

บทความวิชาการ

การนำความฉลาดทางสุขภาพไปปฏิบัติงานสาธารณสุข

นิทรา กิจธีระวุฒิมิวงษ์⁽¹⁾,

วันที่ได้รับต้นฉบับ: 17 กันยายน 2558

วันที่ตอบรับการตีพิมพ์: 30 พฤศจิกายน 2558

(1) ผู้รับผิดชอบบทความ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
(โทรศัพท์: 089-7048920,
E-mail: nithrakm@gmail.com,
nithrak@nu.ac.th)

บทคัดย่อ

ความฉลาดทางสุขภาพเป็นแนวคิดหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพ มีความหมายที่กว้างกว่าความรู้ และการรู้หนังสือ บุคคลที่ความฉลาดทางสุขภาพในระดับที่เหมาะสมจะมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน และมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ การทำความเข้าใจแนวคิดและความหมายของความฉลาดทางสุขภาพจึงมีความสำคัญ บทความนี้มีวัตถุประสงค์ในการนำเสนอ ความหมาย ความสำคัญ องค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพ การนำแนวคิดความฉลาดทางสุขภาพสู่การปฏิบัติ และแนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ อันจะทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสามารถในการส่งมอบบริการที่เอื้อต่อการสร้างความฉลาดทางสุขภาพ

คำสำคัญ: ความฉลาดทางสุขภาพ, การสาธารณสุข, ผลลัพธ์ทางสุขภาพ

Translate Health literacy in Providing Public Health Activities

*Nithra Kitterawuttiwong⁽¹⁾***Received Date:** September 17, 2015**Accepted Date:** November 30, 2015

(1) Corresponding author: Assistant Professor

Faculty of Public Health,

Naresuan University

(Tel.: 089-7048920,

E-mail: nithrakm@gmail.com,

nithrak@nu.ac.th)

Abstract

Health literacy is a relatively concept in health promotion. This concept is greater in detail than knowledge and literacy. People who had optimal health literacy had capable in responsible for their health, family and community. Moreover, health literacy has been affected to improve health outcomes. Clarifying the concept and definition are essential. This article aim at presenting definition, significance, component of health literacy, transfer the concept to practice, and the way forward of health literacy. Therefore, public health personnel will be able to deliver health services in enhancing health literacy.

Keywords: Health literacy, Public Health, Health outcome

บทนำ

ความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) เป็นแนวคิดใหม่ของการส่งเสริมสุขภาพ ที่อธิบายผลลัพธ์ของสุขศึกษา และกิจกรรมการสื่อสาร (Nutbeam, 2000) ซึ่งในปัจจุบันระบบสุขภาพมีความซับซ้อน ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา ประชาชนต้องมีความรับผิดชอบทางสุขภาพมากขึ้น (McCray, 2005; World Health Organization, 2011)

ความฉลาดทางสุขภาพมีความหมายที่กว้างกว่าความรู้ (Knowledge) และการรู้หนังสือ (Literacy) บุคคลที่ความฉลาดทางสุขภาพในระดับที่เหมาะสมจะมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน (McQueen & Jones, 2007) ในปัจจุบันมีข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพมากมายที่ประชาชนต้องใช้การดูแลสุขภาพของตนเอง มาจากแหล่งที่หลากหลายทั้งโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ สื่อโฆษณา เว็บไซต์ และสื่อออนไลน์ทางสังคม บางครั้งมีข้อมูลที่ขัดแย้งกัน ส่งผลต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ หรือบางครั้งปฏิบัติตามสื่อโดยไม่ได้มีการพิจารณารอบด้าน ทำให้เกิดผลเสียทางด้านสุขภาพในระดับบุคคล ทำให้ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพในระบบบริการสุขภาพสูงขึ้น สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก ที่ระบุว่าหากประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จะเพิ่มขึ้นทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น (World Health Organization, 2014) ประชาชนพึ่งพาบริการทางการแพทย์ จนทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงานส่งเสริมสุขภาพและไม่อาจสร้างความเท่าเทียม ในการเข้าถึงบริการอย่างสมบูรณ์ได้

