

สำนักงานวิจัยและพัฒนาเพื่อการแปรรองงานวิจัยสุขภาพสู่การปฏิบัติ

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การทบทวนสถานการณ์และกลไกการจัดการ

ความแตกฉานด้านสุขภาพ

สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ผศ.นพ.ธีระ วรรณรัตน์

รศ.ดร.พญ.ภัทรวัดณ์ วรรณรัตน์

พญ.อรจิรา วงษ์ดนตรี

นส.มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์

2015

คำนำ

โครงการทบทวนสถานการณ์ และกลไกการจัดการความแตกฉานด้านสุขภาพนี้ ได้รับการสนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดยหวังที่จะทำการทบทวนองค์ความรู้เชิงประจักษ์ที่บ่งถึงความสัมพันธ์ของ ความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) กับองค์ประกอบของระบบสุขภาพตามกรอบแนวคิด Six Building Blocks ที่นำเสนอโดยองค์การอนามัยโลกและทำการทบทวนประสบการณ์ในการจัดการกลไก ระดับประเทศเพื่อตอบสนองต่อปัญหาเรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพของประชาชน

ทั้งนี้ผลการศึกษาคั้งนี้ จะนำไปใช้นำเสนอให้แก่คณะอนุกรรมการปฏิรูปนโยบายสาธารณะ สภาปฏิรูป แห่งชาติ เพื่อนำไปพิจารณาเป็นแนวทางพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อเสริมสร้างความแตกฉานด้าน สุขภาพของประชาชนในสังคมไทย

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์ไพโรจน์ สุทธิวิเศษศักดิ์ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และผศ.ดร.จรรยาพร ศรีศศลักษณ์ ที่กรุณาให้โอกาสได้ทำงานชิ้นนี้ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเกิดประโยชน์ ตามที่มุ่งหวัง

ผศ.นพ.ธีระ วรรณารัตน์

รศ.ดร.พญ.ภัทรวัดณ์ วรรณารัตน์

พญ.อรจิรา วงษ์ดนตรี

นส.มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์

สำนักงานวิจัยและพัฒนาเพื่อการแปรงานวิจัยสุขภาพสู่การปฏิบัติ

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

14 กรกฎาคม 2558

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

คำจำกัดความของ Health literacy

“Health Literacy” หมายถึง ความสามารถในการค้นหาเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ประโยชน์จากข้อมูลด้านสุขภาพ ในอดีตจนถึงปัจจุบัน นักวิชาการในประเทศไทยมีการแปลคำนี้ไว้แตกต่างกันไป อาทิเช่น “ความแตกฉานด้านสุขภาพ” หรือ “การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ” หรือ “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” หรือ “ความฉลาดทางสุขภาพ” อย่างไรก็ตาม ในรายงานฉบับนี้จะใช้คำว่า “ความแตกฉานด้านสุขภาพ”

สาระสำคัญที่ได้จากการศึกษา

จากรายงานวิจัยทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า ผู้ที่มีระดับระดับความแตกฉานด้านสุขภาพต่ำ มีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยจนต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ใช้บริการรักษาฉุกเฉินมากกว่า มีความสามารถในการป้องกันและดูแลสุขภาพน้อยกว่าผู้บุคคลที่มีระดับความแตกฉานด้านสุขภาพที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ นั้น พอบ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพกับองค์ประกอบต่างๆ ของระบบสุขภาพ ได้ดังนี้

“ในการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรวิชาชีพสุขภาพควรมีความรู้ และทักษะด้านอื่น นอกเหนือไปจากความรู้ด้านสุขภาพ เช่น การใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ การสนับสนุนทางสังคม ทักษะการสื่อสาร เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย และประชาชน”

“การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ ควรคำนึงถึงลักษณะเชิงประชากรศาสตร์ และพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย และวางแผนพัฒนาให้สอดคล้องกับปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ความยากง่ายในการเข้าถึง (Access) วิธีการใช้งานสำหรับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย (Usability) และความสามารถของระบบในการตอบสนองต่อความต้องการจริง (System Capacity/Intelligence)”

“ความแตกต่างด้านสุขภาพนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา วัคซีน และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ระบบบริการสุขภาพควรมีกลไกที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของประชากรที่มีพื้นฐานความแตกต่างด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน นอกจากนี้การพัฒนาระบบสุขภาพไม่ควรมุ่งเน้นที่ตัวผู้ป่วยหรือกลุ่มเป้าหมายเท่านั้น แต่ควรครอบคลุมผู้ดูแลหรือครอบครัวด้วย”

“มีความจำเป็นที่จะต้องยกระดับความแตกต่างด้านสุขภาพของประชากรเพื่อให้สถานะสุขภาพดีขึ้น ลดภาระของระบบบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตามระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องได้รับการออกแบบให้เหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่มีระดับความแตกต่างด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน เพื่อให้สามารถเกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ และเกิดประสิทธิภาพในกระบวนการดูแลรักษาสุขภาพ”

“นโยบายจากรัฐบาล กลไกการบริหารจัดการระดับหน่วยงาน และกลไกการสร้างความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระดับต่าง ๆ คือกุญแจสำคัญในการขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาความแตกต่างด้านสุขภาพของประชากร”

“มีหลักฐานชัดเจนว่ากลุ่มประชากรที่มีความแตกต่างด้านสุขภาพระดับต่ำจะมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มประชากรที่มีความแตกต่างด้านสุขภาพระดับสูง ทั้งจากการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน และการนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล”

โครงการทบทวนสถานการณ์และระบบ Health Literacy (HL)

องค์การอนามัยโลก (1998) นิยามว่า “Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health” ซึ่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข แปลความว่า “ทักษะต่างๆทางการรับรู้และทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึงเข้าใจและใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ” (สวรส., 2541) ซึ่งการสร้างเสริมและพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในเชิงระบบ (Health Literacy System) จำเป็นต้องอาศัยองค์ประกอบสำคัญอย่างน้อย 3 ประการเพื่อทำให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมในระดับประเทศประการแรกได้แก่ **การพัฒนากระบวนการสาธารณสุข** ซึ่งเน้นการวิจัยการสร้างเสริมและการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนประการที่สองคือ **การพัฒนากระบวนการศึกษา** ด้วยความเชื่อว่าการรู้หนังสือจะช่วยให้ประชาชนเข้าใจเรื่องการดูแลสุขภาพดีขึ้นและปฏิบัติตามได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้นและการให้การศึกษแก่ประชาชนนั้นนับเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญของการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพร่วมกับปัจจัยอื่นๆ ประการที่สามได้แก่ **พัฒนากระบวนการวัฒนธรรมและสังคม** เพราะวัฒนธรรมและสังคมเป็นเป้าหมายใหญ่ของการเรียนรู้และการสร้างโอกาสให้ประชาชนมีการยกระดับความฉลาดทางสุขภาพเพิ่มขึ้นดังนั้นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมาจากการบูรณาการระบบทั้งสามคือประชาชนมีสุขภาพดีอย่างกว้างขวางเสมอภาคและประเทศมีต้นทุนการดูแลสุขภาพลดลงทั้งหมดนี้คือการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเชิงระบบ

อย่างไรก็ตาม ยังมีช่องว่างความรู้ (Knowledge Gap) เกี่ยวกับระบบ Health Literacy ในประเทศไทยอยู่พอสมควร ซึ่งคณะอนุกรรมการปฏิรูปนโยบายสาธารณะในคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข สภาปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.) ได้ให้ความสนใจและจัดทำ (ร่าง)นโยบายการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพแก่ประชาชน แต่เอกสารดังกล่าวยังไม่สมบูรณ์เพียงพอ และยังต้องการองค์ความรู้เพื่อตอบใจที่อยู่พอสมควร ในการนี้ สวรส. จึงเห็นควรมีการทบทวนสถานการณ์และระบบ Health Literacy ทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยพิจารณาว่าแต่ละประเทศมีการกำหนดทางเลือกของกลไกเพื่อพัฒนาระบบ health literacy อย่างไร มีเกณฑ์ในการพิจารณาทางเลือกแต่ละทางเลือกของกลไกเพื่อพัฒนาระบบ HL โดย explore ว่าต่างประเทศมีกลไกเพื่อพัฒนาระบบ HL (โครงสร้างองค์กรทั้งที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ เป็นหน่วยงานที่เป็นอิสระ เป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงาน หรือเป็นคณะกรรมการ

ภายใต้กำกับของหน่วยงานของรัฐ หรือเอกชนที่จะมีภารกิจหน้าที่ครอบคลุมแต่ไม่จำกัดอยู่เพียงเรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์/แนวทางการให้ความรู้หรือคำปรึกษาแก่ประชาชน และติดตามการดำเนินงาน) ซึ่งอาจเป็นระบบงานที่กลไกดำเนินการเอง หรือประสานให้หน่วยงานอื่นที่มีภารกิจที่เกี่ยวข้องเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการก็ได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง Health Literacy กับองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพตามกรอบ Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก
2. เพื่อทบทวนสถานการณ์และระบบ/กลไกหลักที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง Health Literacy ในระดับนานาชาติรวมถึงประสบการณ์การดำเนินงานด้าน HL เพื่อสังเคราะห์กรอบการดำเนินงานที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย
3. เพื่อให้มีข้อมูล research mapping and stakeholder mapping ที่เกี่ยวกับ Health Literacy

ระเบียบวิธีวิจัย

การทบทวนวรรณกรรม/เอกสารโดยทำการทบทวนและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง Health Literacy กับองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพตามกรอบ Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก อันได้แก่ กำลังคนด้านสุขภาพ, ระบบข้อมูลสารสนเทศ, เวชภัณฑ์/ครุภัณฑ์/เทคโนโลยีทางการแพทย์, รูปแบบการจัดบริการ, ภาวะผู้นำ/การอภิบาลระบบและระบบการเงินการคลัง

นอกจากนี้ จะทำการทบทวนประสบการณ์ Health Literacy ของประเทศญี่ปุ่น ได้หวัน ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อหารูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมหรือเป็นไปได้ในทางปฏิบัติสำหรับประเทศไทย เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น สปช. จะนำไปประกอบการตัดสินใจในโอกาสต่อไป

ระยะเวลา 1 เดือน (15 มิ.ย.-15ก.ค. 58)

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2541).นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ. ฉบับปรับปรุงแปลโดยพิศมัย จันทวิมลนนทบุรี.
2. World Health Organization. (2009). Health Literacy and Health Promotion. Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. Individual Empowerment Conference Working Document. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development. Nairobi, Kenya.

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง Health Literacy กับองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพตามกรอบ Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก

บทนำ

ในรอบเกือบทศวรรษที่ผ่านมา ระบบสุขภาพของประเทศต่างๆ ทั่วโลกได้รับการวางแผนพัฒนาโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดเรื่องระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก¹ (WHO Health System Framework) เป็นหลัก โดยกรอบแนวคิดดังกล่าวระบุผลลัพธ์ของระบบสุขภาพที่สำคัญ คือ การเข้าถึง ความครอบคลุม คุณภาพและความปลอดภัย และผลสัมฤทธิ์นอกจากจะมุ่งทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้นแล้ว ยังต้องมีประสิทธิภาพ สร้างเป็นธรรม ปกป้องคุ้มครองความเสี่ยงทั้งด้านสังคมและการเงิน และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนด้วย

ทั้งนี้ระบบสุขภาพที่จะบรรลุถึงเป้าหมายเหล่านี้ได้จะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐานอย่างน้อย 6 ประการ (six building blocks) ได้แก่ 1) รูปแบบการให้บริการ 2) บุคลากรด้านสุขภาพ 3) สารสนเทศด้านสุขภาพ 4) ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยีทางการแพทย์ 5) การเงิน 6) ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ



¹ World Health Report 2007. Available online at: <http://www.who.int>

ร่องรอยของ Health literacy ในงานวิจัยสุขภาพ

คำว่า “Health literacy” นั้นเริ่มปรากฏในงานวิจัยด้านสุขภาพครั้งแรกในปีค.ศ. 1974 โดยยังไม่ได้ได้รับความสนใจมากนัก จนกระทั่งในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา จึงเริ่มมีงานวิจัยที่กล่าวถึงคำนี้มากขึ้นเรื่อยๆ ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยด้านสุขภาพที่ตีพิมพ์โดยใช้ภาษาอังกฤษมีจำนวนถึง 5,659 รายงานในฐานข้อมูล PubMed, Scopus, CINAHL, และ ISI Web of Science ระหว่างช่วงปีที่กล่าวมาจนถึงปัจจุบัน ทั้งนี้หากเจาะลึกไปถึงคำสำคัญที่ระบุไว้ในสาระของงานวิจัยเหล่านั้นจะพบว่าประมาณ 17% ของจำนวนงานวิจัยทั้งหมดนั้นจะมีคำที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ (Medical) และสาธารณสุข (Public health) โดยที่งานวิจัย 41% จะมีคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ (20%) หรือสาธารณสุข (21%) อย่างไรก็ตามหนึ่งในขณะที่ส่วนที่เหลืออีก 42% จะไม่มีคำสำคัญที่เกี่ยวข้องเลย จากการวิเคราะห์ดังกล่าวจึงพอจะชี้ให้เห็นได้ว่า Health literacy นั้นมีความสัมพันธ์กับการแพทย์ และ/หรือสาธารณสุขอย่างมาก (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1: จำนวนงานวิจัยด้านสุขภาพจำแนกตามการมีอยู่ของคำสำคัญ

คำสำคัญที่ระบุไว้ในงานวิจัย		Public health		รวม
		ไม่มี	มี	
Medical	ไม่มี	2,376	1,189	3,565
	มี	1,132	962	2,094
รวม		3,508	2,151	5,659

หากพิจารณาถึงผู้วิจัยเรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพ โดยดูจากฐานข้อมูลข้างต้น จะพบว่ามาจากแหล่งหลัก 5 ประเทศตะวันตก ได้แก่ สหรัฐอเมริกา (51.53%) ออสเตรเลีย (9.68%) สหราชอาณาจักร (6.54%) แคนาดา (5.1%) และเยอรมนี (2.74%) ทั้งนี้พบว่า รายงานการวิจัยกว่า 96% ตีพิมพ์โดยใช้ภาษาอังกฤษ ในขณะที่มีการตีพิมพ์ในภาษาอื่นๆ กระจาย เช่น เยอรมัน สเปน ฝรั่งเศส จีน เป็นต้น

