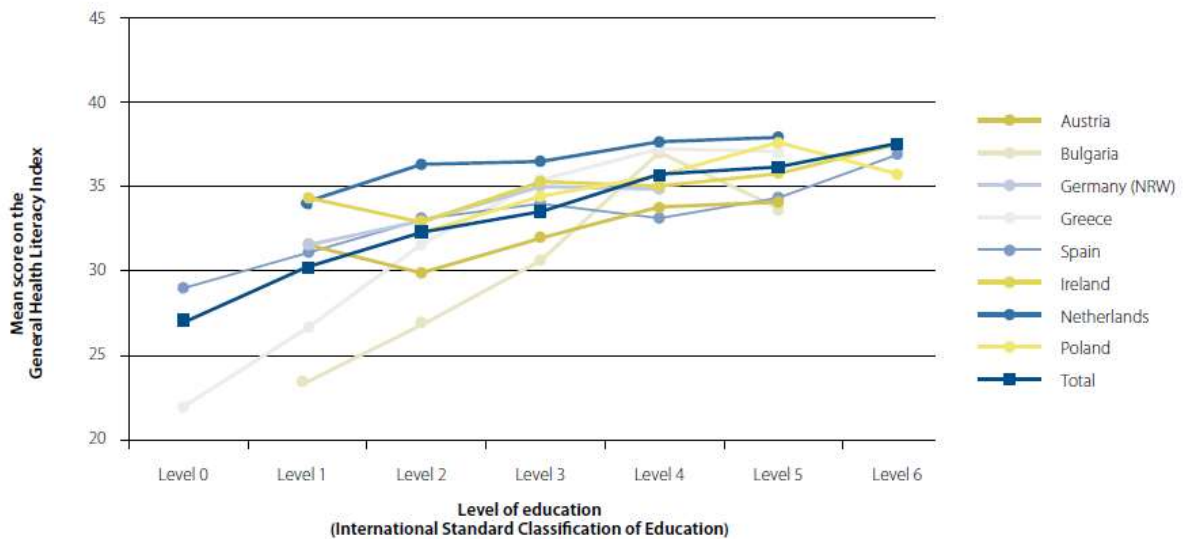
**Fig. 3. Self-assessed health status according to scores on the General Health Literacy Index for the 7780 respondents in the European Health Literacy Survey**



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

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

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



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

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

#### What is known – promising action areas

1. การดำเนินการ Health Literacy ต้องทำในระดับรัฐบาล และทั่วทั้งสังคม เรื่องความรู้ด้านสุขภาพ ไม่ใช่เป็นเรื่องของภาคส่วนสุขภาพเท่านั้น แต่ทุกภาคส่วนต้องร่วมมือกันทำ โดยต้องเน้นในด้านความรู้ในเรื่องพื้นฐานประจำวัน

2. การมีส่วนร่วมจากทุก Stakeholder ที่สำคัญในการทำเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ

**Fig. 5. Major stakeholders involved in health literacy**



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

#### Box 2. Plain-language initiatives

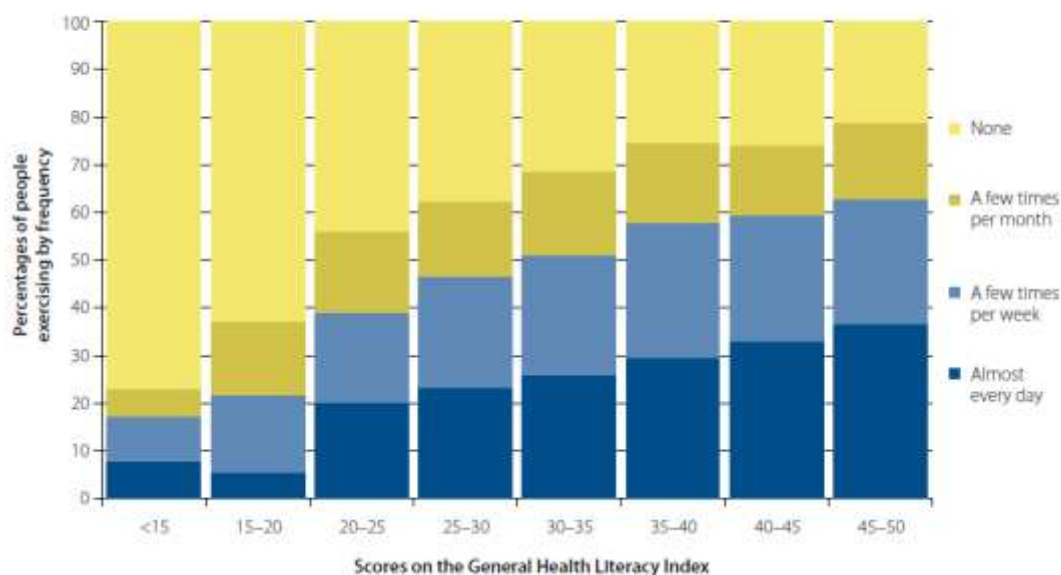
The European Commission ได้ทำการรณรงค์ที่เรียกว่า “Clear Writing campaign” ในปี 2010 เพื่อให้เอกสารทุกประเภท ทุกภาษา สั้นขึ้นและง่ายขึ้น ใน United Kingdom ได้มีการขับเคลื่อน “Plain-English movement “ ตั้งแต่ปี 1970s. สำนักงานภายใต้รัฐบาล เช่น Office of Fair Trading ได้สนับสนุนให้เขียนสัญญาต่างๆด้วยภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ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

4. ลงทุนในเรื่องของการประเมินเพื่อวัดผลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพหรือวัดความเป็นมิตรต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงการวิจัยเพื่อหาวิธีการที่จะพัฒนาให้ประชาชนหรือองค์กรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

### กรณีตัวอย่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

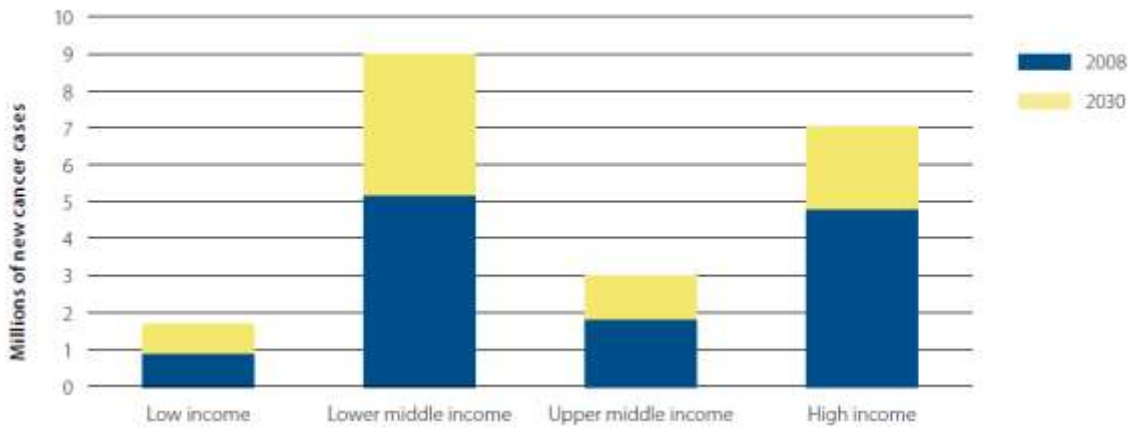
1. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นสาเหตุตายที่สำคัญ โดยร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตเกิดจากสาเหตุ 4 โรคได้แก่ มะเร็ง โรคหัวใจ เบาหวานและโรคของระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยเหล่านั้นสามารถจัดการตนเองด้านสุขภาพได้ (self Management) โดยร้อยละ 52 ของผู้ป่วยอายุน้อยกว่าอายุ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

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



3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสัมพันธ์กับรายได้ จากการศึกษาพบว่า โรคมะเร็งรายใหม่นั้นจะพบรายใหม่เพิ่มขึ้นในกลุ่มที่เป็น Low middle income มากกว่าที่มีรายได้สูง

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



4. สรุป มาตรการในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต้องเน้นที่การเพิ่มระดับของความรู้ด้านสุขภาพ และต้องใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ เพื่อที่จะเพิ่มทักษะความรู้ด้านสุขภาพทั้งระดับบุคคลและระดับชุมชน

### 3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด : ปัญหาที่ประเมินต่ำกว่าความเป็นจริง และเป็นประเด็นท้าทายเรื่องความไม่เท่าเทียม

เกือบครึ่งหนึ่งของประชากรในยุโรป มีทักษะด้านความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ไม่เพียงพอ และระดับที่มีปัญหา

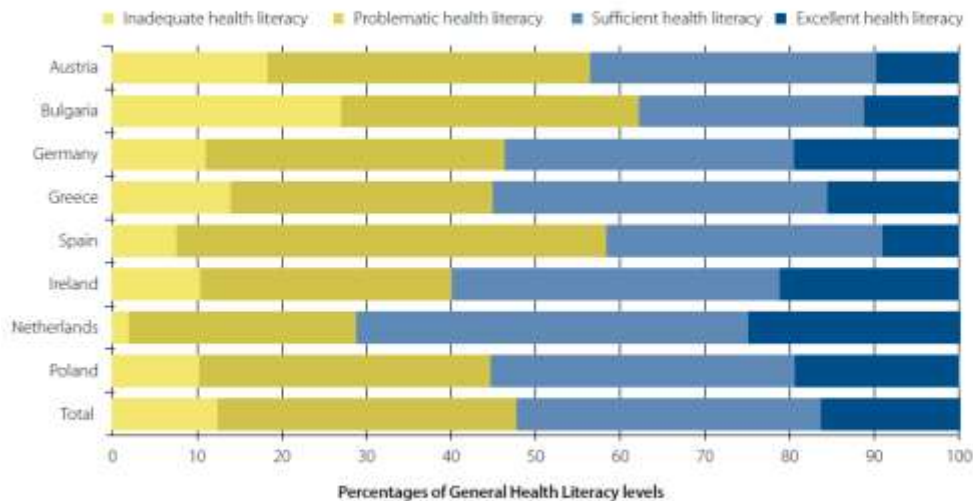
#### What is known

1. กลุ่มเด็กและวัยรุ่น คือกลุ่มที่มักพบความรู้ด้านสุขภาพจำกัด แม้ประเทศร่ำรวยที่มีระบบการศึกษาที่ดีก็ประสบปัญหาเช่นเดียวกัน
2. จากการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพในยุโรป พบว่าร้อยละ 12 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ (Inadequate) และร้อยละ 35 อยู่ในกลุ่ม Problematic หรือร้อยละ 47 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด (Limited HL) โดยความรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด พบโดยทั่วไปไม่ได้จำกัดวงอยู่ที่กลุ่มชนกลุ่มน้อย (Minority) เท่านั้น
3. มีความแตกต่างของความรู้ด้านสุขภาพในแต่ละประเทศอย่างมาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ (Inadequate HL) แปรผัน ระหว่างร้อยละ 2-27% (8 ประเทศใน EU) ส่วนความรู้ด้านสุขภาพจำกัด (Limited HL) แปรผัน ระหว่าง ร้อยละ 29-62
4. กลุ่มเปราะบาง ที่พบสัดส่วนของความรู้ด้านสุขภาพจำกัด (Limited HL) 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 |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------|----------|---------|--------|-------|---------|-------------|--------|-------|
| <b>Social status</b>                                                        | Very low                           | 78      | 80       | 59      | 80     | 84    | 64      | 50          | 60     | 74    |
| <b>Self-perceived health</b>                                                | Poor or very poor                  | 86      | 83       | 56      | 83     | 78    | 56      | 41          | 72     | 73    |
| <b>Education (International Standard Classification of Education level)</b> | Level 0 or 1                       | 63      | 76       | 58      | 77     | 74    | 51      | 41          | 100    | 68    |
| <b>Able to pay for medication</b>                                           | Very difficult                     | 78      | 81       | 40      | 66     | 55    | 60      | 57          | 62     | 67    |
| <b>Able to afford doctor</b>                                                | Fairly difficult or very difficult | 76      | 80       | 56      | 61     | 68    | 56      | 42          | 74     | 66    |
| <b>Limited activities because of health problems</b>                        | Severely limited                   | 82      | 81       | 55      | 80     | 77    | 56      | 35          | 66     | 66    |
| <b>Monthly household income</b>                                             | Less than €800                     | 38      | 84       | 56      | 70     | 70    | 58      | 38          | 62     | 66    |
| <b>Able to pay for medication</b>                                           | Fairly difficult                   | 67      | 72       | 66      | 60     | 72    | 51      | 35          | 67     | 64    |
| <b>Difficulty in paying bills</b>                                           | Most of the time                   | 67      | 75       | 47      | 61     | 62    | 61      | 33          | 42     | 63    |
| <b>Long-term illness</b>                                                    | Yes, more than one                 | 78      | 83       | 58      | 74     | 69    | 45      | 33          | 54     | 61    |
| <b>Age</b>                                                                  | 76 years or older                  | 73      | 75       | 54      | 72     | 71    | 46      | 29          | 65     | 61    |
| <b>Social status</b>                                                        | 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).

- ต้องวัดผลเป็นระยะๆ การวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นระยะๆ จะทำให้ทราบว่า แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ได้ดำเนินการมีประสิทธิภาพหรือไม่ โดยในสหภาพยุโรป นั้นจะทำการสำรวจที่เรียกว่า HLS-EU อย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งเพิ่มประเทศในการทำการสำรวจ
- 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<br>ความเข้าใจ การรู้จักคำ การ<br>คำนวณ                                                                              | บ่งชี้ความยากลำบากและการเข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสาร รวมถึงการอ่านสลาก<br>ยาและข้อแนะนำ ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการตีตราหรือทำให้เกิดความอับอายใน<br>กลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพจำกัด โดยการสัมภาษณ์โดยตรง และไม่<br>ครอบคลุมทุกประเด็นของความรู้ด้านสุขภาพ                                                  |
| ใช้การสำรวจความรู้ด้าน<br>สุขภาพโดยใช้ตัวแทน (Proxy)                                                                                            | โดยทำการประมาณสัดส่วนของกลุ่มที่คาดว่าจะมีทักษะไม่เพียงพอที่จะตอบสนอง<br>ต่อความต้องการหรืออุปสงค์ที่ซับซ้อนที่ต้องเผชิญในชีวิตประจำวัน แนวทางนี้<br>ไม่ครอบคลุมทุกประเด็นเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ และข้อมูลที่ได้ไม่<br>สามารถนำไปกำหนดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม เพื่อยกระดับความรู้ด้าน<br>สุขภาพ |
| การสำรวจความรู้ด้านสุขภาพ<br>โดยตรง โดยวัดความสามารถใน<br>การ เข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้<br>ข้อมูลนั้นเพื่อการตัดสินใจและใช้<br>บริการสุขภาพ | เป็นแนวทางที่ก้าวหน้า โดยวัดในระดับกลุ่มหรือประชากร ซึ่งผู้ใช้ข้อมูลไม่ว่าจะ<br>เป็นผู้ปฏิบัติ องค์กร หรือนักวางแผน สามารถนำไปใช้ในการ ออกแบบการ<br>บริการที่มีประสิทธิภาพในการยกระดับความรู้สุขภาพโดยเฉพาะในกลุ่มที่มี<br>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) จะเจรจาดำเนินการกับผู้บริหารสถานบริการ เพื่อให้เกิดมาตรการในการให้บริการแบบเป็นมิตร สิทธิของผู้ป่วยจะถูกกำหนดแต่แรกในใบเห็นชอบให้การรักษา (Informed consent) ซึ่งจะผูกพันให้ผู้ให้บริการต้องสื่อสารทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นและแนวทางการรักษา และต้องให้ผู้ป่วยเห็นชอบก่อนทำการรักษา สภาผู้ป่วยในระดับชาติก่อตั้งเมื่อปี 2011 โดยแนะนำกระทรวงสุขภาพ ให้ชี้เป้ากลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพจำกัด (Limited HL) โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเปราะบางและการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย

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

# Health Literacy From Concept to Practice

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

06 Sep 2023



# Agenda

วิวัฒนาการของ Health Literacy

3

การประยุกต์ใช้ HL

35

HL Movement ในประเทศต่างๆ

47

Reference

63

The background features a light gray base with large, organic, overlapping shapes in muted olive green and dusty rose. In the top left corner, there are stylized, layered patterns of thin, dark lines resembling foliage or grass. A thin, white, wavy line curves across the bottom right portion of the image.

# วิวัฒนาการของ Health Literacy

# วัตถุประสงค์ เพื่อให้ทราบถึงพัฒนาการของ HL

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

# Evolving of Health Literacy (1)

## ❑ Saranac Lake Conference of Health Education (1973 – USA)

- บทบาทของ Health Education ในการให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อช่วยในการรักษาและป้องกันโรค
- 30 ปีผ่านไป มีน้อยประเทศมากที่ปรับหลักสูตรเพื่อตอบสนองบทบาทของ Saranac Lake Conference

## ❑ Review Literature มี Evidence base ว่า

- Low HL สัมพันธ์กับ อัตราการมารับบริการ, Readmission , Increase Cost , Poor Health Outcome
- Low HL ยังสัมพันธ์กับ การศึกษา เพศ รายได้ หรือมี Social gradient

## ❑ Institute of Medicine (2004-USA)

- เผยแพร่เอกสาร Health Literacy A Prescription to End Confusion เปลี่ยนมุมมองของ HL ว่าเป็นเรื่องส่วนบุคคล (Absolute) มามอง HL แบบ Relative Concept ระหว่าง Individual skill กับ Demand and Complexity of Healthcare System
- 2012 Propose ; Ten Attributes of Healthcare Organization.

# Evolving of Health Literacy (2)

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

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

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



This graphic reflects the views of the authors of the Discussion Paper "Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations" and not necessarily of the authors' organizations or of the IOM. The paper has not been subjected to the review procedures of the IOM and is not a report of the IOM or of the National Research Council.

 **INSTITUTE OF MEDICINE**  
OF THE NATIONAL ACADEMIES  
*Advancing the nation's health*

FIGURE 1A Foundations of a Health Literate Organization



**Fig. 1. Interactive health literacy framework**



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

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

Individual Capacity

×

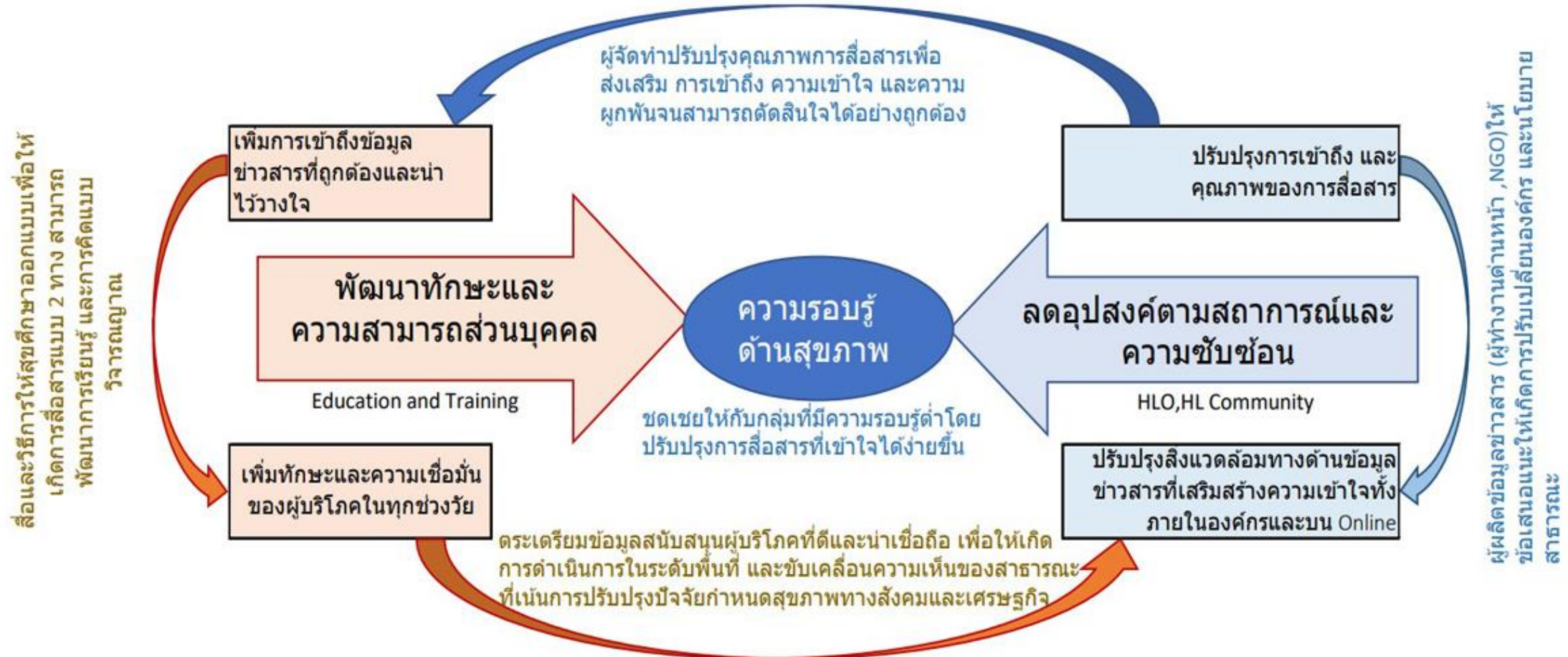
HL related Demand and  
Complexity of Healthcare System



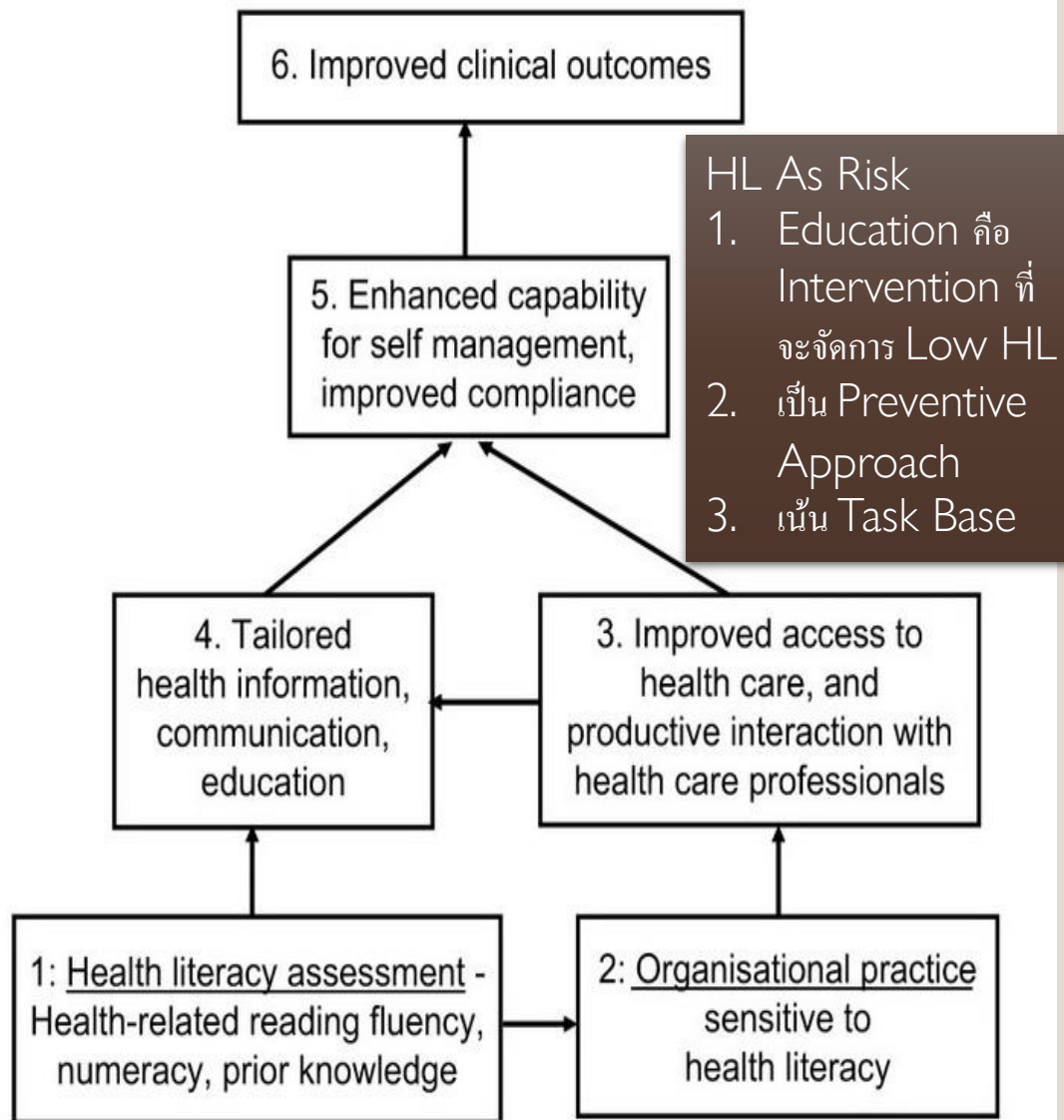
Adapted From : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK45386/>

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

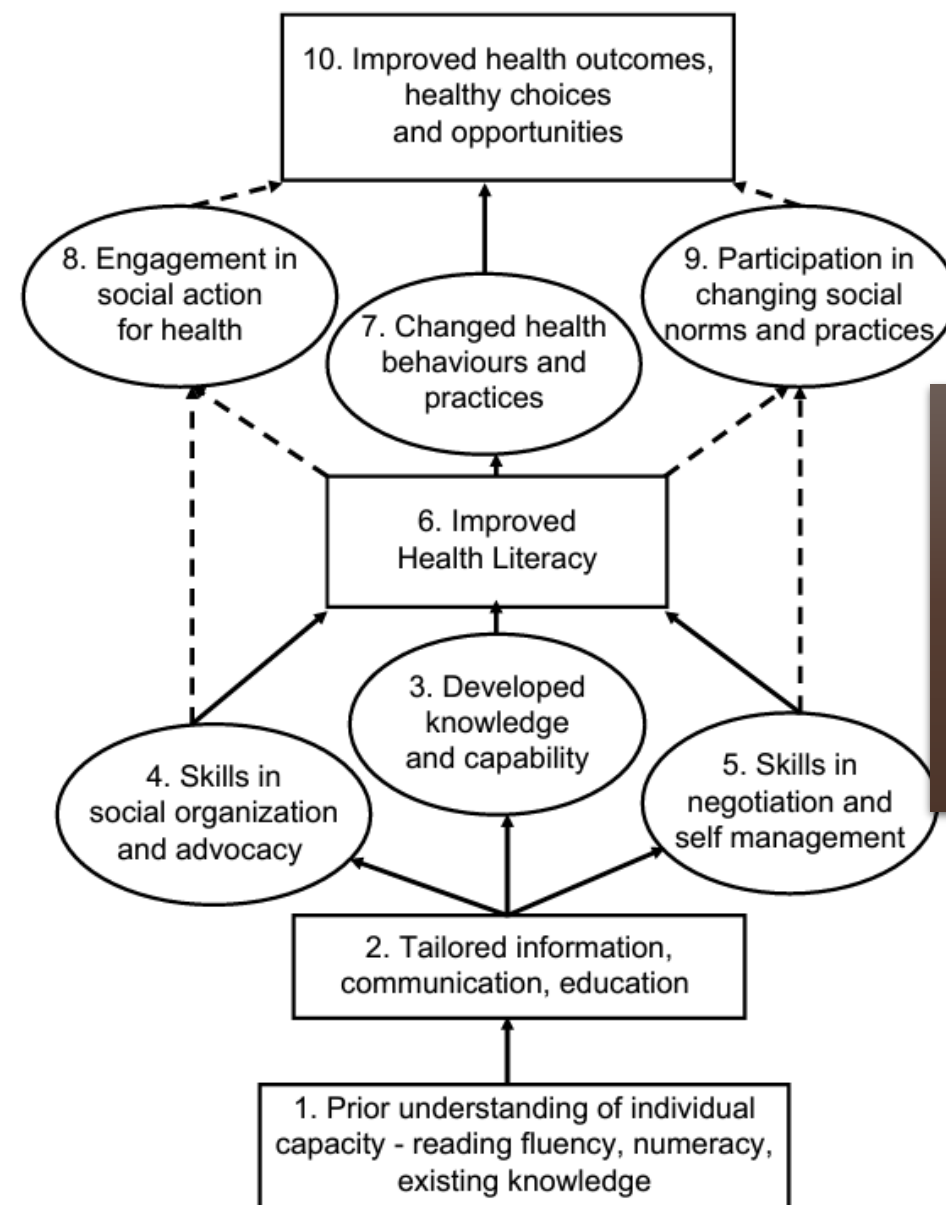
# การยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในสถานการณ์ของระบบข้อมูลข่าวสารที่มีความพลวัตและซับซ้อน



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



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



# HL Level (Purposed By Don Nutbean)

| HL Level                          | ระดับความรู้และทักษะ                                                                                                                                                                           | พฤติกรรมเชิงประจักษ์                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Functional<br>(ระดับพื้นฐาน)      | ความรู้ในเรื่องโรคและสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค                                                                                                                                                     | สามารถปฏิบัติตามตามแผนการรักษา และไปรับการรักษตามนัดได้                                                                                                                                                                                                 |
| Interactive<br>(ระดับปฏิสัมพันธ์) | เพิ่มจากระดับ Functional โดยมี Social Skill สามารถใช้การสื่อสารแบบ Interactive ทำให้มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและสาเหตุของโรคในระดับที่สามารถจัดเจรจาต่อรอง (Negotiate) จัดการตนเองได้ | สามารถบูรณาการความรู้จากแหล่งต่างๆ และสามารถสังเคราะห์เป็นความรู้ใหม่ ทำให้จัดการกับสถานการณ์ใหม่ที่ไม่เคยประสบมาก่อนได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และทันเวลา และมีส่วนร่วม (Participate) ในการที่จะปรับเปลี่ยนวิถีปฏิบัติทางสังคม (Social Norm and Practice) |
| Critical ( ระดับวิจารณ์ญาณ)       | เพื่อจากระดับ Interactive โดยทราบถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinants) ที่เป็นปัญหาเชิงโครงสร้างที่ต้องใช้ นโยบายสาธารณะ จากส่วนบนในการจัดการปัญหา                                        | สามารถให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อจะยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพที่เป็นปัญหาเชิงโครงสร้าง และมีความผูกพัน (Engage) ในการทำให้ทุกกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ( Social action for Health)                                                                             |

## 2 Type of Health Education

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

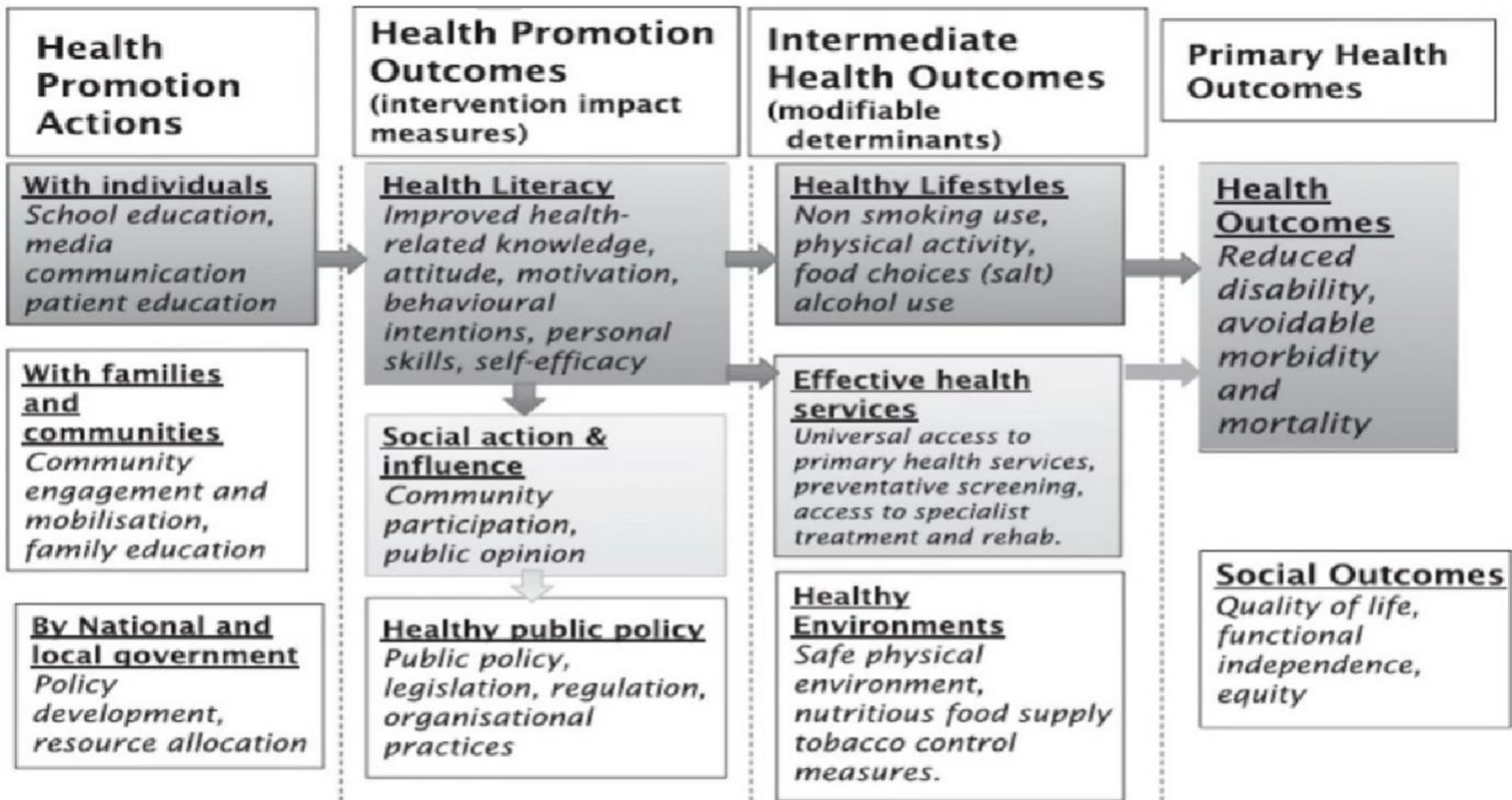
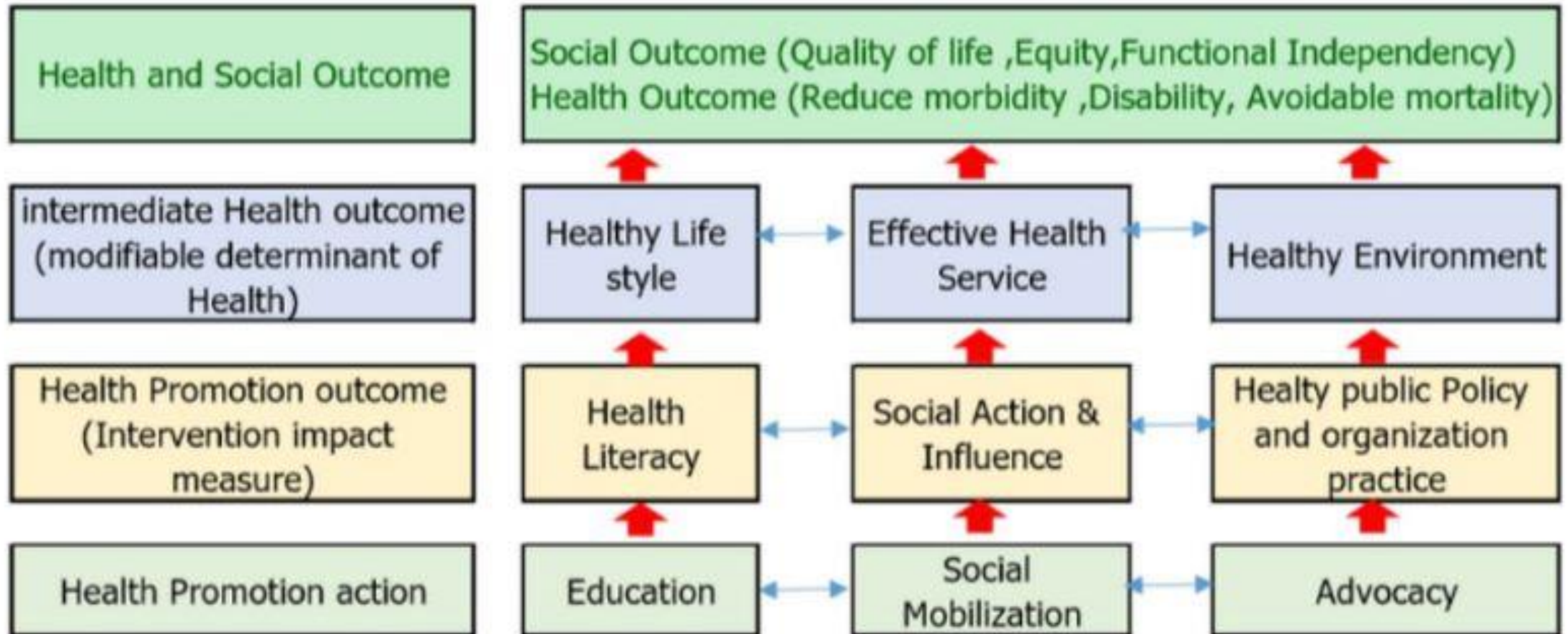