การสาธารณสุขประกอบด้วยกิจกรรมการดำเนินการต่างๆ ที่ถูกจัดเตรียมอย่างเป็นระบบ เพื่อให้สุขภาพของชุมชนดีขึ้น โดยมุ่งไปสู่ระดับชุมชนมากกว่าระดับรายบุคคลเพื่อก่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน (Novick, Morrow, & Mays 2008) ความฉลาดทางสุขภาพ มีความเกี่ยวข้องในประเด็น การเข้าถึงบริการสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งทั้งสามกิจกรรมเป็นงานด้านสาธารณสุข (Sorensen et al., 2012) ดังนั้นการเข้าใจความหมายและความสำคัญของความฉลาดทางสุขภาพ องค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพ หน้าที่ของผู้ให้บริการเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ จะช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ สื่อสาร ตัดสินใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพในการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม คงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี

ความหมายของความฉลาดทางสุขภาพ

ปรากฏครั้งแรกในเอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการด้านสุขศึกษา ในปี ค.ศ. 1974 (Mancuso, 2009) และเริ่มแพร่หลายมากขึ้น โดยมีการกำหนดนิยามความหมายไว้อย่างหลากหลาย (ตารางที่ 1) ในส่วนของ

ประเทศไทย มีการแปล “Health literacy” หลากหลาย ดังนี้ 1) ความแตกฉานด้านสุขภาพ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541) 2) ความฉลาดทางสุขภาพ (มูลนิธิเพื่อพัฒนาการศึกษาไทย, 2553) และ 3) ความฉลาดทางสุขภาพ (กองสุขศึกษา, 2553) โดยในบทความนี้ใช้คำว่า ความฉลาดทางสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ในปี ค.ศ. 1998 องค์การอนามัยโลก มีการรณรงค์ให้ประเทศสมาชิกร่วมมือกันพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความฉลาดทางสุขภาพ และผลักดันนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ การศึกษา และสื่อสารมวลชน

สรุปความฉลาดทางสุขภาพหมายถึง การใช้ทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพ และบริการทางสุขภาพที่ได้รับบริการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ประสบการณ์ ทำให้เกิดการจูงใจจากปัจจัยนำเข้า ส่งผลให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

ความสำคัญของความฉลาดทางสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ การควบคุมเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (Berkman et al., 2011; Schillinger et al., 2002) และรายงานวิจัยพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ กับดัชนีมวลกาย (BMI) ของเด็กที่มีน้ำหนักเกิน โดยมีความสามารถ ทำนายค่า BMI ได้ถึงร้อยละ 38 (Sharif & Blank, 2010) บุคคลที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำจะมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แย่ และมีการใช้บริการสุขภาพที่ต่ำ (Berkman et al., 2011) รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพตั้งแต่อายุน้อย และมีสุขภาพแย่กว่าหรือป่วยหนัก จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าผู้ที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพสูง (Kutner et al., 2006) และมีรายงานการศึกษาพบว่า ผู้มีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจมากกว่าโรคมะเร็ง (Baker et al., 2007) เนื่องจากการขาดความรู้และทักษะในการป้องกันและดูแลสุขภาพของตนเอง โดยสรุปความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ ในแต่ละกลุ่มประชากร คุณลักษณะของบุคคลที่สัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ ได้แก่ ระดับการศึกษา ความสามารถใน