คำจำกัดความของ Health literacy

“Health Literacy” หมายถึง ความสามารถในการค้นหาเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ประโยชน์จากข้อมูลด้านสุขภาพ ในอดีตจนถึงปัจจุบัน นักวิชาการในประเทศไทยมีการแปลคำนี้ไว้แตกต่างกันไป อาทิเช่น “ความแตกฉานด้านสุขภาพ” หรือ “การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ” หรือ “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” หรือ “ความฉลาดทางสุขภาพ” อย่างไรก็ตาม ในรายงานฉบับนี้จะใช้คำว่า “ความแตกฉานด้านสุขภาพ”

ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพ กับองค์ประกอบทั้ง 6 ในระบบสุขภาพ

อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ระหว่าง Health literacy กับองค์ประกอบทั้ง 6 ในระบบสุขภาพตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกนั้นยังไม่มีใครที่ทำการศึกษาพิสูจน์อย่างครบถ้วนมาก่อน ในการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้จึงเริ่มต้นสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ตามระดับความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (strength of evidence) เพื่อให้ทราบขอบเขตองค์ความรู้ที่เชื่อถือได้เสียก่อน

ก. การทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review)

ในปีค.ศ. 2012 คณะวิจัยจากองค์การอนามัยโลกได้ทำการวิจัยทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความแตกฉานด้านสุขภาพ ตั้งแต่คำจำกัดความ กรอบแนวคิด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องเชิงเหตุและผลที่มีอยู่ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยอิงฐานข้อมูลวิชาการด้านสุขภาพจาก 3 แหล่งหลักได้แก่ Medline, PubMed และ Web of Science พบว่า จากรายงานวิจัยทั้งหมด 170 ฉบับ มีรายงานวิจัยดั้งเดิม 19 ฉบับที่ให้คำจำกัดความของความแตกฉานด้านสุขภาพไว้แตกต่างกันอยู่ 17 คำจำกัดความ และมีกรอบแนวคิดที่แตกต่างกัน โดยสามารถจำแนกได้ทั้งสิ้น 12 ลักษณะ²(ตารางที่ 2)

² Sorensen 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;12:80-93.

ตารางที่ 2: คำจำกัดความของความแตกฉานด้านสุขภาพ จำแนกตามแหล่งที่มา

1	WHO (1998)	"The cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to understand and use information in ways which promote and maintain good health"
2	American Medical Association's (1999)	"The constellation of skills, including the ability to perform basic reading and numeral tasks required to function in the healthcare environment"
3	Nutbeam (2000)	"The personal, cognitive and social skills which determine the ability of individuals to gain access to, understand, and use information to promote and maintain good health"
4	Institute of Medicine (2004)	"The individuals' capacity to obtain, process and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions"
5	Kickbusch, Wait &Maag (2005)	"The ability to make sound health decision(s) in the context of everyday life--at home, in the community, at the workplace, the healthcare system, the market place and the political arena. It is a critical empowerment strategy to increase people's control over their health, their ability to seek out information and their ability to take responsibility"
6	Zarcadoolas, Pleasant & Greer (2003, 2005, 2006)	"The wide range of skills, and competencies that people develop to seek out, comprehend, evaluate and use health information and concepts to make informed choices, reduce health risks ad increase quality of life"
7	Paasche-Orlow& Wolf (2006)	"An individual's possession of requisite skills for making health-related decisions, which means that health literacy must always be examined in the context of the specific tasks that need to be accomplished. The importance of a contextual appreciation of health literacy must be underscored"
8	EU (2007)	"The ability to read, filter and understand health information in order to form sound judgments"
9	Pavlekovic (2008)	"The capacity to obtain, interpret and understand basic health information and services and the competence to use such information to enhance health"
10	Rootman& Gordon-Elbihbety (2008)	"The ability to access, understand, evaluate and communicate information as a way to promote, maintain and improve health in a variety of settings across the life course"
11	Ishikawa & Yano (2008)	"The knowledge, skills and abilities that pertain to interactions with the healthcare system"
12	Mancuso (2008)	"A process that evolves over one's lifetime and encompasses the attributes of capacity, comprehension, and communication. The attributes of health literacy are integrated within and preceded by the skills, strategies, and abilities embedded within the competencies needed to attain health literacy"

- 13 Australian Bureau of Statistics (2008) "The knowledge and skills required to understand and use information relating to health issues such as drugs and alcohol, disease prevention and treatment, safety and accident prevention, first aid, emergencies, and staying healthy"
-
- 14 Yost et al. (2009) "The degree to which individuals have the capacity to read and comprehend health-related print material, identify and interpret information presented in graphical format (charts, graphs and tables), and perform arithmetic operations in order to make appropriate health and care decisions"
-
- 15 Adams et al. (2009) "The ability to understand and interpret the meaning of health information in written, spoken or digital form and how this motivates people to embrace or disregard actions relating to health"
-
- 16 Adkins et al. (2009) "The ability to derive meaning from different forms of communication by using a variety of skills to accomplish health-related objectives"
-
- 17 Freedman et al. (2009) "The degree to which individuals and groups can obtain process, understand, evaluate, and act upon information needed to make public health decisions that benefit the community"

ตารางที่ 3: ลักษณะของกรอบแนวคิดเรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพ

แหล่งที่มา	มิติการจำแนกความแตกฉานด้านสุขภาพ	สิ่งที่เกิดขึ้นก่อน (Antecedents)	ผลที่ตามมา (Consequences)	
1 Nutbeam (2000)	- Functional health literacy	การสร้างเสริมสุขภาพโดยวิธีการต่างๆ	<p>ประโยชน์ระดับบุคคล</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่างๆมากขึ้น - ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ได้ดีขึ้น - มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น 	
	- Interactive health literacy		<ul style="list-style-type: none"> - มีความสามารถในการตอบสนองต่อภาวะคุกคามต่อสุขภาพได้ดีขึ้น 	
	- Critical health literacy		<p>ประโยชน์ระดับชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพมากขึ้น - มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนในชุมชนมากขึ้น - มีความสามารถในการจัดการด้านปัจจัยทางสังคมที่ดีต่อสุขภาพภาวะ - เสริมพลังชุมชนได้มากขึ้น 	
2 Lee et al. (2004)		- เศรษฐฐานะ		
		- Disease and self-care knowledge.	- เพศ	- สถานะทางสุขภาพ
		- Health risk behavior	- เชื้อชาติ	- การรับบริการทางการแพทย์
		- Preventive care and physician visits.	- การมีหลักประกันสุขภาพ	- ลูกเงิน
	- Compliance with medications.	- ความรุนแรงของโรค	- อัตราการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล	
		- ระดับรายได้		

		- ความหลากหลายทางเชื้อชาติในชุมชนนั้นๆ	
3	Institute of Medicine (2004)	- Cultural and conceptual knowledge - Listening - Speaking - Arithmetical skills - Writing skills - Reading skills	ระดับการศึกษา วัฒนธรรม ภาษาที่ใช้ ลักษณะการสื่อสาร และการประเมินทักษะในการจัดการสุขภาพ ผลสัมฤทธิ์ทางสุขภาพ และค่าใช้จ่าย ความสามารถของสื่อสารมวลชน ตลาด และหน่วยงานรัฐที่ให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม
4	Zarcadoolas et al. (2005)	- Fundamental literacy Science literacy - Civic literacy Cultural literacy	การประยุกต์ใช้ข้อมูลในการจัดการสถานการณ์ต่างๆ สถานะสุขภาพ ความสามารถในการมีส่วนร่วม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นด้านสุขภาพหรือด้านการแพทย์ ความเข้าใจเชิงวิทยาศาสตร์ และความเชื่อ
5	Speros (2005)	- Reading/numeracy skills - Comprehension - Capacity to use health information in decision making - Successful functioning in healthcare consumer role	ผลการประเมินสถานะสุขภาพของตนเองดีขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาลดลง ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ ความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลง จำนวนครั้งในการใช้บริการสุขภาพลดลง
6	Baker (2006)	- Health-related print literacy - Health-related oral literacy.	ความเชี่ยวชาญในการอ่านเรื่องสุขภาพ ความสามารถในการแสวงหาความรู้ใหม่ การใช้ภาษาด้านสุขภาพ ทัศนคติเชิงบวก

		ความคุ้นเคยกับแนวคิดด้านสุขภาพ	พฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ
		ความซับซ้อน และระดับความยากของภาษาที่ใช้ในสื่อต่างๆ ในสถานพยาบาล	ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น
		เศรษฐฐานะ และอาชีพ	
		ระดับรายได้	
	- Listening	การสนับสนุนทางสังคม	การเข้าถึง และการใช้บริการดูแลรักษาพยาบาล
7	Paashe-Orlow & Wolf (2007)	- Verbal fluency	วัฒนธรรม และภาษา
	- Memory span	ระดับการศึกษา	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย และผู้ให้บริการ
	- Navigation.	อายุ	การดูแลตนเอง
		เชื้อชาติ	
		ทักษะเฉพาะตัว	
		ระบบการศึกษา	
		ระบบรักษาพยาบาล	
	- Functional	วัฒนธรรม บ้าน และชุมชน	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ และค่าใช้จ่าย
8	Kickbusch&Maag (2008)	- Interactive	
	- Critical	ระบบการทำงาน	
		ปัจจัยด้านการเมือง	
		ลักษณะของตลาด	
		ความสามารถในการดำเนินการเรื่องต่างๆ	ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา
	- Capacity	ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์	ความรู้เกี่ยวกับโรค และการรักษา
	- Comprehension	ทักษะการจัดการตนเอง	
9	Mancuso (2008)	ความเป็นตัวของตัวเอง	ความสามารถในการดูแลภาวะ/ปัญหาเรื้อรัง
	Communication	ความสามารถในเรื่องข้อมูล	
		ความสามารถในการตอบสนองต่อ	การปฏิบัติตามคำแนะนำ

		ปัจจัยแวดล้อมทางสังคม	ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการดูแลรักษา
		ความสามารถด้านวัฒนธรรม	การเข้าถึง และการใช้บริการสุขภาพ
			การใช้บริการสุขภาพที่ราคาแพง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
			สถานะทางสุขภาพ
		คุณลักษณะเชิงประชากรศาสตร์	
	- Functional health literacy	การใช้สื่อ	พฤติกรรมสุขภาพ
	- Interactive health literacy	อิทธิพลของผู้ปกครองหรือผู้อื่นที่มีต่อตนเอง	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ
10	Manganello (2008)	Media literacy	การใช้บริการสุขภาพ
		ระบบสุขภาพ ระบบการศึกษา และสื่อสารมวลชน	
	- Conceptual foundations		ความสามารถในการแก้ไขปัญหาสำคัญของสังคม
11	Freedman et al. (2009)	- Critical skills	การลดความเหลื่อมล้ำ และความไม่ยุติธรรมในสังคม
		อิทธิพลของปัจจัยทางสังคม สิ่งแวดล้อม และการเมือง	
	Civic orientation		
		ปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงโครงสร้างของระบบ และปัจจัยด้านระบาดวิทยา	การเข้าถึง และการใช้บริการสุขภาพ
12	Von Wagner et al. (2009)	- Ability to rely on literacy and numeracy skills when they are required to solve problems	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการสุขภาพ
		ทักษะการอ่าน และการคำนวณ	ความสามารถในการจัดการสุขภาพ และโรคภัยไข้เจ็บ
		อิทธิพลจากบุคคลอื่นๆ	
		อิทธิพลจากปัจจัยแวดล้อมภายนอก	

ความรู้พื้นฐานที่มีการศึกษาวิจัยแล้ว³

- ก. ประชากรกลุ่มที่มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ (Literacy) ในระดับสูงจะมีรายได้ และอาชีพการงานเป็นหลักเป็นฐาน มีการร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในสังคม และมีสุขภาพและความ เป็นอยู่ที่ดีกว่ากลุ่มที่มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ด้อยกว่า
- ข. หากประเมินความแตกต่างด้านสุขภาพ โดยใช้เครื่องมือวัดทักษะด้านการอ่านเท่านั้น จะพบว่า กลุ่มผู้ที่มีความแตกต่างด้านสุขภาพในระดับต่ำจะมีความสัมพันธ์กับปัญหาด้านสุขภาพอย่างมี นัยสำคัญ ทั้งนี้เชื่อว่าเกิดจากการประกอบกิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการตรวจคัด กรองโรคที่น้อยกว่า และการมีพฤติกรรมเสี่ยงที่มากกว่า
- ค. ความแตกต่างด้านสุขภาพระดับต่ำนั้นมักสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับความไม่เป็นธรรม ในสังคม อาทิเช่น ระดับการศึกษาต่ำ อายุมาก หรือการตกอยู่ในสถานะด้อยโอกาสทางสังคม
- ง. การยกระดับความแตกต่างด้านสุขภาพระดับบุคคลนั้น จำเป็นต้องใช้กระบวนการที่กินเวลา ยาวนาน อาจเป็นตลอดช่วงชีวิต ทั้งนี้เพราะไม่มีใครแตกต่างได้ทุกเรื่อง แต่ละช่วงเวลาของชีวิตก็ จำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาทักษะหรือความสามารถของตนเองในการตอบสนองต่อบริบท แวดล้อมทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา
- จ. ศักยภาพ และความสามารถที่จะยกระดับความแตกต่างด้านสุขภาพของแต่ละคนนั้นแปรผันไป ตามปัจจัยแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม และบริบทที่พิจารณา
- ฉ. ความแตกต่างด้านสุขภาพระดับต่ำจะมีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพที่ สูง ทั้งนี้เคยมีการประเมินในประเทศแคนาดา ปีค.ศ. 2009 พบว่าความแตกต่างด้านสุขภาพระดับ ต่ำนั้นทำให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมมากกว่า 8,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ คิดเป็น 3-5% ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดของประเทศในขณะการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1998 เคยประเมินไว้ว่าทำให้เกิดค่าใช้จ่ายสูงขึ้นราว 73,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ
- ช. จากรายงานวิจัยทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า ผู้ที่มีระดับความแตกต่างด้านสุขภาพ ต่ำ มีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยจนต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ใช้บริการรักษาฉุกเฉินมากกว่า มี ความสามารถในการป้องกันและดูแลสุขภาพน้อยกว่าผู้บุคคลที่มีระดับความแตกต่างด้านสุขภาพ ที่สูงกว่า⁴
- ซ. ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประสบปัญหาหลายเรื่องในการมารับบริการสุขภาพ ณ สถานพยาบาล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเรื่องความแตกต่างด้านสุขภาพ ตั้งแต่การจัดบริการที่มีความซับซ้อน การเข้าถึง