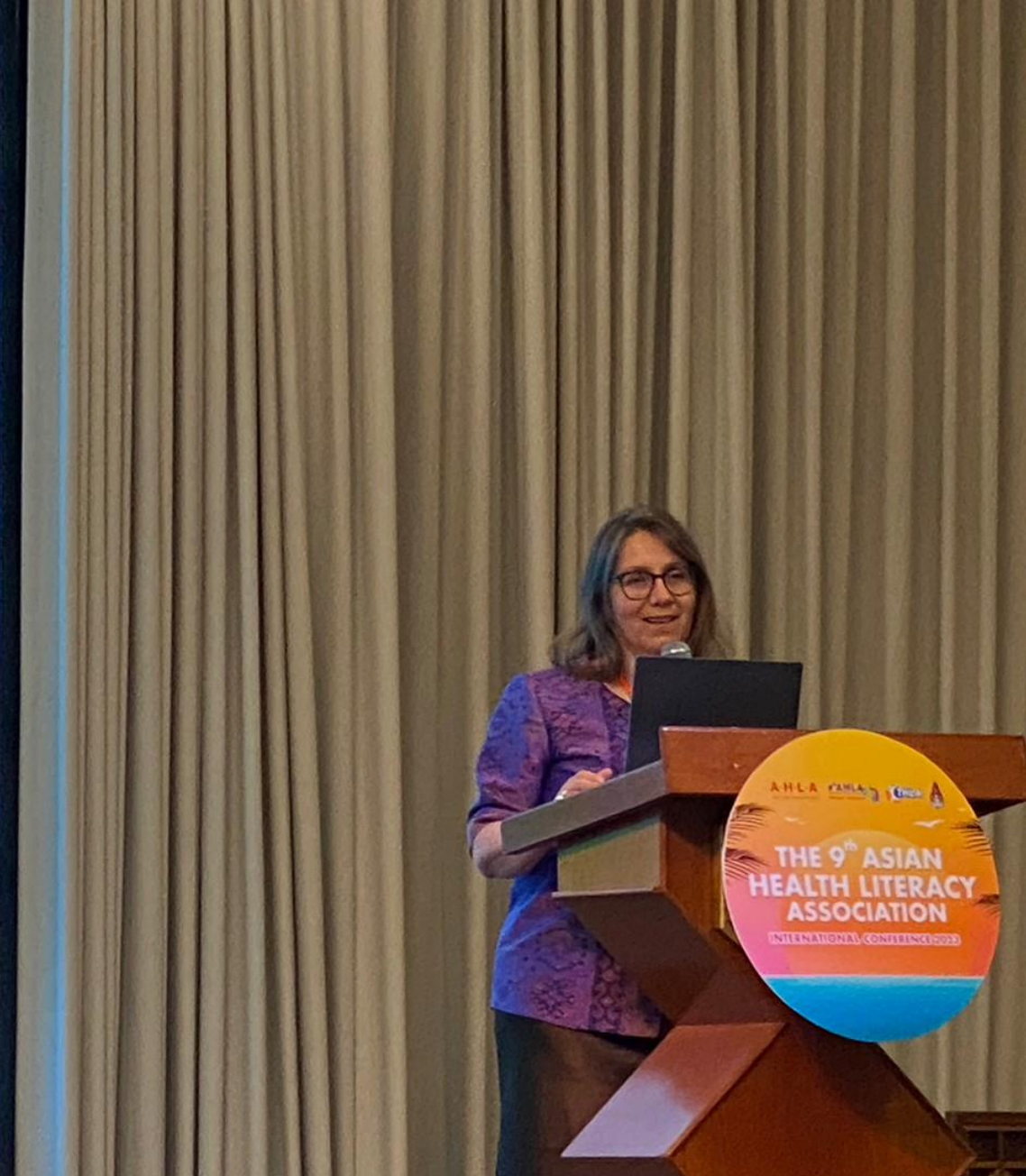
Figure 2 Logic model for prevention planning

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





Sørensen, 2022

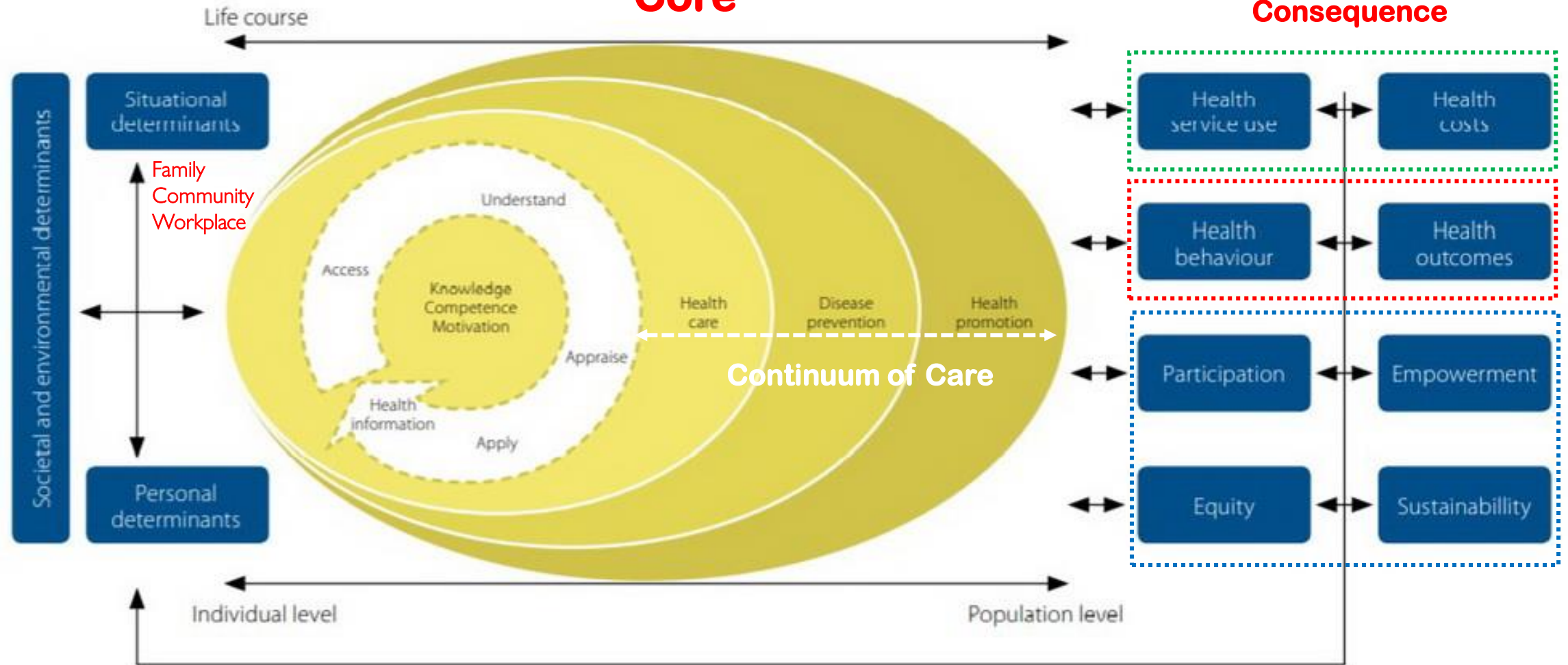


**Fig. 2. Conceptual model of health literacy of the European Health Literacy Survey**

**Antecedence**

**Core**

**Consequence**



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

# Evolving of Health Literacy (3)

## ❑ HLS-EU (Health Literacy Survey in 8 Countries of EU - 2012)

- HLS-EU-Q47 Questionnaire
- หลังจากมีตัววัด HLS-EU-Q47 ทำให้มีการวิจัยเกี่ยวกับ HL ตามมาอย่างมากมาย
- มีการสร้าง Short form เพื่อให้ใช้เวลาลดลงแต่ยังสามารถวัด HL ได้แก่ HLS-EU-Q16, HLS-EU-Q12,

## ❑ 9<sup>th</sup> Global Health Promotion Conference (Shanghai 2016)

- Promote HL Promote Health Promotion
- Promote Health Promotion Promote SDG



# Health for all and all for health

# #CHOOSEHEALTH



World Health  
Organization

WWW.WHO.INT/SHANGHAI2016



8th Global Conference  
on Health Promotion  
SHANGHAI 2016

# Concept Change Make The Change of

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

# V-HLO

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

# The nine standards of V-HLO (1)

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

## The nine standards of V-HLO (2)

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

• Sources: Pelikan and Dietscher

# HLS-EU(2011)

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



WHO Collaborating Centre  
for Health Promotion  
in Hospitals and Health Care

Gesundheit Österreich  
GmbH

## HLS-EU Survey Overview: Sampling, Data collection

|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Countries                              | Austria (AT), Bulgaria (BG), Germany (DE) (only NRW), Greece (EL) (only Athens +), Spain (ES), Ireland (IE), Netherlands (NL), Poland (PL)                                                                                                                                                                                                                |
| Survey Institut                        | TNS Opinion on behalf of the HLS-EU Consortium                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Survey Periode                         | Summer 2011                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Target Population, Population Coverage | EU citizens (!) aged 15 years and over (Euro-barometer Methodology)                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| HL Instrument                          | HLS-EU-Q86 (including HLS-EU-Q47 and NVS Test)                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Data collection                        | by computer-assisted personal interviewing technique (CAPI) (BG, IE = PAPI)                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Sampling design                        | Euro-barometer Methodology<br>Stratified probability sampling (multistage random sample): <ul style="list-style-type: none"> <li>National sampling points selected randomly (applying random-walk procedure) after stratification for population size and population density (metropolitan, urban and rural areas).</li> </ul>                            |
| Response Rates                         | Austria (67%), Bulgaria (75%), Germany (DE) (53%), Greece (65%), Spain (62%), Ireland (69%), Netherlands (36%), Poland (67%)                                                                                                                                                                                                                              |
| Sample Sizes                           | Austria (1015), Bulgaria (1002), Germany (DE) (1057), Greece (1000), Spain (1000), Ireland (1005), Netherlands (1023), Poland (1000)                                                                                                                                                                                                                      |
| Weights                                | National samples were weighted by gender, age group and size of locality, based on national census data. Country size was not used as a weighting criterion for the analyses of the total sample. Total sample values therefore represent a 'country average' where all countries are represented with equal weights regardless of their population size. |

Pelikan Haiphong short form 9-11-2016

9

# HLS-EU-Q47

การให้คะแนน

1 = ยากมาก

2 = ยาก

3 = ง่าย

4=ง่ายมาก

คะแนนรวม = (Mean-1)\* 50/3

การแบ่งระดับ HL

0-25 = Likely Inadequate

26-42=Likely Problematic

43-50=Likely Sufficient

0-33 = Limited HL

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

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

Pelikan Haiphong short form 9-11-2016

7

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

# Comprehensive & 7 Sub-indices HLS-EU-Q47



WHO Collaborating Centre  
for Health Promotion  
in Hospitals and Health Care

Gesundheit Österreich  
GmbH

## Types of Health Literacy Indices by the HLS-EU Model

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

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

Belikan Hainhong short form 9-11-2016

# Comprehensive HL-Index(CHL)

1. CHL มีการกระจาย

เป็น Bell Shape

ใกล้เคียงกับ

Normal

Distribution

2. สามารถนำมา

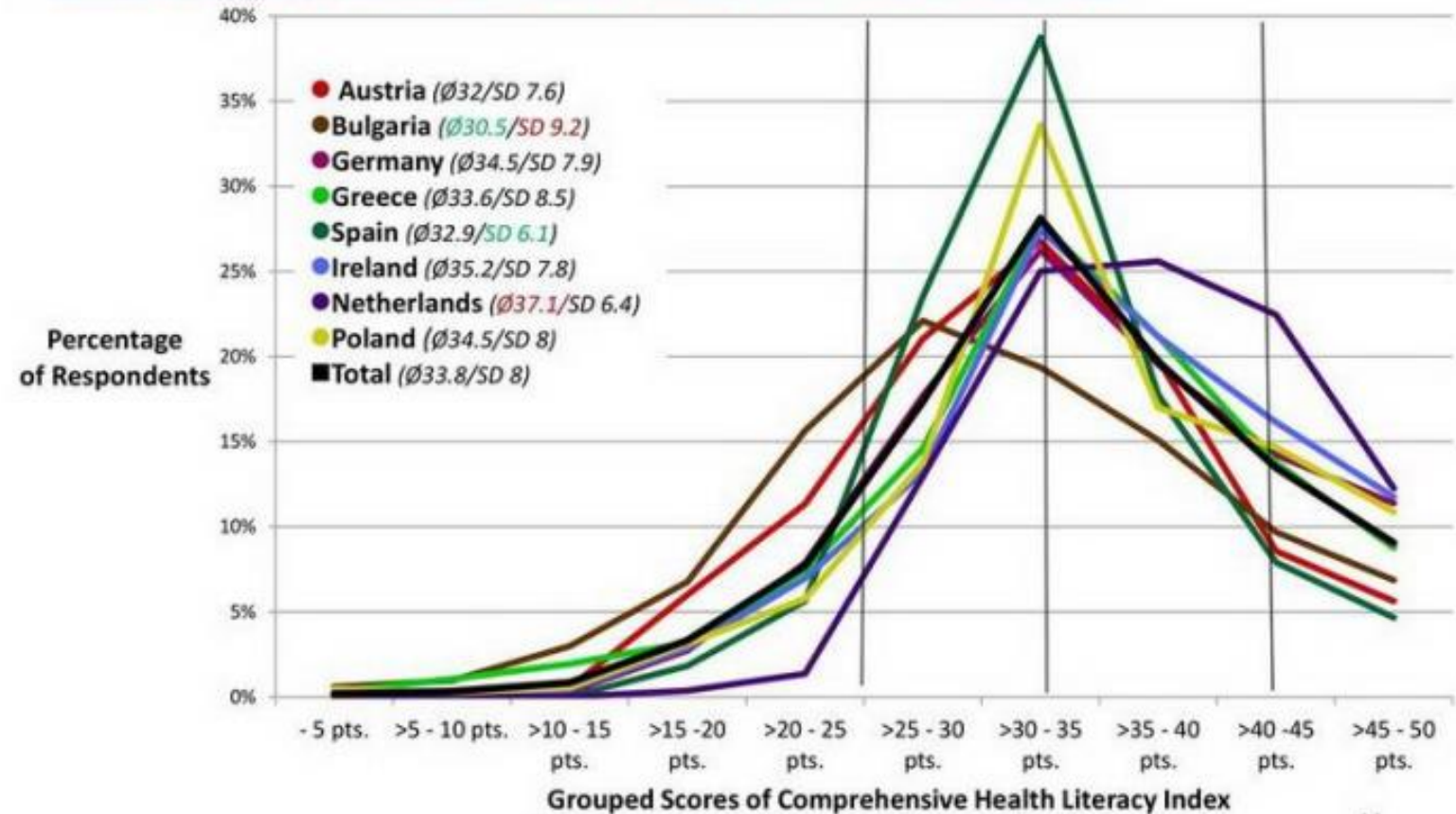
เปรียบเทียบระหว่าง

ประเทศได้

## Comprehensive HL-Index (CHL)

(Percentage Distributions, Means & S.D. for 8 Countries & Total Sample) (HLS-EU 2012)

> *Bell shaped distribution with some ceiling effect for all countries!*



Pelikan Haiphong short form 9-11-2016

11

# HLS-EU-Q16

การให้คะแนน

1 = ง่าย/ง่ายมาก

0 = ยาก / ยากมาก

การแบ่งระดับ HL

0-8 = Likely Inadequate

9-12 = Likely Problematic

13-16 = Likely Sufficient



WHO Collaborating Centre  
for Health Promotion  
in Hospitals and Health Care

Gesundheit Österreich  
GmbH

## Resulting Items for HLS-EU Short Scale

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

Pelikan Hainhong short form 9-11-2016

# HLS-EU-Q6

การให้คะแนน

1 = ยากมาก

2 = ยาก

3 = ง่าย

4=ง่ายมาก

คะแนนรวม = Mean

การแบ่งระดับ HL

<2.00 = Likely Inadequate

2.00-2.99=Likely Problematic

3.00-4.00=Likely Sufficient



WHO Collaborating Centre  
for Health Promotion  
in Hospitals and Health Care

Gesundheit Österreich  
GmbH

## Resulting **Items** for HLS-Q Short-Short Form

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

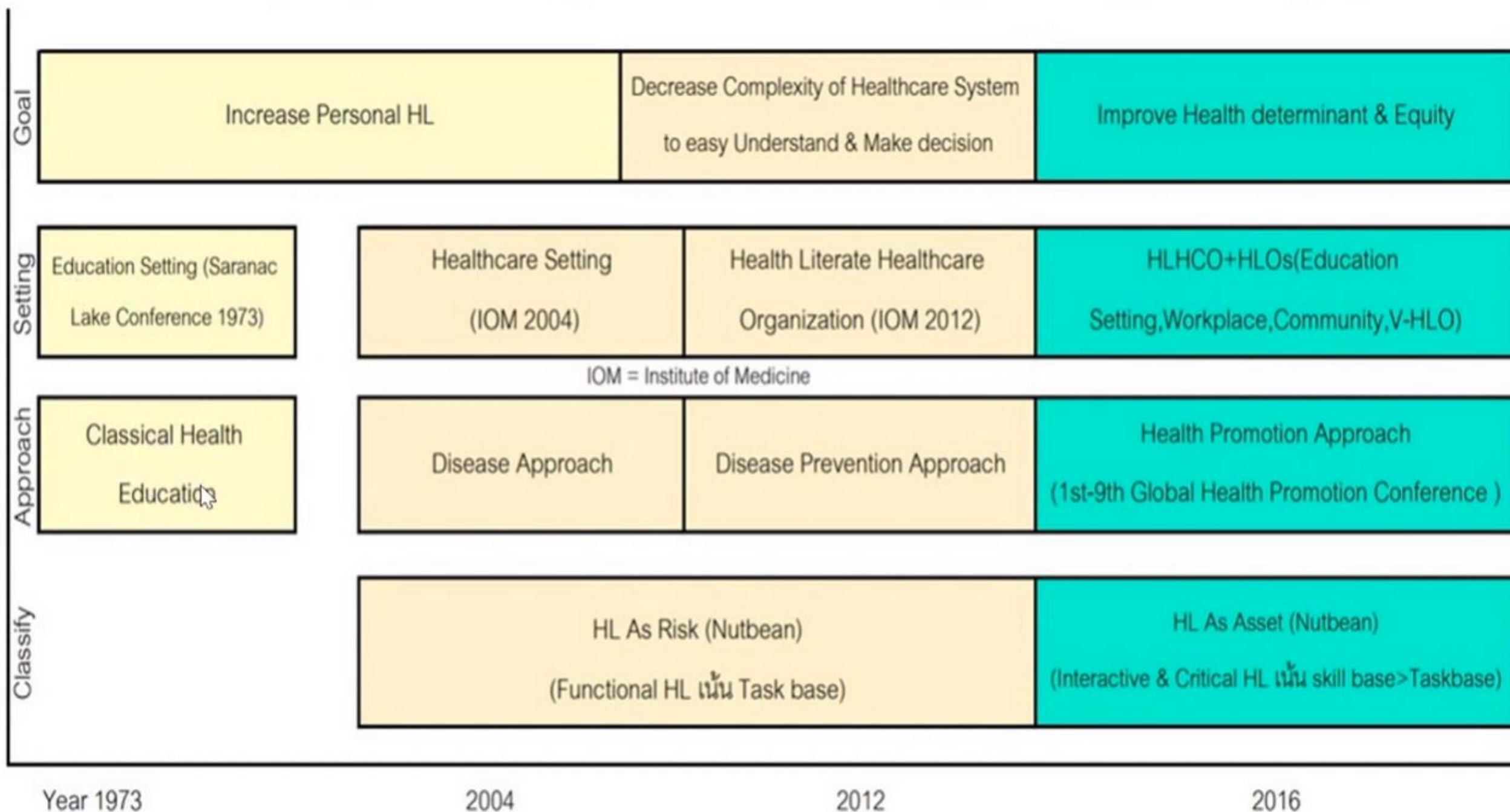
## Recommend

1. ใช้ HLS-EU-Q47  
กรณีที่ HL เป็น  
วัตถุประสงค์หลัก  
ของการศึกษา
2. ใช้ Short form กรณี  
ที่ HL ไม่ใช่  
การศึกษาหลัก แต่  
เป็นเพียงตัวแปร  
หนึ่งของการศึกษา  
และไม่ต้องการหา  
ลึกถึง sub  
dimension

## Comparison HLS-EU-Q 47, Q16, Q6

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

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



# Question : 1

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

The background features a light gray base with large, flowing organic shapes in muted olive green and dusty rose. In the top left corner, there is a faint, stylized silhouette of a palm tree. A thin, white, wavy line curves across the bottom right portion of the image.

การประยุกต์ใช้ HL

# วัตถุประสงค์ เพื่อให้สามารถนำ HL ไปประยุกต์ใช้

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

# Health Literacy as Risk or as Asset

**HL  
As  
Risk**



**Risk  
Management**



**Disease  
Prevention  
Approach**



**HL  
As  
Asset**



**HR  
Development**



**Health  
Promotion  
Approach**

# การพัฒนาในส่วนของ Healthcare

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

# HL As Risk Approach (Health Education=Intervention)

Screening Tool

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

Result

Positive

Negative

Confirm

Positive

Negative

Intervention

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

Improve  
Health  
Outcome

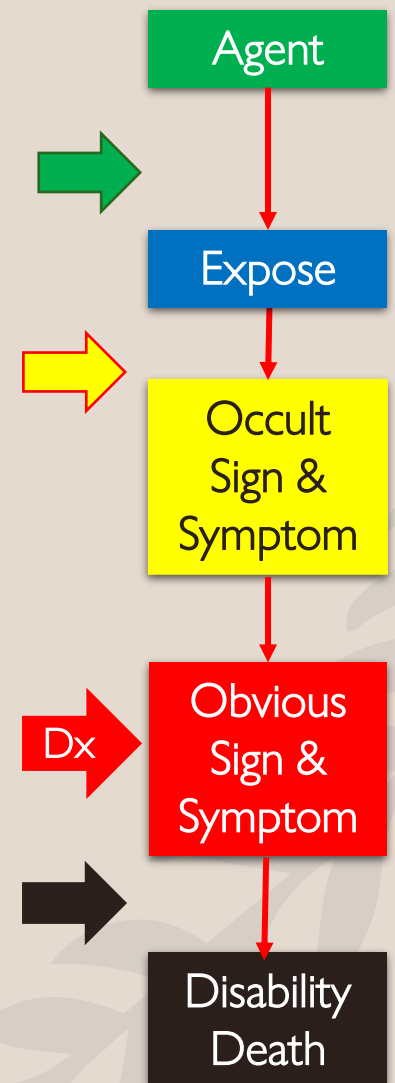
## Disease Prevention Definition

**Disease Prevention** การป้องกันโรคไม่ได้หมายถึงการการป้องกันไม่ให้เกิดโรค หรือการควบคุมปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคนั้นๆ แต่ยังรวมถึงการจัดการไม่ให้โรคที่เกิดขึ้นแล้วแพร่กระจายออกไป และการลดผลกระทบที่เกิดจากโรคนั้นๆ

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

การป้องกันโรคแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

- 1) **Primary Prevention** คือการป้องกันไม่ให้เกิดโรคตั้งแต่แรก ด้วยการไม่ให้สัมผัส Agent ที่ทำให้เกิดโรค หรือสร้างภูมิคุ้มกันต่อ Agent นั้น ทำให้รับ Agent แต่ก็ไม่เป็นโรสดังกล่าว
- 2) **Secondary Prevention** คือป้องกันหลังจากที่ได้สัมผัส Agent นั้นแล้ว ในช่วงระยะฟักตัวของโรค (Incubation Period) ที่ยังไม่มี หรือมีอาการหรืออาการแสดงที่ไม่ชัดเจนนั้น การป้องกันทำได้โดยการค้นหาโรคเพื่อวินิจฉัยแต่แรก (Early detection/diagnosis) และให้การรักษที่เหมาะสมอย่างรวดเร็ว (Prompt Treatment) หลักการของ Secondary Prevention คือ รักษาหายเดิม และป้องกันไม่ให้เกิดรายใหม่ หรือชะลอจำนวนรายใหม่ หรือป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำในรายเดิม (relapse) เพื่อลดทั้งการแพร่ระบาดและผลกระทบของโรค
- 3) **Tertiary Prevention** เมื่อเป็นโรคโดยมีอาการและอาการแสดงอย่างชัดเจน การป้องกันไม่ให้เกิดการดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง จนเกิดผลแทรกซ้อนจากโรค เรียกว่า Tertiary Prevention โดยใช้แนวทางของการฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation)





# Definition :

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

# Definition

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

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

# สรุป HL As Risk

1. แนวคิดที่มอง HL คือความเสี่ยง ต้องจัดการความเสี่ยงโดยใช้เครื่องมือคัดกรองเพื่อหาคนที่ Low HL มายกระดับความรู้และทักษะด้วย Health Education ซึ่งถือเป็น Intervention.
2.  $HL = \text{Individual Capacity} \times \text{Healthcare demand \& Complexity}$  การยกระดับ HL ไม่ได้เป็นหน้าที่ของประชาชนเท่านั้น แต่องค์กรด้าน Healthcare ต้องลดระดับความซับซ้อนขององค์กรรวมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพของการสื่อสารให้ง่ายต่อความเข้าใจโดยทำเป็นระบบทั่วทั้งองค์กร (Health Literate Healthcare organization)
3. เมื่อบมอง HL คือความเสี่ยง เครื่องมือวัด HL รวมถึง Indicators ต่างๆที่เกี่ยวกับ HL ก็ออกแบบเพื่อรองรับแนวคิด HL as Risk. โดยเน้น Disease Prevention Approach ที่โรคหรือปัญหา (Task Base)

# สรุป HL As Asset

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

## Question : 2

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

The background features a light gray base with large, organic, overlapping shapes in muted olive green and dusty rose. In the top left corner, there is a stylized, light gray illustration of a plant with many thin, radiating leaves.

HL Movement ในประเทศต่าง ๆ

# วัตถุประสงค์ เพื่อให้สามารถนำ HL ไปประยุกต์ใช้

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

# HL Movement in USA

## 1. Top Down ออกกฎหมาย

1. Patient Protection and Affordable Act (ACA หรือ Obama Care) ทำให้คนจนที่มี Low HL ได้มีสิทธิการเข้าถึงบริการ
2. National Action Plan to Improve Health Literacy.
3. Plain Writing Act 2010.
4. Healthy People 2020 มีเป้าหมายการยกระดับ HL ด้วย

## 2. Bottom up หรือ Grass Root

1. IOM ออกมาตรฐาน Ten Attributes of Health Literate Healthcare Organization
2. หน่วยงานของรัฐได้ร่วมในการพัฒนา HL เช่นออก Tools และ Guideline ต่างๆ เกี่ยวกับ HL

# HL Movement in EU

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

# HL Movement in Australia

1. 2019 ออกนโยบาย HL เป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่าง บุคคล กับ สถานบริการสุขภาพ
2. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC) รับผิดชอบในการพัฒนาและธำรง รักษามาตรฐานที่เกี่ยวกับคุณภาพบริการและความปลอดภัย ACSQHC's ได้กำหนด National statement on health literacy (2014) ส่งผลให้นโยบายที่เกี่ยวกับ HL ได้ถูกนำมาสู่การปฏิบัติทั้ทั้งประเทศ
3. เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงนโยบายของ HL ขึ้นใน Australia จาก health promotion Approach ธรรมดา เป็น health system reform approaches ซึ่งต้องเสริมสมดุลระหว่าง 2 Approaches ในระดับนโยบาย และความพยายามในดำเนินการในเรื่อง การกำกับติดตาม/ประเมินผล ในเรื่อง HL ในระดับชาติ พัฒนาสมรรถนะของบุคลากร สาธารณสุขและสมรรถนะของระบบสุขภาพเพื่อ implement HL programs อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในเรื่องสุขภาพและการเพิ่มความสามารถในเรื่อง HL ให้กับบุคคล ครอบครัวและชุมชน

# HL Movement in Thailand

## 1. Top down

1. บรรจุ HL ในแผนปฏิรูปแห่งชาติ (ด้านสาธารณสุข)
2. แผนของส่วนราชการระดับกระทรวง เช่น กสธ,ศธ.ต้องสอดคล้องกับแผนปฏิรูป ดังกล่าว และถูกกำกับติดตามโดย สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

## 2. Grass Root

1. สมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย (THLA) เป็นผู้ประสานงานหลักของประเทศในการประสานองค์กรทั้งในและต่างประเทศ (,IHLA,AHLA) ทั้งภาครัฐและเอกชน ในการผลักดัน HL
2. พัฒนา Tools ,Standard ,Guideline เกี่ยวกับ HL โดยปรับให้สอดคล้องกับบริบทของไทย
3. พัฒนา HLS-TH-Q87 เพื่อทำการสำรวจ HL ในระดับประชากรของประเทศไทย
4. ผลักดันแผนยุทธศาสตร์ชาติ HL โดยพัฒนาคนให้มี HL , พัฒนาองค์กรให้เป็น HLO, พัฒนาชุมชนให้เป็น HL Community ,พัฒนาสังคมให้เป็น HL Society.

# HL Tools and Guideline in Thailand

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



# กรอบแนวคิดและการดำเนินการ



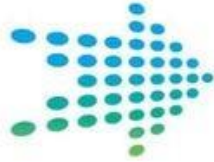
กรมอนามัย  
DEPARTMENT OF HEALTH

## HEALTH LITERACY เป็นฐานราก ของระบบสุขภาพ



# Lift Course Approach (LCA )

## ประกอบด้วย 4 concept



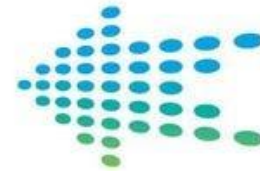
**1. Timeline** : “today’s experiences and exposures influence tomorrow health”



**2. Timing \* Health Trajectory**

เส้นทางหรือถนนชีวิตและสุขภาพมีช่วงที่สำคัญและไวต่อการรับผลกระทบต่อสุขภาพ

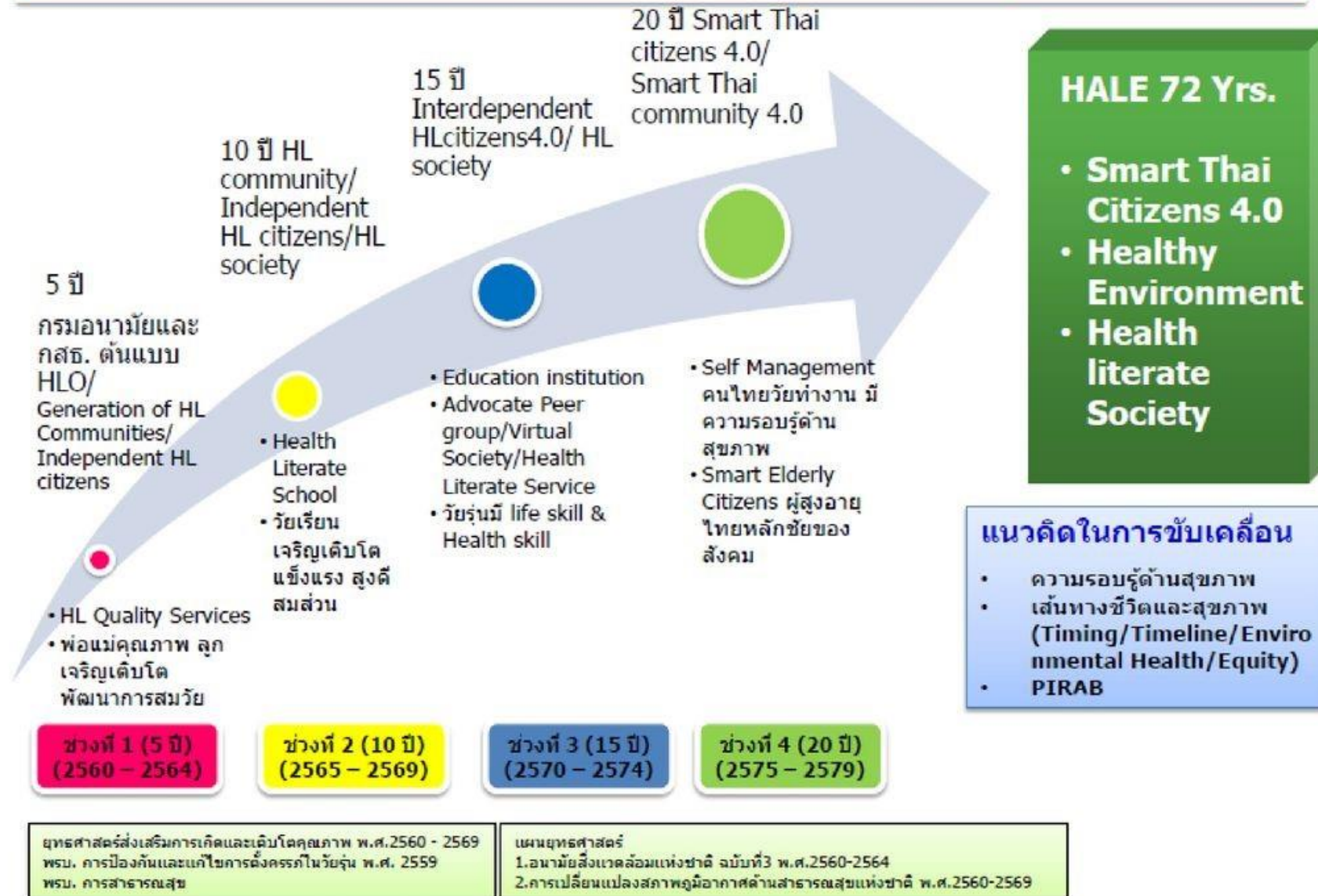
**3. Environment** รวมถึง community environment ทั้ง Biologic ,Physical and social มีผลมากต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

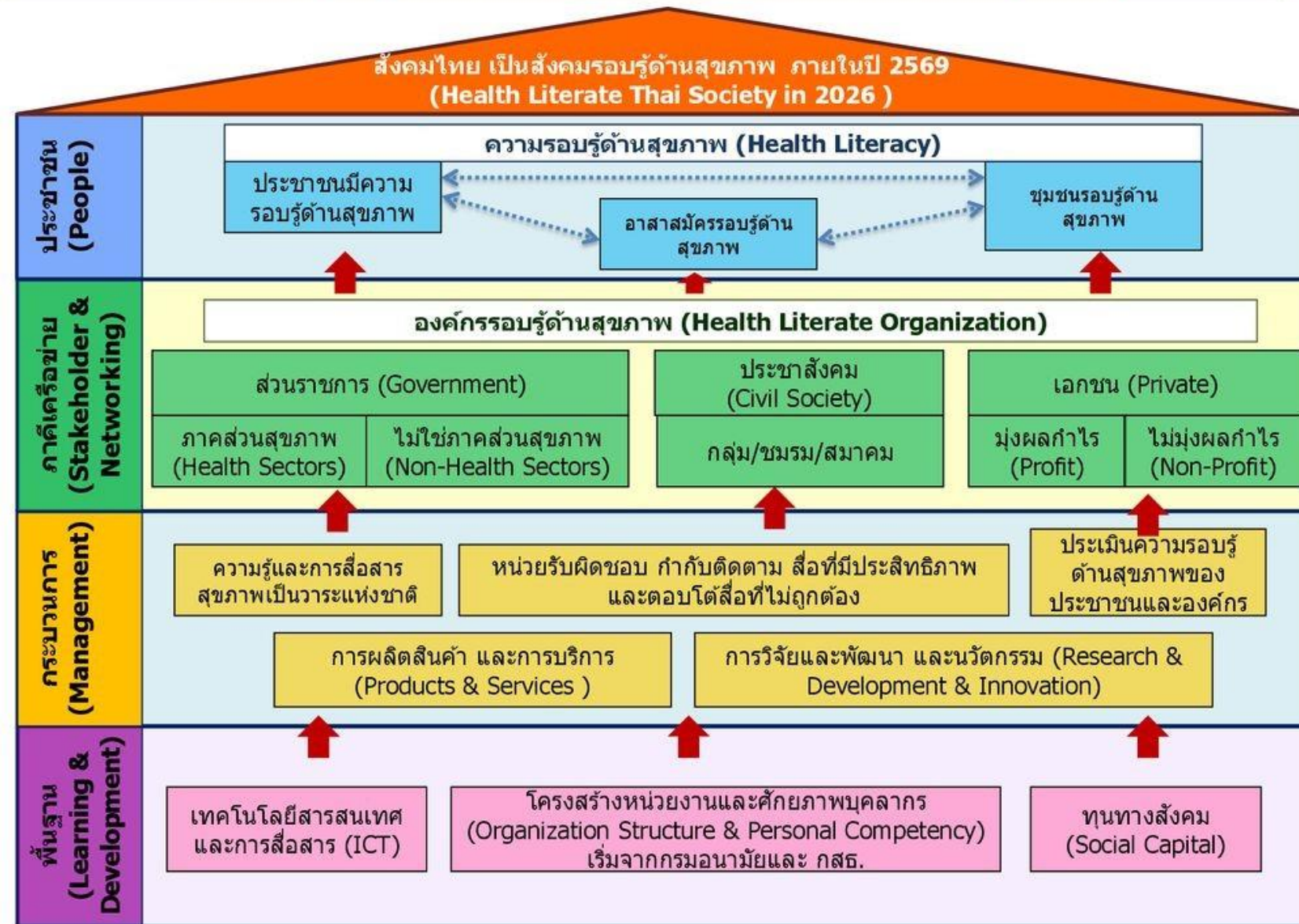


**4. Equity** – ความเหลื่อมล้ำส่งผลต่อสุขภาพ มากกว่าพันธุกรรม และการตัดสินใจส่วนบุคคล



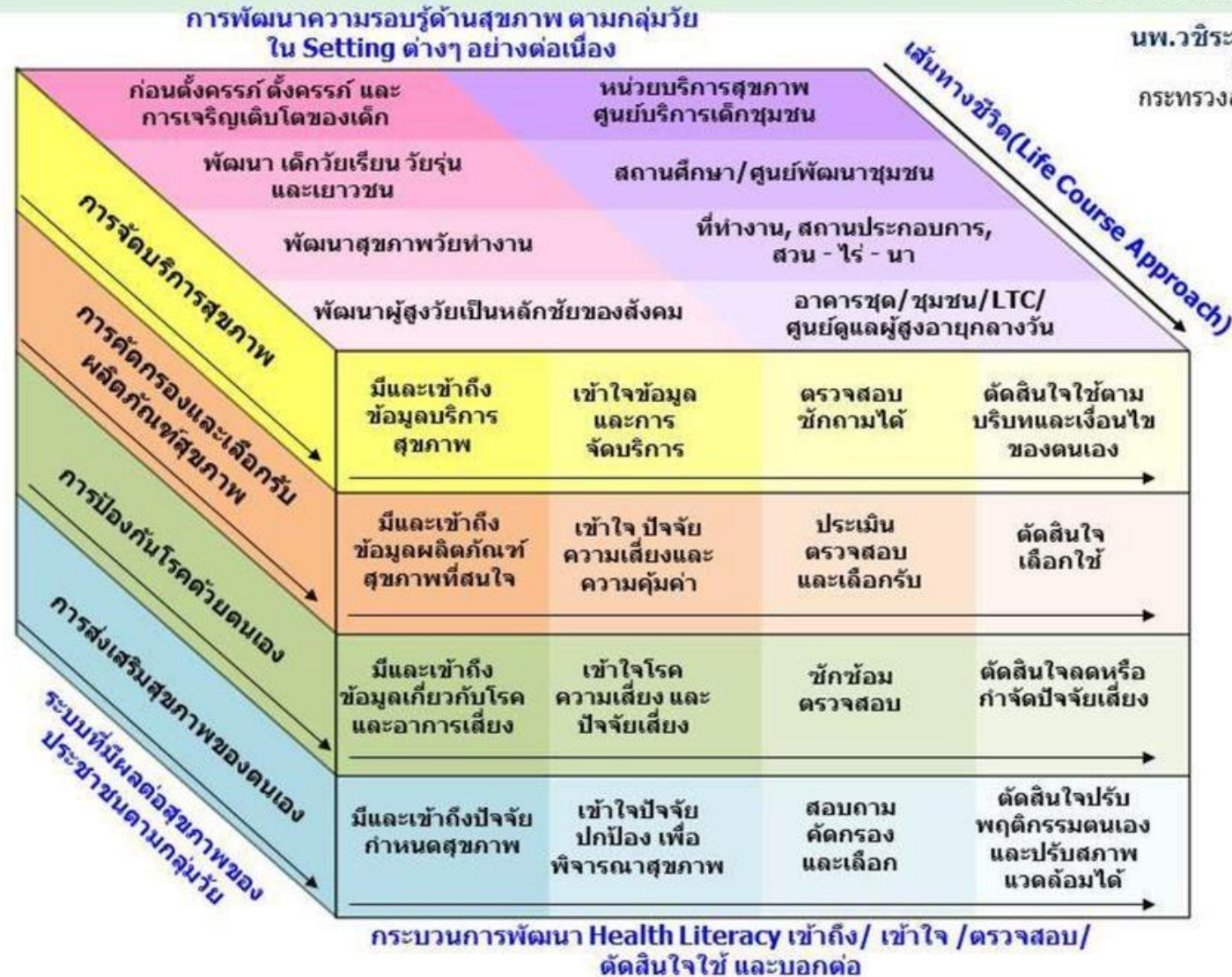
# ROADMAP เป้าประสงค์ 20 ปี ของกรมอนามัยสู่คนไทย 4.0