การใช้ภาษา สถานะทางเศรษฐกิจสังคม การมีอายุมากขึ้น (Gazmararian et al., 1999) นอกจากนี้ Manganello (2008) พบว่าปัจจัยในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ภาษา วัฒนธรรม ความสามารถในการเข้าถึงสังคม ความสามารถในการเรียนรู้ ความสามารถในการช่วยเหลือ ตนเอง และความสามารถในการใช้สื่อ อิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน ระบบการศึกษา ระบบสุขภาพ สื่อสาธารณะมีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ สรุปลงได้ว่ามีปัจจัยด้านคุณลักษณะ ประชากร ปัจจัยทางสังคม (เช่น กลุ่มเพื่อน) และปัจจัยระบบบริการ (เช่น สื่อในระบบสุขภาพ) มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ ดังนั้น การจัดการบริการที่มุ่งให้ประชาชนมีความฉลาดทางสุขภาพ จะต้องให้ความสำคัญกับปัจจัยที่กล่าวข้างต้น เพื่อบรรลุผลลัพธ์ทางบวกด้านสุขภาพ การจัดการบริการจึงต้องเข้าใจองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพ เพื่อนำไปออกแบบจากการจัดการบริการ

องค์ประกอบความฉลาดทางสุขภาพ

ปัจจุบันทั่วโลกเผชิญกับภาระโรคสามรูปแบบ (Triple burden of disease) ได้แก่ โรคติดต่อ โรคเรื้อรัง และอุบัติเหตุ ทั้งนี้รายงานขององค์การอนามัยโลก คาดว่าสาเหตุการตายด้วยโรคเรื้อรังของประชากรทั่วโลก เพิ่มขึ้นจาก 38 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2012 เป็น 52 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2030 (World Health Organization, 2014) โดยโรคเรื้อรัง หมายถึง โรคที่เมื่อเป็นแล้วจะมีอาการหรือต้องรักษาติดต่อกันนาน เป็นเดือน เป็นปีหรือตลอดชีวิต เกิดจากสาเหตุที่หลายประการ จากหลายปัจจัยเสี่ยงโดยสาเหตุหลักของโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 เกิดจากพฤติกรรม การรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม กินผักน้อย ขาดการออกกำลังกาย น้ำหนักตัวเกิน สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ดังนั้นระบบบริการสุขภาพจึงออกแบบด้วยการเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการ และญาติ เข้ามีส่วนร่วมในการตัดสินใจทางสุขภาพ เนื่องจากโรคเรื้อรังการดูแลแบบความร่วมมือ (Collaborative care) ผู้รับบริการจะต้องได้รับการสนับสนุนและคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ โดยเจ้าหน้าที่จะต้องตอบสนองความจำเป็นทางสุขภาพของผู้ป่วย สร้างความร่วมมือในการดูแลสุขภาพร่วมกัน (Kennedy, Rogers, & Bower, 2007) สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองตามวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เกิดเป็นหุ้นส่วนทางสุขภาพร่วมกันของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ญาติ และชุมชน

Nutbeam (2008) ระบุว่าความฉลาดทางสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล (Access)

2) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) 4) การจัดการตนเอง (Self management) 5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และ 6) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) แนวคิดนี้พัฒนามาจากสองประเด็นที่ต่างกันในการดูแลรักษาทางคลินิก (Clinical care) และการพัฒนาสุขภาพของประชาชน (Public health) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง "ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค" ในกรณีบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวและการจัดการทางสุขภาพ โดยแนวความคิดนี้มีรากฐานมาจากการวิจัยการรู้หนังสือ (Literacy) ที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ของผู้ใหญ่และการส่งเสริมสุขภาพ จะให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพที่ส่งผลให้บุคคลมีการควบคุมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น

จากแนวคิดการพัฒนาและองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพทั้ง 6 ด้าน พบว่าความรู้ (Knowledge) เป็นเพียงองค์ประกอบหนึ่งของความฉลาดทางสุขภาพ ซึ่ง Davenport (1998) Davenport & Prusak (1998) ระบุว่าความรู้ คือ สารสนเทศผนวกกับประสบการณ์ บริบท การตีความ และการไตร่ตรอง พร้อมจะถูกนำไปใช้เพื่อการตัดสินใจและการกระทำต่างๆ ส่วนการรู้หนังสือ (Literate) คือความสามารถของบุคคลในการรู้หนังสือหรืออ่านออกเขียนได้ขั้นพื้นฐาน ดังนั้นการนำแนวคิดความฉลาดทางสุขภาพสู่การปฏิบัติผู้ให้บริการสุขภาพมีความสำคัญที่จะนำเสนอข้อมูล สื่อสาร เพื่อให้ผู้รับบริการ เข้าถึงข้อมูล มีความรู้ความเข้าใจ รู้เท่าทันสื่อในยุคปัจจุบัน เกิดทักษะการตัดสินใจ โดยนำข้อมูลทั้งหมดมาใช้ในการจัดการตนเอง