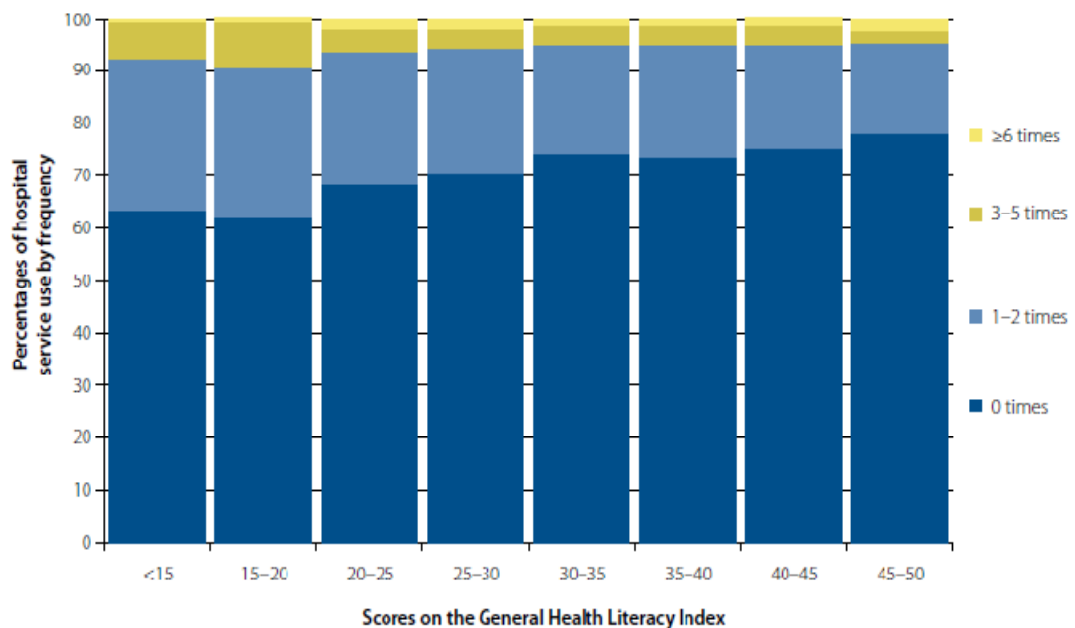
³ Health literacy: The solid facts. World Health Organization 2013.

⁴ Berkman ND, Sheridan SL, Donahue K, et al. Low literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*. 2011;155(2):97-107.

บริการต่างๆ สัญลักษณ์หรือป้ายบอกทาง แบบบันทึกต่างๆ ที่ใช้ภาษาที่เข้าใจได้ยาก รวมถึงการสื่อสารของบุคลากรวิชาชีพสุขภาพที่เข้าใจได้ยากทั้งการเขียน และการพูด

- ณ. การปรับเปลี่ยนนโยบายสุขภาพมามุ่งเน้นเรื่องความคุ้มค่าโดยประยุกต์ใช้ความรู้ทางเศรษฐศาสตร์ มีผลทำให้การดำเนินการในระบบสุขภาพเปลี่ยนไป และมีส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยน/เรียงลำดับความสำคัญของปัจจัยต่างๆ ในระบบสุขภาพ อันมีผลกระทบต่อผู้รับบริการที่มีสถานภาพแตกต่างกัน โดยความแตกต่างด้านสุขภาพพื้นฐานที่แต่ละคนมีนั้นก็อาจมีอิทธิพลต่อโอกาสในการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ และผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ผู้รับบริการจะได้รับ
- ญ. ความแตกต่างด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับปริมาณการใช้บริการระบบสุขภาพของประชาชน (ภาพที่ 1)

ภาพที่ 1: แผนภูมิแสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับคะแนนความแตกต่างด้านสุขภาพกับปริมาณการใช้บริการระบบสุขภาพ⁵



⁵ Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European health literacy project 2009-2012, Maastricht, HLS-EU consortium, 2012.

ข. การทบทวนแบบกำหนดขอบเขต และจำแนกตามองค์ประกอบของระบบสุขภาพ (Scoping review based on health systems building blocks)

คณะผู้วิจัยได้ทำการทบทวนแบบกำหนดขอบเขต โดยกำหนดคำสำคัญจำแนกตามองค์ประกอบของระบบสุขภาพดังตารางที่ 4 และทำการค้นหางานวิจัยที่เกี่ยวข้องในฐานข้อมูล PubMed ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน จากนั้นทำการคัดกรองงานวิจัยที่ได้มา โดยอ่านบทคัดย่อ และคัดเลือกเฉพาะงานวิจัยที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพกับแต่ละองค์ประกอบของระบบสุขภาพ เพื่อนำงานวิจัยฉบับสมบูรณ์มาอ่าน วิเคราะห์ และสรุปสาระสำคัญเพื่อนำเสนอในรายงานวิจัยชิ้นนี้

ตารางที่ 4: จำนวนงานวิจัยที่ค้นหาได้ตามคำสำคัญจากฐานข้อมูล PubMed (ถึง มิถุนายน 2558)

คำสำคัญ	จำนวนงานวิจัย
Health workforces	
“health literacy” AND “health workforce”	5
“health literacy” AND “health worker”	7
“health literacy” AND “health professional”	20
“health literacy” AND “human resource”	5
Total	37
Information system/information technology	
“health literacy” AND “information system”	17
“health literacy” AND “information technology”	33
Total	50
Medicines, vaccines, medical products, technology	
“health literacy” AND “medical product”	0
“health literacy” AND “medicine”	62
“health literacy” AND “medical technology”	2
“health literacy” AND “vaccine”	25
Total	89

Service system design	
“health literacy” AND “service delivery”	0
“health literacy” AND “service design”	4
“health literacy” AND “health care service”	48
“health literacy” AND “health service”	70
Total	122
Leadership and governance	
“health literacy” AND “governance”	4
“health literacy” AND “leadership”	37
Total	41
Financing	
“health literacy” AND “finance”	6
“health literacy” AND “financing”	17
“health literacy” AND “expenditure”	5
“health literacy” AND “costs”	128
Total	156

ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพกับกำลังคนด้านสุขภาพ

ก. ทักษะและความสามารถเฉพาะที่จำเป็นของบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ

งานวิจัยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ส่วนใหญ่มักเน้นการพัฒนาเครื่องมือประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วย และ/หรือประชาชน มีจำนวนไม่มากนักที่ทำการประเมินในบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ ทั้งๆ ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่บ่งชี้ถึงความสำคัญของเรื่องนี้ในบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ⁶ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์และพยาบาล ซึ่งมักมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงระหว่างกระบวนการดูแลรักษาพยาบาล ทั้งนี้ทักษะในการสื่อสารนั้นได้รับการจัดลำดับความสำคัญในลำดับแรกๆ เพื่อมุ่งหวังให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลรักษา ลดความเสี่ยง และทำให้เกิดความปลอดภัย⁷ที่น่าสนใจคือ มีงานวิจัยเคยทำการศึกษาไว้ว่า บุคลากรวิชาชีพสุขภาพมักจะประเมินความสามารถในการสื่อสารของตนเองสูงกว่าที่เป็นจริง⁸ ทั้งนี้เชื่อกันว่าบุคลากรวิชาชีพสุขภาพที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพได้นั้น จำเป็นที่จะต้องสามารถนำเสนอข้อมูล หรือความรู้ที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยหลากหลายชิ้นที่พยายามจะนำเสนอประสิทธิผล และประสิทธิภาพของกลวิธีการสอนในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้เกิดความแตกฉานด้านสุขภาพในบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ แต่สุดท้ายแล้วยังไม่สามารถแยกแยะได้ว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากความแตกต่างของรูปแบบการสอนจริง^{9,10} ทั้งนี้ตัวอย่างของรูปแบบการสอนเพื่อพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพนำเสนอในภาพที่ 2.

⁶ Martin-Moreno JM, Apfel F, Sanchez JL, et al. The social nature of chronic non-communicable diseases and how to tackle them through communication technology, training, and outreach. J Health Commun. 2011;16:94-106.

⁷ Coleman C. Teaching health care professionals about health literacy: A review of literature. Nurse Outlook. 2011;59:70-78.

⁸ Mackert M, Ball J, Lopez N. Health literacy awareness training for healthcare workers: Improving knowledge and intentions to use clear communication techniques. Patient Education and Counseling. 2011;85:e225-e228.

⁹ Wilbur K. Using daily newspaper to develop professional literacy-a descriptive study. Advances in Medical Education and Practice. 2013;4:95-9.

¹⁰ O'Rielly CL, Bell JS, Chen TF. Mental health consumers and caregivers as instructors for health professional students: A qualitative study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2012;47:607-13.

ภาพที่ 2: รูปแบบการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพ

Print Materials

- **Health Literacy and Patient Safety: Help Patients Understand – Manual for Clinicians, 2nd Edition.**⁵⁰ A 56-page overview of health literacy, available free from the American Medical Association (AMA) Foundation (<http://www.ama-assn.org/ama/no-index/about-ama/9913.shtml>)
- **Health Literacy and Patient Safety: Help Patients Understand – Reducing the Risk by Designing a Safer Shame-free Health Care Environment.**⁴⁸ A 65-page overview and guide for clinical redesign, available free from the AMA Foundation (http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/367/hl_monograph.pdf)

Video

- **Health literacy and patient safety: Help patients understand.** A 23-minute video from the AMA Foundation, emphasizing the scope of low health literacy, using patient testimonials. Available free online (<http://www.ama-assn.org/ama/no-index/about-ama/8035.shtml>). Click on link under appropriate video title.
- **Low health literacy: You can't tell by looking (2001).** An 18-minute video from the AMA Foundation, emphasizing interviews with patients to illustrate important health literacy issues. Available free online (<http://www.ama-assn.org/ama/no-index/about-ama/8035.shtml>). Click on link under appropriate video title.
- **The American College of Physicians Foundation Health Literacy Video.** A 6-minute video emphasizing patient interviews to illustrate health literacy issues. Available free online (<http://www.acpfoundation.org/hl/hlresources.htm>).

Lecture

- **Health Literacy: The Missing Link in Patient-Physician Communication.** A 38-slide PowerPoint presentation from the AMA Medical Student Section, provides a broad general overview of health literacy issues, with emphasis on awareness-raising. Available at <http://www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/our-people/member-groups-sections/medical-student-section/community-service/health-literacy.shtml>. Click on "Health Literacy Presentation."
- **Literacy & Health.**⁶⁶ A 36-slide PowerPoint presentation by Rima Rudd, Ph.D., at the Harvard School of Public Health, provides a broad overview of health literacy demands faced by patients, and strategies for addressing low health literacy through practice improvement and health system redesign (http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy/files/overview_slides.pdf)
- **Health Literacy: What You Need to Know and What You Can Do About It.** A 91-slide PowerPoint presentation from the U.S. Department of Health and Human Services, presents an overview of health literacy issues from the perspective of a funding agency (<http://www.health.gov/communication/literacy/powerpoint/>)

Web-based

- **HRSA Unified Health Communication.**⁴² A free self-paced online module integrating health literacy, cultural competency, and limited English proficiency training through print and video, with periodic multiple-choice knowledge assessments, and a pre and post assessment. Available at: <http://www.hrsa.gov/healthliteracy/default.htm>. Click on "take the course" to register.
- **Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Health Literacy for Public Health Professionals (Web-based).**⁴³ A free online course designed to teach public health professionals and students about health literacy, combining on-screen didactics with embedded video, case studies, and knowledge assessment questions. Available at: <http://www.cdc.gov/healthmarketing/healthliteracy/training/>.
- **Time To Talk CARDIO (Creating Real Dialogue In the Office):** A free online interactive communication skill-building tool for both health professionals and patients that invites users to answer a series of questions pertaining to a real or imagined clinical encounter, after which a computer algorithm identifies and provides a number of clinical communication skills videos demonstrating brief examples of effective basic communication techniques (<http://www.timetotalkcardio.com/>)

นอกจากนี้ยังมีความพยายามที่จะนำเสนอหัวข้อความรู้ ทักษะเฉพาะ และลักษณะการประเมินเชิงทัศนคติ โดยสมาคมโรคข้อของประเทศสหรัฐอเมริกา¹¹ ในปีค.ศ. 2011 ซึ่งได้ทำการระดมสมองผู้เชี่ยวชาญทั้ง ภายในและภายนอกสมาคม และทำการจำแนกออกมาได้ 16 หัวข้อหลัก เพื่อหวังที่จะให้แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย ได้คำนึงถึงว่า กระบวนการดูแลผู้ป่วยนั้นควรจะสามารถทำให้ผู้ป่วยและญาติได้มีความรู้ ความเข้าใจ และ ปฏิบัติในเรื่องต่างๆ ที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตได้ ดังที่แสดงในตารางที่ 5.

¹¹ Buchbinder R, Batterham R, Ciciriello S, et al. Health literacy: what is it and why is it important to measure? The Journal of Rheumatology. 2011;38(8):1791-7.