## ข้อเสนอ ระบบพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพไทยแบบบูรณาการ 3 มิติ (Health Literacy System – Thai HL Matrix-3 Dimensions)

3 มิติ 4 ประเด็น (4x4x4)





## กรอบคิด Health Literacy ของกรมอนามัย



Decision Process

HL

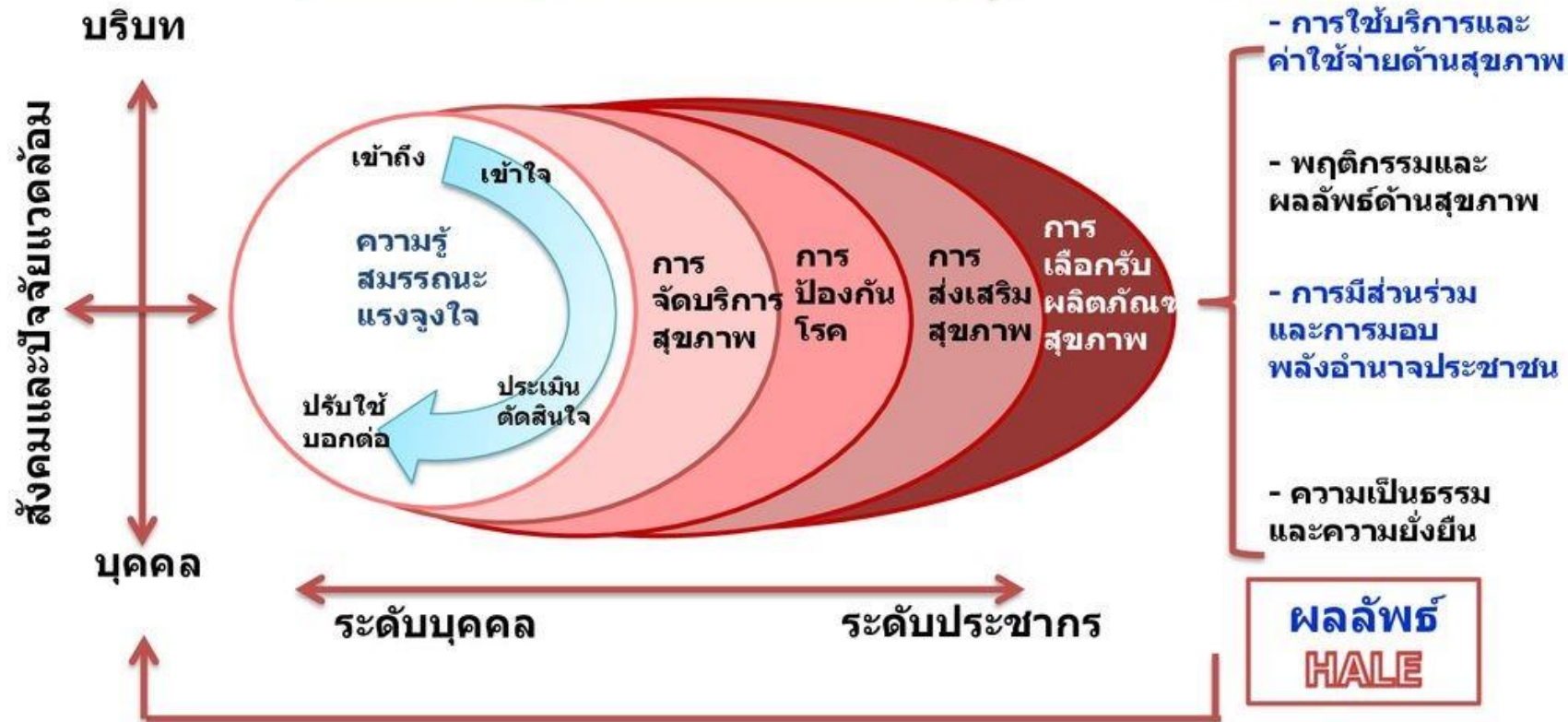
Output/Outcome of HL

# CONCEPTUAL MODEL OF HEALTH LITERACY (ประเทศไทย)



กรมอนามัย  
DEPARTMENT OF HEALTH

## เส้นทางชีวิต(Life Course Approach)



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

# เปรียบเทียบ HLS-EU-Q47 กับ HLS-TH-Q87

Compare HLS-EU-Q47 กับ HLS-TH-Q87

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

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

## Question : 3

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

# Reference:

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

## ความรอบรู้ด้านสุขภาพในฐานะที่เป็นยุทธศาสตร์ระดับพลเมืองเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

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

---

### วัตถุประสงค์ :

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

### เนื้อหา :

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

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

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

เหตุผลที่ Health Literacy ได้รับความสนใจเป็นเรื่องที่ไม่ยากต่อความเข้าใจ เนื่องจากเป็นที่ทราบกันดีมาอย่างยาวนานแล้วว่า Literacy ของประชากรต่ำสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมกับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดี ในทางอ้อม Health Literacy ต่ำ สัมพันธ์กับเศรษฐกิจและสังคมที่ต่ำด้วย และเศรษฐกิจและสังคมที่ต่ำจะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดีอีกทอดหนึ่ง WHO Commission on the Social Determinants of Health ได้ระบุว่า Health Literacy ส่งผลให้เกิดความไม่เท่าเทียมในด้านสุขภาพ (inequity in health) ทั้งในกลุ่มประเทศที่ร่ำรวยและยากจน การศึกษาวิจัยในรอบ 20 ปีที่ผ่านมา สามารถพิสูจน์ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับของ Health Literacy ต่ำ กับการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่ต่ำด้วย ซึ่งรวมถึงบริการ การให้สุศึกษา บริการทางด้านการป้องกันโรค และการจัดการตนเองสำหรับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แนวคิดเกี่ยวกับ การอ่านออกเขียนได้ (Literacy) กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยทั่วไปจะแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่เป็นงาน (Task-base) กับส่วนที่เป็นทักษะ (skill base) เราสามารถวัดได้ว่า คนนี้มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้มากกว่าอีกคนหนึ่ง และสามารถวัดได้ว่าคนนี้มีทักษะในการทำงานที่ต้องใช้ ความรอบรู้ (literacy) หรือทักษะการคำนวณ (numberacy) มากกว่าอีกคนหนึ่ง คนที่มี General Literacy (ทักษะในการอ่านออกเขียนได้ คำนวณเป็น และการเข้าใจความหมายของคำ) สามารถที่จะประยุกต์ทักษะที่ตนมีในสถานการณ์ที่ต้องใช้ความรู้เฉพาะในเรื่องนั้นๆ หรือในสถานการณ์ใหม่ที่ไม่เคยประสบมาก่อน General Literacy เป็นทรัพย์สินหรือทุนที่มีอยู่ในแต่ละบุคคลที่ไม่คงที่ มันสามารถที่จะเพิ่มพูนขึ้นได้ผ่านการศึกษา และ literacy มีความจำเพาะทั้งด้านเนื้อหา (content specific) และด้านบริบท (Context specific) แม้การมีทักษะการอ่านออกเขียนได้ และเข้าใจความหมายจะสามารถเพิ่มความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และนำสู่การปฏิบัติตามข้อมูลข่าวสารใหม่ที่ได้รับ แต่นั่นไม่ใช่หลักประกันว่าบุคคลนั้นจะประยุกต์ใช้ทักษะนั้นได้อย่างคงเส้นคงวาได้ในทุกสถานการณ์ที่ต้องการใช้ความรู้เฉพาะนั้น หรือในสถานการณ์ใหม่ที่ไม่เคยประสบหรือไม่คุ้นเคยมาก่อน สำหรับบริบทดังกล่าว ความรู้และทักษะที่เฉพาะเป็นสิ่งที่ต้องการ การเข้าใจพลวัตของธรรมชาติของความรอบรู้นำไปสู่การยอมรับที่ว่า ความรอบรู้ที่จำเพาะ เช่น ความรอบรู้ด้านการเงิน (Financial Literacy ความรอบรู้ด้านวิทยาศาสตร์ (Science literacy) หรือความรอบรู้ด้านสื่อ (media literacy) ของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ทำให้แต่ละบุคคลมีความสามารถที่จะประยุกต์ใช้ General Literacy 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 และการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยการสื่อสารดังกล่าวมีเป้าหมายค่อนข้างจำกัด และประโยชน์ที่ได้รับเป็นเพียงประโยชน์ส่วนบุคคล (personal Benefit) แต่ไม่ได้ส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อ

ชุมชนหรือประชากร (population benefit) ตัวอย่างของประโยชน์ต่อชุมชน เช่น การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการคัดกรองหรือได้รับภูมิคุ้มกันโรค โดยทั่วไปแล้วการสื่อสารเพื่อให้เกิด Functional Literacy มักไม่ใช้การสื่อสารแบบ 2 ทางที่มีปฏิสัมพันธ์ (Interactive) ทำให้ได้เพียงความรู้แต่ไม่สามารถที่จะส่งมอบทักษะ (Transferable skill) และไม่สามารถเพิ่มระดับการตัดสินใจด้วยตนเองทางด้านสุขภาพได้ (self decision for health)

- 2) Interactive Health Literacy คือทักษะที่มีก้ำวหน้ำมากกว่าระดับพื้นฐาน เป็นทักษะที่เพิ่มความสามารถของบุคคลในการสกัดข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพและสังเคราะห์ความหมายขึ้น ซึ่งจะทำให้สำเร็จจำเป็นต้องใช้การสื่อสารในหลากหลายรูปแบบ เพื่อให้สามารถประยุกต์ใช้ความรู้ใหม่ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม หรือการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับผู้อื่นในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจในท้ายที่สุด ซึ่งการจะให้บุคคลพัฒนาได้ถึงระดับ Interactive Health Literacy ได้นั้นต้องได้รับการศึกษาและสื่อสารที่เฉพาะเพื่อพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Personal Skill) มากกว่าสื่อสารให้รู้เนื้อหา (Content) เพื่อให้บุคคลสามารถที่จะตัดสินใจทำเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้อย่างอิสระบนพื้นฐานของข้อมูล/ความรู้ และเป็นการสื่อสารที่ออกแบบอย่างมีกลยุทธ์ (Strategic design) เพื่อเพิ่มแรงจูงใจ (motivation) และให้เกิดความมั่นใจในตนเอง (self confidence) ในการตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลและความรู้ที่ได้มา การสื่อสารและการให้สุศึกษาเพื่อให้เกิด Interactive Health Literacy จำเป็นต้องใช้การสื่อสาร 2 ทางที่สามารถสอบถามและโต้ตอบกันได้อย่างอิสระ และส่วนใหญ่ต้องอาศัยการออกแบบโครงสร้างการสื่อสารแบบเฉพาะไม่สามารถใช้แบบธรรมดาได้ (เช่น การให้สุศึกษาในโรงเรียนโดยใช้ Interactive web base) เป็นการสื่อสารเพื่อที่มีปฏิสัมพันธ์ และตอบโต้กันได้ เช่น การให้คำปรึกษาโดยตรงแก่ผู้ป่วยแบบ online โดยแพทย์หรือผู้ให้บริการอื่นๆ
- 3) Critical Health Literacy เป็นทักษะที่มีความก้ำวหน้ำกว่าระดับ interactive โดย มีความสามารถในการที่จะวิเคราะห์ข้อมูลจากหลากหลายแหล่งและสามารถที่วิจารณ์หรือแยกแยะได้ถึงความแตกต่าง ข้อดี ข้อเสีย ข้อจำกัด และความเหมาะสมที่จะนำแต่ละวิธีมาใช้ในแต่ละสถานการณ์หรือแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้จะทราบเกี่ยวกับโรคหรือปัจจัยเสี่ยงแล้ว 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 ซึ่งสิ่งแวดล้อมก็มีผลช่วยอย่างมากในการสร้างให้เกิด Self efficacy.

ในส่วนของการให้สุศึกษานั้น บุคคลจะรับรู้หรือตอบสนองต่อการให้สุศึกษามากน้อยขึ้นกับสภาพแวดล้อมในขณะนั้น การแยกให้เห็นเป็น 2 ส่วน โดยส่วนแรกคือการสื่อสารและการให้สุศึกษานั้นเป็นงานในการสร้างทักษะเฉพาะ

(Task base) ในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาของแพทย์ (การกินยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งผลดีต่อการรักษา) และส่วนที่ 2 เป็นงานที่สร้างทักษะ (skill base) ที่ออกแบบเพื่อถ่ายทอดทักษะทั่วไปในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลไปใช้เพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนได้อย่างอิสระ (Autonomous decision) รวมถึงการปรับเปลี่ยนในแต่ละสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม

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

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

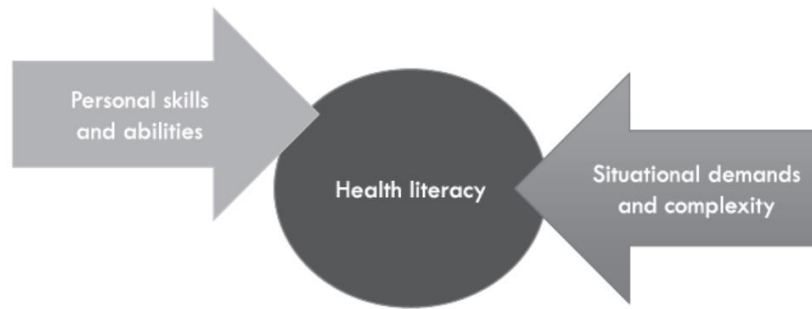


Figure 1 Health literacy is determined by personal skills and environmental context (community, school, clinic)

Figure 1 (adapted from a model proposed by Parker) เป็นการสรุป ความสัมพันธ์ที่เป็นพลวัต โดย Health Literacy เป็นผลคุณระหว่าง ทักษะ/ความสามารถส่วนบุคคล กับ บริบททางสิ่งแวดล้อม(ที่มีความต้องการที่หลากหลายและซับซ้อน) ที่ผู้เน้นเผชิญอยู่ในขณะนั้น model นี้ช่วยอธิบายว่า Health Literacy นั้นเกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลนั้นได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อด้วยวิธีการต่างๆ แล้วออกแบบที่จะปรับปรุงทักษะและความสามารถส่วนบุคคล โดยที่ทักษะและความสามารถดังกล่าวถูกปรับแต่งให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมในขณะที่บุคคลนั้นกำลังประยุกต์ใช้ทักษะความรู้ กล่าวโดยสรุป Health Literacy ในความหมายนี้ การเสริมพลังบุคคลให้มีทักษะจนถึงระดับ interactive & Critical Health Literacy คือเป้าหมายของการสื่อสารและการให้ความรู้ด้านสุขภาพ และการที่ Health literacy ถูกกำหนดโดยทักษะส่วนบุคคลและบริบททางสิ่งแวดล้อม การให้รู้ศึกษาเพื่อพัฒนาความรู้และความเข้าใจและสามารถนำข้อมูลไปใช้เพื่อการปฏิบัติมากกว่าการสอนให้กินยาและปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์เท่านั้น การให้รู้ศึกษาต้องสามารถเพิ่มความตระหนักต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม 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 จากการศึกษาพบว่า low health literacy คือกลุ่มที่มี low

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

### Health literacy ในฐานะที่เป็นยุทธศาสตร์ระดับพลเมืองเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

โครงสร้างการให้รู้ศึกษาที่เป็นแบบแผน (formally organized education) เป็นวิธีการหลักที่นำมาใช้ในการยกระดับ Health Literacy ของประชากร การให้รู้ศึกษาจะมีโอกาสประสบความสำเร็จในการยกระดับ 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

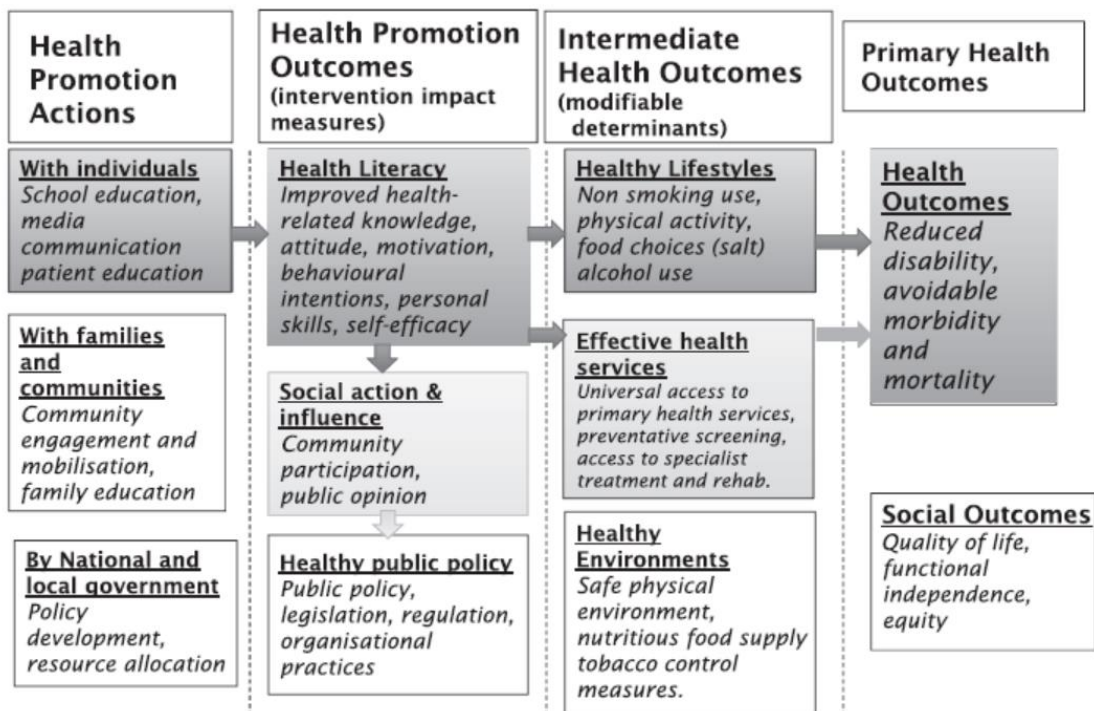


Figure 2 Logic model for prevention planning

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 ซึ่งจำเป็นต้องใช้การให้สุศึกษาและการสื่อสารรวมกับการพัฒนาชุมชนในด้านอื่นๆ
    - 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 และการออกกฎหมายหรือ

กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องก็ต้องทำควบคู่กันไปด้วย เช่นการเพิ่มการเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาพ การพัฒนาห่วงโซ่อาหารตลอด supply chain ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมที่มีการปรับเปลี่ยน organization practice ได้แก่ การปรับปรุงเมนูอาหารในโรงเรียนเพื่อให้เด็กนักเรียนได้รับอาหารที่เพียงพอทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ การพัฒนาโรงอาหารและโรงครัวของโรงเรียน การออกกฎระเบียบเพื่อควบคุมร้านค้าภายในรวมถึงรั้วของโรงเรียนให้ขายอาหารเพื่อสุขภาพ และห้ามขายอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ โดย model นี้แสดงให้เห็นสะพานเชื่อมระหว่าง Intervention (Health promotion action) ไปสู่ผลลัพธ์ของ intervention (Health Promotion Outcome) และเป้าหมาย (Goal) ของ Intervention (Intermediate health outcome) ที่จะเชื่อมไปสู่ Ultimate goal คือ Health and social Outcome.

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

- 4.1. ระดับบุคคลได้แก่ การ School education & patient Education ระดับ ครอบครัว/ชุมชน ได้แก่ Family education
- 4.2. การมีส่วนร่วมของชุมชนและการเคลื่อนไหวสังคม (Community engagement and mobilization)
- 4.3. ระดับโครงสร้างในระดับชาติและระดับท้องถิ่น ได้แก่ การให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา นโยบายหรือกฎหมาย และการกระจายทรัพยากร (policy development and resource allocation) สรุป 3 Health Promotion Actions ได้แก่ Education ,Social mobilization และ Advocacy.

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

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

Health Education and Communication เป็นเครื่องมือของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค Health education ต้องพัฒนาไปสู่ Health Education ร่วมสมัย ที่มีความซับซ้อน เป็น intervention ที่พัฒนาโดยมีทฤษฎีใหม่ๆ

รองรับ (Theory informed intervention) เป็นโปรแกรมที่ไม่ได้พุ่งเป้าไปที่การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเพียงอย่างเดียว (การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารยังเป็นเรื่องที่สำคัญ แต่ต้องทำอย่างอื่นควบคู่ไปด้วย) แต่ต้องพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและสังคมที่จะสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน โปรแกรมดังกล่าวต้องเน้นบริบททางสังคมที่จะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเน้นการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและสังคมโดยเสนอทางเลือกของพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก มีหลายทฤษฎีที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ช่วยอธิบายความซับซ้อนระหว่าง ความรู้ ความเชื่อ และ perceived social norm และกำหนดแนวปฏิบัติสำหรับเนื้อหาในโปรแกรมการให้สุศึกษา เพื่อที่จะพัฒนาให้ไปถึงระดับ interactive และ Critical Health literacy และการสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืนในสถานการณ์ต่างๆ โดยทฤษฎีหรือ model ต่างๆนอกจากจะแนะนำ เนื้อหาในการให้สุศึกษาแล้ว ยังบอกลำดับขั้นตอนและวิธีการให้สุศึกษาและประเด็นเน้นหนัก โดยประเด็นเน้นหนักได้แก่

- ความสำคัญของความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ ทุกรูปแบบกล่าวถึง Health education เป็นบทบาทหลักในการพัฒนาความรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ และเน้นความสำคัญของ ข้อมูลข่าวสารที่จำเพาะสำหรับบุคคลนั้น (Personalized health information ) การจะให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ต้องระบุพฤติกรรมที่จะเกิดตามมาในกรอบเวลาที่ไม่นานนัก และต้องเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลทางด้านสุขภาพของบุคคลนั้น
- ความสำคัญของ self efficacy หรือความเชื่อของบุคคลนั้น ว่าสามารถที่จะทำสิ่งนั้นได้ด้วยตนเอง Health education ต้องสามารถพัฒนาให้บุคคลมีทักษะและเกิดความเชื่อมั่นว่าสามารถทำสิ่งนั้นได้ด้วยตนเอง โดยสิ่งที่สำคัญที่รับประกันความยั่งยืนได้แก่ ความสามารถติดตามความก้าวหน้าด้วยตนเอง การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ การทำซ้ำอย่างสม่ำเสมอ
- ความสำคัญของบรรทัดฐานทางสังคม (social norm) และอิทธิพลทางสังคม (social influence) ที่เกี่ยวข้องกับคุณค่า (values) ของบุคคลที่จะได้รับการยอมรับจากกลุ่มทางสังคมอื่นๆ การใช้ Social role model อิทธิพลจากครอบครัวและกลุ่มเพื่อน การใช้ peer to peer ในการให้สุศึกษาเป็นสิ่งที่พิสูจน์แล้วว่าได้ผล
- การให้สำคัญและยอมรับในความแตกต่างของบุคคล และระยะของการเปลี่ยนแปลง (stage of change) มีความแตกต่างกันขึ้นกับแต่ละบุคคล การให้สุศึกษานั้นจึงต้องทำให้ ถูกคน ถูกเวลาและถูกสถานที่
- ข้อจำกัดของ intervention ที่ไม่สามารถที่จะรองรับได้ทุกกลุ่มทางสังคม ที่มีเศรษฐกิจ การศึกษา เงื่อนไขการทำงานและสิ่งแวดล้อมที่ต่างกัน ซึ่งจะมีผลต่อการเข้าถึงบริการและทรัพยากรที่แตกต่างกันไปด้วย
- ความสำคัญในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือการรับรู้ของประชาชน เป็นองค์ประกอบที่สำคัญสำหรับ health education

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

ปัจจุบันการทำ online health education program ทั้ง mHealth และ eHealth มีมากขึ้น เช่นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และปัจจัยเสี่ยง และแนวทางการป้องกัน เป็นต้น โดยเนื้อหาและวิธีการสื่อสารก็มีความซับซ้อนมากขึ้น จำนวนการ ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ Health literacy มีมากขึ้น แต่ intervention ที่เกี่ยวกับการสื่อสารและการให้สุขศึกษาจนถึงระดับมีการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังน้อยอยู่ และยังไม่สามารถปิด gap ที่จะทำให้อาณานิคมสุขภาพดีขึ้น การให้สุขศึกษาเป็นเครื่องมือ ที่สำคัญในงานสาธารณสุข แต่หลักฐานจากหลายการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการให้สุขศึกษาเพื่อการพัฒนาชุดของ ทักษะในการเสริมพลังบุคคลเพื่อป้องกันหรือเพื่อหวังผลต่อการรักษาโรคใดโรคหนึ่งให้ดีขึ้นเท่านั้น ยังไม่ก้าวถึงระดับที่จะ ให้สุขศึกษาสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อปกป้องหรือส่งเสริมสุขภาพทั้งส่วนบุคคลและชุมชน Intervention ของ Health Literacy ที่เป็นโปรแกรม online ที่พบจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ Adult education online ,โปรแกรม Multimedia ในโรงเรียนหรือในศูนย์การค้า โดยทั้งหมดเป็นใช้การสื่อสารและให้การศึกษาในการพัฒนา Functional Health literacy skills เพื่อที่จะเพิ่มความรู้และความเข้าใจในประเด็นเฉพาะโดยหวังว่าจะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่วนบุคคล สำหรับวิธีการให้สุขศึกษาที่มีความแตกต่างจากเดิม เช่นใช้การเยี่ยมบ้าน ใช้สื่อ Multimedia , eHealth หรือ mHealth โดยเน้นการให้สุขศึกษาเพื่อการสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในแต่ละกลุ่มหรือแต่ละช่วงวัย เช่น กลุ่มพ่อแม่ วัยทำงานหรือผู้สูงอายุ และเนื้อหาเฉพาะสอดคล้องกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย เช่น โภชนาการและกิจกรรมทาง กายที่เหมาะสมของแต่ละกลุ่มวัย บทสรุปของผู้ศึกษาวิจัย คือ “แนวคิดและวาทศิลป์ที่เกี่ยวกับ Health literacy ได้ สร้างความตื่นตัวและความน่าสนใจให้กับนักวิจัย 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 (แม้มันจะเป็นงานพื้นฐานที่ จะต้องทำ) การช่วยให้ประชาชนพัฒนาความมั่นใจที่จะลงมือทำภายใต้ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ และความสามารถที่จะ ทำงานร่วมกับผู้อื่น หรือสนับสนุนผู้อื่นได้นั้นต้องใช้การสื่อสารที่มีความเฉพาะสำหรับแต่ละบุคคล และสื่อสารผ่านไปยัง กลุ่มประชากร โดยขยาย Health Education ไปสู่ฐานชุมชน (Community based education outreach) ถ้าเป้าหมาย ของ Health Literacy คือการส่งเสริมบุคคลให้สามารถตัดสินใจด้านสุขภาพได้อย่างอิสระ จำเป็นที่อย่างย่งที่ต้องเข้าใจ ศักยภาพของการให้สุขศึกษาในการเพิ่มความเข้มแข็งของ personal & community Action เพื่อพัฒนาสุขภาพ Health literacy สามารถสนับสนุนในเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการจัดการตนเองด้านสุขภาพ โดยในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา Health Literacy เป็นที่สนใจของ stakeholder กลุ่มต่างๆ โดยกลุ่มผู้ให้บริการทางคลินิก สนใจในเรื่องโรค และสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค โดย Health Literacy ต่ำ ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรค (Health Literacy as risk ) ซึ่ง การศึกษาต่างๆที่ผ่านมา ได้พิสูจน์ให้เห็นแล้วว่า การพัฒนา Health Literacy ในทางคลินิกและในทางสาธารณสุข ส่งผล ให้การมีส่วนร่วมในการรักษา (engagement) และการจัดการตนเองสำหรับโรคเรื้อรัง (Self Mangement) ดีขึ้น สำหรับ นักการสาธารณสุขที่ทำงานส่งเสริมสุขภาพ ให้ความสนใจ Health literacy ตามแนวคิดที่ว่า Health Literacy เป็นผลลัพธ์

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

**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 แบบเดิมนั้น 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 ซึ่งข้อเสนอแนะจะยอมรับจนถึงการปรับเปลี่ยน นโยบาย หลักเกณฑ์ กฎหมายที่เป็นอุปสรรค หรือออกนโยบาย หลักเกณฑ์ กฎหมายที่เอื้อต่อสุขภาพได้ จำเป็นต้องอาศัยการเคลื่อนไหวทางสังคมที่แรงพอที่จะให้ผู้กำหนดนโยบายเห็นถึงความสำคัญหรือความจำเป็น

## Module ที่ 2

### Health Literate Setting



1. Health Literacy Setting (แปลจาก Solid Fact part B)
2. Media and Communication (แปล จาก Solid Fact)
3. Recent Development in implementing Organizational Health Literacy (แปลจากคำบรรยายของ Professor Stephan Van Den Broucke)

## Part B

### Action ในการสร้าง Setting ที่เป็นมิตรต่อความรู้ด้านสุขภาพ

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

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

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

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

โรงงาน โรงเรียน ตลอดจนถึง Supermarket สร้าง

สภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อความรู้ด้านสุขภาพ

ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง บุคคล Setting และวิชาชีพ จะเป็นประเด็นที่สำคัญต่อการพัฒนานโยบาย และโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ

Fig. 10. Health literacy interface



## 5. คุณลักษณะของ Setting รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Setting)

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

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

## 6. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ คุณลักษณะหลักใน Healthy City

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

### Box 6 ความรอบรู้ด้านสุขภาพสนับสนุนให้เกิด Healthy City ได้อย่างไร

เมืองที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้อง

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

## 7.คุณลักษณะของ องค์กรที่เป็นมิตรกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy Friendly Organization)

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

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

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

| Health Literate Health Care Organization                                                                                                                       | ตัวอย่าง                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ผู้นำได้บูรณาการเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้าไปในพันธกิจ โครงสร้าง และการปฏิบัติ                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาและดำเนินการเกี่ยวกับ นโยบาย และมาตรฐาน</li> <li>กำหนดเป้าหมายในการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสร้างความรับผิดชอบ และระบบจูงใจ</li> <li>จัดสรรทรัพยากรทางการเงินและบุคลากร</li> <li>ออกแบบทั้งระบบงานและโครงสร้างกายภาพใหม่</li> </ul>    |
| บูรณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าไปอยู่ในเรื่อง การวางแผน มาตรการประเมินผล ความปลอดภัยของผู้ป่วย และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>ประเมินองค์กรในด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ</li> <li>ประเมินผลกระทบของนโยบายและแผนงานด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ</li> <li>นำปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพผนวกเข้าไปในแผนด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย</li> </ul> |
| พัฒนาบุคลากรให้เป็นบุคคลที่รอบรู้ด้านสุขภาพ และกำกับติดตามความก้าวหน้า                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>จ้างหรือบรรจุบุคลากรที่มีความหลากหลายเพื่อที่จะมาพัฒนางานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ</li> <li>กำหนดเป้าหมายในการฝึกอบรมบุคลากรในทุกระดับ</li> </ul>                                                                                               |
| การออกแบบ การดำเนินการ และการประเมินผลเกี่ยวกับบริการข้อมูลข่าวสารและบริการที่ให้กับประชาชน ต้องคำนึงในปากของประชาชนว่าจะเข้าใจข้อมูลข่าวสารนั้นมากน้อยเพียงไร | <ul style="list-style-type: none"> <li>ตระหนักในกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ว่าทำอย่างไรจะทำให้กลุ่มเหล่านี้เข้าใจ</li> <li>มีระบบประเมินผลถึงผลการใช้ข้อมูลข่าวสาร และบริการที่จัดให้ว่าผู้รับบริการ สามารถเข้าถึงและมีความเข้าใจมากน้อยเพียงไร</li> </ul>   |

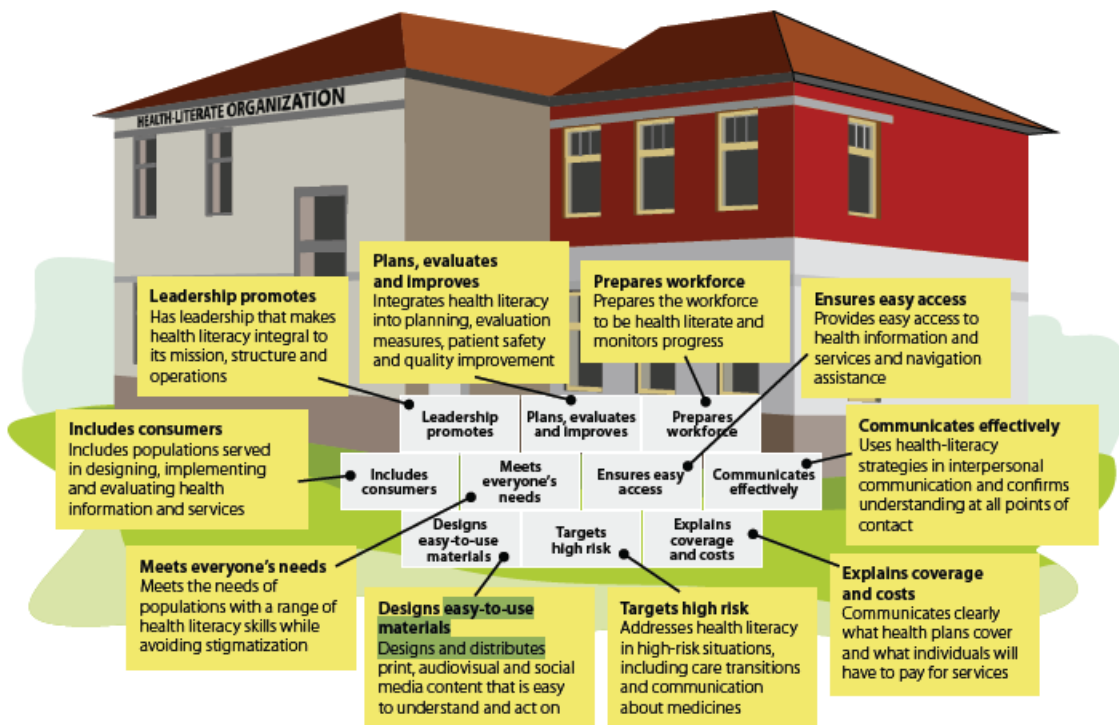
| Health Literate Health Care Organization                                                                                                                              | ตัวอย่าง                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| บรรลุนความต้องการประชาชนทุกคน (ไม่ว่าใครไว้ข้างหลัง) ในด้านทักษะที่จะทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ และหลีกเลี่ยงการตีตรา (Stigma)                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>● การดำเนินการเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้องประยุกต์แนวทางว่าสามารถใช้ได้ทุกคน โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ และต้องระบบและแนวทางในการให้การช่วยเหลือทุกราย</li> <li>● จัดสรรทรัพยากร ในสัดส่วนที่มากกว่า เพื่อดำเนินการเพิ่มความรอบรู้ในกลุ่มที่มีความรอบรู้ต่ำ</li> </ul>                                 |
| ใช้กลยุทธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยการสื่อสารระหว่างบุคคล และสร้างความมั่นใจว่าเกิดความเข้าใจในทุกสัมผัสของการสื่อสารและการบริการ                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>● ยืนยันว่าผู้รับบริการเข้าใจ (ใช้วิธีการ *Teach back , Show me, หรือ **Chunk and check method )</li> <li>● จัดคนที่พูดภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาหลัก เข้าช่วยเหลือผู้ที่ไม่ได้ใช้ภาษาหลัก</li> <li>● จำกัด ข่าวสาร ที่จะสื่อไม่ให้เกิน 3 messages ในการสื่อสารแต่ละครั้ง</li> <li>● ใช้ภาษาภาพหรือสัญลักษณ์แทนตัวอักษร</li> </ul> |
| ให้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ หรือการบริการได้ง่าย และสะดวก และมีการช่วยนำทางเพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายขึ้น                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>● ใช้ระบบ IT เพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายและสะดวก รวมถึงการมีการฝึกอบรมเพื่อให้สามารถใช้ระบบ IT ดังกล่าวได้</li> <li>● อำนวยความสะดวกในการนัดผู้ป่วยมารับบริการ</li> </ul>                                                                                                                                              |
| ออกแบบและเผยแพร่ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อ multi media หรือ social media ที่เข้าใจง่าย                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>● พิจารณาความหลากหลายและความแตกต่างของผู้รับสื่อ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ</li> <li>● กระบวนการแปลภาษาที่ไม่ใช่ภาษาหลัก อย่างมีประสิทธิภาพ</li> </ul>                                                                                                                                                         |
| ต้องมีจุดเน้น คือ ไม่ทำเรื่องสำคัญน้อย แต่เน้นสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง รวมถึงการดูแลผู้ป่วย และการสื่อสารเกี่ยวกับการให้ยาหรือการรักษา | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Inform consent สำหรับการบริการที่มีความเสี่ยงสูง เช่นการผ่าตัด หรือหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง</li> <li>● เน้นประเด็นที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ภาวะหรือเงื่อนไขที่จำเป็นต้องใช้ Self management</li> </ul>                                                                                                                      |
| การสื่อสารให้เกิดความกระจ่าง เช่น แผนการรักษา นั้นครอบคลุมในเรื่องใดบ้าง และต้องจ่ายค่ารักษาจำนวนเท่าไร                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>● อธิบายให้ง่ายต่อความเข้าใจ เกี่ยวกับ นโยบายการประกันสุขภาพนั้นครอบคลุมถึงเรื่องใดบ้าง</li> <li>● สื่อสารว่าส่วนเกินที่จะต้องจ่ายเองเป็นจำนวนเท่าไร ก่อนที่จะให้การรักษา</li> </ul>                                                                                                                                          |

Source: adapted from: Brach C et al. *Attributes of a health literate organization*. Washington, DC, Institute of Medicine, 2012 ([http://www.iom.edu/~media/Files/Perspectives-Files/2012/Discussion-Papers/BPH\\_HLit\\_Attributes.pdf](http://www.iom.edu/~media/Files/Perspectives-Files/2012/Discussion-Papers/BPH_HLit_Attributes.pdf), accessed 15 May 2013).