การนำแนวคิดความฉลาดทางสุขภาพสู่การปฏิบัติ

ความฉลาดทางสุขภาพ เป็นเรื่องที่ซับซ้อน ต้องใช้วิธีการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพที่หลากหลาย ไม่เพียงแต่ทักษะการสื่อสารและความสามารถในการทำความเข้าใจ สิ่งผู้รับบริการแสดงออกมาด้วยการพูด เขียน ยังรวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ช่องทางการสื่อสาร รูปแบบของสื่อ การให้ความสนใจกับปัจจัยอื่นของผู้รับบริการที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ ดังนั้นในระบบบริการสุขภาพรูปแบบใหม่ ควรที่จะสร้างความเป็นหุ้นส่วน ของหลากหลายวิชาชีพ (Interdisciplinary partnerships) ทำความเข้าใจปัญหา ร่วมกัน เพื่อออกแบบกลยุทธ์และวิธีการ ในการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพให้กับประชาชน โดยมีแนวทางในการนำปฏิบัติ ดังแสดงในตารางที่ 2 ซึ่งทำการเรียบเรียงจากการทบทวนวรรณกรรมและการวิจัย

ปัจจุบันมีบทความวิชาการ และงานวิจัย ที่ทำความเข้าใจความหมายของความฉลาดทางสุขภาพ การประเมินความฉลาดทางสุขภาพ และผลกระทบของความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น ความร่วมมือในการใช้ยา การควบคุมเบาหวาน การเข้าถึงโรงพยาบาล และดัชนีมวลกายของเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (Cavanaugh, 2011; Sharif & Blank, 2010; Souza et al., 2014; ธเนศวุฒิ สายแสง และคณะ, 2557) นอกจากนี้พบว่ามีงานประเมินความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน โดยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ประเมินความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิพากษ์ที่สามารถประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิตมีน้อย (D'Eath, Barry, & Sixsmith, 2012) ทำให้มีโอกาสในการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพต่อไป

แนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ

ความฉลาดทางสุขภาพ เริ่มมีการให้คำนิยามที่ชัดเจนทิศทางต่อไป คือ 1) การพัฒนาเครื่องมือในการประเมินความฉลาดทางสุขภาพกับผลลัพธ์ทางสุขภาพในแต่ละกลุ่มประชากร หรือกลุ่มประเด็นปัญหาสุขภาพ อันจะ