ตารางที่ 5: ความรู้ ทักษะ ทศนคติ และปัจจัยที่บุคคลากรวิชาชีพสุขภาพควรนำเสนอให้แก่ผู้ป่วยและญาติ

Theme (Object*)	Knowledge, Attitude, Attribute, Relationship, Skill, Action, Context	Statements
1. Access to information	Context	Access to information; physical access to information service; have access to information, e.g., internet , data; adaptive equipment to access computer/library; access to medical dictionary
	Skills	Being able to use Web for access to information: recognize reputable information/Websites/library; IT skills
2. Cognitive capacity	Attribute	Good memory; ability to shift paradigm
3. Disease	Attitude	Learn to accept and live with your disease; acceptance of condition
	Knowledge	Understanding active arthritis state compared to [chronic] disease-related effect; knowledge of side effects; learn about disease/diagnosis; understand results (blood tests, scans); understand medical terminology about specific issues; understanding of the specific disease; understand risk/prognosis/impact of disease
4. Expression/communication	Skills	Ability to say no; guidance to improve communication and coping skills; ability to negotiate; social skills; ability to communicate with health professionals; ability to express values and priorities to healthcare professionals; ability to ask for information
5. Finances	Context	Having money to get healthcare; access to a healthcare plan; get enough money and [to] use it for health
6. Health professionals	Attitude	Trust and be able to mistrust healthcare professional (healthy skepticism)
	Context	Time – get time from healthcare professional/GP/rheumatologist; physician who is

		truthful when they don't know; having GP who will refer to specialist; physician who is willing to treat within your life expectation: access to health professional in a timely manner; health professional time
	Knowledge	GPs being trained and up to date
	Relationship	Building effective relationships with healthcare professionals
	Skills	Know how to access physician
7. Health system	Context	Access to public health/free healthcare
	Knowledge	To know/recognize who is the right person/players to help; understanding the health system/reimbursement/incentives
	Skills	Knowing how to access/navigate the system if lack funds
8. Information	Attribute	Clear diagrams are required for information; short statements
	Context	Having accurate information available
	Skills	Read, understand, retain information; learning how to work with health information; ability to discern reliable from unreliable information; ability to synthesize information; sense of perspective (relative importance of all information and experiences); capacity to understand disease, receive knowledge; ability to work out what you want to know
9. Literacy/numeracy	Skills	Speak same language as person from whom information is sought; numeracy skills; ability to read
10. Management skills	Attitude	Consciousness of responsibility for lifestyle and taking medications
	Skills	Ability to understand a problem is a side effect of treatment; ability to understand what food is unhealthy; ability to make comparisons/weigh up options/make choices; priority setting; ability to seek alternative options; time-keeping skills

11. Medication	Knowledge	Knowledge of ramifications of medications
12. Patient approach	Attitude	Motivation to seek information/intention; willingness to take personal responsibility; interest in own health; ability to integrate/change/reconcile own cultural/personal beliefs with medical information; allowing oneself permission to seek alternative help; team player willingness; ability to grow from adversity; initiative to go and get it; assertiveness to ask for information
	Skills	Build own boundaries, rules for wellness; ability to change behavior
13. Dealing with problems	Skills	Problem solving skills; stress management; deal with fear of medications/hospital/healthcare professional
14. Psychological characteristics	Attitude	Willingness to care about yourself; persistence; patience; sense of humor; confront own issues before can communicate; learn to accept you as you are; feeling able to reconsider/permission to do this; self-confidence; locus of control; confidence to go and get it [what's needed]
	Skills	Understanding negative prior experiences in context of own history ("once bitten twice shy")
15. Social supports	Action	Become a member of a patient organization
	Context	Family network; support and learning from patient organization
	Relationship	Someone to help get information; ability to engage with social network to either get or use information; social support to assist in understanding
16. Time	Context	Time to do it

ข. ความรู้กับบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ

ระดับบุคคล

มีการศึกษาในประเทศเอธิโอเปีย ปีค.ศ.2012 พบว่า 97.3% ของบุคลากรวิชาชีพสุขภาพยืนยันถึงความต้องการที่จะเข้าถึงแหล่งความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อทบทวน และเพิ่มความรู้ของตนเองเพื่อใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ทั้งนี้ 56% ยอมรับว่าความต้องการดังกล่าวเกิดจากการที่ตนเองได้รับคำถามต่างๆ จากผู้มารับบริการดูแลรักษาตนเอง ทั้งนี้พฤติกรรมแสวงหาความรู้ของบุคลากรวิชาชีพสุขภาพเพื่อพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของตนเองนั้นมีหลายปัจจัยมาเกี่ยวข้อง ทั้งเรื่องเศรษฐกิจ ภาระงาน ความยากง่ายในการเข้าถึงแหล่งข้อมูล กฎระเบียบขององค์กร/หน่วยงาน¹²

ระดับองค์กรวิชาชีพ

นอกจากทักษะ และความรู้เชิงวิชาชีพที่จำเป็นตามที่ระบุในหลักสูตรวิชาชีพเฉพาะด้านแล้ว ในประเทศสหรัฐอเมริกา ปีค.ศ.2012 ได้เริ่มมีการพัฒนาบทสรุปอันเป็นข้อตกลงของสมาคม/องค์กรวิชาชีพ ทั้งแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล รวมไปถึงวิชาชีพอื่นๆ ในแวดวงวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยระบุถึงความจำเป็นที่จะต้องฝึกทักษะด้านการค้นหาข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์ให้แก่บุคลากร เพราะถือว่าเป็นทักษะสำคัญที่บ่งถึงความแตกฉานด้านสุขภาพของบุคลากรวิชาชีพสุขภาพในยุคปัจจุบันและอนาคต¹³

สาระสำคัญจากวรรณกรรม

“บุคลากรวิชาชีพสุขภาพควรมีความรู้ และทักษะด้านอื่น นอกเหนือไปจากความรู้ด้านสุขภาพ เช่น การใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ การสนับสนุนทางสังคม ทักษะการสื่อสาร เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย และประชาชน”

¹² Andualem M, Kebede G, Kumie A. Information needs and seeking behavior among health professionals working at public hospitals and health centers in Bahir Dar, Ethiopia. BMC Health Services Research. 2013;13:534-43.

¹³ Eldredge J, Morley S, Hendrix I, et al. Library and informatics skills competencies statements from major professional health associations. Medical Reference Services Quarterly. 2012;31(1):34-44.

ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพกับระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ

ในปัจจุบันมีข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมากมายทั้งที่เชื่อถือได้และเชื่อถือไม่ได้ ผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพมีแนวโน้มที่จะสามารถใช้ทักษะที่จำเป็นในการแสวงหา ทำความเข้าใจ ประเมิน สื่อสาร และใช้สารสนเทศทางด้านสุขภาพ เพื่อเกิดความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตนตามข้อมูลที่ได้รับมาได้ดีขึ้นอย่างไรก็ตาม รายงานการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความฉลาดทางสุขภาพและระบบข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพ ยังมีค่อนข้างจำกัด ในที่นี้สามารถสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ได้ดังนี้

ก. บทบาทของสารสนเทศด้านสุขภาพกับการศึกษาวิจัยเรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพ¹⁴⁻¹⁵

ในช่วงกว่าทศวรรษที่ผ่านมา มีกระแสเรียกร้องให้เกิดการใช้สารสนเทศในการพัฒนาระบบสุขภาพมากขึ้นเรื่อยๆ แต่มีการตั้งข้อสังเกตว่า ทิศทางการพัฒนาเป็นไปคนละทิศคนละทาง ขึ้นอยู่กับความสนใจ และบริบทที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ แต่ละระดับ อย่างไรก็ตาม ได้มีคณะผู้วิจัยพยายามที่จะทบทวนขอบเขตองค์ความรู้ทางด้านนี้ และสรุปทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศไว้ในปีค.ศ. 2012 โดยมีหลักฐานที่เชื่อถือได้ว่า ควรเน้นเรื่องบริบทการใช้งาน (Usability), ความสามารถ/ความฉลาดของเทคโนโลยีสารสนเทศ (Intelligence), และการเข้าถึง (Access)¹⁶ ทั้งนี้สามารถที่จะใช้สารสนเทศด้านสุขภาพดำเนินการเกี่ยวกับความแตกฉานด้านสุขภาพได้ดังนี้

1. ใช้ในการประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล
2. ใช้ในการประเมินสาระในสื่อต่างๆ ว่ามีความยากง่ายในการอ่านมากน้อยเพียงใด
3. ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเป็นสิ่งแทรกแซงด้านสุขภาพ (Intervention) เพื่อพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของแต่ละกลุ่มเป้าหมายและใช้มุ่งเป้าในระดับสังคมได้อีกด้วย¹⁷

ทั้งนี้ Institute of Medicine (IOM) ประเทศสหรัฐอเมริกา¹⁸ ได้ตั้งคณะกรรมการชุดหนึ่งเพื่อทำการศึกษาระดับความรู้ และระดมสมองประเมินทิศทางการทำวิจัยในอนาคต และระบุไว้ในรายงานว่า ความแตกฉาน

¹⁴ Bickmore TW, Paasche-Orlow MK. The role of information technology in health literacy research. J Health Commun. 2012;17:23-9.

¹⁵ Lyles CR, Sakar U. Health literacy, vulnerable patients, and health information technology use: where do we go from here? J Gen Intern Med. 2015;30(3):271-2.

¹⁶ Dykes P, Baken S. National and regional health information infrastructures: Making use of information technology to promote access to evidence. Stud Health Technol Inform. 2014;107(2):1187-91.

¹⁷ Bailey SC, O'Connor R, Bojarski EA, et al. Literacy disparities in patient access and health-related use of internet and mobile technologies. Health Expect. 2014 Nov 2. [Epub ahead of print]

ด้านสุขภาพนั้นมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ โดยมีผลลัพธ์มุ่ง
เป้าที่พึงประสงค์ใน 5 ประเด็นหลัก ได้แก่

1. การพัฒนาเรื่องคุณภาพ (Quality) ความปลอดภัย (Safety) ประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ (Efficiency) และลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ (Health disparities)¹⁹
2. การหมั่นหมาย (Engagement) หรือการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษา²⁰⁻²¹
3. การพัฒนาระบบประสานงานระหว่างกันของบุคคล หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษา (Care coordination)
4. การพัฒนาสถานะสุขภาพของประชากร
5. การพัฒนาด้านการปกป้องความเป็นส่วนตัว หรือการรักษาความลับของข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ป่วย (Privacy and security)

ข. ลักษณะเชิงประชากรศาสตร์กับพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ

มีหลายการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health Information Technology/ HIT)^{22,23,24} โดยพบว่ากลุ่มที่เข้าถึงอินเทอร์เน็ตและใช้อินเทอร์เน็ตเป็นช่องทางในการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ เช่น ในคนผิวขาวซึ่งมีรายได้สูง การศึกษาดี อายุน้อยกว่า 65 ปี มักเป็นกลุ่มที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพเพียงพอ และในกลุ่มนี้ยังพบว่าเป็นเจ้าของโทรศัพท์มือถือหรือสมาร์ทโฟน หรือคอมพิวเตอร์ ในทางตรงกันข้ามกลุ่มคนผิวดำ คนที่มีรายได้ได้น้อยหรือยากจน คนที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ผู้ใหญ่ที่มีอายุเกินกว่า 65 ปี และผู้ด้อยหรือผู้อพยพ เป็นกลุ่มประชากรที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอหรือต่ำพบว่าคนกลุ่มนี้มีการเข้าถึงและ

¹⁸ Innovations in health literacy: Workshop summary. Institute of Medicine, 2011. Available online at: <http://www.iom.edu>

¹⁹ Vargas P, Robles E, Harris J, et al. Using information technology to reduce asthma disparities in underserved population: A pilot study. *J Asthma*. 2010;47(8):889-94.

²⁰ Mayberry L, Kripalani S, Rothman R, et al. Bridging the digital divide in diabetes: Family support and implications for health literacy. *Diabetes Technology & Therapeutics*. 2011;13(10):1005-12.

²¹ Vosbergen S, Peek N, Johanna MR, et al. An online survey to study the relationship between patients' health literacy and coping style and their preferences for self-management-related information. *Patient Preference and Adherence*. 2014;8:631-42.

²² Bickmore TW, Paasche-Orlow MK. The role of information technology in health literacy research. *J Health Commun*. 2012;17(Suppl3):23-9.

²³ Bailey SC, O'Connor R, Bojarski EA, Mullen R, Patzer RE, Vicencio D, et al. Literacy disparities in patient access and health-related use of Internet and mobile technologies. *Health Expect*. 2014.

²⁴ McCleary-Jones V, Scheideman-Miller C, Rev Dorn JA, Jr., Johnson B, Overall M, Dwyer K. Health information technology use and health literacy among community-dwelling African Americans. *ABNF J*. 2013;24(1):10-6.

การใช้งานสำหรับสื่อทางด้านสุขภาพแบบดิจิทัล เป็นไปได้ยาก ในขณะที่การศึกษาเชิงทดลองโดย Bickmore และคณะกลับพบว่าความแตกฉานด้านสุขภาพไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ²⁵

นอกจากนี้ Ghaddar และคณะ²⁶ ยังพบว่าความแตกฉานด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการค้นหาข้อมูลสุขภาพแบบออนไลน์ด้วยตนเอง และพบในกลุ่มที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพเพียงพอมากกว่ากลุ่มที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอ 2.1 เท่า

สาระสำคัญจากวรรณกรรม

“การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ ควรคำนึงถึงลักษณะเชิงประชากรศาสตร์ และพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย และวางแผนพัฒนาให้สอดคล้องกับปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ความยากง่ายในการเข้าถึง วิธีการใช้งานสำหรับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย และความสามารถของระบบในการตอบสนองต่อความต้องการจริง”

²⁵Bickmore TW, Pfeifer LM, Byron D, Forsythe S, Henault LE, Jack BW, et al. Usability of conversational agents by patients with inadequate health literacy: evidence from two clinical trials. J Health Commun. 2010;15(Suppl2):197-210.

²⁶Ghaddar SF, Valerio MA, Garcia CM, Hansen L. Adolescent health literacy: the importance of credible sources for online health information. J Sch Health.2012;82(1):28-36.

ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพกับเวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์

งานวิจัยที่ปรากฏในฐานข้อมูลวิชาการในด้านนี้ มักทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพกับการใช้ยาของผู้ป่วย และมีรูปแบบการศึกษาเชิงสำรวจที่คล้ายคลึงกัน

ในปีค.ศ.2011-2 มีงานวิจัยที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความแตกฉานด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้ยา และเวชภัณฑ์ต่างๆ และทัศนคติหรือความเชื่อในการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ราว 5,000 รายในทวีปอเมริกา ยุโรป และออสเตรเลีย พบว่า กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับความแตกฉานด้านสุขภาพต่ำนั้นจะมีอัตราการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และมีอัตราการใช้ยาตามกำหนดสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับความแตกฉานด้านสุขภาพสูงประมาณ 1.3 เท่า โดยเป็นความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ช่วงความเชื่อมั่น 95% ระหว่าง 1.02-1.66 นอกจากนี้ยังมีความเชื่อในเรื่องการรับประทานยาและวัคซีนที่ผิดอีกด้วย ซึ่งผลที่ได้นี้ก็มีความสอดคล้องกับงานวิจัยอีกชิ้นในประเทศไอร์แลนด์²⁷⁻²⁸ จากการค้นพบปรากฏการณ์ในลักษณะเดียวกันในงานวิจัยอื่นๆ จึงมีผู้วิจัยหลายกลุ่มมีสมมติฐานเกี่ยวกับความต้องการเรื่องข้อมูลด้านสุขภาพในกลุ่มประชากรที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพต่ำ การศึกษาล่าสุดในปีค.ศ.2015 ซึ่งต้องการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการข้อมูลเรื่องการใช้ยาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ โดยทำการสำรวจหลายทวีปทั่วโลก ทั้งอเมริกา ยุโรป และออสเตรเลีย มีผู้เข้าร่วมวิจัยเกือบ 1 หมื่นคน พบว่าผู้ที่มีระดับความแตกฉานด้านสุขภาพต่ำนั้นจะมีความต้องการข้อมูลเรื่องการใช้ยามากกว่าผู้ที่มีระดับความแตกฉานด้านสุขภาพสูง ถึง 1.96 เท่า (โดยมีช่วงความเชื่อมั่น 95% ระหว่าง 1.5-2.55)²⁹

นอกจากในการศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์แล้ว ยังมีงานวิจัยที่เจาะลึกเรื่องอัตราการรับวัคซีนที่จำเป็นในเด็กในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า เด็กที่มารับวัคซีนครบตามกำหนดนั้นมีความสัมพันธ์กับการมารับวัคซีนเข็มแรกตามกำหนด ทั้งนี้ปัจจัยที่มีผลอย่างมากต่อการมารับวัคซีนเข็มแรกตามกำหนดของเด็กคือระดับความแตกฉานด้านสุขภาพของมารดา กล่าวคือ ในกลุ่มมารดาที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงก็จะมีอัตราการพาเด็กมารับวัคซีนสูงกว่ากลุ่มมารดาที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพระดับต่ำ³⁰

²⁷ Lupatelli A, Picinardi M, Einarson A, et al. Health literacy and its association with perception of teratogenic risks and health behavior during pregnancy. *Patient Education and Counseling*. 2014;96:171-8.

²⁸ Duggan L, McCarthy S, Curtis LM, et al. Associations between health literacy and beliefs about medicines in an Irish obstetric population. *J Health Commun*. 2014;19:106-14.

²⁹ Hameen-Anttila K, Kokki E, Lupatelli A, et al. Factors associated with the need for information about medicines among pregnant women – A multinational internet-based survey. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2015;11:297-302.

³⁰ Pati S, Feemster KA, Mohamad Z, et al. Maternal health literacy and late initiation of immunizations among an inner-city birth cohort. *Matern Child Health J*. 2011;15:386-94.

ในขณะที่มีการวิจัยในลักษณะคล้ายคลึงกันในประเทศอินเดีย พบว่ากลุ่มมารดาที่มีระดับความแตกฉานด้านสุขภาพที่สูงจะมีอัตราการพาเด็กมารับวัคซีนคอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก ครบ 3 เข็มสูงกว่ากลุ่มที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพระดับต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³¹

สาระสำคัญจากวรรณกรรม

“ความแตกฉานด้านสุขภาพนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา วัคซีน และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ระบบบริการสุขภาพควรมีกลไกที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของประชากรที่มีพื้นฐานความแตกฉานด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน นอกจากนี้การพัฒนาระบบสุขภาพไม่ควรมุ่งเน้นที่ตัวผู้ป่วยหรือกลุ่มเป้าหมายเท่านั้น แต่ควรครอบคลุมผู้ดูแลหรือครอบครัวด้วย”

³¹ Johri M, Subramanian SV, Sylvestre MP, et al. Association between maternal health literacy and child vaccination in India: A cross-sectional study. J Epidemiol Community Health. 2015;0:1-9.

ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพกับระบบบริการสุขภาพ

ก. ความสัมพันธ์กับอัตราการใช้บริการในระบบบริการสุขภาพ

ความแตกฉานด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับอัตราการใช้บริการในระบบบริการสุขภาพอย่างมาก ดังที่เห็นจากการศึกษาวิจัยทั่วโลก ยกตัวอย่างเช่น งานวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งได้รับการตีพิมพ์ในปีค.ศ. 2014 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยเด็กที่มีผู้ดูแลที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับต่ำนั้นจะมีอัตราการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนต้องมารับบริการดูแลรักษาที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่มีผู้ดูแลที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับสูงถึง 1.5 เท่า โดยมีช่วงความเชื่อมั่น 95% ระหว่าง 1.2-1.8 เท่า และยังมีอัตราการมารับบริการสุขภาพแบบไม่ฉุกเฉินสูงถึง 2.4 เท่า โดยมีช่วงความเชื่อมั่น 95% ระหว่าง 1.3-4.4 เท่า ทั้งนี้หากวิเคราะห์เฉพาะผู้ป่วยเด็กที่ไม่มีโรคเรื้อรัง จะพบว่ากลุ่มที่มีผู้ดูแลที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพระดับต่ำจะมีอัตราการใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินมากกว่ากลุ่มที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพระดับสูงถึง 3 เท่า โดยมีช่วงความเชื่อมั่น 95% ระหว่าง 1.8-5.7 เท่าเลยทีเดียว³² ในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน งานวิจัยอีกหลายชิ้นทั้งในเด็กที่ป่วยโดยมีไข้ร่วมด้วย และในผู้ใหญ่ก็ได้ผลการศึกษาวินิจฉัยสอดคล้องและใกล้เคียงกัน³³⁻³⁴ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ความแตกฉานด้านสุขภาพที่ต่ำมีผลทำให้อัตราการเข้ารับการดูแลรักษาตัวในโรงพยาบาลสูงขึ้นถึง 21% ทั้งหมดที่เกิดจากสาเหตุที่สามารถจะป้องกันได้³⁵

ข. ความสัมพันธ์ร่วมกับปัจจัยแวดล้อมในการเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ

งานวิจัยหลายฉบับได้ทำการศึกษาและพบว่า ความแตกฉานด้านสุขภาพระดับต่ำถือเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มคนด้อยโอกาส ทั้งนี้ยังมีปัจจัยแวดล้อมอื่นที่ได้รับการศึกษาและพบว่า เป็นอุปสรรคเช่นกันคือ การออกแบบระบบบริการที่ไม่ตอบสนองต่อความต้องการ และการไม่มีหลักประกันสุขภาพ³⁶

³² Morrison AK, Schapira MM, Gorelick MH, et al. Low caregiver health literacy is associated with higher pediatric emergency department use and non-urgent visits. *Academic Pediatrics*. 2014;14(3):309-14.

³³ Morrison AK, Chanmugathas R, Schapira MM, et al. Caregiver low health literacy and non-urgent use of the pediatric emergency department for febrile illness. *Academic Pediatrics*. 2014;14(5):505-9.

³⁴ Griffey RT, Kennedy SK, McGowan L, et al. Is low health literacy associated with increased emergency department utilization and recidivism? *Academic Emergency Medicine*. 2014;21:1109-15.

³⁵ Cimasi RJ, Sharamitaro AR, Seiler RL. The association between health literacy and preventable hospitalizations in Missouri: Implications in an era of reform. *J Health Care Finance*. 2013;40(2):1-16.

³⁶ Smith AL. Health policy and the coloring of an American male crisis: A perspective on community-based health services. *Am J Public Health*. 2003;93:749-52.

ค. การออกแบบระบบบริการสุขภาพ

แม้จะไม่มีงานวิจัยที่แสดงความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างความแตกต่างด้านสุขภาพกับการออกแบบระบบบริการสุขภาพ (Service system design) แต่มีงานวิจัยหลายชิ้นที่พยายามชี้ให้เห็นแนวโน้มของความสัมพัทธ์ดังกล่าว ทั้งนี้ส่วนใหญ่มักจะเป็นการวิจัยที่ค้นพบว่า การมีความแตกต่างด้านสุขภาพระดับต่ำจะส่งผลต่อเรื่องความรู้ความเข้าใจพื้นฐานของผู้ป่วยที่น้อยกว่าที่ควรจะเป็น ตลอดจนการประสบความสำเร็จลำบากลำบากในการเข้าใช้บริการ ทั้งในเรื่องความรู้เกี่ยวกับบริการที่มี กระบวนการ สถานที่ ป้ายบอกทาง ฯลฯ³⁷ ความผิดพลาดในการประเมินสถานะสุขภาพของตนจนทำให้มาตรวจรักษาช้ากว่าที่ควร รวมถึงความล้มเหลวในการดูแลหรือจัดการตนเองเรื่องสุขภาพตั้งแต่ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลรักษา และฟื้นฟูสุขภาพ^{38,39,40,41} สิ่งที่ค้นพบดังกล่าวจึงนำมาซึ่งข้อสรุปจากงานวิจัยหลายชิ้นว่า การออกแบบระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องได้รับการออกแบบโดยคำนึงถึงความแตกต่างด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มต่างๆ ในสังคม และไม่สนับสนุนให้เกิดการออกแบบระบบแบบ One size fits all นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่า ยิ่งมีความแตกต่างด้านสุขภาพระดับสูง ประชาชนก็จะยิ่งแสดงความต้องการที่จะให้ระบบบริการสุขภาพเปิดช่องทางให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจระหว่างกระบวนการดูแลรักษาสุขภาพ⁴²

สาระสำคัญจากวรรณกรรม

“มีความจำเป็นที่จะต้องยกระดับความแตกต่างด้านสุขภาพของประชากรเพื่อให้สถานะสุขภาพดีขึ้น ลดภาระของระบบบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตามระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องได้รับการออกแบบให้เหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่มีระดับความแตกต่างด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน เพื่อให้สามารถเกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ และเกิดประสิทธิภาพในกระบวนการดูแลรักษาสุขภาพ”

³⁷ Lee JY, Divaris K, DeWalt DA, et al. Caregivers’ health literacy and gaps in children’s Medicaid enrollment: Findings from the Carolina oral health literacy study. Plos One. 2014;9(10):1-11.

³⁸ Van de Heide I, Uiters E, Rademakers J, et al. Associations among health literacy, diabetes knowledge, and self-management behavior in adults with diabetes: Results of a Dutch cross-sectional study. J Health Commun. 2014;19(suppl2):115-31.

³⁹ Van de Heide I, Uiters E, Schuit AJ, et al. Health literacy and informed decision making regarding colorectal cancer screening: A systematic review. European J Public Health. 2015;1:1-7.

⁴⁰ McNaughton CD, Kripanali S, Cawthon C, et al. Association of health literacy with elevated blood pressure: A cohort study of hospitalized patients. Med Care. 2014 April ; 52(4): 346–353.

⁴¹ Sanders LM, Shaw JS, Guez G, et al. Health Literacy and Child Health Promotion: Implications for Research, Clinical Care, and Public Policy. Pediatrics. 2009;124(suppl3):s306-14.

⁴² Goggins KM, Wallston KA, Nwosu S, et al. Health literacy, numeracy, and other characteristics associated with hospitalized patients’ preferences for involvement in decision making. J Health Commun. 2014 ; 19(0 2): 29–43.

ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพกับการอภิบาลระบบและภาวะผู้นำ

มีองค์ความรู้จากงานวิจัยจำนวนจำกัดที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพกับการอภิบาลระบบสุขภาพ ทั้งนี้สามารถจำแนกได้เป็น 2 ระดับดังนี้

ก. ระดับหน่วยงาน

เมื่อปีค.ศ.2014 มีงานวิจัยชิ้นหนึ่งในประเทศแคนาดา⁴³ มุ่งเน้นที่จะหาคำตอบว่า หน่วยงานด้านสุขภาพจะ ทำอย่างไรที่จะขับเคลื่อนเรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยทำการทบทวนวรรณกรรมที่ตีพิมพ์ในฐานข้อมูลวิชาการจำนวน 263 เรื่อง พบว่ามีงานวิจัย 42 เรื่องที่สามารถนำมาช่วยตอบปัญหาดังกล่าวได้โดยสามารถระบุมาตรการหลัก 3 ด้านที่จะช่วยให้เกิดการขับเคลื่อนเรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพได้ ดังนี้

1. มาตรการจากรัฐบาล (Government action) อันประกอบด้วยการสร้างนโยบายที่บังคับให้เกิดบรรทัดฐานทางสังคม (Social norms), การตั้งมาตรฐานด้านการศึกษา, การทำการศึกษาวิจัย, และการสร้างระบบการวัดหรือประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพ
2. มาตรการระดับองค์กร และบุคลากร (Organization and practitioner action) ที่มุ่งเน้นการให้แนวทางการบริหารจัดการที่ประยุกต์เรื่องลักษณะผู้นำ และการนำองค์กรที่เหมาะสม (Leadership models) และการหมั่นหมายหรือการกระจายบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมให้แก่หน่วยงาน หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง (Distributive leadership)
3. มาตรการสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้อง (Partnership action) ที่มุ่งสร้างความร่วมมือกับสื่อต่างๆ เพื่อเป็นช่องทางในการสื่อสารระหว่างกัน การพัฒนาสื่อที่เหมาะสม และหลากหลาย สำหรับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ และการเลือกสิ่งแทรกแซงด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับแต่ละบริบท

ปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อความสำเร็จในการดำเนินมาตรการต่างๆ ที่กล่าวมานั้น ได้แก่ การเลือกใช้รูปแบบการนำองค์กรที่ก่อให้เกิดผลเชิงบวก (Positive leadership model), ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน (Inter-organization relationship), และวัฒนธรรมที่กระหายที่จะทำการศึกษาดลอง ลองผิดลองถูก และเรียนรู้จากบทเรียนที่ได้ (Culture committed to experimentation and learning) จากการศึกษาพบว่า กลไกที่เอื้อให้เกิดการขับเคลื่อนนั้นมาจากการสนับสนุนให้เกิดการลงมือทำ การทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเห็น

⁴³ Willis CD, Saul JE, Bitz J, et al. Improving organizational capacity to address health literacy in public health: A rapid realist review. Public Health. 2014;128:515-24.