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

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

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



Source: adapted from: Brach C et al. *Attributes of a health literate organization*. Washington, DC, Institute of Medicine, 2012 ([http://www.iom.edu/~media/Files/Perspectives-Files/2012/Discussion-Papers/BPH\\_HLit\\_Attributes.pdf](http://www.iom.edu/~media/Files/Perspectives-Files/2012/Discussion-Papers/BPH_HLit_Attributes.pdf), accessed 15 May 2013).

## 8. Setting การศึกษา (Educational Setting)

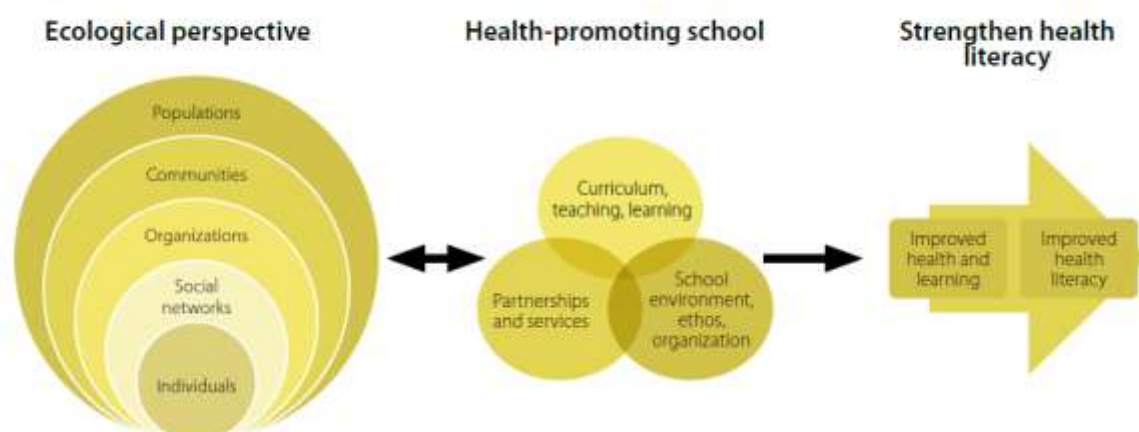
สุขภาพ มีความสำคัญต่อการศึกษา ในทางกลับกัน การศึกษาก็มีส่วนสำคัญต่อสุขภาพ นักเรียน ครอบครัว และชุมชนที่สุขภาพดี จะมีผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาดีกว่า และติดตามการทำงานในอนาคตพบว่า มีผลผลิตที่สูงกว่า แผนงานโครงการที่เกี่ยวกับการศึกษาต้องมุ่งความสนใจในประเด็นของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

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

### What is known

1. การอ่านออกเขียนได้ ทำให้คนนั้นสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ดีขึ้น สามารถที่จะค้นหาหรือแสวงหาข้อมูล ทำให้ความสามารถด้านปัญญาหรือด้านการใช้ภาษาที่ดีขึ้น ทำให้สามารถเข้าถึงเข้าใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ส่งผลให้มีความสามารถในการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การใช้บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

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



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

### What is known to work – promising areas for action

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

ปฐมวัย การที่เด็กได้เล่นด้วยกันแทนที่จะเล่นกับโปรแกรมคอมพิวเตอร์ การมีโอกาสในการกระตุ้นพัฒนาการในช่วงนี้จะส่งต่อช่วงวัยต่อไปของชีวิต

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

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

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

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

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

#### Box 8. Case study: learning for well-being

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

## 9. Setting ตลาดและชุมชน (Market Place and Community setting)

บ่อยครั้งการปกป้องตลาดนั้นสำคัญกว่าการปกป้องสุขภาพ การถกเถียงเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นเป็นการถกเถียงเกี่ยวกับเรื่องอำนาจและความโปร่งใส มีเป็นสิทธิของประชาชนที่ควรรู้เกี่ยวกับแหล่งกำเนิดและส่วนประกอบของอาหาร รู้เกี่ยวกับอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล รู้ว่ามีการจำหน่ายเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์แก่ชนกลุ่มน้อยผ่านช่องทางใด รู้เกี่ยวกับระดับของมลพิษ ด้วยวิธีการที่เข้าใจง่าย

*Kickbusch Health literacy, social determinants and public policy*

### What is known

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

Fig. 13. Making healthy choices



) Source adapted from WestOne Services (2013).

### What is known to work – promising areas of action

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

#### Box 9. Case study: workers in hairdressing salons

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

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

**Box 10. Examples of nudging activities**

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

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

## 10. Setting สถานที่ทำงาน (Workplace Setting)

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

### What is known

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

### Box 11. Case study: workplace wellness programs

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

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

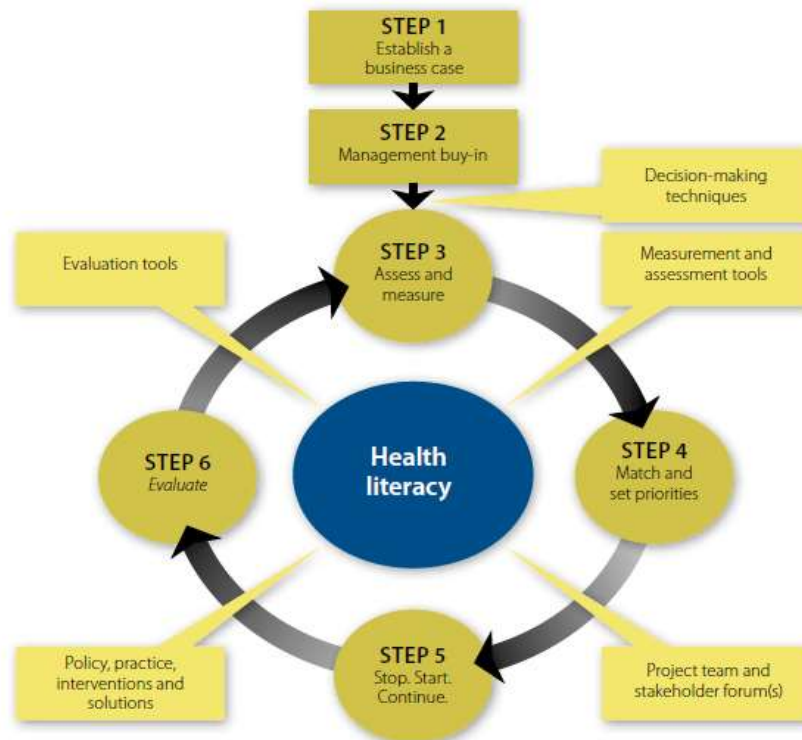
ทำการประเมินผลการดำเนินการของโปรแกรมดังกล่าวในช่วงปี 1995-1999 และประเมินอีกครั้งในปี 2007-2009 ผลสรุปพบว่า พนักงานมีส่วนร่วมต่อโปรแกรมดังกล่าวสูงมาก ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของบริษัทลดลง อัตราหยุดงานลดลง และโปรแกรมสามารถลดปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพของพนักงาน เช่น พฤติกรรมเนือยนิ่งลดจากร้อยละ 39 เหลือร้อยละ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

3. การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ทำให้ต้องรับผิดชอบต่อพนักงานมากยิ่งขึ้น บางธุรกิจในภาคบริการเปลี่ยนการทำงานเป็นแบบเสมือนจริง โดยพนักงานต้องเร่ร่อนเปลี่ยนที่ทำงานไปเรื่อย การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้พนักงานควบคุมสุขภาพได้น้อยลง จึงต้องมีวิธีการใหม่ในการเพิ่มความเข้มแข็งให้พนักงานในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ

#### What is known to work – policy and other interventions

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

**Fig. 14. Blueprint for Business Action on Health Literacy**



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

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

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

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

## 11. Setting สถานบริการสุขภาพ (Healthcare Setting)

ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพมักเป็นข้อมูลที่เข้าถึงได้ยาก เนื่องจาก ความต้องการหรืออุปสงค์ในข้อมูลทางด้านสุขภาพกับทักษะของประชาชนโดยเฉลี่ยในการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพเหล่านั้นไม่สัมพันธ์กัน

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

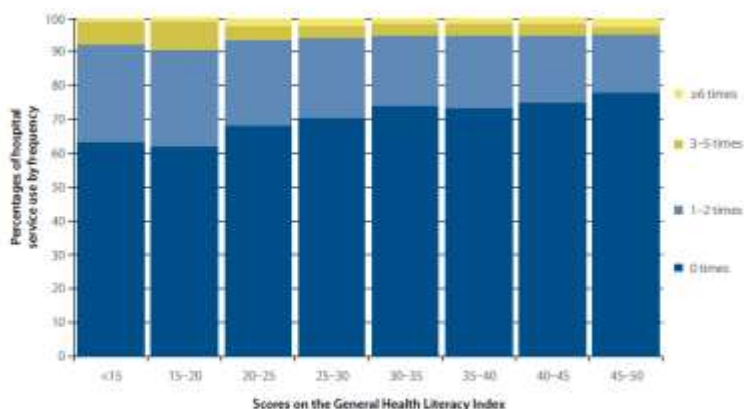
### What is known

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

กลุ่มรายได้สูงแล้วยิ่งทำให้เกิดปัญหาการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบางได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้มีรายได้น้อย ผู้ว่างงาน เป็นต้น การบริหารเวลาของบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้เกิดการล้นระยะเวลาการตรวจ หรือเวลาในการอธิบายหรือให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วย

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

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



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

สิ่งที่ทราบและจะนำไปสู่ Area to Action.

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

Table 5 การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพ : เครื่องมือ

| จุดเน้น  | ความท้าทาย                                                                                       | ข้อเสนอแนะ                                                                                                                                                                          |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Web      | <ul style="list-style-type: none"> <li>ออกแบบเพื่อดึงดูดความสนใจมากกว่าประโยชน์ใช้สอย</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>ปรับปรุงระบบนำทางใน web และการกลับสู่หน้าหลัก</li> <li>ให้ผู้ใช้งานสามารถสอบถามได้</li> <li>เตรียมคำตอบสำหรับคำถามที่มีการถามบ่อย</li> </ul> |
| โทรศัพท์ | <ul style="list-style-type: none"> <li>ข้อมูลที่บันทึกมักจะพูดเร็วเกินไป</li> </ul>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาวิธีการบันทึก</li> <li>เตรียมและฝึกอบรม operator</li> </ul>                                                                             |

| จุดเน้น                           | ความท้าทาย                                                                                                                                                                                                                                            | ข้อเสนอแนะ                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Operator ไม่สามารถตอบได้หลายคำถาม</li> <li>รอสายนานและสายมักถูกตัดบ่อย</li> </ul>                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>เตรียม Script เพื่อตอบคำถามที่ถามบ่อย</li> </ul>                                                                                                                                            |
| ประตูทางเข้า                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>เครื่องหมายทางเข้าไม่ชัดเจน</li> <li>กรณีที่มีทางเข้าหลายทาง ไม่ระบุว่าทางเข้านั้นจะเข้าไปรับบริการอะไร</li> </ul>                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>ทำถนนและทางเข้าให้ชัดเจน</li> </ul>                                                                                                                                                         |
| การหาเส้นทางเพื่อไปรับบริการต่างๆ | <ul style="list-style-type: none"> <li>มีแต่ข้อความยินดีต้อนรับแต่เครื่องหมายชี้แนวทางไม่ชัดเจน</li> <li>บุคลากรของ รพ.ก็ยังไม่ทราบจุดให้บริการต่างๆ</li> <li>แผนที่นำทางซับซ้อนเกินไป</li> <li>เครื่องหมายต่างๆไม่คงเส้นคงวา และไม่ชัดเจน</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>ปฐมนิเทศบุคลากรและฝึกอบรมให้ใช้ภาษาพื้นที่เข้าใจง่าย</li> <li>เตรียมแผ่นพับแสดงจุดให้บริการให้ผู้มารับบริการ</li> <li>อบรมบุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลให้สามารถเป็นมัคคุเทศน์นำทางได้</li> </ul> |
| การพูด                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>ใช้ศัพท์ทางการแพทย์ที่เข้าใจในหมู่ผู้ให้บริการแต่ประชาชนไม่เข้าใจ</li> </ul>                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>ปฐมนิเทศบุคลากร</li> <li>ฝึกอบรมวิชาชีพให้ใช้ภาษาพื้นที่เข้าใจง่าย</li> </ul>                                                                                                               |

2. กำหนดนโยบายการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในทุกสื่อ ไม่ว่าจะเป็นสื่อสิ่งพิมพ์ วิดีโอ Web site ,Multi media ซึ่งถือเป็นจุดเริ่มต้นของการตอบสนองต่อการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยเน้นใช้ภาษาที่เรียบง่าย และทดสอบสื่อกับกลุ่มเป้าหมายก่อนใช้จริงทุกครั้ง ดังตารางที่ 6.

ตารางที่ 6 การใช้ภาษาพื้น ๆ ที่เข้าใจง่ายในสถานบริการสุขภาพ

| จุดเน้น                    | ความท้าทาย                                                                                                                                                 | ข้อเสนอแนะการดำเนินการ                                                                                                                                                              |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| คำศัพท์และความยาวของประโยค | <ul style="list-style-type: none"> <li>ใช้ศัพท์เฉพาะมากเกินไป</li> <li>ใช้ศัพท์ทางการแพทย์หรือทางวิทยาศาสตร์</li> <li>ใช้ประโยคที่ยาวและซับซ้อน</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>ใช้คำพื้นที่เข้าใจง่าย</li> <li>ใช้ภาษาพูดหรือเขียนที่ชัดเจน</li> <li>ใช้ประโยคง่ายๆที่แม้แต่เด็กก็เข้าใจได้</li> </ul>                      |
| การจัดระบบและโครงสร้าง     | <ul style="list-style-type: none"> <li>สื่อที่ไม่ได้เขียนขึ้นโดยคำนึงถึงผู้อ่าน</li> <li>สื่อหรือสิ่งพิมพ์ที่เต็มไปด้วยรูปแบบที่ซับซ้อน</li> </ul>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>ออกแบบให้ง่ายต่อการอ่าน</li> <li>ตรวจสอบความชัดเจน</li> <li>จัดระบบข้อมูลตามความชอบของคนอ่าน</li> <li>ทดสอบนำร่องสื่อที่เขียนขึ้น</li> </ul> |

| จุดเน้น                    | ความท้าทาย                                                                                                                                                                                                         | ข้อเสนอแนะการดำเนินการ                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            |                                                                                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>ในกรณีที่สื่อสารด้วยคำพูดใช้ teach-back เพื่อสอบถาม</li> </ul>                                                                                                                                 |
| กระบวนการออกแบบและการพัฒนา | <ul style="list-style-type: none"> <li>สื่อหรือสิ่งพิมพ์มีรูปแบบตามมุมมองของวิชาชีพ</li> <li>การผลิตสื่อต่างๆขาดความเป็นมืออาชีพ</li> <li>โครงสร้างข้อมูลของสถานบริการไม่ได้เปิดช่องให้ผู้ป่วยได้สอบถาม</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>ติดตามการพัฒนาและทบทวนประเด็นการสื่อสารที่สำคัญ</li> <li>ข้อกำหนดในการนำร่องทดลองการใช้สื่อจากกลุ่มเป้าหมายก่อนใช้จริง</li> <li>กระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้รับบริการสอบถามและกำหนดวาระ</li> </ul> |
| ความเคร่งครัด              | <ul style="list-style-type: none"> <li>น้อยถ้ากำหนดข้อกำหนดให้นำร่องทดลองการสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมายก่อน</li> <li>น้อยโดยทดแทนด้วยการประเมินทักษะของการสื่อสารของวิชาชีพ</li> </ul>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาและกำกับด้วยการนำร่องทดลองการสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมายเพื่อสื่อสารในประเด็นสำคัญ</li> <li>สอนและใช้เทคนิคการ Teach back</li> <li>ออกข้อกำหนดให้ใช้มืออาชีพในการจัดทำสื่อ</li> </ul>         |

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

## กรณีตัวอย่าง การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง (Drug Compliance)

วิธีการรับประทานยาที่แพทย์สั่งและคำเตือนบนใบสั่งยามักจะไม่ชัดเจน การสื่อสารของแพทย์ในเรื่องการให้ยาให้กับผู้ป่วย มักจะไม่สมบูรณ์ และเภสัชกรก็ไม่มีเวลาให้คำปรึกษาหรือไม่มีเอกสารให้ผู้ป่วยเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยา และการสอนให้รับประทานยาหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ก็ยากต่อการเข้าใจ

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

### What is known

1. ความคาดเคลื่อนจากการใช้ยา (Medication Error) เป็นเรื่องที่พบบ่อย เป็นเรื่องที่อันตรายที่สามารถป้องกันได้ การสั่งยา และการเขียนใบกำกับยามักจะมีปัญหา ร่วมกับการที่แพทย์และเภสัชกรพลาดโอกาสในการให้ปรึกษาในการให้ยาให้กับผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นสาเหตุของความคาดเคลื่อนจากการใช้ยา ผลที่ตามมาคือ ผลลัพธ์การรักษาที่ไม่ดี แม้จะนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ แต่ปัญหานี้ก็ยังคงอยู่

### What is known to work – promising areas for action

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

**Fig. 16. Example of the Universal Medication Schedule**

|             |                                                                                               |  |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Take</b> | 1 tablet in the morning (or bedtime)                                                          |  |
| <b>Take</b> | 1 tablet in the morning<br>1 tablet in the evening                                            |  |
| <b>Take</b> | 1 tablet in the morning<br>1 tablet at noon<br>1 tablet in the evening                        |  |
| <b>Take</b> | 1 tablet in the morning<br>1 tablet at noon<br>1 tablet in the evening<br>1 tablet at bedtime |  |
| <b>Take</b> | 1 or 2 tablets<br>Wait at least 4 hours before taking again<br>Stop at 6 tablets in 1 day     |  |



**Morning:** 06:00–08:00

**Noon:** 11:00–13:00

**Evening:** 16:00–18:00

**Bedtime:** 21:00–23:00

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

## กรณีศึกษา: โปรแกรมการจัดการโรคเรื้อรังด้วยตนเอง

### What is known

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

### What is known to work – promising areas for action

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

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

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

## สื่อและการสื่อสาร

### แปลจาก Solid Fact Part B Topic 12 Media and Communication

การสื่อสารสาธารณะผ่านสื่อมวลชนสามารถสนับสนุนความรู้ด้านสุขภาพได้หลายวิธี สำหรับชาวยุโรปส่วนใหญ่ แหล่งข้อมูลหลักและที่เชื่อถือได้มากที่สุดคือบุคลากรทางการแพทย์ของตน แต่คนส่วนใหญ่มักแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งสื่อมวลชนที่หลากหลาย

#### สิ่งที่ทราบแล้ว

1. **ข้อมูลเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ** แนวทางการสื่อสารที่มุ่งเน้นเพียงการสร้างข้อมูลและส่งข้อความไม่เพียงพอที่จะส่งผลดีต่อการเลือกของผู้คน ผลการวิจัยและประสบการณ์จากศาสตร์ทางสังคมและพฤติกรรมในวงกว้าง รวมถึงการตลาดเพื่อสังคม จิตวิทยาสังคม เศรษฐศาสตร์พฤติกรรม และประสาทวิทยาศาสตร์ ให้แนวทางที่เป็นประโยชน์และมักคุ้มค่าในการช่วยผู้คนในการ "ตัดสินใจและดำเนินการในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพเพื่อรักษาหรือปรับปรุงคุณภาพชีวิตตลอดช่วงชีวิต"

#### กรณีศึกษา: การตลาดเพื่อสังคมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับไข้หวัดนก

ในระหว่างการระบาดของไข้หวัดนกในตุรกีปี 2548-2549 UNICEF ได้ประสานงานคณะทำงานหลายภาคส่วนและหลายหน่วยงานที่ใช้เทคนิคการตลาดเพื่อสังคมในการส่งมอบการสื่อสารเฉพาะกลุ่มไปยังกลุ่มประชากรเสี่ยงสูงที่เข้าถึงได้ยาก มีการจัดกลุ่มสนทนาและสัมภาษณ์แม่บ้านที่อาศัยในชนบทภาคตะวันออกของตุรกีเพื่อทำความเข้าใจการรับรู้และพฤติกรรมเสี่ยงของพวกเขา (เช่น การนำไก่เข้ามาในบ้านเพื่อให้อบอุ่น) ระบุข้อความและแรงจูงใจที่สามารถลดความเสี่ยง และช่องทางสื่อมวลชนและชุมชน (เช่น การออกอากาศทางวิทยุและโทรทัศน์เฉพาะภาษา) ที่สามารถส่งมอบข้อมูลที่เชื่อถือได้ เข้าใจได้ และเหมาะสมกับระดับการรู้หนังสือของประชากร ข้อมูลที่รวบรวมได้ยังช่วยกำหนดกลยุทธ์การสนับสนุนนโยบายเพื่อลดความเสี่ยงจากการสูญเสียสัตว์ปีกด้วย

2. **การสื่อสารเป็นส่วนสำคัญของโครงการสาธารณสุขที่ครอบคลุม** การสื่อสารได้รับการยกย่องว่าช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงบางรูปแบบ (เช่น การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน) ส่งเสริมการใช้มาตรการป้องกันโรคและการรักษา (เช่น การใช้เข็มฉีดยา และการติดตามยา) และเพิ่มการปฏิบัติตามยาและระบบการรักษา ผลกระทบเชิงบวกเกิดจากโปรแกรมที่ปรับแต่งข้อมูลสุขภาพให้ตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย สร้างแบบอย่างบรรทัดฐานและวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ดำเนินแคมเปญลดพฤติกรรมเสี่ยง และสนับสนุนนโยบายที่ทำให้การเลือกที่มีสุขภาพดีขึ้นง่ายขึ้น เช่น การห้ามโฆษณายาสูบและแอลกอฮอล์ และการห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ

3. การสื่อสารสื่อมวลชนที่บ้านทอนสุขภาพ ตั้งแต่อายุน้อย ผู้คนได้รับข้อความจากหลายแหล่ง บางแหล่งมีปัญหามาก และบ้านทอนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีโดยตรง เช่น การตลาดเชิงพาณิชย์ระดับโลกที่ก้าวร้าวของยาสูบ แอลกอฮอล์ และอาหาร และเครื่องมือที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ยังคงนำผู้คนสู่วิถีชีวิตที่ไม่ดีต่อสุขภาพและมีส่วนสำคัญต่อภาระโรคไม่ติดต่อที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

### สิ่งที่ทราบว่าได้ผล – นโยบายและการแทรกแซงที่มีแนวโน้มดี

1. การสร้างความเท่าเทียมในสนามการสื่อสาร การบังคับใช้ข้อจำกัดการตลาดที่เกี่ยวข้องกับอันตราย เช่น การห้ามโฆษณายาสูบและแอลกอฮอล์ (เพื่อลดการบริโภคและช่วยชีวิต) ทำให้มีพื้นที่มากขึ้นสำหรับข้อความส่งเสริมสุขภาพที่จะถูกได้ยินและเห็น การเข้าถึงฟรี (หรือราคาถูก) ต่อเวลาและพื้นที่โฆษณาสังคมเป็นส่วนหนึ่งของกฎระเบียบการอนุญาต ทำให้ข้อความสาธารณสุขสามารถเข้าถึงสื่อมวลชนที่สำคัญ (และมีราคาแพงมาก) เช่น โทรทัศน์วิทยุ และโรงภาพยนตร์ พระราชบัญญัติเสรีภาพสารสนเทศและกฎระเบียบที่ปกป้องสื่อเปิดกว้างเป็นรากฐานของประสิทธิภาพที่เป็นไปได้ของการสนับสนุนใดๆ และต้องการการสนับสนุนอย่างเข้มงวดและการติดตามปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง สื่อสังคมออนไลน์ (เช่น Facebook, Twitter และ YouTube) ได้เปิดโอกาสใหม่และไม่เคยมีมาก่อนสำหรับการสื่อสารสาธารณสุข

2. เสริมสร้างขีดความสามารถการสื่อสารสาธารณสุข แนวทางเชิงกลยุทธ์ในการใช้สื่อมวลชนเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลและประชากร ได้แก่ การเสริมสร้างขีดความสามารถในการส่งมอบข้อมูลที่มุ่งเน้นผู้ชม การต่อต้านข้อมูลที่ผิดอย่างแข็งขัน การมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และการสนับสนุนสุขภาพแวดล้อมและนโยบายที่เป็นมิตรต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้สื่อสารและผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพสามารถเรียนรู้จากแนวทางการสื่อสารที่ผู้โฆษณาและนักการตลาดเชิงพาณิชย์ใช้สำเร็จ ซึ่งรวมถึงเทคนิคการกำหนดเป้าหมายและการแบ่งส่วนตลาดเพื่อส่งมอบข้อความและข้อมูลสุขภาพที่ทดสอบและปรับแต่งแล้ว

### การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้กำหนดนโยบายในยูเครน

การตลาดเพื่อสังคมสามารถใช้เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เชี่ยวชาญ องค์กร และผู้กำหนดนโยบายด้วย ตัวอย่างเช่น แคมเปญควบคุมยาสูบของยูเครนใช้แนวทางการตลาดเพื่อสังคมเพื่อสนับสนุนฉลากบรรจุภัณฑ์แบบมีรูปภาพในปี 2553 แคมเปญมุ่งเน้นการให้ความรู้สมาชิกรัฐสภาเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักเกี่ยวกับสิ่งที่กฎหมายยาสูบใหม่ที่เสนอเกี่ยวกับการติดฉลากและภาษีจะหมายถึงสุขภาพและเศรษฐกิจ กลยุทธ์มุ่งเน้น "การทำให้ตัวเองขาดไม่ได้" ผู้จัดสนับสนุนการร่างกฎหมายอย่างแข็งขันในกลุ่มทำงานของคณะกรรมการรัฐสภาว่าด้วยปัญหาสุขภาพ และต่อต้านข้อโต้แย้งของอุตสาหกรรมยาสูบอย่างไม่ลดละด้วยความช่วยเหลือจากสมาชิกรัฐสภา

แนวทางความบันเทิงเพื่อการศึกษา (edutainment) มีอิทธิพลเชิงบวกต่อการเรียนรู้และการดำเนินการด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ การศึกษาระบุว่า edutainment โดยเฉพาะเมื่อผสมผสานกับวิธีการและแนวทางอื่นๆ เช่น กลยุทธ์การสร้างขบวนการ

และการสื่อสารระหว่างบุคคล มีประสิทธิภาพสูงในหลายบริบท ในบางประเทศ เช่น การพูดคุยเรื่องการสร้างภูมิคุ้มกันในละคร  
น้ำเน่าทำให้แม่มากขึ้นมาหาวัคซีนให้ลูก

**3. การต่อต้านข้อมูลที่ผิดอย่างแข็งขันและการรับประกันคุณภาพ** การสร้างระบบประกันคุณภาพเพื่อป้องกันข้อมูลที่ผิด  
และการสื่อสารผิดพลาดสามารถช่วยอำนวยความสะดวกในการส่งมอบข้อมูลสุขภาพที่เชื่อถือได้และสอดคล้องกัน สามารถ  
จัดทำระบบการรับรองสำหรับสื่อข้อมูลที่เป็นมิตรต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสถาบัน ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพของ  
สื่อจำเป็นในการแยกแยะข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เชื่อถือได้ และเป็นอิสระจากการตลาดผลิตภัณฑ์และโฆษณาที่ขับเคลื่อนด้วยการ  
ขาย ความรอบรู้ด้านสื่อทำงานเพื่อถอดรื้อการสื่อสารของสื่อ แยกชิ้นส่วนเพื่อแสดงว่าทำอะไร

### **แหล่งข้อมูลสุขภาพที่เป็นอิสระ**

แหล่งข้อมูลสุขภาพที่เป็นอิสระในระดับเทศบาล ระดับชาติ และระดับนานาชาติ เช่น WHO, คณะกรรมาธิการยุโรป หรือ NHS  
Direct ในสหราชอาณาจักร สามารถช่วยผู้คนในการแยกแยะความจริงจากสิ่งที่น่าเชื่อถือ อย่างไรก็ตาม เว็บไซต์สุขภาพ  
โดยทั่วไปขาดการควบคุมคุณภาพ มีมาตรฐานคุณภาพและการรับรองบางอย่าง เช่น มาตรฐาน Health on the Net ที่ได้รับ  
การพัฒนาสำหรับการควบคุมคุณภาพของเว็บไซต์สุขภาพ แต่ยังไม่ได้นำไปใช้ทั่วโลกและยังไม่ได้แสดงให้เห็นว่าทำให้  
เว็บไซต์เข้าใจง่ายขึ้น

**4. เสริมสร้างความเท่าเทียมในความรอบรู้ด้านสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (eHealth)** ผลประโยชน์ด้านสุขภาพในหมู่ผู้ที่มี  
ความรอบรู้ด้าน eHealth สูงได้สร้างความไม่เท่าเทียมใหม่ในข้อมูลสุขภาพดิจิทัล กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงกว่าต้องได้รับการให้  
ความรู้และความช่วยเหลือ และเทคโนโลยีต้องออกแบบโดยคำนึงถึงการเข้าถึงได้โดยทุกคน

### **ความรอบรู้ด้าน eHealth คืออะไร?**

โดยเฉพาะ ความรอบรู้ด้าน eHealth หมายถึงความสามารถในการค้นหา พบ เข้าใจ และประเมินข้อมูลสุขภาพจากแหล่ง  
อิเล็กทรอนิกส์ และนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการจัดการหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพ ต่างจากรูปแบบความรอบรู้อื่นๆ ที่แตกต่างกัน  
ความรอบรู้ด้าน eHealth รวมแ่งมของทักษะความรอบรู้และนำไปใช้กับการส่งเสริมและการดูแล eHealth แก่นหลักคือทักษะ  
หลักหกประการ (หรือประเภทของความรอบรู้): ความรอบรู้แบบดั้งเดิม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสารสนเทศ  
ความรอบรู้ด้านวิทยาศาสตร์ ความรอบรู้ด้านสื่อ และความรอบรู้ด้านคอมพิวเตอร์

---

### **สื่อสังคมออนไลน์และสุขภาพมือถือ**

องค์กรด้านสุขภาพควรไปยังที่ผู้คนอยู่ออนไลน์อยู่แล้ว (บนสื่อสังคมออนไลน์) แทนที่จะสร้างเกาะเว็บที่แยกตัวของพอร์ทัล  
ข้อมูล "อ่านอย่างเดียว" และคาดหวังให้ผู้คนมาเยี่ยมชม

## สิ่งที่ทราบแล้ว

1. **สื่อสังคมออนไลน์สามารถปรับปรุงขีดความสามารถของผู้ใช้ในการได้รับ ประมวลผล และเข้าใจข้อมูลและบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นในการตัดสินใจด้านสุขภาพที่เหมาะสม** การตลาดเพื่อสังคมแบบไวรัล (เข้าถึงผู้คนมากขึ้นเร็วขึ้น และใช้ต้นทุนน้อยที่สุด เมื่อเทียบกับรูปแบบการตลาดและโฆษณาอื่นๆ) เป็นหนึ่งในแง่มุมที่แข็งแกร่งที่สุดของสื่อสังคมออนไลน์และสามารถมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ การส่งเสริม และโปรแกรมเผยแพร่ด้านสุขภาพ ตัวอย่างเช่น การตลาดแบบไวรัลและเทคนิคสื่อสังคมออนไลน์อื่นๆ ถูกใช้อย่างประสบความสำเร็จในการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในตุรกี
2. **เครือข่ายสังคมออนไลน์และวิธีการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมยังให้โอกาสที่ดีเยี่ยมสำหรับการสนับสนุนแบบเพื่อนต่อเพื่อน** ผู้ป่วยและสมาชิกของประชาชนทั่วไปที่สนับสนุนซึ่งกันและกันสามารถมีส่วนช่วยลดภาระของระบบการดูแลสุขภาพแบบดั้งเดิม PatientsLikeMe เว็บไซต์เครือข่ายสังคมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะทางการแพทย์ต่างๆ ปัจจุบันเป็นตัวอย่างคลาสสิกของการสนับสนุนผู้ป่วยต่อผู้ป่วยออนไลน์ และผู้ใช้มีรายงานผลประโยชน์ที่รับรู้หลายอย่างและการจัดการโรคด้วยตนเองและผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

### กรณีศึกษา: Teen2Xtreme

T2X (Teen2Xtreme) เป็นเว็บไซต์ออนไลน์ที่ใช้พลังของสื่อสังคมออนไลน์เพื่อปรับปรุงความรู้ด้านสุขภาพของวัยรุ่น ดำเนินการร่วมกันโดย UCLA School of Public Health และ Health Net, Inc. ในสหรัฐอเมริกา T2X เสนอชุมชนเฉพาะวัยรุ่นที่เชื่อมโยงกับ Facebook พร้อมเนื้อหาที่ผลิตโดยวัยรุ่นและมืออาชีพ การแข่งขัน เกม แบบทดสอบ โพล บล็อก คลิปวิดีโอ (YouTube) และวิธีการสื่อสารเชิงโต้ตอบและมีส่วนร่วมอื่นๆ T2X ครอบคลุมประเด็นไลฟ์สไตล์สำหรับวัยรุ่น เช่น โภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การเพศสภาพและเพศวิถี และพฤติกรรมทางเพศ พอร์ตัลไปยังที่ที่วัยรุ่นอยู่บนเว็บสังคมอยู่แล้วและใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อสื่อสารกันที่พวกเขาคุ้นเคย พร้อมทั้งจัดหาเปลือกที่เป็นเอกลักษณ์และโดดเด่น พร้อมคำพูดของวัยรุ่น สี และสไตล์ที่คิดสรรมาอย่างดีที่จะดึงดูดผู้ชมวัยรุ่น กระตุ้นพวกเขา และส่งเสริมการมีส่วนร่วมระหว่างกันและกับเนื้อหาบริการ

3. **เว็บสังคมมือถือในปัจจุบันทำให้ผู้คนสามารถแชร์ ให้คะแนน แนะนำ และค้นหาแอปพลิเคชันซอฟต์แวร์ (applications) ที่ครอบคลุมหัวข้อเกือบทุกอย่างได้อย่างง่ายดาย รวมทั้งสุขภาพ** การมาถึงของสมาร์ทโฟน แท็บเล็ตขนาดเล็ก และระบบปฏิบัติการและเว็บเบราว์เซอร์รุ่นล่าสุดที่รองรับแนวคิดของแอปและร้านแอปหรือตลาดที่เกี่ยวข้อง ทำให้การดาวน์โหลดและติดตั้งซอฟต์แวร์ง่ายและเป็นที่ยอมรับ ตัวอย่างเช่น มีคนมากกว่า 1 ล้านคนดาวน์โหลดแอปมือถือสำหรับคำแนะนำด้านสุขภาพที่เชื่อถือได้และแนะนำเชื่อถือที่น่าเสนอโดย NHS ในอังกฤษภายในหกเดือนแรกหลังเปิดตัวในเดือนพฤษภาคม 2554

## พจนานุกรมการแพทย์ภาษาธรรมดา

พจนานุกรมการแพทย์ภาษาธรรมดา (Plain Language Medical Dictionary) ที่สร้างโดย Taubman Health Science Library ของมหาวิทยาลัยมิชิแกน มีให้บริการทั้งบนเว็บและเป็นแอป iPhone พจนานุกรมนี้แปลภาษาทางการแพทย์เป็นภาษาอังกฤษในชีวิตประจำวันและอาจเป็นประโยชน์สำหรับบุคคลที่พยายามเข้าใจความหมายที่แน่นอนและถูกต้องของคำศัพท์ทางการแพทย์ที่พวกเขาพบออนไลน์

คำศัพท์ไม่กี่คำที่แสดงในภาพหน้าจอของแอปนี้ เช่น abdomen (ช่องท้อง), ability (ความสามารถ), absorption (การดูดซึม) และ accelerate (เร่ง) เตือนแพทย์ นักวิชาการ และผู้กำหนดนโยบายที่มีพื้นฐานมีอาชีพว่าคำศัพท์ดังกล่าวที่อาจถือว่าเรียบง่ายและอธิบายตัวเองได้อาจทำให้คนอื่นๆ สับสนได้ แม้แต่คนที่รู้หนังสือสูง นี่คือ

ถอดคำบรรยาย เรื่อง Recent Development in Implementing Organizational Health Literacy

Professor Stephan Van Den Broucke

Ho Chi Minh City 15 May 2024



## ที่มา ความสำคัญและแนวคิด OHL, HLO

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



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

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

- 2.5. Health Literacy จะเกิดขึ้นได้ต้องทำทั้ง 2 ด้าน ทั้งฝั่งของผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ ทางฝั่งผู้รับบริการต้องพัฒนาความรู้และความสามารถส่วนบุคคล ส่วนทางฝั่งผู้ให้บริการ ก็ต้องพัฒนาทั้งระบบเพื่อลดอุปสงค์ตามสถานการณ์และความซับซ้อนของระบบของโรงพยาบาล เพื่อให้เข้าถึงต่อความเข้าใจของผู้รับบริการในระดับที่สามารถตัดสินใจได้ ซึ่งการต้องปรับระบบทั้งองค์กร เพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับองค์กร (Organizational health Literacy - OHL) โดยองค์กรที่ทำ OHL ได้สำเร็จก็คือ HLO (Health Literate Organization)
- 2.6. แม้ระดับของ HL ของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ก่อนหน้านั้นมักจะทำการคัดกรองหากกลุ่มที่มี Low Health Literacy เพื่อที่จะให้ความรู้แก่กลุ่ม Low HL แต่ปัจจุบันเริ่มมองว่าการให้ความรู้นั้นควรทำทุกกลุ่มไม่เฉพาะกลุ่ม Low HL จึงเกิดคำว่า Universal Health Literacy Precaution แก่ทุกคน แต่ให้เติมต่อในกลุ่ม Low HL ที่จะต้องให้ความรู้ที่ใช้กระบวนการที่แตกต่างออกไปหรือให้เวลาในการให้ความรู้ที่เพิ่มมากขึ้น
- 2.7. การวัด HL (Measurement) ก็ขึ้นกับว่าจะวัดที่จุดใด คือที่ระดับบุคคล หรือระดับองค์กร หรือระดับของจุดที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับองค์กร
3. ทำไมถึงต้องมุ่งเน้น HL ระดับองค์กร
  - 3.1. ความสามารถในการเข้าใจข้อมูล และเข้าสู่กระบวนการรับบริการสุขภาพ สัมพันธ์กับ อุปสงค์ที่ถูกกำหนดโดยระบบบริการสุขภาพ
  - 3.2. ระบบบริการสุขภาพไม่สามารถตอบสนองต่อกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ
  - 3.3. เกิดวงจรความสัมพันธ์ ระหว่าง สุขภาพไม่ดี กับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ โดยเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานในระบบสุขภาพที่ยากต่อการเข้าถึงและยากต่อการสื่อสารเพื่อทำความเข้าใจ
  - 3.4. ความยากต่อการเข้าใจและเข้าถึงระบบสุขภาพที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ ไม่สามารถที่จะจัดการผ่านบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งในองค์กร แต่ต้องจัดการในบริบทขององค์กรถึงจะสามารถยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้
4. แนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับองค์กร (Organizational Health Literacy)
  - 4.1. Organizational Health Literacy (OHL) คือ **วิธีการ** ของการบริการ หรือขององค์กร หรือระบบขององค์กร ในการจัดทำข้อมูลข่าวสารหรือทรัพยากรด้านสุขภาพ ให้มีความพร้อม และประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่างๆ ไม่ว่าจะเพียงพอหรือต่ำ สามารถเข้าถึงได้ (The way in which services, organizations and systems make health information and resources available and accessible to people according to their health literacy strengths and limitation.)