เอกสารอ้างอิง

- กองสุขศึกษา. (2553). ผลการสำรวจ Health Literacy ในกลุ่มเยาวชนอายุ 12-15 ปี. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- ธเนศวุฒิ สายแสง, วีระศักดิ์ จิตโธสง, กนกศรีศรี สุทธิประภา, & สุวรรณภา ภัทรเบญจพล. (2557). ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการสถานพยาบาลปฐมภูมิ จ.อุบลราชธานี. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติเรื่อง The 6th Annual Northeast Pharmacy Research Conference of 2014 "A Celebration of 100 Years of Thai Pharmacy and 20 Years of UBU Pharmacy" ฉลอง 100 ปี เกษชกรกรมไทย ก้าวไกลเภสัช ม.อุบล 20 ปี, 1-2 กุมภาพันธ์ 2557, โรงแรมยูเพลส มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- มูลนิธิเพื่อพัฒนาการศึกษาไทย. (2553). แนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของเด็ก เยาวชนและครอบครัว ด้วยพลังเครือข่ายการศึกษา. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการ สภาการศึกษา.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2541). นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2541 (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. (1999). Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. *Journal of American Medication Association*, 281(6), 552-557.
- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J. A., Gazmararian, J. A., & Huang, J. (2007). Health literacy and mortality among elderly persons. *Archive Internal Medicine*, 167(14), 1503-1509.
- Berkman N. D., Sheridan S. L., Donahue K. E., Halpern D. J., & Crotty K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annal of Internal Medicine*, 155(2), 97-107.
- Cavanaugh, K. L. (2011). Health literacy in diabetes care: explanation, evidence and equipment. *Diabetes Management*, 1(2), 191-199.
- D'Eath, M., Barry, M. M., & Sixsmith, J. (2012). *Rapid evidence review of interventions for improving health literacy*. Stockholm: The European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC).
- Davenport, T. H., & Prusak, L. (1998). *Working knowledge: How organizations manage what they know*. Boston: Harvard Business School Press.
- Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A. (2012). The development of health literacy in patients with a long-term health condition: The health literacy pathway model. *BMC Public Health*, 12, 130. doi: 10.1186/1471-2458-12-130.
- Gazmararian, J. A., Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Scott, T. L., Green, D. C., et al. (1999). Health literacy among medicare enrollees in a managed care organization. *Journal of American Medication Association*, 281(6), 545-551.
- Institute of Medicine. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. Retrieved January 10, 2014, from <http://www.iom.edu>

นำไปสู่การออกแบบบริการที่เหมาะสม 2) การส่งมอบบริการที่เอื้อต่อการสร้างความฉลาดทางสุขภาพ ประกอบด้วย 2.1) การพัฒนาผู้ให้บริการให้มีความรู้ ความเข้าใจ อันจะนำไปสู่การจัดระบบบริการที่เอื้อต่อการสร้างความฉลาดทางสุขภาพให้กับผู้รับบริการ 2.2) พัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการในกิจกรรมเฉพาะที่จะช่วยสร้างความฉลาดทางสุขภาพ เช่น การใช้ภาษาถิ่น การทำเอกสารที่อ่านเข้าใจง่าย 2.3) การทำงานแบบเป็นทีมระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการที่มีความฉลาดทางสุขภาพในระดับดี เพื่อมาช่วยประเมินสื่อหรือสะท้อนวิธีการสื่อสารของผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ นำไปสู่การปรับปรุงการปฏิบัติงาน 2.4) การสร้างความเข้าใจเรื่องความฉลาดทางสุขภาพให้มีความเข้าใจทั่วทั้งองค์กร เพื่อสร้างบรรยากาศ ที่เข้าใจ ให้เกียรติยอมรับความแตกต่างของคนในสังคม และ 2.5) เสริมพลังอำนาจให้กับผู้รับบริการ ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความตื่นตัว (Active) ตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเอง ผ่านการเรียนรู้และพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ ในบริบทของประเทศไทย เพื่อให้ประชาชนป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเอง ครอบครัว และชุมชน บรรลุผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีต่อไป