คุณค่าของข้อมูลความแตกฉานด้านสุขภาพ และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ และการทำให้เกิดความเข้าใจ และสื่อสารในทิศทางเดียวกันตัวอย่างความสัมพันธ์ของมาตรการ (Action/intervention), ปัจจัยแวดล้อม (Contextual factor), และกลไก (Mechanism) ที่สกัดได้จากงานวิจัยจากแหล่งต่างๆ ที่กล่าวมานั้น ได้แสดงไว้ในตารางที่ 6

ตารางที่ 6: ความสัมพันธ์ของมาตรการ (Action/intervention), ปัจจัยแวดล้อม (Contextual factor), และกลไก (Mechanism) เพื่อขับเคลื่อนเรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพในองค์กร

Action themes	Strategies/interventions	Contextual factors	Potential mechanisms
Government and policy action	<ul style="list-style-type: none"> ● Develop strategic linkages between health literacy interventions and other high-profile campaign; ● Foster 'champions' who advocate for the importance of health literacy intervention; ● Provide high-level policy statements and visions. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Conditions that reinforce social norms supporting health literacy; ● Available leadership and practical funding solutions; ● Accountability structures that include health literacy goals. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Increase the 'visibility' of health literacy efforts; ● Activates broad recognition of the need and purpose of health literacy activities; ● Builds momentum and enthusiasm for health literacy activities; ● Reduces the cognitive dissonance between vision and action.

	<ul style="list-style-type: none"> ● Develop standardized measures for health literacy; ● Incorporate standardized measures for health literacy; ● Incorporate standardized measurement approaches in to healthcare information and accreditation systems (may also be governed by other groups, such as professional organizations). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Characteristics of individuals and populations being assessed as well as those administering the tools; ● Cultural and linguistic features of target populations. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Creates common language and understanding for communicating about health literacy; ● Places health literacy in the foreground of organizational activity; ● Fosters ownership of health literacy data among organizational members.
	<ul style="list-style-type: none"> ● Integrate measures as quality standard; ● Incorporate health literacy concepts into curricula at all levels; ● Provide community – based adult education, English language instruction, and culturally and linguistically appropriate health 	<ul style="list-style-type: none"> ● An environment with top-down leadership and distributed support; ● Functional inter-sectoral links (e.g. between health promotion, and population health programming). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Creates targets and incentives for driving continuous improvement; ● Activates ongoing sense of learning and pursuit of excellence; ● Builds capacity

	<p>information service;</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Incorporate health literacy training into continuing practitioner education, post-secondary education, and all government programs. ● Social and cultural systems. 		<p>over time for health literacy activities, leading to the sustainability of health literacy work;</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Distributes the importance of health literacy messages throughout the health workforce; ● Creates shares accountability structures across disciplines and sector.
	<ul style="list-style-type: none"> ● Invest in research priorities; ● Explore the relationships between culture, language, competency and health literacy; ● Examine health literacy issues in specific populations; 	<ul style="list-style-type: none"> ● Available funding and a supportive research environment; ● Researcher, institutional and societal interest/support for health literacy research. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Engages staff in a culture of action learning; ● Creates understanding for purpose, rational, and potential results of health literacy activities; ● Fosters a whole

	<ul style="list-style-type: none"> ● Investigate the relationships between health literacy, the educational system, the health system, and relevant 		<p>systems</p> <p>perspective of health literacy improvement;</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Builds rigor and the pursuit of excellence into health literacy activities; ● Activate cross-disciplinary engagement, learning and leadership; ● Promotes broad dissemination and sharing of health literacy successes; ● Allows progress to be recognized and course corrected.
Organizational and practitioner action	<ul style="list-style-type: none"> ● Implement strategic educational initiative that foster health literacy values in leaders and champions; ● Engage staff from across 	<ul style="list-style-type: none"> ● The presence of organizational policies that require measurement or reporting of health literacy; 	<ul style="list-style-type: none"> ● Builds an organization wide commitment to improving health literacy activities;

	<p>the organization to ensure plans are congruent with local contexts;</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Develop continuous feedback loops regarding the plan's progress; ● Engage community members. 	<ul style="list-style-type: none"> ● A shared organizational vision that explicitly includes health literacy; ● Engaged internal and external advocates; ● Financial investment in health literacy at an organizational level; ● Accountability structures that link health literacy goals to specific roles and responsibilities. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Locates decision-making authority within organizations, creating ownership of plans and activities; ● Creates space for broad involvement, maximizing contributions from across organizations; ● Fosters ownership of data and performance; ● Promotes a culture of ongoing organizational experimentation and learning; ● Builds community support for organizational activities;
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> ● Strengthens teams through shared responsibilities.
Innovative Partnership action	<ul style="list-style-type: none"> ● Partnership s provide mechanisms for bridging sectors to improve health literacy; ● Develop smooth referral systems to community-based supports; ● Facilitate access to community-based health literacy resources. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Contextual factors influencing partnership performance are poorly understood; ● Key factors that influence partnership success, include: clear and common aims, trust, collaborative leadership, and sensitivity to power issue, action learning and fostering realistic expectation among members. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Reduces duplication of services; ● Leverages potentially limited resources; ● Contribute to shared values, norms, and goals around health literacy; ● Maximizes skills and expertise of partnering agencies; ● Recognizes and celebrates talents of involved individuals and agencies; ● Promotes shared responsibility for health literacy

			interventions; ● Allows providers and users to shape and own service planning.
--	--	--	---

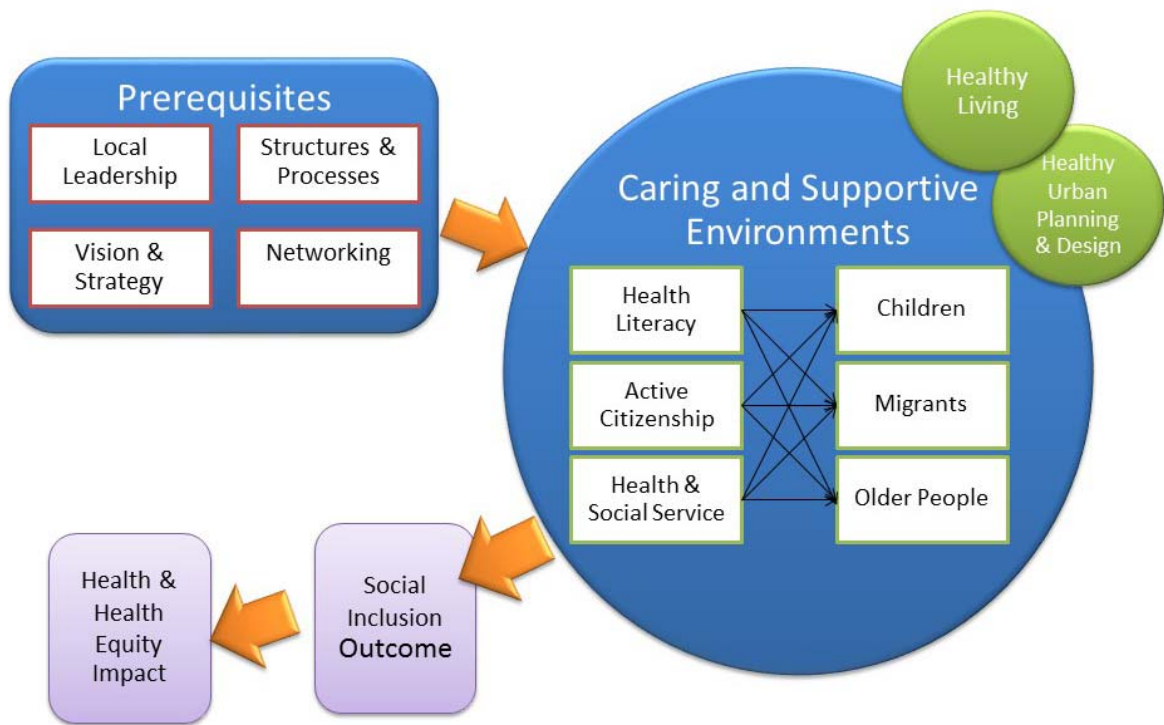
ข. ระดับเมือง

เครือข่ายเมืองสุขภาพขององค์การอนามัยโลกภาคพื้นยุโรป (WHO European Healthy Cities Network: WHO-EHCN) ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยทำการสำรวจกรณีศึกษาจำนวน 112 เรื่องจากเมืองต่างๆ ทั่วโลก⁴⁴ และชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาสังคม และเมืองต่างๆ ให้มีคุณสมบัติที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดีของประชาชนนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพิจารณาปัจจัยทั้งในระบบสุขภาพ และปัจจัยแวดล้อมทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ โดยนำเสนอเป็นโมเดลการขับเคลื่อนและพัฒนาสู่เมืองสุขภาพที่ต้องประกอบด้วย 2 ด้านหลัก (ภาพที่ 3) ได้แก่

1. ปัจจัยพื้นฐานที่ต้องมี (Prerequisites) ได้แก่ ภาวะผู้นำในระดับพื้นที่ (Local leadership), โครงสร้างและกระบวนการที่ชัดเจน (Structure & Process), การมีวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน (Vision and strategy), และเครือข่ายต่างๆ ในสังคมที่สนับสนุน (Networking)
2. สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลและสนับสนุนให้เกิดการใช้ชีวิตที่มีสุขภาพดี (Caring and supportive environments) โดยประกอบด้วยกรอบแบบผังเมืองที่เอื้อต่อประชากรทุกกลุ่ม, การพัฒนาระบบบริการสุขภาพและบริการสังคม การพัฒนากลไกจัดการเรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพ ที่สามารถเชื่อมโยงไปยังประชากรโดยตรง และสามารถประสานงานกับระบบบริการดูแลรักษาสุขภาพและบริการทางสังคมต่างๆ รวมถึงการปรับแต่งผังเมือง

⁴⁴ Green G, Jackisch J, Zamaro G. Healthy cities as catalysts for caring and supportive environments. Health Promotion International. 2015;30(Suppl1):i99–i107.

ภาพที่ 3: โมเดลการขับเคลื่อนและพัฒนาสู่เมืองสุขภาพ



สาระสำคัญจากวรรณกรรม

“นโยบายจากรัฐบาล กลไกการบริหารจัดการระดับหน่วยงาน และกลไกการสร้างความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระดับต่างๆ คือกุญแจสำคัญในการขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของประชากร”

ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ก. ความแตกฉานด้านสุขภาพกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวม

นักวิชาการทั่วโลกได้ทำการศึกษารายนี้ และได้มีคนทำการทบทวนอย่างเป็นระบบในปีค.ศ.2009 จากงานวิจัยกว่า 2,000 เรื่อง พบว่าความชุกของปัญหาความแตกฉานด้านสุขภาพระดับต่ำนั้นอยู่ระหว่าง 34-59% ซึ่งถือว่าสูงมาก และมีผลทำให้ค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพโดยรวมของแต่ละประเทศสูงขึ้นราว 3-5% ต่อปี โดยเฉพาะแล้วผู้ป่วยที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพระดับสูงถึง 143-7,798 ดอลลาร์สหรัฐ⁴⁵

ข. ความแตกฉานด้านสุขภาพกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในกลุ่มประชากรเฉพาะ

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาผลกระทบของปัญหาเรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลในกลุ่มประชากรเฉพาะคือกลุ่มทหารผ่านศึกในประเทศสหรัฐอเมริกา⁴⁶ พบว่า กลุ่มผู้มีปัญหาดังกล่าวมีจำนวนราว 17% ของจำนวนทหารผ่านศึกที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด แต่ค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ไปนั้นสูงถึง 24% หรือ 1 ใน 4 ของค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลของทหารผ่านศึกทั้งหมด โดยค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยต่อคนของทหารผ่านศึกที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพระดับต่ำนั้นสูงกว่าคนที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพระดับสูงถึง 2 เท่าตัว (31,581 ดอลลาร์สหรัฐในระดับต่ำ และ 17,033 ดอลลาร์สหรัฐในระดับสูง) ทั้งนี้ผู้วิจัยระบุว่าหากสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ จะทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลไปได้ถึง 8% เลยทีเดียว

ในประเทศสหรัฐอเมริกา ยังมีการศึกษาดังเดิมในกลุ่มประชากรที่มีสิทธิประกันสุขภาพภายใต้ระบบ Medicare ตั้งแต่ปีค.ศ.1998 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กลุ่มประชากรที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพระดับต่ำ จะมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ทั้งการดูแลสุขภาพ การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายโดยรวมสูงกว่ากลุ่มประชากรที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพระดับสูง โดยมีผลต่างอย่างมีนัยสำคัญสำหรับค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพถึง 108 ดอลลาร์สหรัฐ โดยมีช่วงความเชื่อมั่น 95% ที่ 62-154 ดอลลาร์สหรัฐ⁴⁷

⁴⁵ Eichler K, Wieser S, Brugger U. The costs of limited health literacy: A systematic review. Int J Public Health. (2009) 54:313-324

⁴⁶ Haun JN, Patel NR, French DD, et al. Association between health literacy and medical care costs in an integrated health care system: A regional population based study. BMC Health Services Research. 2015;15:249-60.

⁴⁷ Howard DH, Gazmararian J, Parker RM. The impact of low health literacy on medical costs of Medicare managed care enrollees. Am J Med. 2005;118(4):371-7.