#### 4.2. Health Literate Organization (HLO) คือ

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

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

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

### การพัฒนา OHL ล่าสุด What and How to Do?

1. การพัฒนาเกี่ยวกับ OHL ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในเรื่องต่างๆ ดังนี้

#### 1.1. การวิจัยเกี่ยวกับ OHL

1.1.1. แนวคิดและคุณลักษณะของ Health Literacy Friendly Healthcare organization.

1.1.2. การบริการสุขภาพที่เน้นในเรื่อง Health Literacy สำหรับชนกลุ่มน้อย

1.1.3. วิธีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลที่เน้นเรื่อง Health Literacy.

1.1.4. อุปสรรคในการพัฒนาและนำ OHL สู่อการปฏิบัติในองค์กร

1.1.5. ผลลัพธ์ที่เกิดจากการพัฒนา OHL

#### 1.2. เครื่องมือวัด OHL

1.3. แนวทาง (Guideline) ที่จะช่วยองค์กรในช่วงเปลี่ยนผ่านไปสู่ OHL

2. แนวคิดในเรื่อง OHL

#### 2.1. What - ทฤษฎีของ OHL

2.1.1. มอง OHL เป็นปรากฏการณ์ที่มีหลายมิติ (Multidimensional phenomenon) ที่เกี่ยวข้องกับทั้งมิติสาธารณสุข และมิติทางวัฒนธรรมในบริบทของบริการสุขภาพ

2.1.2. มองกลุ่มที่มี Low HL เป็นกลุ่มเปราะบางที่เกิดร่วมและมีปฏิสัมพันธ์กับความเปราะบางทางสังคมอื่นๆ

#### 2.2. How จะนำ OHL ไปสู่การปฏิบัติได้อย่างไร

2.2.1. มุ่งเน้นที่สมรรถนะขององค์กรในการพัฒนาและส่งมอบบริการที่เน้น HL

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

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

หมายเหตุ [Link เอกสาร](#)

- a) ข้อ 1-3 เป็นส่วนของ เงื่อนไขของคุณภาพ (Quality Condition)
  - b) ข้อ 4 เป็นส่วนของ หลักการมีส่วนร่วม (Principle of participation)
  - c) ข้อ 5-8 เป็นส่วนของเนื้อหาเฉพาะของ HL (Specific HL Contents)
  - d) ข้อ 9-10 เป็นส่วนของการบริการสุขภาพในช่วงสำคัญที่จำเป็นต้องใช้การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (Aspects of healthcare where adequate communication is specifically important)
4. Tools ที่จะช่วยเรื่อง How to Do ? มี 2 Frameworks ที่มีการนำไปใช้จริง ได้แก่
  - 4.1. Org-HLR (Organizational Health Literacy Responsiveness Framework (Trezona et al.2017)

- 4.1.1. OHL คือการตอบสนองขององค์กรด้านสุขภาพ ในการรองรับความต้องการของชุมชน (Consider OHL as a response of healthcare organization to need of community)
- 4.1.2. จำเป็นต้องใช้การเปลี่ยนแปลงในเชิงระบบเพื่อที่มุ่งเน้นกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำที่อยู่ในสังคม (Assert that systematic change is required to address the issue of low HL in society)
- 4.2. V-HLO พัฒนาใน Vienna(V-HLO) โดยทีมพัฒนานี้เป็นทีมของ WHO ที่พัฒนา Health Promotion Hospital standard (HPH) แนวคิด V-HLO จึงเป็นแนวคิดที่ต่อยอดจาก HPH โดย
  - 4.2.1. ใช้ Setting Approach ของการส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนา Health Literacy ทั้งภายในและภายนอกสถานบริการ
  - 4.2.2. มุ่งเน้นในการยกระดับ HL ของผู้ป่วย (Patients) ผู้รับบริการ (Clients) ผู้ให้บริการ (Health provider) องค์กรต่างๆที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับสถานบริการ เช่น สถานศึกษา สถานประกอบการ โรงงาน ฯลฯ (Organizations) ประชาชนในชุมชน (Population)
5. Tools ที่จะใช้ในการวัดหรือประเมิน Organizational HL (สามารถ Search หาแต่ละหัวข้อได้ใน Web site)
  - 5.1. Health Literate Healthcare Organization Scale (HLHO-10)
  - 5.2. Enliven Organizational Health Literacy Self-Assessment Resource
  - 5.3. Health Literacy Universal Health Literacy Tool kid (Agency of Healthcare Research and agency)
  - 5.4. Vienna Health Literate Organization (V-HLO) Questionnaire.
  - 5.5. International Self Assessment Tool for Organizational Health Literacy (M-POHL)
  - 5.6. Standard and Substandard of V-HLO (อ่านรายละเอียดในภาคผนวก)
  - 5.7. Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL) Tools
    - 5.7.1. WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL)
      - 5.7.1.1. มีเครือข่าย 23 ประเทศใน WHO Euro Region.
      - 5.7.1.2. HLS19 Instrument คือเครื่องมือในการวัด General HL โดยปรับปรุงเป็น HLS19-Q47 และมีอีก 2 Short form ได้แก่ HLS19-Q12 และ HLS19-Q16 นอกจากนั้นยังสร้างเครื่องมือเพิ่มเติมได้แก่ HLS19-DIGI (Digital HL) , HLS19-COM (Communicative HL), HLS19-NAV(Navigational HL) ,HLS19-VAC (Vaccination HL) เป็นต้น
      - 5.7.1.3. The Health Literacy Survey 24-26 (HLS24) จะทำการ Survey ในปี 2024 โดยใช้ HLS19
    - 5.7.2. พัฒนา Assessment Tools จำนวน 2 Tools ได้แก่
      - 5.7.2.1. Organizational Health Literacy (Responsiveness) of Hospital (OHL-Hos) ประกอบด้วย 8 มาตรฐาน 155 เครื่องชี้วัด [Link เอกสาร](#)
      - 5.7.2.2. Organizational Health Literacy in Primary Healthcare Services (OHL-PHC) มี 65 เครื่องชี้วัด

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

## HLO Guideline & Tools Assist Implementation and Outcome

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

- 2.8. OHL ไม่ได้เป็นสิ่งแปลกแยกออกมา แต่เป็นส่วนหนึ่งของการปรับเปลี่ยนให้มองคนเป็นศูนย์กลาง (Person center) การมีส่วนร่วม (Participative) และเป็นการดูแลแบบบูรณาการ (Integrated care)
3. หลักการ 5 ประการในนำ OHL สู่อำนาจปฏิบัติ
  - 3.1. เป็นการปรับเปลี่ยนระดับองค์กร (Organization Change) กระบวนการภายในองค์กรในการ นำแนวทาง OHL สู่อำนาจปฏิบัติ รวมถึงการสถาปนาระบบ (institutionalized) เพื่อให้องค์กรเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ
  - 3.2. การตอบสนองของบุคลากรทุกคน (Workforce Responsiveness) เพื่อให้องค์กรตอบสนองความต้องการเกี่ยวกับ Health Literacy ของประชาชนผู้มารับบริการผ่านการดำเนินการของบุคลากรทั้งสายวิชาชีพและสายสนับสนุน
  - 3.3. ผู้รับบริการมีส่วนร่วมและใช้คนเป็นศูนย์กลาง (User involvement and Person center care) ยกกระดับความคิดของประชาชนให้สามารถคิดแบบมีวิจารณญาณ (Critical Thinking) เสริมพลังหรือเพิ่มความเข้มแข็งของบุคคลให้สามารถปรับปรุงสุขภาพและเงื่อนไขทางสุขภาพได้
  - 3.4. การเข้าถึงและนำทางสู่การไปรับบริการสุขภาพ (Access and Navigation) องค์กรเพิ่มโอกาสให้ผู้รับบริการกลุ่มต่างๆ ได้รับข้อมูลด้านและบริการสุขภาพตามความต้องการ ความชอบ หรือประสบการณ์
  - 3.5. ภาวีสื่อข่ายทั้งภายในและภายนอกองค์กร (Internal and External Partnership) ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน (องค์กร ทีมงาน ฝ่าย) ที่ทำงานร่วมกันเพื่อบรรลุผลลัพธ์เกี่ยวกับ OHL ร่วมกัน
4. การทำ Systematic Review หลักฐานของการบรรลุผลลัพธ์ (
  - 4.1. HL มักถูกอ้างอิงว่าสามารถทำให้เกิดผลลัพธ์ต่างๆ ได้แก่ มาตรการให้การศึกษาระดับคุณภาพชีวิต อัตราการคัดกรองเกี่ยวกับ HL หรือผลลัพธ์อื่นๆ
  - 4.2. มี 7 การศึกษาที่พบว่า HL ส่งผลกระทบบระดับปานกลางกับตัวแปรต่างๆ เช่น คุณภาพชีวิต (Quality of Life)
  - 4.3. มี 3 การศึกษาที่ศึกษาองค์ประกอบย่อยของ HL เช่น การค้นหาข้อมูล การสื่อสารสำหรับ HL การประเมิน และการใช้ข้อมูล เป็นต้น
  - 4.4. มาตรการที่เน้นการใช้ HL หรือองค์ประกอบย่อยของ HL (Dimension of HL) นั้นได้รับการพิสูจน์แล้วสามารถทำให้ผลลัพธ์ในหลายๆเรื่อง ดีขึ้น
  - 4.5. ใช้วิธีการที่ผสมผสานโดยมีเป้าหมายในการปรับปรุง HL ของผู้ป่วย รวมถึงการอบรมบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้สามารถจัดการกับกลุ่มที่มี Low HL ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในระยะยาว
  - 4.6. HL นอกจากจะใช้ในระดับบุคคล ยังสามารถนำมาใช้ในระดับองค์กร เช่นในสถานบริการสุขภาพ และส่งผลให้การนำ OHL มาใช้และผลลัพธ์ดีขึ้น

## 5. สรุป

- 5.1. เมื่อมอง HL ในระดับองค์กร ช่วยให้สถานบริการสุขภาพนำบริบทของสังคมและการเมือง (Sociopolitical context) มาประยุกต์ใช้ได้อย่างกว้างขวางขึ้น โดยไม่ได้มอง การเข้าถึงบริการสุขภาพไม่ใช่เป็นแค่ปัจจัยที่กำหนดสุขภาพเท่านั้น แต่ต้องนำเรื่อง วิถีชีวิต การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม สิ่งแวดล้อม ซึ่งมักจะถูกกละเลย เข้ามาอยู่ในกรอบแนวคิดของ OHL ด้วย
- 5.2. Guideline สำหรับ OHL สามารถเข้ามาช่วยตั้งแต่ขั้นตอน การเริ่มต้น การนำสู่ปฏิบัติ และการสถาปนาระบบ OHL ให้เกิดขึ้นในองค์กร โดย Guideline เหล่านั้นได้มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าได้ผล และถือเป็น Good Practice
- 5.3. ความท้าทายในการนำ OHL สู่อำนาจปฏิบัติ จะเหมือนกับการนำระบบปรับปรุงคุณภาพมาใช้ในสถานบริการสุขภาพ
- 5.4. กรอบแนวคิดของ OHL ต้องนำแนวคิดของการประสานความร่วมมือในทุกภาคส่วน (Intersectoral collaboration) การเสริมพลังให้ผู้ป่วย (Patient empower) และสร้างบริการร่วมกัน (Co-construction) และให้บริการแบบบูรณาการ (Integrated care)

## Part 4.

### Standard of Health Literate Healthcare Organization (HLHCO)

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

## Executive Summary

1. การเปรียบเทียบ Organization Health Literate Responsiveness Framework (Org-HLR) จากการศึกษาของ Trezona<sup>(1)</sup> และ Angela<sup>(1)</sup> กับ Baldrige Excellence Framework<sup>(3)</sup> ซึ่งเป็นมาตรฐานที่ประเทศต่าง ๆ นิยมใช้ในปัจจุบัน มาตรฐานในประเทศไทยที่นำ Baldrige Excellence Framework มาเป็นแม่แบบได้แก่ TQA , PMQA , HA โดยโรงพยาบาลในประเทศไทยส่วนใหญ่พัฒนาเพื่อการรับรองด้วย HA Standard จากการเปรียบเทียบพบว่า Baldrige Excellence Framework ครอบคลุมหัวข้อได้มากกว่า Org-HLR Framework ที่ได้จาก 2 การศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งทั้ง 2 การศึกษาไม่ได้พูดถึง Result เพราะฉะนั้นต่อไปจะใช้ Baldrige Excellence framework เป็นกรอบเพื่อจะวาง Ten Attribute of HLHCO ของ IOM , V-HLO ของ Vienna Study , และ International OHL-hos ของ CC-HPH เข้าไปในกรอบดังกล่าว โดย ในส่วนของ Process Management ในหมวด 6 จะประกอบด้วย Process ที่เกี่ยวกับ HL ดังนี้
  - 1.1. Communication Practice and Structure
  - 1.2. Ease Access to services and Process (Ease of Navigation)
  - 1.3. Patient engagement and self management support.
  - 1.4. Community engagement & Partnership

รูปที่ 1 เปรียบเทียบ Organizational Health Literate Responsiveness กับ Baldrige Excellence Framework

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

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

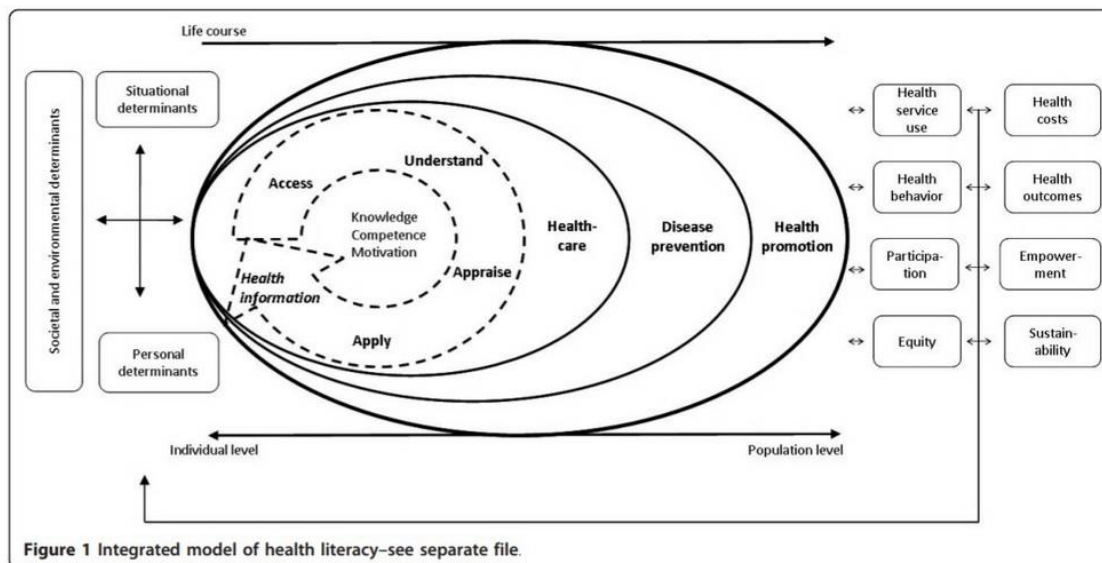
Standard Framework ก็เช่นเดียวกัน ใน USA Institute of Medicine (IOM) ได้รายงาน 10 Attribute of HLHCO เมื่อปี 2012 โดย Framework พัฒนาจาก Healthcare context เมื่อทางนำประยุกต์ใช้ยุโรปที่ Health Literacy Concept พัฒนาไปสู่เรื่อง Health Promotion โดยมอง HL เป็นเรื่องซึ่ง beyond individual Health แต่เป็นเรื่อง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

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

Compare Baldrige's Framework with Ten Attribute(IOM),V-HLO and International OHL-Hosp

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

3. ทั้ง 10 Attribute ,V-HLO , International OHL-hos ตัว Standard ไม่ได้กล่าวถึง Result แต่ไปกล่าวในแบบประเมินตนเอง (Self Assessment ) โดย International Self-Assessment Tool for Organizational Health Literacy (Responsiveness) of Hospitals (OHL-Hos) <sup>(4)</sup> โดย V-HLO จะมี 160 indicator ส่วน OHL-hos จะมี 156 indicator โดยสามารถเลือก indicators ให้เหมาะสมกับบริบท ถ้าพิจารณาจาก Integrated model of Health Literacy <sup>(7)</sup> Consequence คือ สิ่งที่จะตามหลัง Health Literacy แบ่งเป็น 4 คู่ได้แก่
- 3.1. อัตราการมาใช้บริการสุขภาพ (Health service use) ซึ่งจะสัมพันธ์กับ ต้นทุนของการมารับบริการ (Health cost) (Disease Approach ใน Healthcare Setting)
  - 3.2. พฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) จะสัมพันธ์กับ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcome) – (Disease prevention & Health promotion approach)
  - 3.3. การมีส่วนร่วม (Participation) จะสัมพันธ์กับ ระดับการเสริมพลัง (Empowerment) – Health promotion Approach
  - 3.4. ความเท่าเทียม (Equity) จะสัมพันธ์กับ ความยั่งยืน (Sustainable) – Health promotion approach.



4. การกำหนดเครื่องชี้วัดจะขึ้นกับการนำมาตรการมาใช้ ถ้าทราบมาตรการใดที่ส่งผลต่อการปรับปรุงคุณภาพ (Quality Improvement) ก็จะทำให้สามารถเลือก Indicators ที่จะเป็น Consequence กับมาตรการนั้นๆได้ จากการศึกษาเกี่ยวกับมาตรการที่มีผลต่อ Quality Improvement โดยใช้ความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ<sup>(8)</sup> พบว่า มาตรการที่ส่งผลต่อ Quality Improvement ได้แก่

**TABLE 3.**

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

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

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

## สรุปและข้อเสนอแนะ

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

## เอกสารอ้างอิง

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

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

## Health Literate Healthcare Organization (HLHCO) Jürgen M. Pelikan

### Contents:

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

### Health Literate Healthcare Organization (HLHCO)

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

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

ข้อมูลเชิงประจักษ์เหล่านี้เป็นที่ทราบกันดีในสถาบันที่ให้บริการสุขภาพ และรัฐบาลของประเทศสหรัฐอเมริกาให้การสนับสนุนนโยบาย เพื่อชี้แนะให้ผู้ให้บริการและนักวิจัยมาให้ความสำคัญของกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัดในระบบสุขภาพ เดิมใช้กลยุทธ์แบบแยกส่วน ขึ้นกับว่าองค์กรใดจะนำประเด็นได้มาใช้ได้แก่ การคัดกรองกลุ่มที่มี Low

health literacy เพื่อนำกลุ่มดังกล่าวมาให้ความรู้ เพิ่มประสิทธิภาพของการสื่อสาร การพัฒนาสื่อเพื่อให้ง่ายต่อการอ่าน และความเข้าใจ พัฒนาผู้ให้บริการเพื่อให้สื่อสารกับผู้รับบริการด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย พัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อให้เข้าถึงได้ง่ายขึ้น และพัฒนาระบบการนำทางเพื่อให้ผู้รับบริการไปรับบริการตามห้องต่างๆ ได้สะดวกขึ้น รวมถึงการใช้เทคนิคเพื่อทดสอบความเข้าใจเช่น Teach back ,Ask me three เป็นต้น ปัจจุบันได้บูรณาการกลยุทธ์แยกส่วนที่ได้กล่าวมาข้างต้นเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบมากขึ้น และทำแบบครบวงจร (Nielsen-Bohlman et al, 2004 <sup>(33)</sup> ; Paasche-Orlow et al, 2006 <sup>(35)</sup> ; Rudd and Anderson, 2006 <sup>(45)</sup> ; Andrulis and Brach, 2007 <sup>(4)</sup> ;Schillinger and International handbook of health literacy Keller, 2011 <sup>(48)</sup> ), ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมคือ Ten attributes of health literate health care organizations (see Brach et al, 2012 <sup>(10)</sup> ). เงื่อนไขก่อนหน้าในการกำหนดนิยามและแนวคิดของ HLO เกิดจากวิวัฒนาการของความเข้าใจว่า Health literacy เป็นเรื่องของ ความสัมพันธ์ (relational) & ปฏิสัมพันธ์ (Interactive) (Pelikan and Ganahl, 2017(43) ) จากแนวคิดที่ว่า Health literacy เป็นเรื่องส่วนบุคคล (individual) มาสู่แนวคิดเชิงระบบที่มีความเกี่ยวเนื่องกัน (Baker,2006 <sup>(5)</sup> ; Rudd and Anderson, 2006 <sup>(45)</sup> ), ขึ้นกับบริบท (contextual (Nutbeam, 2008 <sup>(34)</sup> ) or dual (Parker, 2009 <sup>(38)</sup> ), ความรู้ความเข้าใจใหม่นี้ทำให้ทราบว่า Actual health literacy ของแต่ละบุคคลไม่ได้ขึ้นกับทักษะส่วนตัวเท่านั้น แต่ขึ้นกับความซับซ้อนของระบบสุขภาพที่ประชาชนต้องเผชิญ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อตัดสินใจของประชาชนด้วย 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 รวมถึงการประเมินและตัดสินใจในการปฏิบัติที่ต้องถูกขยายไปสู่มิติของการป้องกันโรค (Disease Prevention) และการส่งเสริมสุขภาพ ( Health Promotion) ด้วยไม่ใช่เฉพาะในเรื่องการรักษาพยาบาล (Healthcare) เท่านั้น (Sorensen et al, 2012 <sup>(50)</sup> ; Pelikan and Ganahl,2017 <sup>(43)</sup> ). ดังนั้น Health Literacy และ HLOs จึงเกี่ยวข้องกับประชาชนในหลายบทบาทนอกเหนือจากผู้ป่วยเท่านั้น หรือต้องใช้คำว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders) แทนคำว่าผู้ป่วย(patients) เช่น สำหรับ ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการ (workers), ผู้บริโภค (Consumer) และ ประชาชนที่เป็นพลเมือง (Citizen) ซึ่งอยู่ภายใน องค์การ หรือ setting หรือระบบ ในทุกส่วนของสังคมสมัยใหม่ในปัจจุบัน (Kickbusch and Maag, 2008 <sup>(26)</sup> ). และแนวคิดเรื่อง HLOs สามารถนำไปใช้ในองค์กรของ เมือง (city) โรงเรียน (scholl) สถานที่ทำงานเช่น สถานประกอบการโรงงาน (Workplace) และอื่นๆได้อีกด้วย ไม่เฉพาะสำหรับสถานบริการสุขภาพเท่านั้น อ่านเพิ่มเติมได้ใน the World Health Organization's (WHO) Health literacy: The solid facts (Kickbusch et al, 2013 (27))

### ประเด็นคำถามในบทนี้คือ

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

## การพัฒนาแนวคิดที่เป็นองค์รวมเชิงระบบของ HLHOs

แนวคิด HLHOs ที่พัฒนาในประเทศสหรัฐอเมริกาโดยนักวิชาการหลายท่าน (Adams and Corrigan, 2003<sup>(2)</sup>; Nielsen-Bohlman et al, 2004<sup>(33)</sup>; Rudd et al, 2005<sup>(47)</sup>; Paasche-Orlow et al, 2006<sup>(35)</sup>; Rudd and Anderson, 2006<sup>(45)</sup>; Andrulis and Brach, 2007<sup>(4)</sup>; Schillinger and Keller, 2011<sup>(48)</sup>) 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<sup>(10)</sup>). ซึ่งเป็นเครื่องมือในการประเมิน Health literacy ในระดับองค์กรของสถานบริการสุขภาพ รวมถึงกล่องเครื่องมือที่ถือเป็นแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในการพัฒนาองค์กรให้เป็น HLHOs โรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพอื่นๆได้นำแนวคิดไปสู่การปฏิบัติ และในสหรัฐอเมริกา แนวคิดนี้ได้ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในระบบสุขภาพได้แก่ โรงพยาบาล ร้านขายยา และสถานบริการปฐมภูมิอื่นๆ (primary healthcare)

### Terminology and definitions of organisational health literacy

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

1. นิยามที่ใช้แต่แรกใช้ Health Literate Environment ของ Healthcare setting หมายถึงด้านอุปสงค์ของสมการที่เสนอโดย IOM (2004) หมายถึงความคาดหวัง ความซับซ้อน และทักษะในการสื่อสารหรือบริการ (Rudd and Anderson, 2006, p1<sup>(45)</sup>).
2. นิยามที่สอง มีผู้นิยมใช้มากที่สุด HLHOs คือองค์กรที่พัฒนาระบบที่ง่ายต่อประชาชนในการค้นหา เข้าใจ และใช้ ข้อมูลข่าวสารและบริการในการดูแลสุขภาพของตนเอง (Brach et al, 2012, p 1<sup>(10)</sup>).

3. นิยามที่สาม คือนิยามที่เป็นปัจจุบันที่ได้บูรณาการเนื้อหาที่กำหนดในนิยามของ Brach et al (2012) (10) กับ นิยามเชิงองค์รวมของ Health Literacy ของ HLS-EU Consortium (Sorensen et al, 2012, p 3<sup>(50)</sup>) HLHOs คือ องค์การที่พัฒนาระบบเพื่อให้การเข้าถึง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม (ผู้ป่วยและญาติ บุคลากร/ ผู้บริหาร ใน สถานบริการสุขภาพ ประชาชนทั่วไป)ในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหรือข้อมูล สุขภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้เพื่อการยกระดับ Health literacy ทำให้การตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพในทุกๆ วัน โดยใช้การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ เพื่อการรักษาและ ยกระดับคุณภาพชีวิตตลอดทุกช่วงชีวิต เพื่อให้สามารถบรรลุแนวคิดที่เป็นองค์รวมเชิงระบบและยั่งยืน สถาน บริการสุขภาพจำเป็นต้องประยุกต์ใช้หลักการและเครื่องมือของ การบริหารคุณภาพ (Quality Management ) การบริหารการเปลี่ยนแปลง (Change Management) และการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ร่วมกับการ เสริมสมรรถนะขององค์กร ทั้งเรื่องโครงสร้างพื้นฐานและทรัพยากรเพื่อให้เป็นองค์กรที่ Health Literate มากขึ้น (Pelikan and Dietscher, 2015b, slide 16<sup>(42)</sup>)

### Concepts, models and frameworks of organisational health literacy

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

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

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

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

1. ผู้นำได้บูรณาการเรื่อง Health Literacy เข้าไปใน พันธกิจ โครงสร้าง และการดำเนินการขององค์กรหรือไม่
2. บูรณาการเรื่อง Health Literacy เข้าไปในการวางแผน การวัดผลการดำเนินการ ความปลอดภัยของผู้ป่วย และเรื่องปรับปรุงคุณภาพ
3. เตรียมบุคลากรเพื่อให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงการวัดความก้าวหน้าของการดำเนินการ
4. รวมเรื่องการตอบสนองในระดับประชากรเข้าไปในขั้นตอนของการออกแบบ การดำเนินการ และประเมินผล ทั้งระบบข้อมูลข่าวสารและการบริการ
5. ตอบสนองความต้องการของประชาชนซึ่งมีความหลากหลายของระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยหลีกเลี่ยงการตีตรา (ปฏิบัติเหมือนกัน เพื่อไม่ให้เกิดความรู้สึกว่าตนอยู่ในกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ)
6. ใช้กลยุทธ์สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเน้นการสื่อสารระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิภาพและแน่ใจได้ว่าจะเกิดความเข้าใจในทุกจุดสัมผัสของการบริการ
7. จัดเตรียมระบบข้อมูลข่าวสารและบริการที่ง่ายต่อการเข้าถึง และมีระบบช่วยในการนำทางไปรับบริการในจุดต่างๆ
8. ออกแบบและกระจายสื่อสิ่งพิมพ์ รวมถึงวิดีโอ หรือ social media ที่ง่ายต่อการเข้าใจและเน้นการปฏิบัติ

9. เน้นหนักในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพเป็นพิเศษในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ในช่วงรอยต่อของการบริการ หรือการสื่อสารเกี่ยวกับการรับยา
10. สื่อสารให้เข้าใจอย่างละเอียดเกี่ยวกับการครอบคลุมของชุดสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ และค่าบริการที่ต้องจ่ายนอกเหนือจากสิทธิการรักษา

#### 10 Attributes of HLHCs *Institute of Medicine*

โดยในแต่ละคุณลักษณะจะอธิบายเกี่ยวกับเหตุผลความจำเป็น และรายละเอียด รวมถึงวิธีการประเมิน และการนำสู่การปฏิบัติ เมื่อพิจารณาคุณลักษณะทั้ง 10 ประการ พบว่า

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

Brach et al, 2012, p 19<sup>(10)</sup> สรุปว่า สถานบริการสุขภาพต้องปิดช่องว่างระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล กับ อุปสงค์ด้านระบบบริการสุขภาพที่มีซับซ้อน การปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่เน้นประชาชนหรือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางต้องออกแบบระบบข้อมูลข่าวสารและระบบบริการสุขภาพใหม่ โดยบูรณาการหลักการของความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้าไปในเป้าประสงค์ โครงสร้างพื้นฐาน นโยบายและแนวปฏิบัติขององค์กร รวมถึงการพัฒนาบุคลากรและการกลยุทธิ์การสื่อสาร ขององค์กร ถ้าสถานบริการสุขภาพนำ 10 คุณลักษณะของ HLHCs ไปประยุกต์ใช้ จะสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของผู้บริการมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด และจะขยายผลไปสู่การพัฒนาสุขภาพในระดับประชากรได้ด้วย

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

Ten attributes ได้ถูกใช้ในสหรัฐอเมริกาทั้งผู้ปฏิบัติและนักวิจัย (Brach, 2017<sup>(9)</sup>). ส่วนในทวีปยุโรปที่มีของ Vienna/Austria (Pelikan and Dietscher, 2015a<sup>(41)</sup>; Dietscher and Pelikan, 2017<sup>(17)</sup>) 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<sup>(44)</sup>). โดยแทนที่คำว่า ผู้ป่วย ด้วยคำว่า Stakeholder หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้อง ซึ่งหมายถึง ครอบครัว บุคลากรในโรงพยาบาล และประชาชนในพื้นที่ดูแลของโรงพยาบาล (Catchment area) ด้วย V-HLO ได้ขยายขอบเขตที่จะพัฒนา Health literacy เฉพาะผู้ป่วย มาเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม ขยายขอบเขตจากการบริการสุขภาพ(Healthcare) เท่านั้น มาเป็นทั้งการบริการสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาวิถีชีวิต โดยนำนิยามเชิงองค์รวมของ Health Literacy ของ HLS-EU Consortium (Sorensen et al, 2012<sup>(50)</sup>), มาใช้ โดย health Literacy ครอบคลุมทั้งเรื่อง ค้นหา เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลที่ได้รับมา ประกอบการตัดสินใจทางเลือกต่อสุขภาพของทุกวันที่เกี่ยวกับเรื่องของการบริการสุขภาพ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ

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

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

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

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

Sources: Pelikan and Dietscher (2015b)<sup>(42)</sup>; Dietscher and Pelikan (2017)<sup>(17)</sup>

### Guides and toolkits เพื่อการประเมินหรือปรับปรุง organisational health literacy

Farmanova et al (2018)<sup>(20)</sup> 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)<sup>(20)</sup> สรุปว่าแนวทาง (Guide) มีความแตกต่างทั้ง scope (single- to multiple-issue) และบริบทที่จะนำแนวทางนั้นไปสู่การปฏิบัติ โดยแนวทางส่วนใหญ่พัฒนาสำหรับสถานบริการสุขภาพ โดย 6 แนวทางพัฒนาสำหรับสถานบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาล และร้านยา หรือพัฒนาแนวทางสำหรับการให้บริการของพยาบาล แนวทางจะมีแนวทางการประเมินว่าอะไรคืออุปสรรค และแผนปฏิบัติการในการพัฒนาให้เป็น HLOs สรุป สำหรับระดับองค์กรแล้วขณะนี้ มีแนวทางที่หลากหลายที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาองค์กรให้เป็น HLOs ในบริบทที่หลากหลาย แต่สำหรับระดับบุคลากรที่เป็นวิชาชีพจำเป็นต้องพัฒนาแนวทางให้เหมาะสมกับแต่ละวิชาชีพ รวมถึงการบูรณาการและทำให้เป็นมาตรฐาน

## วิจัยเชิงประจักษ์ ในการสำเนาความคิด (Concepts)และแนวทาง (Guide) ของความรอบรู้ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติ

วิจัยเชิงประจักษ์ สำหรับแนวคิด (Concepts)และแนวทาง (Guide) ของความรอบรู้ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติ สรุปได้ว่า

1. Farmanova et al (2018, p 12) <sup>(20)</sup>สรุปว่า ในปี 2008-2017 มี 13 การศึกษาที่นำแนวทาง (guide)ไปใช้ (Barrett et al, 2008 <sup>(6)</sup>;Groene and Rudd, 2011 <sup>(22)</sup> ; Weaver et al, 2012 <sup>(52)</sup> ; Callahan et al, 2013 <sup>(13)</sup> ; Shoemaker et al, 2013 <sup>(49)</sup> ; R.O. White et al, 2013 <sup>(54)</sup> ; Zanchetta et al, 2013 <sup>(55)</sup> ; Batterham et al, 2014 <sup>(7)</sup> ; A. Johnson, 2014 <sup>(25)</sup> ; Palumbo and Annarumma, 2014 <sup>(37)</sup> ; Briglia et al, 2015 <sup>(12)</sup> ; Adsul et al, 2017 <sup>(3)</sup> ; Brach, 2017 <sup>(9)</sup> ).
2. ส่วนใหญ่รายงานการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินอุปสรรค (barrier) ของการดำเนินการความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Groene and Rudd, 2011 <sup>(22)</sup> ; Weaver et al, 2012 <sup>(52)</sup> ; A. Johnson, 2014) <sup>(24)</sup> ;
3. มี 2-3 การศึกษาที่รายการเกี่ยวกับรายละเอียดการดำเนิน HLOs (Callahan et al, 2013 <sup>(13)</sup> ; Briglia et al, 2015 <sup>(12)</sup> ; Brach, 2017 <sup>(9)</sup> ).
4. แม้ว่าการศึกษาที่มีอยู่ไม่สามารถประเมินอย่างมีหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงผลการพัฒนา HLOs โดยใช้แนวทางที่กำหนด แต่ guide มีประโยชน์คือ
  1. นำแนวทางไปช่วยในการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Groene and Rudd, 2011 <sup>(22)</sup> ; Weaver et al, 2012 <sup>(52)</sup> ; Brach, 2017 <sup>(9)</sup> ; Dietscher and Pelikan, 2017 <sup>(17)</sup> )
  2. สามารถนำเอาแนวปฏิบัติเฉพาะที่หน่วยงานต้องการมาใช้ (Callahan et al, 2013 <sup>(13)</sup> ; Briglia et al, 2015; <sup>(12)</sup> Brach, 2017 <sup>(9)</sup> ),
  3. สามารถเข้าใจความซับซ้อนขององค์รรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีผลต่อการนำความรอบรู้ด้านสุขภาพไปสู่การปฏิบัติ (Weaver et al, 2012 <sup>(52)</sup> ; Batterham et al, 2014; Brach, 2017 <sup>(9)</sup> ).
5. การนำ Guide ไปใช้ สรุปได้ดังนี้
  1. องค์การนำแนวทางไปใช้ในบริบทของพื้นที่ (Local Context) (Callahan et al, 2013<sup>(13)</sup>; Brach, 2017 <sup>(9)</sup> ) และใช้ 2-3 แนวทางในเวลาเดียวกัน (Weaver et al, 2012 <sup>(52)</sup> , Breglia et al, 2015 <sup>(12)</sup> )
  2. Health literacy universal precautions toolkit (DeWalt et al, 2010 <sup>(16)</sup> ; Breglia et al, 2015 <sup>(12)</sup> ; Cifuentes et al, 2015 <sup>(14)</sup> ) นิยมนำไปใช้ในการบริหารจัดการโรคเรื้อรัง (Callahan et al, 2013 <sup>(13)</sup> )
  3. Health promotion and disease prevention interventions (M. White et al,2013 <sup>(53)</sup> )
  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 <sup>(22)</sup> ; Weaver et al, 2012 <sup>(52)</sup> ; M. Johnson, 2014 <sup>(25)</sup> );
  6. ใช้ทรัพยากรขององค์กรไม่มาก และไม่ได้แย่งทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วย (Groene and Rudd, 2011 <sup>(22)</sup> ).
  7. แนวทางมีความซับซ้อนและมีคุณค่าจำกัด (Shoemaker et al, 2013 <sup>(49)</sup> ).