- Ishikawa, H., & Yano, E. (2008). Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expectation*, 11(2), 113-122.
- Kennedy, A., Rogers, A., & Bower, P. (2007). Support for self care for patients with chronic disease. *BMJ*, 335(7627), 968-970.
- Kickbusch, I., Wait, S., & Maag, D. (2006). *Navigating health: The role of health literacy, alliance for health and the future*. Retrieved January 5, 2015, from http://www.ilcuk.org.uk/images/uploads/publication-pdfs/pdf_pdf_3.pdf
- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., Paulsen, C. (2006). The health literacy of america's adults results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. Washington, DC: U.S. Department of Education.
- Mancuso, J. M. (2009). Assessment and measurement of health literacy: An integrative review of the literature. *Nursing & Health Sciences*, 11, 77-89.
- Manganello, J. A. (2008). Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health education research*, 23(5), 840-847.
- McCray, A. T. (2005). Promoting Health literacy. *Journal of American Medical Informatics Association*, 12(2), 152-163.
- McQueen, D. V., & Jones, C. (2007). *Global perspectives on health promotion effectiveness*. New York: Springer Science and Business Media.
- Novick, L. F., Morrow, C. B., & Mays, G. P. (2008). *Public health administration: Principles for population-based management*. Sudbury: Jones and Bartlett.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Schillinger, D., Grumbach, K., Piettem, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., et al. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA*, 284(4), 475-482.
- Sharif, I., & Blank, A. E. (2010). Relationship between child health literacy and body index in overweight children. *Patient Education and Counseling*, 9, 43-48.
- Sørensen, K., Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Jürgen, P., Slonska, Z., et al. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80-93.
- Souza J. G., Apolinario D., Magaldi R. M., Busse A. L., Campora F., & Jacob-Filho W. (2014). Functional health literacy and glycaemic control in older adults with type 2 diabetes: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 4, e004180. doi:10.1136/bmjopen-2013-004180.
- World Health Organization. (1998). *Health promoting glossary*. Retrieved 5 January, 2014, from www.who.org
- World Health Organization. (2011). *Health transition*. Retrieved 5 January, 2014, from <http://www.who.int/trade/glossary/story050/en/index.html>
- World Helath Organization. (2014). *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. Geneva: Switzerland: The Organization.
- Yost, K. J., Webster, K., Baker, D. W., Choi, S. W., Bode, R. K., & Hahn, E. A. (2009). Bilingual health literacy assessment using the Talking Touchscreen/la Pantalla Parlanchina: development and pilot testing. *Patient Education Counselling*, 75(3), 295-301.

ตารางที่ 1 ความหมายของความฉลาดทางสุขภาพ

ผู้แต่ง	ความหมายของความฉลาดทางสุขภาพ
WHO (1998)	เป็นกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อยู่เสมอ (World Health Organization., 1998)
American Medical Association (1999)	ชุดของทักษะ ประกอบด้วยความสามารถในการอ่านและการตีความตัวเลข ที่มีความจำเป็นต้องใช้ในการดูแลสุขภาพ (Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs American Medical Association.)
Nutbeam (2000)	เป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ขึ้นาก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเอง (Nutbeam D., 2000)
Institute of Medicine: IOM (2004)	ระดับความสามารถของแต่ละบุคคลในการเข้าถึง มีวิธีการและทำความเข้าใจในข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นเพื่อการตัดสินใจทางสุขภาพที่เหมาะสม นอกเหนือไปจากความสามารถของแต่ละบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังขึ้นอยู่กับทักษะ ความพึงพอใจ และความคาดหวังของข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพและผู้ให้บริการสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้บริหาร ผู้ดูแลเยี่ยมบ้าน สื่อสารมวลชน และปัจจัยอื่น เป็นต้น (Institute of Medicine., 2004)
Kickbusch, Wait & Magg (2006)	ความสามารถในการตัดสินใจทางสุขภาพในชีวิตประจำวันที่บ้าน ในชุมชน ในสถานที่ทำงาน ในระบบบริการสุขภาพ ในตลาดหรือทางการเมือง เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการสร้างพลังอำนาจเพื่อเพิ่มความสามารถในการควบคุมสุขภาพของตนเอง ความสามารถในการค้นหาข้อมูล และความรับผิดชอบทางด้านสุขภาพของ (Kickbusch I., Wait S., & Maag D., 2006)

ตารางที่ 1 ความหมายของความฉลาดทางสุขภาพ (ต่อ)