ค. ความแตกต่างด้านสุขภาพกับค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเฉพาะทาง

ในด้านการดูแลรักษาเกี่ยวกับปัญหาทันตกรรมในเด็ก ก็มีการศึกษาภายใต้โครงการ Carolina Oral Health Literacy Project ในประเทศสหรัฐอเมริกาที่แสดงให้เห็นว่า กลุ่มเด็กที่มีผู้ดูแลที่มีความแตกต่างด้านสุขภาพต่ำจะมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาปัญหาช่องปากสูงกว่ากลุ่มเด็กที่มีผู้ดูแลที่มีความแตกต่างด้านสุขภาพสูงราว 40 ดอลลาร์สหรัฐต่อคนต่อปี โดยมีสถิติการเข้ารับบริการรักษาฉุกเฉินสูงขึ้นเรื่อยๆ ในแต่ละปี⁴⁸

สาระสำคัญจากวรรณกรรม

“มีหลักฐานชัดเจนว่ากลุ่มประชากรที่มีความแตกต่างด้านสุขภาพระดับต่ำจะมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มประชากรที่มีความแตกต่างด้านสุขภาพระดับสูง ทั้งจากการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน และการนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล”

⁴⁸ Vann WF Jr, Divaris K, Gizlice Z, et al. Caregivers' health literacy and their young children's oral-health-related health expenditures. J Dent Res. 2013;92(Suppl7):55S-62S.

การทบทวนสถานการณ์ และระบบ/กลไกหลักที่เกี่ยวข้องกับ
เรื่อง Health Literacy ในระดับนานาชาติ

ประเทศออสเตรเลีย

ความแตกต่างด้านสุขภาพในประเทศออสเตรเลีย

จากรายงานของ Andrew Pleasant ซึ่งทำการทบทวนสถานการณ์เรื่องความแตกต่างด้านสุขภาพทั่วโลก โดยได้รับการสนับสนุนจาก Institute of Medicine (IOM) ประเทศสหรัฐอเมริกา ในปีค.ศ.2013⁴⁹ ได้ระบุว่า คำว่า “Health literacy” ในออสเตรเลียก็ได้รับการแปล และตีความที่หลากหลายแตกต่างกันไป เช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ ทั่วโลก โดยปรากฏในหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลากหลายแหล่ง อาทิเช่น รายงานเรื่องการสื่อสารและความแตกต่างด้านสุขภาพของรัฐบาลแทสมาเนีย ที่ระบุว่ายังไม่มีข้อสรุปเกี่ยวกับคำจำกัดความของ “Health literacy” จึงกำหนดความหมายเฉพาะกิจดังนี้

...Health literacy is defined as the knowledge and skills needed to access, understand, and use information related to physical, mental, and social wellbeing⁵⁰ ...

ในขณะที่สำนักสถิติแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า

...Health literacy is the knowledge and skills required to understand and use information relating to health issues such as drugs and alcohol, disease prevention and treatment, safety and accident prevention, first aid, emergencies, and staying healthy⁵¹ ...

ในแวดวงวิชาการระดับมหาวิทยาลัย ศาสตราจารย์ Richard Osborne และคณะได้พัฒนาเครื่องมือประเมินความแตกต่างด้านสุขภาพ โดยสังเคราะห์จากข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย บุคลากรวิชาชีพ สุขภาพ รวมถึงผู้กำหนดและดำเนินนโยบายต่างๆ และได้จำแนกการประเมินออกเป็น 10 มิติ ได้แก่ คุณภาพของการดูแลสนับสนุนจากผู้ให้บริการสุขภาพ (Quality of healthcare provider support), ความเพียงพอของข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับ (Perceived adequacy of health information), การแสดงความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง (Taking responsibility of health), มีความใส่ใจเรื่องสุขภาพของตนเอง (Being health focused), การสนับสนุนทางสังคมที่มี (Social support), ความสามารถในการวิเคราะห์พิจารณา (Critical appraisal), หน่วยงานที่มีความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง (Agency in

⁴⁹ Pleasant A. Health Literacy around the World: Part 1. Health Literacy Efforts outside of the United States. Institute of Medicine, USA, 2013.

⁵⁰ Department of Health and Human Services, Tasmania, 2011.

⁵¹ Australian Bureau of Statistics, 2006.

relationships with providers), ลักษณะการดำเนินกระบวนการสุขภาพในระบบ (Navigating the healthcare system), ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Ability to access health information), และ ความสามารถในการอ่านและเขียนเรื่องข้อมูลด้านสุขภาพ (Reading and writing health information)

ประเทศออสเตรเลียเป็นหนึ่งในไม่กี่ประเทศที่มีระบบการประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพระดับชาติ โดยได้รับการวางรากฐานไว้สำหรับการพัฒนานโยบายหรือมาตรการระดับชาติในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความแตกฉานด้านสุขภาพทั้งนี้รายละเอียดวิธีการประเมินนั้นสามารถที่จะเข้าถึงได้ที่ <http://www.abs.gov.au>

การประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพจะเป็นส่วนหนึ่งของระบบการประเมินทักษะชีวิตและความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ของผู้ใหญ่ (Adult Literacy and Life Skill Survey: ALLS) ซึ่งมีการดำเนินการเป็นระยะๆ ล่าสุดคือในปีค.ศ.2006 และรายงานผ่านสำนักสถิติแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (Australian Bureau of Statistics) โดยประกอบด้วยชุดคำถาม 191 ข้อ และจำแนกตามความสอดคล้องกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การป้องกันตนเองจากภาวะเสี่ยง การรักษาสุขภาพ และความรอบรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพ ผลการประเมินที่ผ่านมาพบว่า ความแตกฉานด้านสุขภาพโดยเฉลี่ยจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นตั้งแต่ 15-19 ปีไปจนถึงอายุประมาณ 40 ปี จากนั้นจะค่อยๆ ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้พบว่าพื้นที่ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของความแตกฉานด้านสุขภาพไม่ค่อยแตกต่างกัน ยกเว้นพื้นที่เดียวในประเทศที่มีค่าเฉลี่ยของความแตกฉานด้านสุขภาพสูงกว่าที่อื่นๆ คือ Australian Capital Territory

นโยบายภาครัฐ

ในระดับรัฐ พบว่ามีเพียง 2 รัฐที่กำหนดให้ความแตกฉานด้านสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญเร่งด่วน ได้แก่

- ก. รัฐแทสมาเนีย ซึ่งมีการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านความแตกฉานด้านสุขภาพและการสื่อสาร (Communication and health literacy action plan)⁵² โดยมุ่งหวังที่จะทำให้เกิดการพัฒนาการสื่อสารในระบบบริการสังคมและสุขภาพ และพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของประชาชนในแทสมาเนีย ทั้งนี้แผนปฏิบัติการดังกล่าวแบ่งเป็น 4 ส่วนหลักดังนี้
 1. การสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และความแตกฉานด้านสุขภาพ

⁵² The Department of Health and Human Services in Tasmania. Available at <http://www.dhhs.tas.gov.au>

2. การช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึง เข้าใจ ได้รับข้อมูล และบริการต่างๆ อย่างถูกต้องเหมาะสม
 3. การช่วยให้บุคลากรในหน่วยงานต่างๆ รวมถึงอาสาสมัคร และผู้มาใช้บริการสุขภาพ สามารถพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพของตนเองได้
 4. การเพิ่มค่าเฉลี่ยของความแตกฉานด้านสุขภาพของประชากรในรัฐแทสมาเนีย
- ข. รัฐวิคตอเรีย ถือเป็นรัฐที่สองที่รายงานว่ามีการพัฒนากรอบนโยบายเรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพ ดังจะเห็นได้จากกรอบการดำเนินงานด้านสุขภาพ The Victorian Health Priorities Framework 2012-2022 ซึ่งได้รับการพัฒนาโดย The Victorian Department of Health ซึ่งได้กำหนดว่าความแตกฉานด้านสุขภาพถือเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาและปรับปรุงผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชากร และมุ่งที่จะพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึง และใช้บริการต่างๆ ในสังคมเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง⁵³ ทั้งนี้กรอบการดำเนินงานดังกล่าวได้กำหนดแนวทางไว้ 7 ด้านเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน ดังนี้
1. การพัฒนาสุขภาพของประชาชนในรัฐวิคตอเรียให้ดีขึ้น และช่วยให้มีประสบการณ์ในการรับบริการสุขภาพที่ดี
 2. การขยายขอบเขตการให้บริการอย่างครอบคลุม และทั่วถึง
 3. การเสริมสร้างสมรรถนะระบบสุขภาพ และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ
 4. การเพิ่มผลิตภาพ และความยั่งยืนมั่นคงทางการเงินของระบบสุขภาพ
 5. การสร้างนวัตกรรมและพัฒนากลไกการปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง
 6. การสร้างความโปร่งใส และตรวจสอบได้
 7. การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร และสารสนเทศด้านสุขภาพ

นอกเหนือไปจากนโยบายเฉพาะระดับชาติ และระดับรัฐดังที่กล่าวมาแล้ว ความแตกฉานด้านสุขภาพได้รับการสอดแทรกไปในนโยบายอื่นๆ ทั้งในระดับชาติ และระดับนานาชาติ เช่น นโยบายปฏิรูปการสาธารณสุขมูลฐาน (National Primary Health Care Reform), ข้อตกลงร่วมของสหประชาชาติว่าด้วยเรื่องสิทธิของผู้พิการ (The United Nations Convention on Rights of People with Disability 2006), ยุทธศาสตร์การส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของรัฐออสเตรเลียตะวันตก (The Western Australia chronic disease self-management strategy) ฯลฯ

⁵³ The Victoria Department of Health. Available online at: <http://www.health.vic.gov.au/healthplan2022>

กลไกที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างภาครัฐ และภาคส่วนอื่น

หน่วยงานภาครัฐชื่อว่า The Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare ได้กำลังเริ่มพัฒนาระบบรวบรวมโครงการต่างๆ ภายในประเทศที่ดำเนินการเรื่องความแตกต่างด้านสุขภาพ ตั้งแต่ระดับพื้นที่ มลรัฐ และระดับชาติ พร้อมกับการค้นหากรณีศึกษาที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินการเพื่อใช้เป็นตัวอย่างให้แก่หน่วยงานต่างๆ ในประเทศนำไปเรียนรู้ และประยุกต์ใช้เพื่อเสริมสร้างความแตกต่างด้านสุขภาพของประชากร⁵⁴

นอกจากความพยายามข้างต้นแล้ว รัฐบาลออสเตรเลียได้ริเริ่มโครงการ Community Pharmacy Health Literacy Research Project⁵⁵ โดยร่วมมือกับหน่วยงานชื่อ The Pharmacy Guild of Australia โดยมีโครงการย่อยหลายโครงการที่มุ่งหวังที่จะหาทางพัฒนาระดับความแตกต่างด้านสุขภาพของเภสัชกร และผู้ช่วยเภสัชกร เพื่อหวังที่จะให้เกิดทักษะในการถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพให้แก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และนำมาซึ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นกว่าเดิม

กลไกความร่วมมืออื่นๆ ที่น่าสนใจ เช่น ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลแห่งชาติออสเตรเลียกับรัฐบาลระดับมลรัฐในการจัดตั้งศูนย์บริการข้อมูลสุขภาพแบบออนไลน์ ภายใต้ชื่อว่า HealthInsite โดยดำเนินการผ่าน National Health Call Center Network ซึ่งมุ่งหวังที่จะให้คำแนะนำ และข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมให้แก่ประชาชน พร้อมจัดระบบบริการให้เข้าถึงได้ง่าย โดยมีคณะกรรมการที่จะช่วยในการดูแลเรื่องคุณภาพ ขอบเขตของการให้ข้อมูลหรือบริการ ค่าใช้จ่ายในการจัดบริการ ลักษณะความยากง่ายในการเข้าถึงบริการ กระบวนการนำทางในระบบ ออกแบบระบบการใช้งาน และการพัฒนานวัตกรรมเสริมสู่ระบบ⁵⁶

⁵⁴The Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. Available online at: <http://www.safetyandquality.gov.au>

⁵⁵ The Pharmacy Guild of Australia. Available online at: <http://www.guild.org.au>

⁵⁶ HealthInsite. Available online at: <http://www.healthinsite.gov.au>

ประเทศไต้หวัน

ความแตกต่างด้านสุขภาพในประเทศไต้หวัน

ในปีค.ศ. 2008 มีการทำการสำรวจความแตกต่างด้านสุขภาพในประชากรผู้ใหญ่จำนวน 1,493 คน พบว่า 30% ของประชากรกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างด้านสุขภาพระดับต่ำ โดยมีลักษณะร่วมกันคือ อายุมาก ระดับการศึกษาน้อย รายได้น้อย และอาศัยอยู่ในชนบท นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มผู้ที่มีความแตกต่างด้านสุขภาพระดับต่ำ จะมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มผู้ที่มีความแตกต่างด้านสุขภาพระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁵⁷

นอกจากข้อมูลสำรวจดังกล่าวแล้ว National Health Research Institute (NHRI) ของประเทศไต้หวัน⁵⁸ ได้ทำการศึกษาความแตกต่างด้านสุขภาพในกลุ่มประชากรหญิงอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 1,754 คน พบว่า กลุ่มผู้ที่มีความแตกต่างด้านสุขภาพระดับสูงจะมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลรูปร่าง การตรวจสอบวันหมดอายุของอาหารมากกว่ากลุ่มผู้ที่มีความแตกต่างด้านสุขภาพระดับต่ำ แต่ที่น่าสนใจคือกลับมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่า อย่างไรก็ตามปรากฏว่าระดับความแตกต่างด้านสุขภาพนั้นไม่มีความสัมพันธ์ใดๆ กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพ การตรวจมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น

นโยบายภาครัฐ

แม้จะไม่ปรากฏชัดว่ารัฐบาลไต้หวันมีนโยบายที่จำเพาะเจาะจงกับเรื่องความแตกต่างด้านสุขภาพ แต่มีหลักฐานในลักษณะการสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาเครื่องมือในการประเมินความแตกต่างด้านสุขภาพ รวมถึงการประยุกต์ใช้แนวทางการพัฒนาความแตกต่างด้านสุขภาพเพื่อควบคุมป้องกันโรค เช่น โครงการของศูนย์ควบคุมโรคแห่งประเทศไต้หวัน เพื่อพัฒนาเครื่องมือสำหรับเสริมสร้างความแตกต่างด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่⁵⁹

⁵⁷ Lee SY, Tsai TL, Tsai YW, et al. Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: Results from a national survey. BMC Public Health. 2010;10:614-22.