8. การนำ Health Literacy guide จะมีประโยชน์ถ้า guide นั้นมีประโยชน์อย่างเด่นชัด ง่ายและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ และสามารถสนับสนุนการดำเนินการของผู้ให้บริการหรือสามารถกำจัดอุปสรรคต่อการพัฒนา Health Literacy ได้ (Shoemaker et al, 2013 <sup>(49)</sup>).

common key barriers (or facilitators) for implementing organisational 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) ในด้านการรับรู้ด้านสุขภาพ
12. วัฒนธรรมการเปลี่ยนแปลงและการสร้างนวัตกรรม
13. ความซับซ้อนของเครื่องมือและแนวทางการดำเนินการเพื่อไปสู่ HLOs

### ปัจจัยสู่ความสำเร็จที่จะ Health Literacy สู่การปฏิบัติ

1. ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
2. การสนับสนุนจากผู้บริหาร โดยรวมถึงการสนับสนุนในระดับโครงสร้างองค์กร วัฒนธรรมสำหรับการสร้างนวัตกรรมหรือการปรับปรุงคุณภาพ ส่วนการบ่งชี้ Barriers หรือ facilitators เป็นเรื่องที่ไม่เฉพาะสำหรับการดำเนินการเพื่อไปสู่ HLOs แต่จำเป็นสำหรับเรื่องการบริหารการเปลี่ยนแปลง
3. การบูรณาการ HLOs เข้าไปในเรื่องการบริหารคุณภาพของสถานบริการสุขภาพ โดยการศึกษาส่วนใหญ่ระบุว่า เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะองค์กรมุ่งมั่นที่จะขับเคลื่อนไปสู่ HLOs อย่างจริงจัง ไม่เพียงแต่เห็นว่าเรื่อง Health literacy นั้นเป็นแค่เรื่องที่น่าสนใจและกำลังเป็นปัญหาสำหรับการบริการสุขภาพเท่านั้น นอกจาก Brach (2017) ในอเมริกาแล้ว Lloyd et al (2018) <sup>(30)</sup> ใน Australia และ Pelikan and Dietscher (2015a) <sup>(41)</sup> ใน Austria, ได้กล่าวว่าเพื่อให้ Health Literacy นำไปสู่การปฏิบัติจนเกิดผลสำเร็จในระดับกลาง (Meso level) จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายในระดับบนอย่างเพียงพอในระดับบน วิธีการหนึ่งที่จะทำได้คือการ รวมมาตรฐาน HLOs หรือเครื่องมือวัด เข้าไปในระบบประกันคุณภาพของสถานบริการสุขภาพ (Meggetto et al, 2017 <sup>(31)</sup>).

## Summary and conclusion

1. ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป มีปัญหาในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าบุคลากรทางสุขภาพได้คาดการณ์ไว้ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่ออัตราการใช้บริการทางสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ
2. เนื่องจากสังคมมีความเหลื่อมล้ำ (social gradient) health literacy ในฐานะที่เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ และเป็นตัวทำให้เกิดช่องว่างทางสุขภาพ (Health gap) การดูแลกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด โดยลดความซับซ้อนของระบบบริการสุขภาพและพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพด้วยการให้สุขภาพศึกษาจะสามารถเพิ่มคุณภาพการบริการและทำให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น และสามารถที่จะลดช่องว่างทางสุขภาพลงได้
3. การใช้มาตรการเดียวในการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพนั้นมักไม่ค่อยได้ผลเท่าที่ควร จึงแนะนำให้ใช้แนวทางเชิงองค์รวมและบูรณาการทั้งระบบ แนวคิด HLHOs จึงเป็น model ที่พร้อมใช้ และมีเครื่องมือต่างๆ ที่ช่วยอำนวยความสะดวกเพื่อให้การนำสู่การปฏิบัติกระทำได้ง่ายและสะดวกขึ้น ตั้งแต่การประเมินตนเองอย่างเป็นระบบในเรื่อง HLOs เงื่อนไขเบื้องต้นที่จำเป็นต้องมีเพื่อจะพัฒนาองค์กรไปสู่ HLOs กระบวนการเรียนรู้และการบริหารการเปลี่ยนแปลงเพื่อไปสู่ HLOs
4. จากการศึกษพบว่า การจะนำแนวคิดที่ซับซ้อนไปสู่การปฏิบัติในโครงสร้างและวัฒนธรรมองค์กรและกระบวนการทำงานแบบเดิมที่เป็นอยู่นั้นเป็นเรื่องที่มีความท้าทายเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งยังเป็นคำถามการวิจัยที่จะหาคำตอบต่อไป แต่จากประสบการณ์ใน สหรัฐอเมริกา หรือประเทศอื่นๆ เช่น ออสเตรเลีย ออสเตรีย แคนาดา และเยอรมัน พบว่า การนำ Health Literacy ไปสู่การปฏิบัติได้อย่างกว้างขวางในระดับกลาง (meso level) เช่น ในสถานบริการสุขภาพ 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. ปัจจุบันก็ได้เกิดเครือข่ายในการวัดความรู้ด้านสุขภาพในประชาชนและการองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพคือ Measuring of Population and Organizational Health Literacy (M-POHL) <sup>(32)</sup> 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](http://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 HHS290200710014, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
17. Dietscher, C. and Pelikan, J.M. (2017) 'Health-literate hospitals and healthcare organizations – Results from an Austrian feasibility study on the self-assessment of organizational health literacy in hospitals', in D. Schaeffer and J.M. Pelikan (eds) *Health Literacy Forschungsstand und Perspektiven*, Bern: Hogrefe, 303-13.
18. Eichler, K., Wieser, S. and Brugger, U. (2009) 'The costs of limited health literacy: A systematic review', *International Journal of Public Health*, 54, 313-24.
19. Farmanova, E. (2017) *Organization of health services for minority populations: The role of organizational health literacy and an active offer of health services in French in Ontario*, Ottawa.
20. Farmanova, E., Bonneville, L. and Bouchard, L. (2018) 'Organizational health literacy: Review of theories, frameworks, guides, and implementation issues', *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 55, 1-17.
21. Frosch, D.L. and Elwyn, G. (2014) 'Don't blame patients, engage them: Transforming health systems to address health literacy', *Journal of Health Communication*, 19, Suppl 2, 10-14.
22. Groene, R.O. and Rudd, R. (2011) 'Results of a feasibility study to assess the health literacy environment: Navigation, written, and oral communication in 10 hospitals in Catalonia, Spain', *Journal of Communication in Healthcare*, 4, 4, 227-37.
23. Hernandez, L.M. (2012) *How can health care organizations become more health literate? Workshop summary*, Population health and public health practice, Washington, DC: Institute of Medicine. Institute of Medicine. (2004) *Health literacy: A prescription to end confusion*, Washington, DC: National Academies of Science.
24. Johnson, A. (2014) 'First impressions: Towards becoming a health literate health service', *Australian Health Review*, 38, 2, 190-3.
25. Johnson, M. (2014) *Tackling barriers to integration in health and social care*, London: Housing LIN, Viewpoint 69 ([www.housinglin.org.uk/\\_library/Resources/Housing/Support\\_materials/Viewpoints/HLIN\\_Viewpoint69\\_Integration.pdf](http://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 organisational health literacy responsiveness (Org-HLR) framework in collaboration with health and social services professionals', *BMC Health Services Research*, 17, 513.
52. Weaver, N.L., Wray, R.J., Zellin, S., Gautam, K. and Jupka, K. (2012) 'Advancing organizational health literacy in healthcare organizations serving high-needs populations: A case study', *Journal of Health Communication*, 17, Suppl 3, 55-66.

53. White, M., Garbez, R., Carroll, M., Brinker, E. and Howie-Esquivel, J. (2013) 'Is "teach-back" associated with knowledge retention and hospital readmission in hospitalized heart failure patients?', *Journal of Cardiovascular Nursing*, 28, 2, 137-46.
54. White, R.O., Thompson, J.R., Rothman, R.L., McDougald Scott, A.M., Heerman, W.J., Sommer, E.C. and Barkin, S.L. (2013) 'A health literate 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.
56. International Working Group Health Promoting Hospitals and Health Literate Healthcare Organizations (Working Group HPH & HLO) (2019). *International Self-Assessment Tool Organizational Health Literacy (Responsiveness) for Hospitals - SAT-OHL-Hos-v1.0-EN international*. Vienna: WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Healthcare (CC-HPH).

## Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations

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

บทความนี้กล่าวถึง คุณลักษณะ 10 ประการของสถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literate health care organizations : HLHOs) หรือ สถานบริการที่ทำให้ผู้มารับบริการ มีความง่ายในการ ได้รับข้อมูลสารสนเทศ เข้าใจ และใช้ ข้อมูลสารสนเทศเหล่านั้นในการดูแลสุขภาพของตน สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถช่วยคนอเมริกัน 77 ล้าน คนที่มีความจำกัดในด้านความรู้ด้านสุขภาพ อีกทั้งช่วยคนอเมริกันส่วนใหญ่ที่มีความยุ่งยากในการทำความเข้าใจ ข้อมูลสารสนเทศ และการใช้บริการของสถานบริการสุขภาพ (ODPHP, 2008).

ส่วนใหญ่มักจะเข้าใจโดยทั่วไปว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นคุณลักษณะส่วนบุคคล ในการที่จะได้รับ เข้าใจ ข้อมูลพื้นฐานและบริการด้านสุขภาพ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจที่เหมาะสม (Ratzan and Parker, 2000) แต่ความรู้ด้านสุขภาพหาใช่ขึ้นกับทักษะส่วนบุคคลอย่างเดียว (IOM, 2003). แต่ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นผลคุณระหว่าง ความสามารถส่วนบุคคล x อุปสงค์ที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและ ความซับซ้อนของระบบสุขภาพ (Baker, 2006; Rudd 2003)

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

จากความตระหนักที่ว่า ความรู้ด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะส่งมอบบริการสุขภาพที่เน้นผู้ป่วยแต่ละ คน และการดำเนินเพื่อให้ผู้รับบริการมีความรู้ด้านสุขภาพ จำเป็นต้องกระทำที่ระบบขององค์กร เพื่อให้เกิดความ มั่นใจได้ว่า ผู้รับบริการสามารถที่จะตัดสินใจบนข้อมูลสารสนเทศที่มีเข้าใจอย่างชัดแจ้ง(AHIP, 2011; AMA, 2007; NQF, 2009; ODPHP, 2010; DeWalt et al., 2012; ). และเป็นเรื่องเร่งด่วนสำหรับกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด (Martin and Parker 2011). ที่ประสบปัญหาต่างๆ ได้แก่ เรื่องความผิดพลาดทางยาที่รุนแรง (Schillinger et al., 2005), การไปรับบริการที่ห้องฉุกเฉินหรือโรงพยาบาลในอัตราที่สูงกว่า (Baker et al., 2002),การไม่มีการป้องกันโรคจนทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดีสำหรับเด็กในความดูแล (Sanders et al., 2009), การเพิ่มอัตราการตาย (Sudore et al., 2006; Bostock and Steptoe, 2012; Yaffe et al., 2006) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ

ความรู้ด้านสุขภาพ ได้รับการยอมรับว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการส่งมอบบริการที่คำนึงถึงมิติของ ภาษาและสังคม โดย National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services แนะนำให้บูรณา

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

สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพตระหนักว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ นั้นสัมพันธ์กับเรื่องของภาษาและวัฒนธรรม อย่างแยกกันไม่ออก และความพยายามในการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ และปรับปรุงในเรื่องการสื่อสารเพื่อให้สอดคล้องกับมิติของภาษาและวัฒนธรรม (Andrulis and Brach, 2007; Sudore et al., 2009). ภายใต้การดูแลของ สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่มุ่งมั่นที่จะยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน และให้ทุกการสื่อสาร เป็นที่เข้าใจอย่างชัดเจน

เอกสารนี้ประกอบด้วยคุณลักษณะ 10 ประการของสถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้มารับบริการสามารถ เข้าถึงบริการและได้ประโยชน์สูงสุดจากการรับบริการ โดยได้สังเคราะห์องค์ความรู้และแนวปฏิบัติ โดยคาดหวังว่า เอกสารชิ้นนี้จะก้าวข้ามขององค์กรที่จะนำไปสู่องค์กรที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ในแต่ละคุณลักษณะจะอธิบายสั้นๆเกี่ยวกับความหมาย ตามด้วยชุดของแนวปฏิบัติ กลยุทธ์ที่สามารถนำไปใช้เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ของแต่ละองค์ประกอบ โดยกลยุทธ์ที่ได้ยกตัวอย่างมาเป็นแค่ตัวอย่าง ซึ่งความเป็นจริงยังมีอีกหลากหลายวิธีที่นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของแต่ละคุณลักษณะ ซึ่งต้องทำการทดสอบหลังการปฏิบัติในกลุ่มเป้าหมายที่กลยุทธ์นั้นได้กำหนดไว้ว่าประสบผลสำเร็จหรือไม่ และแบ่งปันผลการดำเนินการให้กับหน่วยงานอื่น และองค์กรต้องเลือกว่าจะทบทวนองค์ประกอบใดก่อนหลัง ก่อนที่จะขยายไปทำองค์ประกอบอื่น

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

รายละเอียดของ 10 คุณลักษณะได้แก่

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

4. รวมเรื่องการตอบสนองประชาชนเข้าสู่การกระบวนการออกแบบ การนำแผนสู่การปฏิบัติ และการประเมินผลในเรื่องข้อมูลสารสนเทศและบริการด้านสุขภาพ
5. ตอบสนองความต้องการของประชาชนที่มีทักษะด้านความรู้สุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน โดยหลีกเลี่ยงการตีตรา
6. ใช้กลยุทธ์ความรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารระหว่างบุคคล และทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าการสื่อสารนั้นสามารถสร้างความเข้าใจในทุกจุดสัมผัสของการบริการ
7. เตรียมข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพและบริการสุขภาพให้ง่ายต่อการเข้าถึง รวมถึงการช่วยเหลือในด้านการนำทางในการรับบริการ
8. ออกแบบและเผยแพร่สิ่งพิมพ์ สื่อวิดีโอ หรือสื่อสังคม (Social media) ด้วยเนื้อหาที่ง่ายต่อความเข้าใจ และง่ายต่อการนำไปสู่การปฏิบัติ
9. จัดการเรื่องความรู้ด้านสุขภาพในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง รวมถึงการดูแลในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของการบริการ (เช่นการส่งต่อ หรือการวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้าน) และการสื่อสารด้านการใช้จ่าย
10. สื่อสารเกี่ยวกับ การครอบคลุมของสิทธิของการรักษาและบริการอะไรที่สิทธิไม่ครอบคลุมที่ต้องชำระเงินเอง

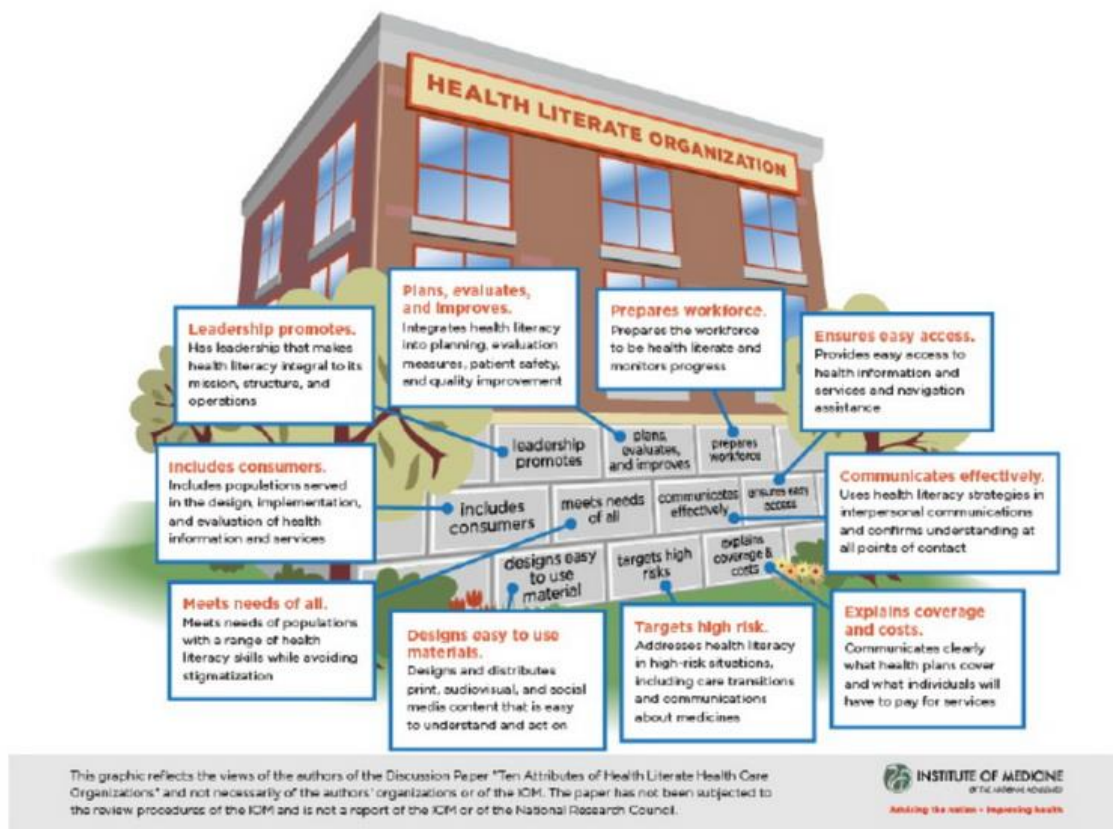


FIGURE 1B Elaborations on the Foundations of a Health Literate Organization

รายละเอียดของแต่ละหัวข้อเป็นดังนี้

## 1. ผู้บริหารได้บูรณาการเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้ากับ พันธกิจ โครงสร้าง และการปฏิบัติงานขององค์กร หรือไม่

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

- 1.1. ให้ความสำคัญกับการสื่อสารที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพในทุกระดับภายในองค์กร และผ่านสื่อหลายช่องทาง
- 1.2. สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ให้คุณค่ากับผู้ป่วยและลูกค้า และมุ่งเน้นการสื่อสารแบบสองทางอย่างมีปฏิสัมพันธ์ และมีความเท่าเทียม
- 1.3. มีความมุ่งมั่นที่จะทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในองค์กรให้ปรากฏอย่างชัดเจน และมีพันธกิจที่จะสร้างวัฒนธรรมที่ให้คุณค่ากับผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการ
- 1.4. มอบหมายความรับผิดชอบรวมถึงมอบอำนาจในการดำเนินการในภาพรวมของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (เช่น มีการแต่งตั้ง Health Literacy Officers หรือกำหนดความรับผิดชอบใน Job description ให้แก่ หัวหน้าหน่วยงานที่ให้บริการทางการแพทย์ )
- 1.5. กำหนดเป้าหมายของการปรับปรุงความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีระบบเสริมแรงจูงใจเมื่อผลงานบรรลุเป้าหมาย ดังกล่าว และกำหนดความรับผิดชอบให้แก่บุคลากรในทุกระดับในการบรรลุผลลัพธ์ของการดำเนินการในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- 1.6. จัดสรรทรัพยากรทั้งด้านการเงินและบุคลากร ที่จำเป็นสำหรับการดำเนินการ หรือการปรับปรุงเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เกิดประสิทธิภาพ (เช่น งบประมาณในการแก้ไขหรือตรวจสอบสื่อต่างๆว่าเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายหรือไม่ ให้เวลาเพื่อสนับสนุนบุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น หรือการสนับสนุนสนับสนุนงบประมาณและเวลาสำหรับการฝึกอบรมเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- 1.7. ปลุกฝังหรือสร้างให้เกิด Health Literacy Champion ทั่วทั้งองค์กร

- 1.8. ออกแบบระบบ เพื่อพัฒนาคนให้เกิดศักยภาพสูงสุด ในการเรียนรู้เพื่อธำรงรักษาไว้ซึ่งสุขภาพดี และสามารถจัดการโรคต่างๆได้ สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการตัดสินใจได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม และเกิดผลดีต่อสุขภาพ
  - 1.9. ออกแบบสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การจัดที่ที่เป็นส่วนตัวเพื่อให้ปรึกษาในเรื่องการใช้ยา
  - 1.10. ส่งเสริมให้องค์กรอื่นให้มาดำเนินการเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้รูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง เช่น การส่งงานหน่วยงานได้บังคับบัญชา หรือใช้อำนาจซื้อ (purchasing power) หรือใช้ประสานเครือข่าย
  - 1.11. มีส่วนร่วมกับระดับ ท้องถิ่น/จังหวัด/ประเทศ ในการพัฒนาองค์กรเพื่อตอบสนองของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (เช่น เข้าร่วมเป็นภาคีเครือข่ายความ รอบรู้ด้านสุขภาพทั้งระดับชุมชนหรือระดับประเทศ)
  - 1.12. ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยหรือกิจกรรมอื่นๆ เพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ถึง มาตรการที่มีประสิทธิผลในการลดความเหลื่อมล้ำ ระหว่างกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ กับกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างจำกัด
2. **บูรณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้ากับเรื่องการวางแผน มาตรการในการประเมินผล ความปลอดภัยของผู้ป่วย ความเป็นธรรม และการปรับปรุงคุณภาพ**

HLHOs ทำให้มั่นใจว่าได้บูรณาการเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้าไปในกิจกรรมของสถานบริการ ทั้งในรูปของแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติงาน มาตรการในการประเมินการดำเนินการในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ถูกพัฒนาและดำเนินการ การวัดความสำเร็จของผลการดำเนินการโดยรวมโดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง

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

ความรอบรู้ด้านสุขภาพต้องเป็นศูนย์กลางของการวางแผนและทำกิจกรรมในเรื่องความปลอดภัย การสื่อสารที่ผิดพลาดสามารถทำให้เกิดภัยคุกคามต่อผู้ป่วย (IOM, 2006). มีตัวอย่างจากการศึกษาหนึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ภาษาอังกฤษและพบมีผลแทรกซ้อน จะพบว่าผลแทรกซ้อนดังกล่าวมีโอกาสที่จะเกิดภัยคุกคามผู้ป่วย (harm) และภัยคุกคามนั้นจะรุนแรงกว่าด้วย เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีปัญหาการใช้ภาษาอังกฤษ (Divi et al., 2007). เพื่อเป็นการป้องกันอันตรายต่อผู้ป่วย และเพื่อให้เกิดคุณภาพสูงสุด สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพต้องนำมาตรฐานที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพมาใช้และพัฒนาจนผ่านการรับรอง (e.g., National Quality Forum Safe Practices<sup>2</sup>; The Joint Commission's primary care medical home option additional requirements<sup>3</sup>; National Committee for Quality Assurance<sup>4</sup>; and URAC<sup>5</sup>). องค์ประกอบย่อยในหัวข้อนี้ได้แก่

- 2.1. นำเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้าไปอยู่ในทุกกิจกรรมของการวางแผน
- 2.2. ทำการประเมินผลการดำเนินการในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินสภาพแวดล้อมทางกายภาพ โดยการประเมินประกอบด้วย
  - 2.2.1. สภาพแวดล้อมของความรอบรู้ด้านสุขภาพในโรงพยาบาล หรือ สถานีนอนามัย (Ruddand Anderson, 2006);
  - 2.2.2. CAHPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and System) Item Set for Addressing Health Literacy (AHRQ, 2007a)
  - 2.2.3. ตอบคำถามการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ (สำหรับการดูแลระดับปฐมภูมิ)(DeWalt et al., 2010);
  - 2.2.4. ใช้เครื่องมือในการประเมิน บรรยากาศของการสื่อสาร (สำหรับบริการทางการแพทย์ และโรงพยาบาล (Wynia et al., 2010);
  - 2.2.5. การประเมินการวางแผนด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ(Gazmararian et al., 2010);
  - 2.2.6. ใช้เครื่องมือการประเมินความรอบรู้ด้านเภสัชกรรม ว่า ห้องยาและการจ่ายยาสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยหรือไม่ A Pharmacy Health LiteracyAssessment Tool User's Guide (Jacobson et al., 2007).

### 3. เตรียมบุคลากรในองค์กรให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และติดตามความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง

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

แม้การศึกษายังไม่สามารถที่จะพิสูจน์ความสัมพันธ์ทางตรงระหว่าง การฝึกอบรมความรอบรู้ด้านสุขภาพกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ แต่การอบรมความรอบรู้ด้านสุขภาพทำให้บรรลุผลลัพธ์ด้านการศึกษา(Coleman, 2011)

สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพตระหนักว่า บุคลากรทุกคนในองค์กรจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรม เพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมองค์กรในการส่งเสริมให้เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ แม้จะมุ่งเน้นที่จะฝึกอบรมแพทย์ แต่การฝึกทักษะด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับสายอาชีพอื่นที่ทำงานสัมผัสผู้ป่วยก็มีความจำเป็นเช่นกัน เช่น พนักงานต้อนรับ พนักงานเก็บเงิน นอกจากนั้นบุคลากรที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรงแต่ทำงานเกี่ยวกับผลิตสื่อ หรือผู้บริหารระดับสูงที่มีส่วนสำคัญในการสร้างวัฒนธรรมองค์กร เพื่อให้บุคลากรทุกคนตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องรอบรู้ด้านสุขภาพ ก็เป็นกลุ่มที่ควรได้รับการอบรมด้วย

ทีมให้บริการสุขภาพที่มีบทบาทเกี่ยวกับการให้สุศึกษา จำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมเฉพาะในเรื่องเทคนิคด้าน การศึกษา สมาชิกในทีมได้แก่ แพทย์ นักสุศึกษา พยาบาล ผู้ช่วยแพทย์ ผู้ช่วยพยาบาล เกสเซอร์ ,health coaches , นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่ที่นำทางผู้ป่วย (patient navigators) และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน องค์ประกอบ ย่อย ประกอบด้วย.

- 3.1. จ้างบุคคลที่มีความชำนาญในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ.
- 3.2. กำหนดเป้าหมายและทำให้บรรลุเป้าหมายในการฝึกอบรมบุคลากรอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เกี่ยวกับเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ แก่บุคลากรทุกคนทั่วทั้งองค์กร
- 3.3. ประเมินทักษะความรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง และให้การฝึกอบรมในรายที่ผลการประเมิน ยังไม่ผ่านมาตรฐานที่กำหนด รวมถึงการประเมินผลกระทบของการฝึกอบรมดังกล่าว
- 3.4. บรรจุเรื่องความรู้ด้านสุขภาพเข้าไปอยู่ในโปรแกรมของการปฐมนิเทศ และการฝึกอบรมอื่นๆ (ได้แก่ ความ ปลอดภัยของผู้ป่วย วัฒนธรรมองค์กร การดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง)
- 3.5. เตรียมให้บุคลากรให้ได้ประโยชน์จากสื่อ online เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ( เช่น AHRQ, 2007b; AMA, 2007; CDC, 2011 ODPHP, 2007; DeWalt et al., 2010; HRSA, 2012; New York New Jersey Public Health Training Center, 2011).
- 3.6. สนับสนุนบุคลากรให้เข้ารับการอบรมหลักสูตรภายนอกเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ
- 3.7. เชิญผู้เชี่ยวชาญภายนอก มาทำการอบรมบุคลากรภายในเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ.
- 3.8. พัฒนาให้มีคณาธิการที่มีความเชี่ยวชาญ (Expert educators) ที่มีทักษะในด้านการให้การศึกษา และเป็นแบบอย่าง (Role model) เป็นพี่เลี้ยง (Mentor) และเป็นครูที่สอนทักษะความรู้ด้านสุขภาพ
- 3.9. บ่งชี้หลักสูตรใหม่ที่เป็น และดำเนินการให้มีการอบรมตามหลักสูตรนั้น
- 3.10. ประสานความร่วมมือกับผู้ป่วยที่มีความสามารถในการพูดหรือบรรยายและสามารถที่จะมาเป็นผู้ฝึกสอนได้ (Garcia and Brach, 2008).

#### 4. รวมเรื่องการตอบสนองระดับประชาชนเข้าสู่การกระบวนการออกแบบ การนำแผนสู่การปฏิบัติ และการ ประเมินผลในเรื่องข้อมูลสารสนเทศและบริการด้านสุขภาพ

จะพบเสมอว่า การออกแบบข้อมูลสารสนเทศและการบริการ ไม่ค่อยได้ปรึกษาสมาชิกในชุมชน แต่ข้ามไป ปรึกษาในช่วงประเมินผล เป็นเรื่องที่จำเป็นมากที่จะต้องฟังเสียงของกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพจำกัดในช่วงที่ ออกแบบโปรแกรม และเตรียมจัดทำสื่อเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มนี้

ตัวอย่าง รูปแบบของการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนตั้งแต่การออกแบบและการวางแผนได้แก่ Iowa Health System and the New Readers of Iowa. สมาชิกของ New Readers of Iowa ได้นำผู้ป่วยเดินชมสถานบริการ สาธารณสุข ได้พบทวนเกี่ยวกับบันทึกทางการแพทย์ และเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางสร้างการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Adult Learner) ในการเข้าถึงบริการภายในสถานบริการสาธารณสุข

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

- 4.1. มีตัวแทนของประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้ามาอยู่ในคณะกรรมการบริหาร (governing bodies.)
- 4.2. จัดตั้ง
  - 4.2.1. ทีมที่ปรึกษา เพื่อที่จะให้คำปรึกษาเกี่ยวกับจัดบริการสำหรับกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด การศึกษาสำหรับผู้ใหญ่
  - 4.2.2. ผู้เชี่ยวชาญด้านความรู้ด้านสุขภาพ
- 4.3. ประสานความร่วมมือกับสมาชิกในชุมชนเป้าหมายในการออกแบบ และทดสอบ โครงการหรือกิจกรรม รวมถึงการจัดทำสื่อต่างๆ
- 4.4. มีระบบในการรับ Feedback เกี่ยวกับ สารสนเทศและบริการ สุขภาพ จากผู้ใช้บริการ
- 4.5. กำหนดบุคคลที่เป็นสมาชิกในชุมชนเป้าหมาย เพื่อร่วมเป็นทีมประเมินผลความสำเร็จของแผนงานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพองค์กร

## 5. **ตอบสนองความต้องการของประชาชนที่มีทักษะด้านความรู้สุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน โดยหลักเลี้ยงการตีตรา**

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

สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงต้องออกแบบระบบเพื่อให้สามารถตอบสนองในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพสำหรับทุกคนอย่างถ้วนหน้าได้ (health literacy universal precautions.) หรือการสื่อสารที่ได้รับพิสูจน์ว่าทุกคนสามารถเข้าใจได้ เนื่องจากไม่สามารถคาดเดาได้ว่าผู้รับบริการอยู่ในกลุ่มไหน และไม่ควรใช้เอกสารสิ่งพิมพ์เพื่อสื่อสารข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญ โดยตั้งสมมุติฐานว่า ทุกคนต้องอ่าน และเมื่อได้อ่านแล้วทุกคนต้องเข้าใจ และการช่วยเหลือหรืออธิบายให้กับทุกคนโดยไม่เลือกที่จะลดปัญหาเรื่องการตีตราเฉพาะกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัดเท่านั้น สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้องมีระบบในการช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาอย่างมากในการสื่อสาร และไม่สามารถที่จะหาห้องตรวจได้ด้วยลำพัง. ยกตัวอย่างการใช้ IT เพื่ออธิบายแทนการอ่านเอกสารสิ่งพิมพ์ และใช้ข้อมูลสารสนเทศมาตรฐานและจัดทำขึ้นเฉพาะสำหรับความต้องการเฉพาะกลุ่ม

แม้การดำเนินการในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพได้บูรณาการเข้าไปในบริการปกติแล้ว บางครั้งก็จำเป็นต้องใช้เวลา หรือ บุคลากร หรือเทคโนโลยีที่เพิ่มขึ้นกว่าปกติ และแต่ละพื้นที่อาจจะมีปัญหาไม่เหมือนกัน จึงจำเป็นต้องจัดสรรทรัพยากรที่แตกต่างกันตามสภาพของพื้นที่ด้วย ซึ่งมีวิธีการในการประเมินระดับของความรู้ด้านสุขภาพเพื่อที่จะระบุพื้นที่ที่คาดว่าจะมีปัญหา (Hanchate et al., 2008; Martin et al., 2009). องค์ประกอบย่อยในคุณลักษณะข้อนี้ ได้แก่

- 5.1. ใช้แนวทางเชิงป้องกันปัญหาจากความรู้ด้านสุขภาพครอบคลุมในทุกคนอย่างถ้วนหน้า (health literacy universal precautions)
- 5.2. สร้างสิ่งแวดล้อมที่ต้อนรับทุกคน และไม่ทำการสื่อสารที่ทำให้เกิดความยุ่งยากต่อการทำความเข้าใจโดยเฉพาะในการกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับจำกัด (เช่น การใช้สื่อประชาสัมพันธ์ที่พิมพ์ข้อความมากมายด้วยภาษาที่ยากต่อการเข้าใจ)
- 5.3. ปรับปรุงการเก็บรวบรวมข้อมูลสารสนเทศ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลสารสนเทศที่จำเป็นและรวบรวมอยู่แหล่งเดียว
- 5.4. ใช้นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่อเอาชนะอุปสรรคต่อการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพจำกัด
- 5.5. เตรียมความช่วยเหลือเพิ่มเติม (เช่น นักการศึกษา (Educator) เจ้าหน้าที่ช่วยนำทางผู้ป่วย (Patient navigator) ,เจ้าหน้าที่ที่จะมาช่วยอธิบายหรือชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิการรักษา ,การนัดหมายการมารับการรักษาครั้งต่อไป ) (Schillinger et al., 2008; Dewalt et al., 2010).
- 5.6. สอบถามเกี่ยวกับปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายด้านยา และให้การช่วยเหลือโดยให้ใช้ยาเฉพาะในรายการที่ครอบคลุมตามสิทธิการรักษา และส่งต่อหน่วยงานที่จะสงเคราะห์ค่ายา (DeWalt et al. 2010).
- 5.7. ใช้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อขึ้นนำให้การสื่อสารด้วยการพูดนั้นตรงกับข้อความที่เป็นตัวหนังสือ และใช้สื่อเช่น video ที่มีทั้งรูปและเสียงแทนเอกสารที่มีแต่ตัวหนังสือให้อ่านเอง ซึ่งยากต่อการทำความเข้าใจในกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับจำกัด
- 5.8. จัดสรรทรัพยากรโดยมุ่งเน้นช่วยเหลือกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพจำกัด

## 6. ใช้กลยุทธ์ความรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารระหว่างบุคคล และทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าการสื่อสารนั้นสามารถสร้างความเข้าใจในทุกจุดสัมผัสของการบริการ

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

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

กลยุทธ์ความรู้ด้านสุขภาพ ไม่ได้จำเพาะแค่ปฏิสัมพันธ์ทางคลินิกเท่านั้น การสื่อสารที่ชัดเจนในการอธิบาย เกี่ยวกับ ค่ารักษาพยาบาล การบอกทางที่จะไปรับบริการตามห้องต่างๆ การนัดหมายให้มาติดตามการรักษา สถาน บริการรอบรู้ด้านสุขภาพต้องสร้างสิ่งแวดล้อมที่สามารถส่งเสริมและสนับสนุนกลยุทธ์ดังกล่าว รวมถึงกลยุทธ์ในการ ให้ความสำคัญในมิติของวัฒนธรรมและภาษาด้วย องค์ประกอบย่อยในคุณลักษณะข้อนี้ได้แก่

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

- 6.1.1. สนับสนุนวัฒนธรรมที่จะมุ่งเน้นให้สอบถามเพื่อให้มั่นใจว่าทุกการสื่อสารมีความเข้าใจที่ตรงกัน
- 6.1.2. ให้เวลาอย่างพอเพียงสำหรับทุกปฏิสัมพันธ์
- 6.1.3. ทำการสอบถาม และปรับให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน
- 6.1.4. วางแผนที่จะมีล่ามที่จะมาช่วยในการแปลภาษา โดยเฉพาะชาวต่างชาติที่ไม่ได้ใช้ภาษาถิ่น
- 6.1.5. เตรียมเทคโนโลยีที่จะมีช่วยเหลือเพื่อให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากขึ้น (e.g., video interpreters, talking touch screens).
- 6.1.6. รมวรงค์เพื่อสนับสนุนให้เกิดการสอบถามมากขึ้น โดยให้บุคลากรทุกคนกระตุ้นให้ผู้รับบริการสอบถาม เช่น กระตุ้นให้คิดคำถามล่วงหน้าก่อนเข้าห้องตรวจ หรือใช้เทคนิค Ask me three (1.อะไรคือปัญหาที่ทำให้ต้องมา 2.ต้องปฏิบัติตัวอย่างไร 3.จะเกิดอะไรตามมาถ้าไม่ปฏิบัติตัวตามนั้น )
- 6.1.7. ให้ถือว่า ความล้มเหลวของการสื่อสาร เป็นเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ทำการจัดการความเสี่ยง

#### 6.2. บุคลากรในสถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLHOs)

- 6.2.1. ห้ามมีสมมุติฐานในใจว่า ทุกคนมีความรู้และทักษะในด้านความรู้ด้านสุขภาพ และความเชื่อทางสุขภาพที่ดี
- 6.2.2. ตระหนักและให้ความสำคัญในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ ในระดับที่แสดงออกให้เห็นได้
- 6.2.3. ฟังอย่างตั้งใจ และไม่ขัดจังหวะการสนทนา
- 6.2.4. ใช้ศัพท์ชาวบ้านในการสื่อสาร หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ทางการแพทย์
- 6.2.5. จำกัดประเด็นหลัก (Key message) ในการสนทนาเพียง 2-3 ประเด็นหลักเท่านั้น
- 6.2.6. สอบถามความเข้าใจ โดยใช้เทคนิค เช่น teach-back (ให้พูดด้วยความเข้าใจตนเอง ที่ฟังมาเข้าใจว่าอย่างไร โดยใช้ภาษาของตน) , show-me, teach to goal (Baker et al., 2011), chunk and check.(แบ่งเรื่องเป็นตอนๆ (Chunk) แล้วถามเพื่อตรวจสอบความเข้าใจในแต่ละตอน)

6.2.7. พูดซ้ำๆ และชัดเจน

6.2.8. กระตุ้นให้เกิดคำถาม และตรวจสอบว่าคนฟังมีความเข้าใจในทุกคำตอบที่ถาม

6.2.9. มุ่งเน้นข้อมูลสารสนเทศที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ

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

6.2.11. ห้ามตั้งสมมุติฐานในใจว่า สื่อโดยเฉพาะสิ่งพิมพ์จะได้รับการอ่านอย่างละเอียดทุกบันทึกจนเป็นที่เข้าใจ และสามารถชี้แทนการสนทนาได้ รวมถึงการทบทวนเอกสารที่เป็นสิ่งพิมพ์ ว่าอ่านง่าย ทำให้เข้าใจตรงกันหรือไม่

6.2.12. ร้องขอบริการล่าม มาช่วยเหลือในการแปลภาษา ในกรณีที่ประสบปัญหาด้านการสื่อสาร

## 7. เตรียมข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพและบริการสุขภาพให้เข้าถึง รวมถึงการช่วยเหลือในการนำทางในการรับบริการ

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

- 7.1. ออกแบบสถานที่เพื่อให้ประชาชนที่ไปรับบริการสุขภาพ สามารถหาช่องทางไปรับบริการด้วยตนเองได้จากป้ายบอกทาง
- 7.2. ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และใช้ระบบสัญลักษณ์หรือป้ายบอกทาง
- 7.3. ฝึกอบรมบุคลากรที่จะตอบคำถามเกี่ยวกับการถามช่องทางการให้บริการ ด้วยท่าทีที่สุภาพและเป็นมิตร โดยไม่ตั้งสมมุติฐานในใจว่า ทุกคนมีทักษะในการอ่านแผนที่
- 7.4. บูรณาการและออกแบบบริการที่ต้องใช้สิ่งอำนวยความสะดวกร่วมกันให้อยู่ใกล้กัน (บริการปฐมภูมิ บริการพิเศษ บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, Heath and Wellness Service, บริการทางสังคม )
- 7.5. ช่วยเหลือผู้รับบริการและครอบครัวเพื่อให้เข้าใจว่าจะได้รับบริการอะไร และจะได้ประโยชน์อะไรจากการรับบริการ และการเข้าสมัครเข้าร่วมโปรแกรมบริการต่างๆ เช่น wellness, case management, and disease management programs.