ผู้แต่ง	ความหมายของความฉลาดทางสุขภาพ
Nutbeam (2008)	ทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ชี้ นำก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง (Nutbeam D., 2008)
Ishikawa & Yano (2008)	ความรู้ ทักษะ และความสามารถ เกี่ยวกับการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับบริการสุขภาพ (Ishikawa H. & Yano E., 2008)
Yost et al., (2009)	ระดับความสามารถของบุคคลในการอ่าน และทำความเข้าใจเกี่ยวกับสื่อทางด้านสุขภาพ สามารถเข้าใจและแปลความข้อมูลที่นำเสนอในรูปแบบชาร์ท ตาราง และกราฟ เข้าใจตัวเลข นำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสมทางด้านสุขภาพ (Yost K.J. et al., 2009)
Edwards, Wood, Davies & Edwards (2012)	ความรู้ด้านสุขภาพได้รับการถ่ายทอด และผู้มีส่วนร่วมสร้างให้เกิดความสามารถเหล่านี้ เป็นผู้มีความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการภาวะเงื่อนไขทางสุขภาพของเขา ให้สามารถเข้าถึงและเกาะติดกับข้อมูลข่าวสารและบริบทที่มีการรักษาหรือกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและเจรจาต่อรองและเข้าถึงการรักษาได้อย่างเหมาะสม และมีการเปลี่ยนแปลงในความสามารถเหล่านี้ระหว่างสมาชิกในกลุ่มสุขภาพ บางคนมีความรู้และทักษะในการจัดการตนเองดี แต่บางคนมีการแสวงหาข้อมูลน้อย และมีการสื่อสารเพื่อปรึกษาหารือกันน้อย (Edwards M., Wood F., Davies M., & Edwards A., 2012)
กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2553)	ความสามารถและทักษะ ในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี (กองสุศึกษา., 2553)

ตารางที่ 2 การนำแนวคิดความฉลาดทางสุขภาพสู่การปฏิบัติ

องค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพ Nutbeam (2008)	ขั้นตอนที่นำไปสู่การตัดสินใจสุขภาพ Edwards M., Wood, Davies & Edwards A. (2012)	หน้าที่ของผู้บริการ
1) การเข้าถึงข้อมูล (Access)	ขั้นที่ 1 สร้างความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไปที่บุคคลมีความกังวลในเรื่องสุขภาพของตนเอง โดยความรู้พื้นฐานนี้จะเกิดขึ้นโดยผ่านการอ่าน การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพหรือ ผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ การปรึกษาหารือ เรื่องสุขภาพกับเพื่อนและครอบครัว การรับสื่อสุขภาพ	1. การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
2) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive)	ขั้นที่ 2 การพัฒนาทักษะ การปฏิบัติ ด้านการความรู้ด้านสุขภาพซึ่งแสดงออกถึงความสามารถในการฟัง พูด การคำนวณ การแก้ปัญหาและการตัดสินใจด้วยการแสวงหาและการใช้ข้อมูล (เช่น การใช้คอมพิวเตอร์ในการแสวงหา ข้อมูลและการวิเคราะห์ความสำคัญของข้อมูล) และทักษะการจัดการตนเอง เช่น การฉีดยาด้วยตนเอง การวัดระดับน้ำตาล ซึ่งความรู้ทางสุขภาพจะพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้เพิ่มขึ้น	1.1 ทำความเข้าใจ รู้จัก ผู้รับบริการ ในประเด็น ความเชื่อ วัฒนธรรม เพศ ความรู้เดิมของผู้รับบริการ และปัญหาสุขภาพ ของผู้รับบริการ (Sudore, 2009) 1.2 เลือกใช้คำพูดที่เหมาะสม ใช้คำพูดทั่วไปที่เข้าใจง่าย (lay language) หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์เฉพาะ (Terminology) อธิบายเป็นจังหวะด้วยความเร็วปานกลาง เน้นประเด็นสำคัญที่ต้องการสื่อสาร (Castro, 2007; Bosworth B. H., 2010) 1.3 เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการซักถามข้อสงสัย (Agency for health care and research quality, 2010) 1.4 ประเมินความเข้าใจของผู้รับบริการด้วยเทคนิคการพูดทวนความ สมมุติว่า และสาธิตกลับ (Teach back) เช่น “ป่า ลองบอกได้ไหมว่า จะกินยาตัวนี้อย่างไร” หรือ “ลอง ลองบอกได้ไหมว่า หมอฉันตรวจอีกครึ่ง เมื่อใด” ด้วยน้ำเสียงที่เป็นมิตร (Bosworth B. H., 2010)
3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill)	ขั้นที่ 3 การแสดงถึงความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะเกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพและบริการ เมื่อต้องการสอบถามเกี่ยวกับการรักษา การบริการ รวมไปถึงการเจรจาต่อรอง เกี่ยวกับการรักษา การขอคำปรึกษาเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล	2.1 การใช้ภาษาที่เหมาะสมของสื่อกับกลุ่มเป้าหมาย โดยก่อนนำไปใช้จริง ควรมีการทดลองใช้ ทั้งด้านภาษา เนื้อหา 2.2 มีการอธิบายสื่อด้วยวาจา ทบทวน และเน้นประเด็นสำคัญ 2.3 เลือกสื่อ ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น นักเรียนมัธยม ใช้สื่อออนไลน์ สื่อมัลติมีเดีย เป็นต้น
4) การจัดการตนเอง (Self management)	ขั้นที่ 4 ผู้ให้บริการหรือผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพผลิตข้อมูลทางสุขภาพเพื่อเพิ่มศักยภาพของทางเลือกในการรักษา หรือบาง	
5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy)	คนสามารถผลิตข้อมูลทางสุขภาพของตนเอง หลังจากการการพูดคุยกับเพื่อนและครอบครัว รวมไปถึงการค้นหาความรู้ทางสุขภาพด้วยตนเอง ที่ได้จากทักษะขั้นตอนที่ 3 ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ในการผลิตสื่อสุขภาพเพื่อเป็นทางเลือกและนำไปเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจด้วยตนเองต่อไป	
6) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill)	ขั้นที่ 5 การใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจทางสุขภาพ ในขั้นตอนนี้สร้างให้เกิดความเข้มข้นในการตัดสินใจทางสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดการจัดการตนเองทางสุขภาพ โดยบุคคลที่มีพฤติกรรมในขั้นนี้จะมีพฤติกรรมจากขั้นที่ 1 ผ่านขั้นต่างๆมาจนถึงขั้นที่ 5 อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละขั้นตอนอาจมีการสลับขั้นตอนกันได้	