- 7.6. จัดเตรียมผู้นำทางเพื่อไปรับบริการ (community health workers [promotores], lay health advisors, peer coaches) เพื่อให้ความช่วยเหลือโดยการตอบข้อสงสัยต่างๆ รวมถึงการแก้ปัญหาต่างๆ และช่วยเหลือเพื่อให้สามารถเข้าถึง ข้อมูลสารสนเทศและบริการได้
  - 7.7. ช่วยเหลือในการกำหนดตารางนัดหมายมาติดตามการรักษา โดยเฉพาะรอยต่อการบริการ จาก บริการปฐมภูมิ กับบริการจากแพทย์เฉพาะทาง หรือ Home care กับบริการปฐมภูมิ )
  - 7.8. ผู้ให้บริการต้องไม่รีรอที่ให้อบรมสารสนเทศแก่ผู้ป่วย โดยไม่คาดหวังว่าผู้ป่วยจะไปค้นหาสารสนเทศเอง.
  - 7.9. กำหนดรายชื่อของเครือข่ายบริการ ได้แก่ หน่วยบริการที่ทำหน้าที่ Community health ,หน่วยงานที่ยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ ,หน่วยบริการที่ให้บริการทางสังคม เพื่อส่งต่อการบริการกับหน่วยงานดังกล่าว และปรับปรุงรายชื่อของเครือข่ายบริการให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ
  - 7.10. ติดตามการส่งต่อและการติดตามมารับบริการ เพื่อให้มั่นใจว่าไม่มีการผัดผ่อนการรักษา หรือไปไม่ถึงหน่วยงานที่ส่งต่อ
  - 7.11. มีและธำรงรักษาระบบให้บริการทางโทรศัพท์ที่เป็นมิตร และกำหนดระเบียบปฏิบัติให้กับเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับกติกามารยาทในการสนทนาทางโทรศัพท์
  - 7.12. การเคลมค่ารักษาตามสิทธิ และการยื่นอุทธรณ์ในกรณีที่ไม่เห็นกับการปฏิเสธการเคลม
  - 7.13. จัดหาหรือพัฒนาการให้บริการผ่าน Application (เช่น ช่องทางให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับโรงพยาบาลหรือผู้ให้บริการได้ (patient portals) ,ผู้คือสให้อบรม ,เครื่องมือช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ อุปกรณ์ในการกำกับติดตาม) โดยออกแบบอย่างเป็นมิตร และได้รับการทดสอบแล้วว่าสามารถใช้ได้กับกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับจำกัด
  - 7.14. อบรมผู้ป่วยหรือผู้รับบริการถึงวิธีการใช้ Application ที่องค์กรจัดทำขึ้น
  - 7.15. ทำให้ Application ที่เกี่ยวกับข้อมูลสารสนเทศ (ทั้งบันทึกทางการแพทย์และช่องทางที่ให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับโรงพยาบาลหรือผู้ให้บริการ (Patient portal)ง่ายต่อการเข้าใจ และข้อมูลสารสนเทศที่สามารถปฏิบัติได้
  - 7.16. จัดหาหรือพัฒนา application ที่สามารถจะเชื่อมต่อไปยังสื่อสุขศึกษาต่างๆตามความต้องการของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย และสามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อทำการค้นหาศัพท์ที่เกี่ยวกับทางการแพทย์
  - 7.17. คุณลักษณะของโปรแกรม ที่สนับสนุนและสามารถติดตามการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ สามารถบันทึกด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์เข้าไปในบันทึกทางการแพทย์ ร่วมกับการอบรมการใช้งานให้กับผู้ใช้โปรแกรม
8. **ออกแบบและเผยแพร่สิ่งพิมพ์ สื่อวิดีโอ หรือสื่อสังคม (Social media) ด้วยเนื้อหาที่ง่ายต่อความเข้าใจ และง่ายต่อการนำไปสู่การปฏิบัติ**
- ข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์นั้นซับซ้อนเกินไปที่ประชาชนทั่วไปเข้าใจ (Walsh and Volsko, 2008). และบุคลากรทางการแพทย์อาจจะไม่ยากทำให้เป็นเรื่องที่เข้าใจง่าย แม้ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอก็ยากจะ

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

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

ข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์ ไม่เฉพาะสื่อการให้สุศึกษาในการป้องกันโรค การวินิจฉัย และทางเลือกในการรักษา แต่รวมถึงข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับนโยบายเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ โดยอธิบายเกี่ยวกับผลประโยชน์ ค่ารักษา และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หน่วยบริการรอบรู้ด้านสุขภาพต้องปฏิบัติตามหลักการของการสื่อสารที่ชัดเจนเกี่ยวกับแบบฟอร์มที่ผู้รับบริการต้องกรอกข้อมูล

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

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

ทั้งสื่อสิ่งพิมพ์ และสื่อทั้งภาพและเสียง ต้องใช้ภาษาท้องถิ่นที่ประชากรกลุ่มเป้าหมายใช้ การแปลภาษาแบบคำต่อคำ อาจจะไม่เพียงพอ โดยสื่อเหล่านั้นต้องปรับให้เข้ากับมิติของภาษาและวัฒนธรรมด้วย โดยแม้จะมีการใช้ภาษาที่แตกต่างกันแต่ความหมายต้องเหมือนกัน องค์ประกอบย่อยในคุณลักษณะข้อนี้ได้แก่

- 8.1. ใช้สื่อการให้สุศึกษาเพื่อเป็นการเติมเต็มให้เกิดความสมบูรณ์ไม่ได้ใช้เพื่อการทดแทนการให้สุศึกษาส่วนบุคคล (Face to Face)
- 8.2. เก็บรวบรวมสื่อการสอนสุศึกษาที่มีคุณภาพสูง (เช่น โมเดล 3 มิติ หรือ สื่อ video) รวมถึงสื่อที่จัดทำเฉพาะสำหรับกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับจำกัด (เช่น Photo-novellas, การนำเสนอในรูปแบบการ์ตูน , multimedia tutorials, podcasts) และใช้ช่องทางการสื่อสารในหลากหลายช่องทาง เช่น DVDs, patient portals.

- 8.3. ประเมิน สื่อการสอนสุขภาพ ที่ได้ทำการเผยแพร่ โดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า state-of-the-art assessment tools และนำข้อมูลการสะท้อนกลับของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการมาปรับปรุง เพื่อให้แน่ใจว่าสื่อดังกล่าวเหมาะสมสำหรับทุกคนในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย
- 8.4. ใช้เครื่องมือที่จะช่วยให้การพัฒนาให้ง่ายต่อการเข้าใจทั้งสิ่งพิมพ์ หรือสื่อ Online เช่น
  - 8.4.1. เครื่องมือในการทำให้สิ่งพิมพ์ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ (CMS, 2011);
  - 8.4.2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ Online เช่น แนวทางในการเขียนหรือออกแบบเพื่อให้ง่ายต่อใช้ Web site ทางสุขภาพ(HHS, 2010);
  - 8.4.3. การเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพ (Health IT) สำหรับประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับจำกัด เช่น แนวทางสำหรับผู้พัฒนาหรือผู้ซื้อ เทคโนโลยีข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (Eichner and Dullabh, 2007);
  - 8.4.4. การพัฒนาสื่อสิ่งพิมพ์ที่มีประสิทธิภาพ ง่ายและชัดเจนสำหรับผู้อ่านที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับจำกัด (NCI, 2003)
- 8.5. เลือกหรือผลิตสื่อที่
  - 8.5.1. มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน
  - 8.5.2. ใช้ภาษาทั่วไป ไม่ใช่ภาษาที่รู้กันเฉพาะกลุ่ม (no jargon);
  - 8.5.3. จำกัดประเด็นหลักไม่ให้มากเกินไป ไม่เกิน 2-3 ประเด็นหลัก
  - 8.5.4. ใช้ภาพประกอบที่ง่ายต่อการเข้าใจ
  - 8.5.5. ใช้ประโยคสั้นๆ และเขียนในรูป Active Voice (ประธาน กริยา กรรม) แทน Passive Voice(กรรมถูกกระทำ(กริยา) โดย ประธาน)
  - 8.5.6. สื่อที่ทำให้ผู้ฟังได้ยินคำพูดที่ชัดเจน (กรณีที่ใช้สื่อทั้งภาพและเสียง)
  - 8.5.7. การตอบแบบสอบถามต่างๆ ต้องมีช่องให้ตอบว่าไม่ทราบ ด้วย เพื่อไม่เป็นการบังคับผู้ตอบ เพราะถ้าบังคับให้ต้องตอบ อาจจะตอบในสิ่งที่ไม่ตรงกับความจริงได้
  - 8.5.8. ข้อมูลสารสนเทศที่ยาว ต้องทอนให้เป็นข้อๆ (manageable chunks) และทำเครื่องหมายเพื่อแยกแต่ละหัวข้อนั้นอย่างชัดเจน รวมถึงจัดลำดับให้สอดคล้องตามลำดับก่อนหลัง
  - 8.5.9. ข้อมูลสารสนเทศไม่ควรต้องให้ผู้อ่านต้องใช้การคำนวณ ในกรณีที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงต้องใช้การคำนวณ ต้องระบุวิธีการคำนวณให้ชัดเจน
  - 8.5.10. สื่อสารอย่างชัดเจนว่าจะทำอะไร และให้กำหนดขั้นตอนการกระทำออกมาเป็นข้อ ๆ
- 8.6. ทำให้สื่อการสอนต่าง ๆ มีพร้อม โดยใช้ภาษาทั่วไปที่ทุกคนเข้าใจ
- 8.7. ให้ความสำคัญกับกระบวนการแปลภาษาในการผลิตสื่อที่ไม่ใช่ภาษาท้องถิ่น ตัวอย่างเช่น
  - 8.7.1. ใช้คนแปลภาษาที่ผ่านการอบรม 2 คน ซึ่งเป็นเจ้าของภาษาของกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ภาษานั้น และเข้าใจวัฒนธรรมของผู้ฟังที่เป็นเจ้าของภาษานั้น

8.7.2. ปรับปรุงความแตกต่างของคนแปลภาษาของทั้ง 2 คน

8.7.3. ให้ทำการทบทวนการแปลภาษาโดยผู้ที่มีความชำนาญเนื้อหาที่เป็นเจ้าของภาษานั้น และปรับปรุงเพื่อลดความแตกต่างลง

8.7.4. ทดสอบความเข้าใจกับกลุ่มเป้าหมายที่จะนำสื่อขึ้นไปใช้

8.8. ว่าจ้างหรือใช้บุคลากรรวมถึงที่ปรึกษาที่เกี่ยวข้องเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ ในช่วงเวลาที่ทำกรผลิตสื่อใหม่

8.9. ให้กลุ่มเป้าหมายที่จะใช้สื่อ รวมถึงกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพระดับจำกัด เข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบและทดสอบความเข้าใจของสื่อที่ได้ผลิตขึ้น

8.10. ทดสอบความเข้าใจในการรับรู้สื่อของกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพจำกัด ก่อนที่จะส่งสื่อเหล่านั้นไปยังสื่อ Online หรือ social media

## 9. จัดการเรื่องความรู้ด้านสุขภาพในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง รวมถึงการดูแลในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของการบริการ (เช่นการส่งต่อ หรือการวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้าน) และการสื่อสารด้านการใช้จ่าย

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

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

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

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

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

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

9.1. ปังชี้สถานการณ์เสี่ยงและหัวข้อที่จำเป็นต้องใช้ความระมัดระวังหรือทรัพยากรที่มากขึ้น ในการวางแผน และนำแผนสู่การปฏิบัติ เพื่อให้มั่นใจถึงการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยการดำเนินการประกอบด้วย

9.1.1. สนับสนุนวัฒนธรรมองค์กรที่ขอความยินยอมจากผู้รับบริการ เพื่อให้เป็นการให้ความยินยอมที่มีความหมาย และเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ .

9.1.2. ปรับปรุงให้ผู้รับบริการเข้าใจเนื้อหาในแบบฟอร์มการขอความยินยอม และมีการแปลเป็นภาษาอื่นสำหรับผู้ที่ไม่ใช้ภาษาท้องถิ่น

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

- 9.1.4. ใช้เครื่องมือช่วย เช่น กล้องใส่ยาเม็ด, Card หรือ chart ในการให้ยา, และเครื่องมือในการคำนวณขนาดของยา เพื่อเป็นเครื่องช่วยหรือเตือนให้รับประทานยาตามขนาดและเวลาที่กำหนด (DeWalt et al., 2012; Yin et al., 2010).
- 9.1.5. สร้างแรงจูงใจให้ผู้รับบริการให้เวลากับ การให้ความสำคัญกับการให้ผู้ป่วยนำยาที่รับประทานทุกชนิด รวมถึงยาสมุนไพร หรือวิตามินต่างๆ ที่รับประทานประจำมาด้วย โดยให้ผู้ป่วยอธิบายว่า รับประทานยาแต่ละชนิดอย่างไร ขนาดเท่าไร รับประทานมานานเท่าไร และทำไมถึงต้องรับประทาน
- 9.1.6. จดลากยาแบบเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และสอดคล้องกับคำแนะนำของ U.S. Pharmacopeia (U.S. Pharmacopeial Convention, 2011).
- 9.1.7. ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายเพื่ออธิบายกับผู้ป่วยและญาติ ในการตัดสินใจสำหรับการรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิต
- 9.1.8. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย และมั่นใจว่าทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเข้าใจ ทั้งในช่วงที่รักษาตัวในโรงพยาบาล หรือกลับไปพักฟื้นรักษาตัวที่บ้าน โดยเขียนเป็นลายอักษรด้วยข้อความที่เข้าใจง่าย และแนะนำให้มารับการตรวจติดตามตามนัด ก่อนที่จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และทำการสรุปหลังจำหน่าย (Discharge Summary) ภายใน 24 ชั่วโมง และนัดติดตามหลังการรักษาภายหลังจำหน่าย (BUMC, 2011; The Joint Commission, 2007)

## 10. สื่อสารเกี่ยวกับ การครอบคลุมของสิทธิของการรักษาและบริการอะไรที่สิทธิไม่ครอบคลุมที่ต้องชำระเงินเอง

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

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

ความโปร่งใส และเรื่องต้นทุนค่าใช้จ่ายคือประเด็นที่สำคัญ ก่อนที่แพทย์จะวางแผนการรักษาและสั่งการรักษา ต้องทราบความต้องการโดยรวมของผู้ป่วย ณ จุดบริการ ว่าการรักษาหรือใช้ยานั้นอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ที่ผู้ป่วยซื้อ ประกันสุขภาพหรือไม่ การรักษาอะไรที่ไม่ครอบคลุมที่ต้องจ่ายส่วนเกิน ก่อนที่จะตกลงการรักษา ไม่มีใครที่สั่งอาหาร ในภัตตาคารที่ไม่ได้กำหนดราคาในเมนูอาหาร และผู้ป่วยต้องการที่จะทราบราคาค่าบริการก่อนที่จะตัดสินใจรับการรักษา ซึ่งปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศสามารถเป็นตัวกลางในการทำรายการเพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยจะต้องจ่าย ส่วนเกินเท่าไรโดยทันที ทำให้การตัดสินใจว่าจะรับการรักษาหรือไม่รับการรักษาได้รวดเร็วขึ้น องค์ประกอบย่อยใน คุณลักษณะข้อนี้ได้แก่

10.1. ผู้ทำประกัน ที่ให้ความสำคัญในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ : เตรียมข้อมูลสารสนเทศที่ง่ายต่อการเข้าใจ และมีตารางเปรียบเทียบสิทธิการรักษาประเภทต่างๆได้แก่ การครอบคลุมสิทธิประโยชน์ต่างๆ และเงินที่จะต้อง สมทบจ่ายเพิ่มเติม กรณีที่มีการถามว่าสิทธิการรักษา จะครอบคลุมการรักษาหรือหัตถการเฉพาะหรือไม่ ต้อง ตอบคำถามอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ปรับปรุงข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับความครอบคลุมเกี่ยวกับสิทธิการรักษา ประเภทต่างๆ รวมถึงจำนวนเงินที่ต้องร่วมจ่าย ให้เป็นปัจจุบัน

10.2. สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literate health care organizations:)

10.2.1. จัดเตรียมเจ้าหน้าที่และทรัพยากรเพื่อสรุปสิทธิการรักษาประเภทต่าง และจำนวนเงินที่ผู้ป่วยต้องร่วม จ่าย รวมถึงสิ่งที่ปัญหาที่มักเกิดขึ้นในเรื่องการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

10.2.2. แจ้งเกี่ยวกับการรักษาและค่าล่วงหน้าให้ทราบก่อนการให้บริการ

10.2.3. ผู้ให้บริการเข้าใจสิทธิประโยชน์ต่างๆว่าครอบคลุมการรักษาประเภทใดบ้าง และเลือกบริการที่ เหมาะสมโดยพิจารณาถึงต้นทุนส่วนเพิ่มที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพิ่มด้วย ก่อนที่จะสั่งการรักษา

10.2.4. ส่งต่อผู้ป่วยไปยัง health insurance consumer and navigator program

\*\*\*\*\*

## REFERENCES

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

- 2012). AHRQ. 2009. The AHRQ informed consent and authorization toolkit for minimal risk research. <http://www.ahrq.gov/fund/informedconsent/> (accessed March 16, 2012).
5. AHRQ. 2010. National healthcare disparities report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
  6. Allen, K., J. Zoellner, M. Motley, and P. A. Estabrooks. 2011. Understanding the internal and external validity of health literacy interventions: A systematic literature review using the RE-AIM framework. *Journal of Health Communication* 16(Suppl 3):55-72.
  7. AMA (American Medical Association). 2007. Health literacy and patient safety: Help patients understand (Manual for clinicians). <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/367/healthlitclinicians.pdf> (accessed March 16, 2012).
  8. Andrulis, D. P., and C. Brach. 2007. Integrating literacy, culture, and language to improve health care quality for diverse populations. *American Journal of Health Behavior* 31(Suppl 1):S122-S133.
  9. Baker, D. W. 2006. The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine* 21(8):878-883.
  10. Baker, D. W., D. A. DeWalt, D. Schillinger, V. Hawk, B. Ruo, K. Bibbins-Domingo, M. Weinberger, A. Macabasco-O'Connell, and M. Pignone. 2011. "Teach to goal": Theory and design principles of an intervention to improve heart failure self-management skills of patients with low health literacy. *Journal of Health Communication* 16(Suppl 3):73- 88.
  11. Baker, D. W., J. A. Gazmararian, M. V. Williams, T. Scott, R. M. Parker, D. Green, J. Ren, and J. Peel. 2002. Functional health literacy and the risk of hospital admission among medicare managed care enrollees. *American Journal of Public Health* 92(8):1278-1283.
  12. Bass, P. F. I., J. F. Wilson, C. H. Griffith, and D. R. Barnett. 2002. Residents' ability to identify patients with poor literacy skills. *Academic Medicine* 77(10):1039-1041.
  13. Blake, S. C., K. McMorris, K. L. Jacobson, J. A. Gazmararian, and S. Kripalani. 2010. A qualitative evaluation of a health literacy intervention to improve medication adherence for underserved pharmacy patients. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 21(2):559-567.
  14. Bodenheimer T., E. H. Wagner, K. Grumbach. 2002. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 288(14):1775-1779.
  15. Bostock, S., and A. Steptoe. 2012. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: Longitudinal cohort study. *BMJ* 344:e1602.

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

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

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

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

66. ODPHP. 2008. America's health literacy: Why we need accessible health information. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
67. ODPHP. 2010. National action plan to improve health literacy. <http://www.health.gov/communication/HLActionPlan> (accessed March 16, 2012).
68. Paasche-Orlow, M., and M. Wolf. 2008. Evidence does not support clinical screening of literacy. *Journal of General Internal Medicine* 23(1):100-102.
69. Parikh, N. S., R. M. Parker, J. R. Nurss, D. W. Baker, and M. V. Williams. 1996. Shame and health literacy: The unspoken connection. *Patient Education and Counseling* 27(1):33- 39.
70. Parker, R. 2000. Health literacy: A challenge for American patients and their health care providers. *Health Promotion International* 15(4):277-283. 24
71. Parker, R., and S. C. Ratzan. 2010. Health literacy: A second decade of distinction for Americans. *Journal of Health Communication* 15(Suppl 2):20-33.
72. Parker, R. M. 2009. What? So what? Now what? Paper presented at Measures of Health Literacy Workshop, Washington, DC.
73. Persell, S., C. Osborn, R. Richard, S. Skripkauskas, and M. Wolf. 2007. Limited health literacy is a barrier to medication reconciliation in ambulatory care. *Journal of General Internal Medicine* 22(11):1523-1526.
74. Ratanawongsa, N., M. Handley, J. Quan, U. Sarkar, K. Pfeifer, C. Soria, and D. Schillinger. 2012. Quasi-experimental trial of diabetes self-management automated and real-time telephonic support (SMARTSteps) in a Medicaid managed care plan: Study protocol. *BMC Health Services Research* 12(1):22.
75. Ratzan, S. C., and R. M. Parker. 2000. Introduction. In *National Library of Medicine current bibliographies in medicine: Health literacy*, edited by C. Selden, M. Zorn, S. C. Ratzan and R. M. Parker. Bethesda, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.
76. Rice, M. F. 2007. Promoting cultural competency in public administration and public service delivery: Utilizing self-assessment tools and performance measures. *Journal of Public Affairs Education* 13(1):41-57.
77. Rozier, R. G., A. M. Horowitz, and G. Podschun. 2011. Dentist-patient communication techniques used in the United States. *Journal of the American Dental Association* 142(5):518-530.
78. Rudd, R. 2003. Objective 11-2. Improvement of health literacy. In *Communicating health: Priorities and strategies for progress*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
79. Rudd, R. 2004. Navigating hospitals: Literacy barriers. *Literacy Harvest (Fall)*:19-24.

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

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

101. Turner, T., W. L. Cull, B. Bayldon, P. Klass, L. M. Sanders, M. P. Frintner, M. A. Abrams, and B. Dreyer. 2009. Pediatricians and health literacy: Descriptive results from a national survey. *Pediatrics* 124(Suppl 3):S299-S305.
102. U.S. Pharmacopeial Convention. 2011. Proposed chapter 17 prescription container labeling. [www.usp.org/sites/default/files/usp\\_pdf/EN/USPNF/M5531.pdf](http://www.usp.org/sites/default/files/usp_pdf/EN/USPNF/M5531.pdf) (accessed March 16, 2012).
103. Volandes A.E., M. Ariza, E.D. Abbo, M. Paasche-Orlow. 2008a. Overcoming educational barriers for advance care planning in Latinos with video images. *Journal of Palliative Medicine* (5):700-706.
104. Volandes A.E., M. Paasche-Orlow, M.R. Gillick, E.F. Cook, S. Shaykevich, E.D. Abbo, L. Lehmann. 2008b. Health literacy not race predicts end-of-life care preferences. *Journal of Palliative Medicine*. 11(5):754-762.
105. Volandes A.E., M.J. Barry, Y. Chang, M.K. Paasche-Orlow. 2010. Improving decision making at the end of life with video images. *Medical Decision Making* 30(1):29-34.
106. Walsh, T. M., and T. A. Volsko. 2008. Readability assessment of Internet-based consumer health information. *Respiratory Care* 53(10):1310-1315.
107. Wolf, M. S., T. C. Davis, L. M. Curtis, J. A. Webb, S. C. Bailey, W. H. Shrank, L. Lindquist, B. Ruo, M. V. Bocchini, R. M. Parker, and A. J. J. Wood. 2011. Effect of standardized, patient-centered label instructions to improve comprehension of prescription drug use. *Medical Care* 49(1):96-100, 110.1097/MLR.1090b1013e3181f38174.
108. Wolf, M. S., M. V. Williams, R. M. Parker, N. S. Parikh, A. W. Nowlan, and D. W. Baker. 2007. Patients' shame and attitudes toward discussing the results of literacy screening. *Journal of Health Communication* 12(8):721-732.
109. Wynia, M. K., M. Johnson, T. P. McCoy, L. P. Griffin, and C. Y. Osborn. 2010. Validation of an organizational communication climate assessment toolkit. *American Journal of Medical Quality* 25(6):436-443.
110. Yin, H. S., B. P. Dreyer, L. van Schaick, G. L. Foltin, C. Dinglas, and A. L. Mendelsohn. 2008. Randomized controlled trial of a pictogram-based intervention to reduce liquid medication dosing errors and improve adherence among caregivers of young children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 162(9):814-822.
111. Yin, H. S., A. L. Mendelsohn, M. S. Wolf, R. M. Parker, A. Fierman, L. van Schaick, I. S. Bazan, M. D. Kline, and B. P. Dreyer. 2010. Parents' medication administration errors: Role of dosing instruments and health literacy. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 164(2):181-186.

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

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

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

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

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

- 3.1. Core concepts ของ Health Literacy คือ Health promotion และ re oriented health services คือ ประเด็นที่สำคัญที่จะทำให้เกิดคุณภาพของ Health promotion (กล่าวไว้ใน Ottawa charter)
- 3.2. เข้าใจ Health Literacy ในเชิงองค์รวม (Comprehensive)
- 3.3. บูรณาการ HL เข้าไปในยุทธศาสตร์ของ Comprehensive setting approach ของ Health Promoting Hospital
- 3.4. ทำให้วิธีการเพื่อให้เกิดคุณภาพมีความเป็นรูปธรรมขึ้น (Making more explicit use of quality method)

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

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

## Self-assessment tool following the Vienna-HLO model

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

Pelikan HLH HARC 14–10–2016

13

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

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

| HL Stakeholders / HL Domains                                | Patients                                                                                           | Staff                                                                                                               | Community                                                                                         | Organizational structures & processes                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Domain 1<br>Access to, living & working in the organization | Standard 4:<br>Provide and support easy navigation and access to documents materials and services. |                                                                                                                     |                                                                                                   | Standard 1:<br>Implement organizational health literacy best-practices across all structures and processes of the organization. |
| Domain 2<br>Diagnosis, treatment & care                     | Standard 5:<br>Apply health literacy best-practices in all forms of communication with patients.   | Standard 3:<br>Enable and train staff for personal and organizational health literacy.                              | Standard 8:<br>Contribute to HL in the region by dissemination and development of HL              | Standard 2:<br>Develop documents, materials and services with stakeholders in a participatory manner.                           |
| Domain 3:<br>Disease management & prevention                | Standard 6:<br>Promote personal health literacy of patients and relatives beyond discharge.        | Standard 7:<br>Promote personal health literacy of staff with regard to occupational risks and personal lifestyles. |                                                                                                   |                                                                                                                                 |
| Domain 4:<br>Healthy lifestyle development                  | Standard 6:<br>Promote HL of patients and relatives                                                | Standard 7:<br>Promote personal health literacy of staff with regard to occupational risks and personal lifestyles. |                                                                                                   |                                                                                                                                 |
|                                                             |                                                                                                    |                                                                                                                     | Standard 8:<br>Contribute to promoting personal and organizational health literacy in the region. |                                                                                                                                 |

5. ขั้นตอนในการประเมินตนเอง ประกอบด้วย ประกอบด้วย 7 steps ดังนี้
  - 5.1. การได้รับมอบหมายจากผู้บริหารหน่วยงาน(ระดับฝ่าย/ระดับองค์กร) และการกำหนดขอบเขตของการประเมิน (ระดับฝ่าย/ทั้งองค์กร)
  - 5.2. ผู้บริหารหน่วยงานต้องมอบหมายผู้ประสานงานกลางในเรื่องการประเมินตนเอง
  - 5.3. แต่งตั้งทีมประเมิน จำนวนที่เหมาะสมคือ 5-10 คน ซึ่งควรประกอบด้วยสหวิชาชีพได้แก่ ผู้บริหาร ผู้บริหารระบบคุณภาพ ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ งานพัฒนาทรัพยากรบุคคล แพทย์ พยาบาล สหวิชาชีพอื่นที่ร่วมทีมบริการในแผนกต่างๆ อาคารสถานที่ ซ่อมบำรุง ผู้ตรวจการ ตัวแทนผู้ป่วย/ผู้ญาติ/กลุ่ม Self help group
  - 5.4. การประเมินของแต่ละบุคคล โดยทำความเข้าใจแบบประเมินตนเอง และทำการประเมินตามขอบเขตที่กำหนด
  - 5.5. รวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้อง ในกรณีที่มีการประเมินต้องใช้หลักฐานอ้างอิง ควรนำเอกสารที่อ้างอิงมาเก็บรวบรวม

- 5.6. ทำการประเมินโดยกลุ่ม โดยประชุมที่ประเมิน ซึ่งใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง และต้องมี modulator เพื่อควบคุมการประชุม โดยเริ่มจาก indicators ที่กลุ่มเห็นเหมือนกันก่อน จากนั้นถึงไปสู่ indicators ที่มีความเห็นที่แตกต่างกัน
- 5.7. ที่ประชุมกลุ่มควรวิเคราะห์ Strength & Weakness จากนั้นกำหนดมาตรการและปรับปรุงโดยใช้ PDCA

### Standard of V-HLO

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

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

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

- 4.3. ความมีพร้อมของการสนับสนุนที่หน้าทางเข้าหลักของโรงพยาบาล
- 4.4. ระบบการนำทางที่ชัดเจนและง่ายต่อการเข้าใจ
- 4.5. ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยหรือผู้มาติดต่อ ที่พร้อมบริการโดยไม่คิดราคา
5. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารกับผู้ป่วย
  - 5.1. การสื่อสารด้วยการพูด
  - 5.2. การสื่อสารด้วยการเขียน
  - 5.3. การสื่อสารด้วย computer application
  - 5.4. มีการสนับสนุนด้วยล่ามแปลภาษา หรือ ช่วยแปลความหมาย
  - 5.5. การสื่อสารในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง
6. ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วยและญาติ
  - 6.1. ส่งเสริมการจัดการตนเองเฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง
  - 6.2. ส่งเสริมการพัฒनावิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ (Healthy Lifestyle)
7. ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับบุคลากร
  - 7.1. การจัดการตนเองในด้านอาชีวนามัยและความปลอดภัย
  - 7.2. ส่งเสริมการพัฒनावิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ (Healthy Lifestyle)
8. ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับชุมชน
  - 8.1. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการและต่อเนื่อง
  - 8.2. ส่งเสริมด้านการสาธารณสุขที่มีความเป็นไปได้
9. เผยแพร่การพัฒนาและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
  - 9.1. สนับสนุนการเผยแพร่การพัฒนาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และทำให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

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

1. นำแนวปฏิบัติเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพที่เป็นเลิศ (best practice) สู่การปฏิบัติ ในทุกฝ่ายและทุกกระบวนการขององค์กร
  - 1.1. ผู้บริหารมุ่งมั่นที่จะดำเนินการ ติดตามกำกับ ความรู้ด้านสุขภาพขององค์กร
  - 1.2. องค์กรลำดับความสำคัญเรื่องความรู้ด้านสุขภาพขององค์กร และยืนยันความพอเพียงของโครงสร้างพื้นฐาน และทรัพยากรที่เพียงพอในการนำสู่การปฏิบัติ (implement)
  - 1.3. องค์กรจะทำให้มั่นใจได้ว่ามาตรการในการดำเนินการในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพจะมีคุณภาพ โดยผ่านการจัดการคุณภาพขององค์กร
2. การพัฒนาเอกสาร สื่อต่างๆ และบริการ แบบมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder)
  - 2.1. องค์กรพัฒนาและประเมินผลการเอกสาร สื่อต่างๆ และบริการที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย แบบมีส่วนร่วมจากผู้ป่วย
  - 2.2. องค์กรพัฒนาและประเมินผลการเอกสาร สื่อต่างๆ และบริการที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย แบบมีส่วนร่วมจากตัวแทนของบุคลากรของโรงพยาบาล
3. เพิ่มความสามารถและฝึกอบรมบุคลากรในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคล และขององค์กร
  - 3.1. ความรู้ด้านสุขภาพของบุคคลและขององค์กร เป็นที่เข้าใจว่าเป็นสมรรถนะที่สำคัญของวิชาชีพสำหรับบุคลากรทุกคนที่ทำงานในองค์กร
4. จัดเตรียมและสนับสนุนการเข้าถึงช่องทางบริการ (Navigate) การเข้าถึงเอกสาร สื่อต่างๆ และบริการ
  - 4.1. องค์กรจัดเตรียมจุดติดต่อแรกผ่านทาง Web site ที่เป็นมิตร และโทรศัพท์
  - 4.2. องค์กรจัดเตรียมข้อมูลสารสนเทศที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและผู้มาติดต่อ ในการที่จะมาที่องค์กร
  - 4.3. มีการสนับสนุนเพื่อช่วยผู้ป่วยหรือผู้มาติดต่อในการเข้าถึงช่องทางบริการของโรงพยาบาล (navigate)
  - 4.4. ข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพสำหรับผู้ป่วยและผู้มาติดต่อ ต้องเข้าใจง่ายและให้บริการโดยไม่คิดค่าบริการ
5. ใช้แนวปฏิบัติเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพที่เป็นเลิศ (Best practice) ในการสื่อสารกับผู้ป่วย
  - 5.1. การสื่อสารด้วยการพูดกับผู้ป่วย ต้องเป็นการพูดที่มีคุณภาพสูง และเข้าใจง่าย
  - 5.2. สื่อที่ใช้การเขียนต้องมีคุณภาพ เข้าถึงง่ายและเข้าใจง่าย
  - 5.3. บริการ Digital หรือสื่อใหม่ ที่มีคุณภาพสูง เข้าถึงและเข้าใจง่าย
  - 5.4. ข้อมูลสารสนเทศ และการสื่อสาร ที่จัดให้ต้องใช้ภาษาของกลุ่มผู้ป่วย ที่สื่อสารโดยบุคลากรที่ผ่านการอบรม และสื่อต่างๆที่ได้จัดเตรียมไว้
  - 5.5. การสื่อสารที่ง่ายต่อการเข้าใจและปฏิบัติได้ง่าย โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง ถูกยอมรับว่าเป็นมาตรการที่จำเป็นเพื่อความปลอดภัย
6. ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคลให้กับผู้ป่วยและญาติ ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลและหลังจากนั้น (beyond discharge)

- 6.1. องค์กรสนับสนุนผู้ป่วยในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในประเด็นสุขภาพเฉพาะเรื่อง
- 6.2. องค์กรสนับสนุนผู้ป่วยในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ
- 6.3. ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการข้อมูลอย่างชัดเจนเกี่ยวกับการรักษาในอนาคต และกระบวนการฟื้นฟูสุขภาพ
7. ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและ วิถีชีวิตส่วนบุคคล ให้กับบุคลากร
  - 7.1. องค์กรสนับสนุนบุคลากรในการเพิ่มความรู้และทักษะในการจัดการตนเองในด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ
8. สนับสนุนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคลและขององค์กร ในพื้นที่
  - 8.1. องค์กรสนับสนุนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคลให้กับประชาชนในท้องถิ่น
  - 8.2. องค์กรสนับสนุนการเผยแพร่การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพขององค์กร ทั้งในและนอกภูมิภาคที่เป็นที่ตั้งขององค์กร

## รายละเอียดของ Standard 8 ของ OHL-hos

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

### หลักการและเหตุผล

การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคลของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ สถานบริการรอบรู้ด้านสุขภาพต้องจัดเตรียมข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่หลักฐานเชิงประจักษ์ให้ง่ายต่อการเข้าถึง ซึ่งเป็นตัวผลักดันให้ค้นหาความรู้ทางด้านสุขภาพและส่งเสริมให้สร้างทักษะในด้านความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ รวมทั้งการทำให้เกิดมาตรการหรือกิจกรรมเพื่อที่จะพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโดยเฉพาะบุคคลที่ยากต่อการเข้าถึงหรือกลุ่มเปราะบาง บริการสุขภาพสามารถที่จะเป็นแบบอย่าง (role model) และให้ข้อเสนอเพื่อให้มีสุขภาพดี และการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งระดับบุคคล หรือระดับองค์กรหรือระดับชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบได้อีกด้วย การแบ่งปันประสบการณ์ด้วยการเผยแพร่ หรือการนำเสนอที่เวทีต่างๆ หรือการใช้สื่อสมัยใหม่ เช่น social media สามารถที่จะเพิ่มความตระหนัก และกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในองค์กรอื่นๆ หรือชุมชนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ การเผยแพร่ประสบการณ์ กลยุทธ์ หรือผลลัพธ์จากการดำเนินการเรื่องความรู้ด้านสุขภาพทั่วทั้งองค์กร ทำให้เกิดประโยชน์ทั้งในระดับบุคคลหรือระดับองค์กรกับผู้ที่ได้รับการถ่ายทอด การถ่ายทอดประสบการณ์ของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้กับองค์กรอื่นหรือชุมชนนั้นเน้นให้ความสำคัญในเรื่องการประสานงาน และการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อสร้างเครือข่าย ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญในการสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร (Pelikan et al. 2005).