ตารางที่ 2 การนำแนวคิดความฉลาดทางสุขภาพสู่การปฏิบัติ (ต่อ)

องค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพ Nutbeam (2008)	ขั้นตอนที่นำไปสู่การตัดสินใจสุขภาพ Edwards M., Wood, Davies & Edwards A. (2012)	หน้าที่ของผู้บริการ
6) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill)		<p>2.4 มีการประเมินคุณภาพของสื่อ จากผู้รับบริการ เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงคุณภาพของสื่อ ให้เป็นเหมาะสมกับผู้รับบริการ (User friendly)</p> <p>3. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ</p> <p>3.1 การสร้างแวดล้อมที่ไม่อาย ไม่แปลกแยก (Shame-free environment) เช่น การตอบสนองของเจ้าหน้าที่ต่อสัญญาณ บ่งชี้ ที่ผู้รับบริการไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลอย่างรวดเร็ว เช่น อ่านไม่ได้ เนื่องจากลึมนำแว่นตามา เจ้าหน้าที่ไม่ตำหนิ หรือ การไม่ตำหนิ และวางแผนร่วมกัน ในผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ เป็นต้น</p> <p>3.2 การปรับปรุงป้ายคำแนะนำ บอร์ดให้ความรู้ที่อ่านง่าย ป้ายบอกทาง สัญลักษณ์ที่เข้าใจง่าย เป็นต้น</p> <p>4. การให้บริการช่วยเหลือเพื่อลดอุปสรรคต่อความฉลาดทางสุขภาพ เช่น การมีอาสาสมัครในการให้ความช่วยเหลือในโรงพยาบาล การให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ เป็นต้น</p>