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

#### 8. สนับสนุนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคลและขององค์กร ในพื้นที่

##### 8.1. องค์กรสนับสนุนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคลให้กับประชาชนในท้องถิ่น

8.1.1. องค์กรเผยแพร่ข้อมูลสารสนเทศที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประเด็นสุขภาพให้กับชุมชนที่รับผิดชอบ (เช่น การจัด Health fair หรือการไปพูดหรือบรรยายในที่สาธารณะ ฯลฯ)

8.1.2. องค์กรขับเคลื่อนการให้สุศึกษาและมีมาตรการหรือกิจกรรมในการพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบ (เช่นการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการในโรงงานหรือสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพ หรือการจัดให้นักเรียนในพื้นที่รับผิดชอบไปเยี่ยมชมโรงพยาบาล ฯลฯ )

8.1.3. องค์กรจัดทำมาตรการหรือกิจกรรมที่จะส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้กับกลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มประชาชนที่ยากต่อการเข้าถึงในพื้นที่รับผิดชอบ (เช่นการการประชุมเชิงรุกเข้าไปในกลุ่มที่เสียเปรียบทางด้านเศรษฐกิจหรือสังคม หรือชุมชนผู้พลอยถิ่น ฯลฯ)

- 8.2. องค์การสนับสนุนการเผยแพร่การพัฒนารอบรู้ด้านสุขภาพขององค์กร ทั้งในและนอกภูมิภาคที่เป็นที่ตั้งขององค์กร
- 8.2.1. กิจกรรมหรือผลลัพธ์จากส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพถือเป็นส่วนหนึ่งของ รายงานต่อสาธารณะขององค์กร
- 8.2.2. องค์กรสื่อสารประสบการณ์การดำเนินการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพขององค์กร ผ่าน เอกสารเผยแพร่ หรือการนำเสนอในวาระต่างๆ หรือผ่านสื่อสมัยใหม่ต่างๆ เช่น social media
- 8.2.3. องค์กรมีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัยหรือโครงการพัฒนาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- 8.2.4. องค์กรสนับสนุน เป้าหมาย/นโยบาย หรือแผนปฏิบัติการเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีขอบเขตที่กว้างออกไป (เช่นในเรื่องปัจจัยกำหนดสุขภาพ )
- 8.2.5. องค์กรสนับสนุนการฝึกอบรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่แพทย์พยาบาล และวิชาชีพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง โดยสนับสนุนทั้งบุคลากรทั้งในและนอกองค์กร

#### เอกสารอ้างอิง

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

## Organizational Health Literacy: Quality Improvement Measures with Expert Consensus

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

### 1. Conceptual Framework ของ HLHCO

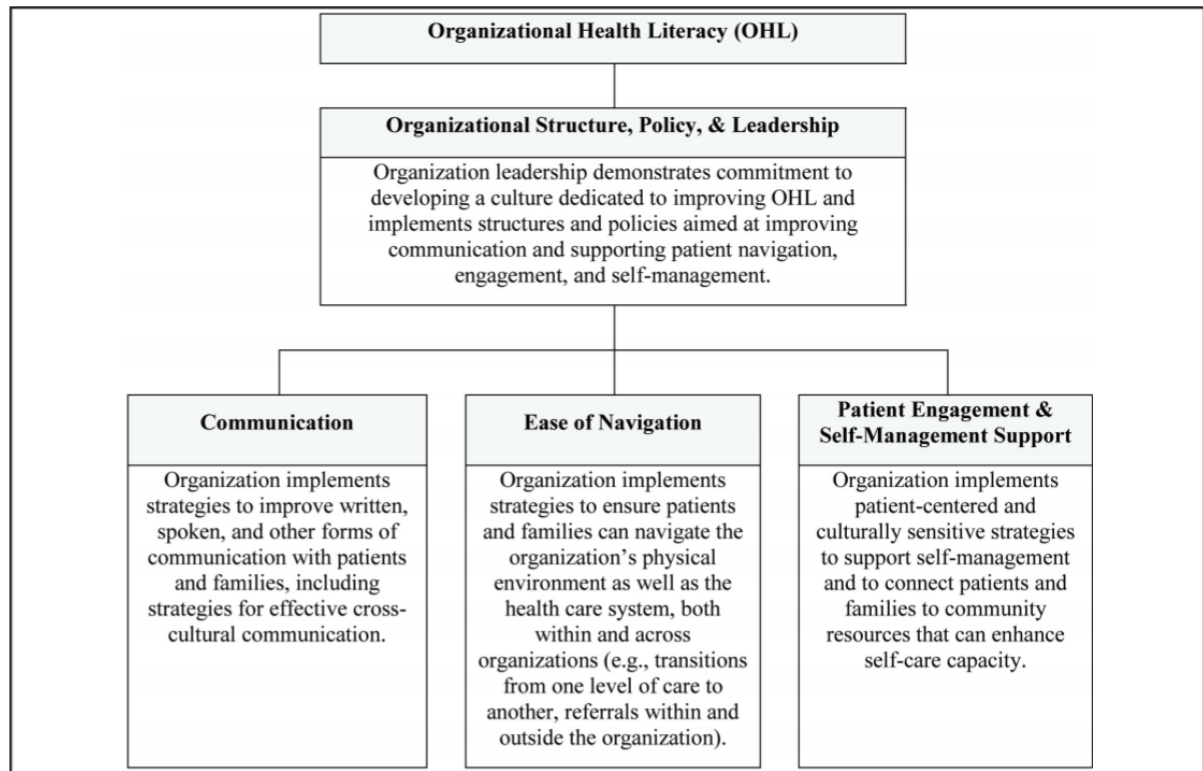


Figure 1. Conceptual framework of organizational health literacy.

### 2. เกณฑ์ในการประเมินได้แก่

- 2.1. Usefulness: เป็นมาตรการที่มีประโยชน์ในการนำไปใช้ในการติดตามว่ามีการปรับปรุงด้านคุณภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพขององค์กร
- 2.2. Meaningfulness : มีความหมายในสายตาของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (e.g., patients, clinicians, administrators)
- 2.3. Face validity: The measure appears to capture the construct it is designed to assess
- 2.4. Feasibility: เป็นมาตรการที่สามารถคำนวณตัวเลขได้อย่างถูกต้องและทันเวลาโดยไม่ต้องเสียเวลาหรือต้นทุนในการหาข้อมูล

### 3. มาตรการที่ Expert consensus มี 22 มาตรการดังนี้

**TABLE 3.**

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

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

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

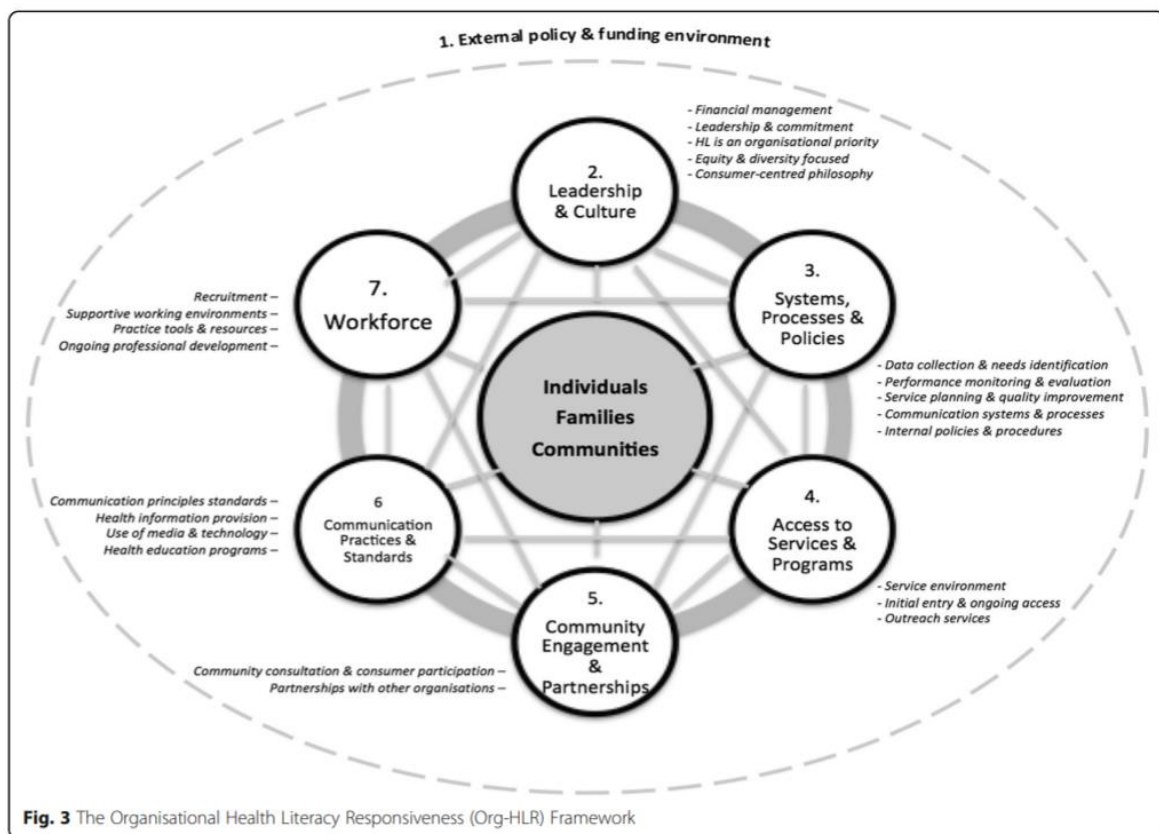
4. เนื่องจากความจำกัดของทรัพยากร การทราบว่า มาตรการใดมีผลต่อการเพิ่มคุณภาพ (Quality Improvement) จะทำให้องค์กรสามารถที่จะเลือกมาตรการที่ควรนำมาใช้

#### เอกสารอ้างอิง

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

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

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



### เอกสารอ้างอิง

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

## ภาคผนวก

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

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

## General data concerning the self-assessment in the health service

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

## General data concerning the self-assessment in the health service

How many in-patients does your organization treat per year (number of hospitalizations)?

[Click here to enter text.](#)

How many out-patients does your organization treat per year (number of patient visits)?

[Click here to enter text.](#)

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

- ☐ German
- ☐ Croatia/Serbian/Bosnian
- ☐ Turkish
- ☐ Polish
- ☐ Russian
- ☐ Slovak
- ☐ Hungarian
- ☐ English
- ☐ Others: [Click here to enter text.](#)

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

- ☐ German
- ☐ Croatia/Serbian/Bosnian
- ☐ Turkish
- ☐ Polish
- ☐ Russian
- ☐ Slovak
- ☐ Hungarian
- ☐ English
- ☐ Others: [Click here to enter text.](#)

What are the main areas of expertise of your organization?

- ☐ General and acute care hospital
- ☐ Specialized hospital for: [Click here to enter text.](#)

Who is entitled to become a patient in your organization?

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

## General data concerning the self-assessment in the health service

Is your organization for-profit?

- ☐ not-for-profit
- ☐ for-profit
- ☐ both

Who is the owner of your organization?

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

Is your organization involved in vocational training of health professionals?

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

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

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

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

|                                                                                                                                                                                                                                  |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <p>Indicator 1.1.3</p> <p>The management of the organization is committed to driving health literacy improvement activities across all departments.</p> <p><i>Comments:</i></p> <p><a href="#">Click here to enter text.</a></p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Indicator 1.1.4.</p> <p>The management of the organization serves on oversight committees for organizational health literacy.</p> <p><i>Comments:</i></p> <p><a href="#">Click here to enter text.</a></p>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Indicator 1.1.5.</p> <p>The management reviews metrics of success of each health literate intervention.</p> <p><i>Comments:</i></p> <p><a href="#">Click here to enter text.</a></p>                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                          |                          |                          |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <p>Indicator 1.2.6.</p> <p>Organizational health literacy is promoted by all organizational units and policies<br/><i>(E. g. in the units and policies for quality management, health promotion, risk management, human resource management, facility management)</i></p> <p><b>Comments:</b><br/><a href="#">Click here to enter text.</a></p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Indicator 1.2.7.</p> <p>The organization demonstrates awareness of and respect for the values, needs and preferences of cultural groups within the community.</p> <p><b>Comments:</b><br/><a href="#">Click here to enter text.</a></p>                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <p>Indicator 1.3.5.</p> <p>Staff surveys use clear, everyday words and phrases.*</p> <p><b>Comments:</b></p> <p><a href="#">Click here to enter text.</a></p>                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Indicator 1.3.6.</p> <p>Patient health literacy is part of performance measurement of the organization.</p> <p><b>Comments:</b></p> <p><a href="#">Click here to enter text.</a></p>                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Indicator 1.3.7.</p> <p>The organization uses “mystery patients” (→ glossary) or “walking interviews” (→ glossary) to assess how easy it is for patients/visitors to navigate the organization.*</p> <p><b>Comments:</b></p> <p><a href="#">Click here to enter text.</a></p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Indicator 1.3.8.</p> <p>The organization uses “mystery patients” to assess the quality of communication with and the quality of information for patients (verbal, written, visual).</p> <p><b>Comments:</b></p> <p><a href="#">Click here to enter text.</a></p>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

### Sub-Standard 2.1.

**The organization involves patients in the development and evaluation of patient-oriented documents, materials and services.**

**Yes**  
76–  
100%

**Rather  
yes**  
51–75%

**Rather  
no**  
26–50%

**No**  
0–25%

**N/A**

#### Indicator 2.1.1

All documents and services relevant for patients are developed and tested together with patient advocates and representatives of patient groups.\*  
(E.g. information sheets, legal information, informed consent forms, apps)



#### Comments:

[Click here to enter text.](#)

#### Indicator 2.1.2.

The navigation system of the organization is tested by patients and is improved following the outcomes.



#### Comments:

[Click here to enter text.](#)

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



Indicator 2.2.2.

The navigation system of the organization is tested by new staff members or colleagues from outside of the organization and is optimized following the outcomes.

*Comments:*

[Click here to enter text.](#)



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

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

### Sub-Standard 3.1.

**Personal and organizational health literacy is understood as an essential professional competence for all staff working in the organization.**

**Yes**  
76–  
100%

**Rather  
yes**  
51–75%

**Rather  
no**  
26–50%

**No**  
0–25%

**N/A**

#### Indicator 3.1.1.

Documents such as job descriptions, selection criteria for applicants, staff development plans etc. include health literacy as a main competence.\*

☐
☐
☐
☐
☐

#### Comments:

[Click here to enter text.](#)

#### Indicator 3.1.2.

The organization ensures that staff – especially those with patient contact and new staff – are trained in health literacy and patient-centred communication.

☐
☐
☐
☐
☐

#### Comments:

[Click here to enter text.](#)

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

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

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

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

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

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

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

|                          |            |               |               |  |            |
|--------------------------|------------|---------------|---------------|--|------------|
| <b>Sub-Standard 4.3.</b> | <b>Yes</b> | <b>Rather</b> | <b>Rather</b> |  | <b>N/A</b> |
|--------------------------|------------|---------------|---------------|--|------------|

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <p>Indicator 5.5.8.</p> <p>The organization's emergency plan contains easy-to-use information for patients regarding evacuation. It also addresses people who are illiterate, with hearing or visual impairment and / or different intellectual capabilities, and other vulnerable types of patients.</p> <p><i>Comments:</i></p> <p><a href="#">Click here to enter text.</a></p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

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

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

### Sub-Standard 6.1.

**The organization supports patients in improving health literacy with regard to self-management of specific health conditions.**

**Yes**  
76–  
100%

**Rather  
yes**  
51–75%

**Rather  
no**  
26–50%

**No**  
0–25%

**N/A**

#### Indicator 6.1.1.

Patients are informed in a clear and personalized way about the possible self-management of their disease / health condition in their everyday life.

☐
☐
☐
☐
☐

#### Comments:

[Click here to enter text.](#)

#### Indicator 6.1.2.

The organization offers patient education on self-management of the most important chronic diseases / health conditions. Alternatively, patients are referred to other adequate providers.

☐
☐
☐
☐
☐

#### Comments:

[Click here to enter text.](#)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                             |                                  |                                 |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <p>Indicator 6.1.3.</p> <p>The organization explicitly informs patients about appropriate self-help organizations and similar support offers.</p> <p><b>Comments:</b></p> <p><a href="#">Click here to enter text.</a></p>                                                           | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Indicator 6.1.4.</p> <p>The organization encourages patients to take upcoming symptoms seriously and to use services already in advance of agreed appointment, if necessary.</p> <p><b>Comments:</b></p> <p><a href="#">Click here to enter text.</a></p>                         | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Indicator 6.1.5.</p> <p>The organization offers education on how to support patients for relatives and other informal caregivers. Alternatively, they are referred to other adequate providers.</p> <p><b>Comments:</b></p> <p><a href="#">Click here to enter text.</a></p>      | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Indicator 6.1.6.</p> <p>The organization offers education in navigating of and effectively interacting with health services after discharge.*<br/>(E.g. preparation for doctor-patient conversation)</p> <p><b>Comments:</b></p> <p><a href="#">Click here to enter text.</a></p> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p><b>Sub-Standard 6.2.</b></p> <p><b>The organization supports patients in improving health literacy with regard to development of more healthy lifestyles.</b></p>                                                                                                                 | <b>Yes<br/>76–<br/>100%</b> | <b>Rather<br/>yes<br/>51–75%</b> | <b>Rather<br/>no<br/>26–50%</b> | <b>No<br/>0–25%</b>      | <b>N/A</b>               |
| <p>Indicator 6.2.1.</p> <p>Patients' lifestyles and need for changes are routinely checked and documented.</p> <p><b>Comments:</b></p> <p><a href="#">Click here to enter text.</a></p>                                                                                              | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <p>Indicator 6.3.10.</p> <p>During discharge, Patients routinely receive contact details of relevant patient advocates and patients' ombudspersons.<br/><i>(E.g. in case of complications or complaints).</i></p> <p><b>Comments:</b><br/><a href="#">Click here to enter text.</a></p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Indicator 6.3.11.</p> <p>The organization's website provides information about the self-management of common health conditions or refers to adequate partner websites.</p> <p><b>Comments:</b><br/><a href="#">Click here to enter text.</a></p>                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

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

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

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

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |                          |                          |                          |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <p>Indicator 7.1.9.</p> <p>The organization uses materials, to raise staff's awareness of lifestyle issues for health.*<br/>(E.g. posters, flyers, new media and electronic devices)</p> <p><b>Comments:</b></p> <p><a href="#">Click here to enter text.</a></p>                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Indicator 7.1.10.</p> <p>The organization offers trainings on healthy lifestyles for staff, or informs staff about regionally available courses and programs on healthy lifestyles<br/>(E.g. Information sheets, brochures)</p> <p><b>Comments:</b></p> <p><a href="#">Click here to enter text.</a></p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

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

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                          |                          |                          |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <p>Indicator 8.2.3.</p> <p>The organization participates in health literacy research and development projects.</p> <p><i>Comments:</i></p> <p><a href="#">Click here to enter text.</a></p>                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Indicator 8.2.4.</p> <p>The organization contributes to wider (policy) goals or action plans in the field of health literacy.</p> <p><i>Comments:</i></p> <p><a href="#">Click here to enter text.</a></p>                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Indicator 8.2.5.</p> <p>The organization offers health literacy best practices for the professional training of doctors, nurses, and other relevant professional groups also outside of the organization.</p> <p><i>Comments:</i></p> <p><a href="#">Click here to enter text.</a></p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Module ที่ 3

### Policy for Promote Health Literacy



1. ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ Health Literacy
2. การพัฒนานโยบายเพื่อการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ  
(แปลจาก Solid Fact Part C)

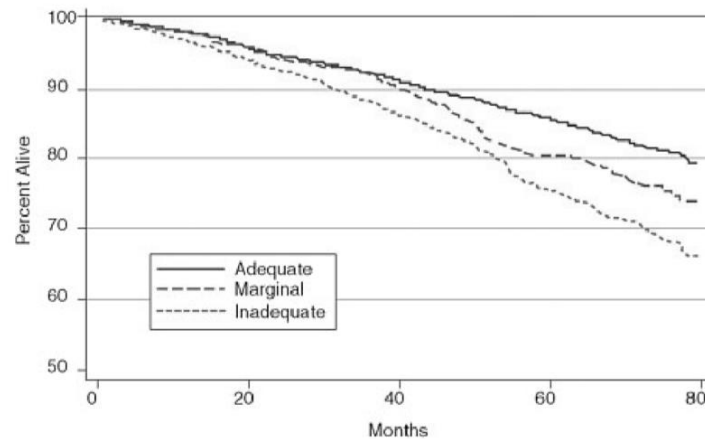
## บททวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ Health Literacy

เป็นความจำเป็นในศตวรรษที่ 21 ที่จะต้องยกระดับ Health Literacy ของประชาชน ด้วย 7 เหตุผลดังนี้

1. จำนวนประชากรที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมีจำนวนมาก (The large number of people affected) แม้ในประเทศไทยยังไม่มีตัวเลข เนื่องจากยังไม่มีใครวัดอย่างเป็นระบบในระดับประเทศมาก่อน เนื่องจากการอ่านออกเขียนได้ (Literacy & Numeracy) จะเป็นพื้นฐานที่สำคัญของ Health literacy แต่ก็ไม่เสมอไปที่คนที่มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ (Literacy) จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health Literacy สูงตามไปด้วย)
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดี (Related to poor health outcome) ซึ่งได้รับการพิสูจน์แล้วว่า ในกลุ่มคนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด จะมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี
3. โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มจำนวนมากขึ้น (Increase of chronic non communicable disease หรือ NCD) โดยภาระโรคจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากกว่าครึ่งหนึ่งของภาระโรคทั้งหมด และความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่สามารถจัดการตนเองได้ กับโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ (Self Management) จะทำให้ผลการรักษาดีขึ้น ลดผลแทรกซ้อน ลดต้นทุน และลดอัตราการตาย
4. ต้นทุนด้านบริการสุขภาพ (Health Care cost) ที่มีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีมากขึ้น ส่งผลให้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพิ่มมากขึ้น ซึ่งต้องทำการรักษาตลอดช่วงชีวิต การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะทำให้ผลการรักษาดีขึ้น ผลแทรกซ้อนต่ำ ค่ารักษาไม่สูงแล้ว ยังสามารถที่จะลดอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่ได้ด้วย ข้อมูลจากต่างประเทศพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะเพิ่มต้นทุนด้านการรักษาประมาณ 3-5% ต่อปี ของต้นทุนทั้งหมด
5. อุปสงค์ในด้านข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (Health Information Demand) เพิ่มมากกว่าอุปทานด้านข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่อ่านเข้าใจง่าย ข้อมูลจากต่างประเทศพบว่า เอกสารทางการแพทย์ที่ทำให้ผู้มารับบริการอ่าน ร้อยละ 81 จะพบคำเฉพาะที่เป็นภาษาทางการแพทย์ ที่ประชาชนทั่วไปอ่านไม่เข้าใจ เมื่อประชาชนมีความรู้มากขึ้น และค่าใช้จ่ายทางการแพทย์แพงขึ้น ประชาชนย่อมอยากได้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพเพื่อใช้ในการตัดสินใจมากขึ้น
6. ความเท่าเทียม (Equity) จะพบว่ากลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ รากเหง้าของปัญหานั้นมาจากความไม่เท่าเทียม เช่น เป็นกลุ่มรายได้ต่ำ การศึกษาต่ำ เพศหญิง (ในบางสังคม) หรือคนอพยพมาจากที่อื่นทำให้มีปัญหาในการสื่อสาร หรืออยู่ที่พื้นที่ห่างไกลที่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ยาก การพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goal หรือ SDG) นั้นจะไม่ปล่อยใครไว้ด้านหลัง (Leave No One Behind) จึงมีความจำเป็นต้องยกระดับ Health Literacy ในกลุ่มด้อยโอกาสที่ได้กล่าวมาข้างต้น
7. การขยายตัวของ Social Media ทำให้การเข้าถึงข้อมูลที่จริงบ้าง เท็จบ้าง ในแต่ละวันมีมากมาย ประกอบกับระบบบริการสาธารณสุขมีความซับซ้อนยากแก่การเข้าใจด้วย การจะตัดสินใจภายในข้อมูลข่าวสารที่ล้นเกินนั้น จำเป็นต้องพัฒนาทักษะในการเข้าถึงข้อมูลที่เชื่อถือได้ เข้าใจข้อมูล และสามารถใช้อินโฟลว์ข่าวสารที่ได้มา เพื่อการจัดตัดสินใจเลือกทางเลือกเพื่อสุขภาพได้

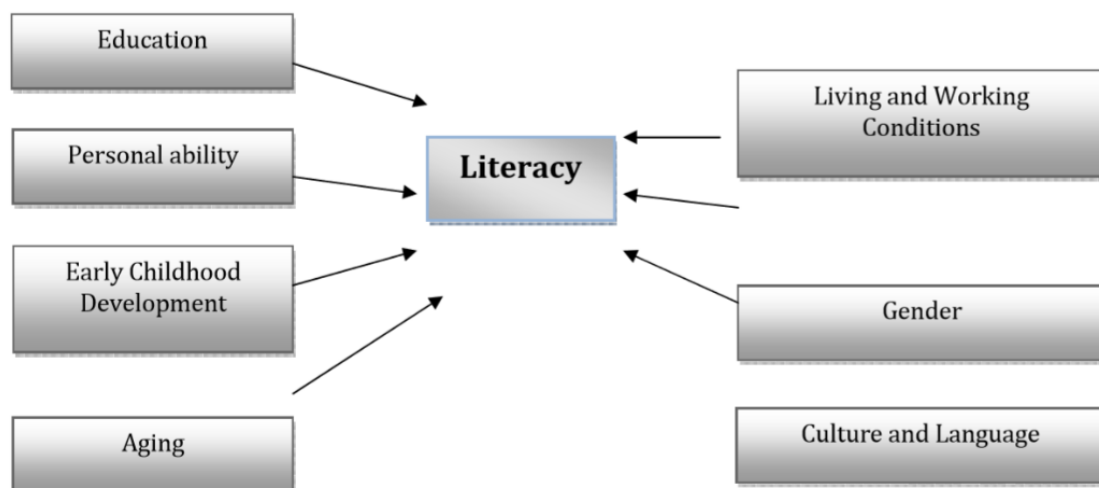
ความรู้ด้านสุขภาพสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ จาก Fig 7 จะเห็นว่า กลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพ มีโอกาสรอดชีวิตสูงกว่า หรืออัตราการตายต่ำกว่า เพราะ ถ้าประชาชนไม่สามารถเข้าถึงกระบวนการ หรือเข้าใจข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์แล้ว เขาจะไม่สามารถที่จะดูแลตนเอง หรือตัดสินใจทางสุขภาพได้อย่างถูกต้อง

FIGURE 7. RELATIONSHIP BETWEEN LITERACY LEVEL AND MORTALITY  
(n = 3260 Medicare plan members)



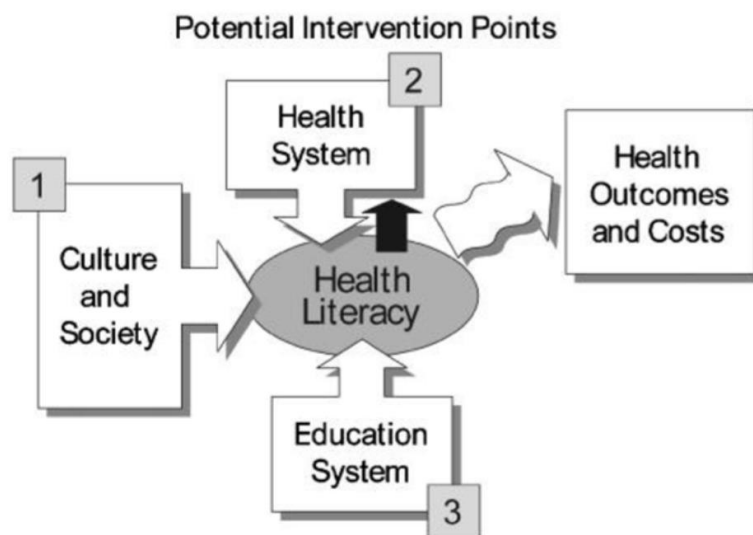
**Equity** มีหลักฐานจากหลายการศึกษาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดี และสามารถที่หาตัวแปร ที่สัมพันธ์กับความรู้ ซึ่งได้แก่ การศึกษา ความสามารถส่วนบุคคล พัฒนาการในช่วงที่อยู่วัยเด็ก สูงอายุ สภาพความอยู่ของที่บ้านและที่ทำงาน เพศ และวัฒนธรรมและภาษา (ดัง Figure 9) การแก้ Literacy นั้นเป็น การแก้ที่ปลายเหตุ ถ้าจะจัดการที่ต้นเหตุต้องไปลดความเหลื่อมล้ำ ถึงจะสามารถแก้ไขปัญหที่ต้นเหตุได้

FIGURE 9. FACTORS AND CONDITIONS THAT INFLUENCE LITERACY RATES



**Intervention Point** การจะเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพได้นั้น อย่างน้อยต้องทำใน 3 ระบบที่สำคัญคือ ระบบการศึกษา ระบบสังคมและวัฒนธรรม และระบบสุขภาพ รายงานข้อเสนอแนะเพื่อให้สามารถยกระดับความรู้ด้านสุขภาพได้แก่

1. การเพิ่มงบประมาณสำหรับการวิจัยเพื่อหารูปแบบในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เป็นเรื่องเร่งด่วนที่ควรดำเนินการ
2. มาตรการใหม่ ๆ ในการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพต้องได้รับการพัฒนาและประเมินผล
3. ข้อกำหนดของระบบประกันคุณภาพของมาตรฐานการสอนสุขศึกษาในโรงเรียน ต้องถูกจัดเป็นวาระแห่งชาติ และต้องได้รับการสนับสนุนงบประมาณ เพื่อให้สามารถดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด
4. สถาบันที่อบรมวิชาชีพทางด้านสาธารณสุข ต้องผนวกเรื่องความรู้ด้านสุขภาพเข้าไปในหลักสูตรเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขมีสมรรถนะในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ
5. ระบบบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน ต้องกำหนดแนวทางที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดผลกระทบอันเกิดจากผู้รับบริการที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ
6. องค์การที่ทำหน้าที่ประเมินระบบประกันคุณภาพของสถานบริการ ต้องผนวกเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ เข้าไปอยู่ในมาตรฐาน และความรู้ด้านสุขภาพต้องเป็นหัวข้อหนึ่งในการประเมิน ระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และการเก็บข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ



Consultand ของ WHO ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ Health Literacy เพื่อเป็นปัจจัยนำเข้าไปในที่ประชุม 7 th Global Conference on Health promotion ในปี 2009 Mayagah Kanj Consultant of Eastern Meterinian region :WHO Prepared paper for 7th Global conference on Health promotion 2009 โดยทบทวนย้อนหลังไป 25 ปี สรุปผลได้ดังนี้

1. การศึกษาส่วนใหญ่ทำให้สหรัฐอเมริกา และส่วนใหญ่ของการศึกษาไม่ได้มีการประเมินผลอย่างจริงจัง เนื่องจากไม่มีตัววัดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม
2. การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการปรับปรุงวิธีการสื่อสาร โดยใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่ายขึ้น ใช้รูปภาพ หรือสัญลักษณ์ ซึ่งส่งผลให้ระดับของความรู้ด้านสุขภาพดีขึ้น แต่มีหลักฐานน้อยมากที่แสดงให้เห็นว่า ความรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นส่งผลให้ผลลัพธ์สุขภาพดีขึ้นตามไปด้วย

3. การใช้สื่อมัลติมีเดียในการนำเสนอ ทำให้สามารถเพิ่มความรู้ของประชาชนทั้งกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงและกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่ำ แต่ไม่ปรากฏหลักฐานว่ามีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
4. การทำกิจกรรมในชุมชน และใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน ตัวอย่างเช่น ใช้การเสริมพลังในระดับบุคคลและชุมชนในเรื่องอนามัยแม่และเด็ก ทำให้พ่อแม่ สามารถเข้าถึง เข้าใจ และสามารถใช้อำนาจทางสุขภาพที่ได้รับเพื่อประโยชน์ส่วนบุคคล และประโยชน์ของชุมชนได้

ผลจากการทบทวนวรรณกรรม สรุป

1. **Documentation** มีการศึกษาเกี่ยวกับ **Health Literacy** ที่ได้รับการตีพิมพ์น้อยมาก เชื่อว่ามีการดำเนินการ แต่ไม่ได้มีการทำอย่างเป็นระบบ จึงไม่ได้ตีพิมพ์
2. **Conceptual Frame work** ส่วนใหญ่การศึกษาไม่ได้ระบุกรอบแนวคิด หรือ **Conceptual Framework** ทำให้ไม่สามารถที่จะทำการ ประเมินผลในเชิง **Input -->process -->output -->outcome** ได้ (ให้ดูแผนภาพของกรอบแนวคิดที่มีให้เลือกหลากหลายด้านล่าง)
3. **Evaluation** การศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้มีการประเมินผลโดยใช้หลักฐานเชิงวิทยาศาสตร์เชิงปริมาณ (**Quantitative Analysis**) จึงทำให้ไม่สามารถที่จะประเมินประสิทธิผลของการดำเนินการในการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ ว่า จะส่งผลต่อผลลัพธ์อย่างไร
4. เครื่องมือในการวัดความรู้ด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นการวัดความรู้ในระดับบุคคล เป็นการวัดด้านปัญญา (การอ่านออกเขียนได้ ความเข้าใจภาษาเขียน ไม่ได้วัดทักษะ หรือทัศนคติ หรือความเข้าใจภาษาพูด) และยังไม่มีการพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพในระดับชุมชน ตัวอย่างเครื่องมือวัดได้แก่
  - 4.1. The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)
  - 4.2. the Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)
  - 4.3. The Health Activity Literacy Scale (HALS)
5. คำนิยามของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ยังนิยามต่างกัน จำเป็นต้องพัฒนาโดยเฉพาะบุคลากรสาธารณสุข ให้เข้าใจ วัฒนาการของความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ
  - 5.1. ปี 1974 นิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยเสี่ยง จึงใช้มาตรการคือ ทำแบบประเมินเพื่อหากกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ วิธีการแก้ไข คือ การให้สุขภาพเพื่อเพิ่มความรู้ จึงเป็นแนวคิดที่ใช้เพื่อการป้องกันโรค และใช้ในสถานบริการเป็นส่วนใหญ่
  - 5.2. ปี 1997 Kickbutch Kickbusch, I. (1997). Think health: What makes the difference? Health Promotion International, 12, 265-272. ได้นำแนวทางของการส่งเสริมสุขภาพมาใช้ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เป็นแนวคิดที่มองความรู้ด้านสุขภาพคือทุนหรือทรัพย์สินที่อยู่ในตัวคน ซึ่งต้องใช้กระบวนการของการส่งเสริมสุขภาพ คือการให้ข้อมูล ความรู้ และการสื่อสาร (Information Education and Communication หรือ IEC) เป็นตัวพัฒนาทักษะให้สามารถใช้ข้อมูล ความรู้ที่ได้มาในการตัดสินใจเพื่อเลือกทางเลือก ที่จะส่งผลต่อการพัฒนาสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ และในปี 1998 Don Nutbeam Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary, Health Promotion International, 13. 349-364. ได้นำแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพมาใช้ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ โดยเขียนไว้ใน Health

Promotion Glossary - WHO 1998 และเขียนในบทความ The Evolving concept of Health Literacy  
The Evolving Concept of Health Literacy D.Nutbeam

การจะทำให้เกิดสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Society) ต้องทำให้เกิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ  
สาธารณะ (Health Literate Public), ความรอบรู้ด้านสุขภาพของวิชาชีพสุขภาพ (Health Literate Health  
Professionals) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักการเมืองและผู้กำหนดนโยบาย (Health Literate politician and  
policy maker) โดย

1. ประชาชนต้องสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ด้วยตัวของเขาเองได้ โดยไม่เพียงแต่ตอบสนองตามคำบอก  
กล่าวของผู้อื่น
2. ผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนหรือแนวทางในการรักษา
3. บุคลากรสาธารณสุข ต้องสื่อสารให้ผู้รับบริการด้วยภาษาที่เข้าใจได้ง่าย และเป็นหน้าที่ที่จะสนับสนุนการพัฒนาความ  
รอบรู้ด้านสุขภาพ ให้กับผู้รับบริการ
4. นักการเมืองทุกระดับชาติและระดับท้องถิ่น ต้องผนวกความรู้ด้านสุขภาพเข้าไปอยู่ในนโยบาย และเป้าหมายใน  
เรื่อง สุขภาพของประชากร

| Approach                        | Focus                                                                                                                                     | Description                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Functional Health Literacy      | ชุดของทักษะที่นำไปประยุกต์ใช้ ในบริการสุขภาพ                                                                                              | ทักษะในการอ่าน ความยินยอมให้การรักษาดูแล และข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์ และเข้าใจคำพูดของแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และวิชาชีพอื่นๆ และสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และดูแลตนเองที่บ้าน ได้ และมารับการรักษาตามที่แพทย์นัด                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Conceptual Health Literacy      | การบูรณาการหลากหลายมิติ โดยเชื่อมโยงทักษะทั่วไป กับความรู้ทางเทคนิค สังคม วัฒนธรรมเพื่อตอบสนองเหตุการณ์ต่างๆ ในบริบทของสังคม              | ทักษะที่หลากหลาย ที่สะสมทักษะตลอดช่วงชีวิต ในการแสวงหา เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ เพื่อสามารถเลือกทางเลือก ที่สมเหตุผล ลดความเสี่ยงทางการแพทย์ และเพิ่มคุณภาพชีวิต โดยพื้นฐานของความรู้ได้แก่<br>1.วิทยาศาสตร์ เช่น ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยง และโอกาสที่จะเกิด<br>2.วัฒนธรรม เช่น ความตระหนักว่า ความเชื่อของคนในพื้นที่ ส่งผลต่อความรู้ของสาธารณะ<br>3.Civic เช่น ระบบการบริหารจัดการขององค์กรปกครองท้องถิ่น<br>4.คอมพิวเตอร์ สามารถค้นหาข้อมูลทาง internet และรู้ว่าจะแหล่งข้อมูลมีความน่าเชื่อถือมากน้อยเพียงไร<br>5.สื่อ เช่น ทราน โซเชียลมีเดียมีความน่าเชื่อถือหรือไม่ |
| Health Litereacy as empowerment | จุดเน้นที่การสื่อสารแบบ interactive ภายใต้บริบททางสังคม และการเสริมพลังอำนาจของบุคคล และชุมชน เพื่อให้สามารถจัดการตนเอง และจัดการชุมชนได้ | พัฒนาความเข้มแข็งของประชาชนให้เป็น Active citizen for health โดยมุ่งมั่นที่จะทำการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยเน้นที่<br>1.เข้าใจในสิทธิของผู้ป่วย และทราบวิธีการใช้บริการในระบบสาธารณสุข<br>2.เป็นผู้บริโภคที่มีเหตุผลเกี่ยวกับ ความเสี่ยงของการใช้ผลิตภัณฑ์และบริการ และสามารถเลือกที่จะไปรับบริการทางการแพทย์<br>3.พัฒนาสุขภาพส่วนบุคคล และสุขภาพชุมชน ผ่านกระบวนการทางการเมือง โดยไปเลือกตั้ง หรือให้ข้อเสนอแนะ หรือกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม                                                                                                                                         |

ที่ประชุมการส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 7 ที่กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา ในปี 2009 ได้เสนอแนะเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ว่า

1. ใช้ Information and communication Technology (ICT) ในการเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

2. เพิ่มการใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ โดยใช้วิธีการเสริมพลัง (Empowerment) แทนการเผยแพร่ข่าวสารแบบทางเดียว ที่ไม่มี interactive
3. ประสานงานข้ามภาคี เพื่อเพิ่มช่องทางการสื่อสารไปสู่ภาคส่วนอื่นๆ ที่อยู่นอกภาคส่วน สาธารณสุขเพื่อให้เกิดความเข้าใจและนำไปสู่การพัฒนาหรือปรับปรุงปัจจัยกำหนดสุขภาพ
4. พัฒนาวิธีการกำกับติดตามที่เหมาะสมในการรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ

## 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 โดยอาจเป็นกลยุทธ์ที่แยกออกมาต่างหาก 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