⁵⁸ Lee SY, Tsai TL, Tsai YW, et al. Health literacy and women's health-related behaviors in Taiwan. Health Education & Behavior. 2012;39(2):210-8.

⁵⁹ Centers for Disease Control, Taiwan. Available online at:

<https://www.cdc.gov.tw/english/programresultinfo.aspx?treeid=9d909a43ebf2819d&nowtreeid=7b5b3c66a1f6e25&tid=B7C19AC30B63AED1>

กลไกที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างภาครัฐ และภาคส่วนอื่น

มีโครงการที่หลากหลายที่แสดงถึงความร่วมมือระหว่างประเทศได้หันกับประเทศอื่น เพื่อประยุกต์ใช้แนวคิดเรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลโรคต่างๆ เช่น โครงการ Diabetes Literacy⁶⁰ อันเป็นความร่วมมือระหว่างประเทศได้หัน และกลุ่มประเทศในสหภาพยุโรป ในการทำการศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในแต่ละประเทศ เพื่อพัฒนามาตรการที่เหมาะสมในการส่งเสริมให้เกิดการดูแลหรือจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ และโครงการสำรวจสถานะของความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มประชากรวัยเด็ก⁶¹ โดยทำร่วมกับมหาวิทยาลัย Deakin ประเทศออสเตรเลีย เป็นต้น

⁶⁰ Diabetes Literacy Project. Available online at: <http://www.diabetesliteracy.eu/project>

⁶¹ Taiwanese Children's Health Literacy Survey. Available online at: <http://www.deakin.edu.au/health/research/phi/health-literacy.php>

ประเทศนิวซีแลนด์

ความแตกต่างด้านสุขภาพในประเทศนิวซีแลนด์

หน่วยงานภาครัฐในประเทศนิวซีแลนด์ได้เคยพัฒนากลไกเพื่อทำการประเมินความแตกต่างด้านสุขภาพในประชากรเฉพาะกลุ่มในปีค.ศ.2006 โดยปรากฏในรายงาน Health literacy statistics in New Zealand (Korero Marama)⁶² แต่หลังจากนั้นก็มิได้มีการสนับสนุนให้ดำเนินการต่อเนื่องจากปัญหาทางเทคนิค

ในปีค.ศ.2010 Ministry of Health ของประเทศนิวซีแลนด์ได้สนับสนุนหน่วยงาน Mauri Ora Associate (MOA) ในการวิจัยประเมินความสามารถด้านวัฒนธรรม และความแตกต่างด้านสุขภาพในกลุ่มบุคลากรวิชาชีพสุขภาพทั้งที่อยู่ในสังกัดของกระทรวง และที่อยู่นอกสังกัดของกระทรวง โดยทำการติดต่อเชิญเข้าร่วมทั้งสิ้น 2,000 คนเพื่อให้ทำแบบสอบถามออนไลน์ แต่มีผู้เข้าร่วมตอบเพียง 25% ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 56.2% มีปัญหาเรื่องความแตกต่างด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีการสำรวจในกลุ่มชาวเมารีในปีค.ศ.2010 พบว่า 80% ของเพศชายและ 75% ของเพศหญิงมีความแตกต่างด้านสุขภาพระดับต่ำ⁶³

นโยบายภาครัฐ

จากรายงานของ Institute of Medicine ประเทศสหรัฐอเมริกาในปีค.ศ.2013 ซึ่งทำการสัมภาษณ์ตัวแทนจากหน่วยงานภาครัฐในประเทศนิวซีแลนด์ ระบุว่า ประเทศนิวซีแลนด์ไม่ได้มีการใช้แนวคิดของความแตกต่างด้านสุขภาพเป็นจุดตั้งต้นของการพัฒนานโยบายสุขภาพ แต่ความแตกต่างด้านสุขภาพนั้นจะปรากฏสอดแทรกอยู่ในนโยบายต่างๆ ตามความเหมาะสมภายใต้การพิจารณาของหน่วยงานเอง โดยมีได้รับการยกขึ้นมาเป็นประเด็นชูโรงแต่อย่างใด

รัฐบาลนิวซีแลนด์จะมีการสนับสนุนทุนวิจัยให้แก่หน่วยงานสุขภาพในระดับภาคเพื่อศึกษาเรื่องความแตกต่างด้านสุขภาพ โดยมีรายงานว่าบุคลากรวิชาชีพสุขภาพในประเทศนิวซีแลนด์เริ่มมีความตระหนักถึงเรื่องนี้มากขึ้นกว่าในอดีต

⁶² Health Literacy Statistics in New Zealand. Available online at: <http://www.health.govt.nz/publication/korero-marama-health-literacy-and-maori-results-2006-adult-literacy-and-life-skills-survey>

⁶³ Health Navigator. Available online at: <http://www.healthliteracy.org.nz>

กลไกที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างภาครัฐ และภาคส่วนอื่น

มหาวิทยาลัย Auckland มีการดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพจำนวนหลายโครงการ ยกตัวอย่างเช่น โครงการศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพและการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มประชากรเฝ้าเฝ้าริโดยทำความร่วมมือกับมหาวิทยาลัย Waikato โครงการศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพเรื่องยาโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มชนด้อยโอกาสโดยร่วมมือกับหน่วยงานจากประเทศแคนาดา โครงการศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพเรื่องโรคเกาต์ โรคติดเชื่อฉิวหนัง โรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ โดยได้รับการสนับสนุนจาก Ministry of Health ของประเทศนิวซีแลนด์ เป็นต้น

นอกจากสถาบันการศึกษาที่ร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐดังที่กล่าวมาแล้วนั้น ภาคเอกชน เช่นหน่วยงานชื่อ Health Navigator ก็ได้มีส่วนร่วมบุกเบิกก่อตั้งเว็บไซต์ <http://www.healthliteracy.org.nz> เพื่อทำการส่งเสริมให้เกิดความแตกฉานด้านสุขภาพในประชากร โดยเริ่มดำเนินการตั้งตั้งแต่ปีค.ศ.2011 เป็นต้นมา รวมถึงหน่วยงานชื่อ Workbase⁶⁴ ซึ่งจัดเป็นหน่วยงานระดับชาติที่ดำเนินงานแบบไม่แสวงผลกำไร ได้ร่วมกับภาคอื่นๆ ในภาคเอกชน สถาบันการศึกษา และหน่วยงานภาครัฐ ในการเสริมสร้างความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ ภาษาอังกฤษ การคำนวณ รวมถึงความแตกฉานด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน

⁶⁴ Workbase. Available online at: <http://www.workbase.org.nz>

ประเทศญี่ปุ่น

ความแตกต่างด้านสุขภาพในประเทศญี่ปุ่น

ในประเทศญี่ปุ่นนั้นยังไม่ปรากฏหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ระบุถึงสถานการณ์ความแตกต่างด้านสุขภาพของประชากรโดยรวมที่สามารถเป็นตัวแทนระดับประเทศได้ มีงานวิจัยล่าสุดที่ตีพิมพ์เมื่อปีค.ศ.2015 ซึ่งทำการสำรวจประชากรผ่านทางออนไลน์ ครอบคลุมกลุ่มอายุ 20-69 ปี จำนวนทั้งสิ้น 6,613 คน และทำการประเมินโดยใช้แบบสอบถาม European Health Literacy Survey (HLS-EU) พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความแตกต่างด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างของญี่ปุ่นนั้นอยู่ในระดับต่ำกว่างานวิจัยที่ใช้เครื่องมือนี้ในทวีปยุโรปในทุกมิติ ทั้งเรื่องความรู้สุขภาพทั่วไป การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามงานวิจัยดังกล่าวมีข้อจำกัดหลายเรื่อง ตั้งแต่ความแตกต่างของบริบทระหว่างประเทศ ลักษณะกลุ่มประชากรที่ใช้เปรียบเทียบ รวมถึงการใช้แบบสอบถามที่ถูกออกแบบไว้สำหรับการถามแบบเผชิญหน้า แต่ได้รับการนำมาใช้ถามผ่านแบบสอบถามออนไลน์ คณะผู้วิจัยจึงไม่แนะนำให้นำผลวิจัยไปใช้เป็นตัวแทนของความแตกต่างด้านสุขภาพของประชากรในประเทศ

นโยบายภาครัฐ

ไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่บ่งถึงนโยบายภาครัฐที่จำเพาะเจาะจงต่อเรื่องความแตกต่างด้านสุขภาพระดับประเทศ

กลไกที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างภาครัฐ และภาคส่วนอื่น

กระทรวงศึกษาธิการ วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีของประเทศญี่ปุ่นได้เคยสนับสนุนทุนวิจัยให้แก่ Saint Luke's College of Nursing and Information Science ซึ่งตั้งอยู่ ณ กรุงโตเกียว เพื่อจัดทำเว็บไซต์ <http://www.healthliteracy.jp> โดยพยายามที่จะนำเสนอข้อมูลสุขภาพต่างๆ ที่จะเป็นประโยชน์ในการเสริมสร้างความแตกต่างด้านสุขภาพของประชาชน

นอกจากนี้ทาง Saint Luke's College of Nursing⁶⁵ ยังได้จัดตั้ง WHO Collaborating Center for Nursing Development in Primary Health Care ซึ่งได้ริเริ่มที่จะทำโครงการดูแลสุขภาพโดยใช้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อมุ่งหน้าสู่ Millennium Development Goals ผ่านการเสริมพลังประชาชน และเสริมสร้าง

⁶⁵ Saint Luke's College of Nursing. Available online at: <http://www.slc.ac.jp>

ความแตกต่างด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยในระยะแรกๆที่ดำเนินการนั้นมุ่งไปที่กลุ่มประชากร
สูงอายุ กลุ่มครอบครัว และกลุ่มสตรี

การทบทวนสถานการณ์งานวิจัยความแตกต่างด้านสุขภาพในประเทศไทย

ความแตกต่างด้านสุขภาพเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนถึงความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของประชาชนพบว่าตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน นักวิชาการในประเทศไทยมีการแปลคำนี้ไว้แตกต่างกันไป เช่น “ความแตกต่างด้านสุขภาพ” หรือ “การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ” หรือ “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” หรือ “ความฉลาดทางสุขภาพ” หรือ “ความฉลาดทางสุขภาพ”⁶⁶

ในการทบทวนสถานการณ์ของความแตกต่างด้านสุขภาพ ในประเทศไทยครั้งนี้ได้ใช้คำค้นทั้งหมด 5 คำ ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น สืบค้นจากฐานข้อมูล “Chulalongkorn University single search”, “ศูนย์ข้อมูลการวิจัย Digital วช”, “ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์อิเล็กทรอนิกส์ (e-theses) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่”, และ “Google search” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-ปัจจุบัน พบทั้งหมด 23 เรื่อง จำแนกตามประเภทกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษาในประเทศไทย พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มอายุต่างๆ ร้อยละ 21.7 รองลงมาเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคต่างๆ ร้อยละ 17.4 ส่วนการศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในกลุ่มนักเรียน/นักศึกษา และในกลุ่มผู้พิการ คิดเป็นร้อยละ 13.0, 8.7, และ 4.3 ตามลำดับ ส่วนการศึกษาเพื่อพัฒนาความแตกต่างด้านสุขภาพจำแนกเป็น การพัฒนาในรูปแบบแผนงาน/แผนกิจกรรม (program) พบร้อยละ 17.4 การพัฒนาเครื่องมือวัดความแตกต่างด้านสุขภาพ พบร้อยละ 8.7 และเป็นงานวิจัยเพื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความแตกต่างด้านสุขภาพ พบร้อยละ 8.7 โดยมีรายละเอียดดังนี้

การศึกษาความแตกต่างด้านสุขภาพในกลุ่มอายุต่างๆ

รายงานการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่ทำในกลุ่มประชากร 15 ปีขึ้นไป และมีการแยกศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2553 มีรายงานการสำรวจระดับความแตกต่างด้านสุขภาพในกลุ่มเยาวชนไทย อายุ 12-15 ปี⁶⁷ โดยจำแนกตามตัวแปรที่สนใจ ดังนี้

1. จำแนกตามเพศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างด้านสุขภาพสูงกว่าเพศชาย โดยเพศหญิง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 71.11 ส่วนเพศชาย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 66.75
2. จำแนกตามช่วงอายุพบว่ากลุ่มตัวอย่างอายุ 15 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างด้านสุขภาพเท่ากับ 71.87 กลุ่มตัวอย่างอายุ 15 ปี มีระดับความแตกต่างด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มอายุ 14 ปี และอายุ 13 ปี

⁶⁶ ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และ นฤมล ศรีเพชรศรีอุไร. ความฉลาดทางสุขภาพ. 1 ed. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นิเวศธรรมการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด; 2554.

⁶⁷ กองศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจระดับการรู้เท่าทันด้านสุขภาพในกลุ่มเยาวชนไทย อายุ 12-15 ปี พ.ศ.2553.

3. จำแนกตามลักษณะที่พักอาศัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่พักอาศัยกับครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างด้านสุขภาพสูงที่สุด รองลงมาคือพักอาศัยกับญาติ และอยู่บ้านเช่ากับเพื่อน
4. จำแนกตามระดับสุขภาวะ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพกายและใจปกติมีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างด้านสุขภาพสูงที่สุด รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่เจ็บป่วยบ่อย กลุ่มตัวอย่างที่เจ็บป่วยเล็กน้อยและกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพกายปกติ
5. จำแนกตามระดับสุขบัญญัติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่รู้จักสุขบัญญัติแห่งชาติมีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างด้านสุขภาพสูงที่สุด รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างที่ไม่แน่ใจ และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่รู้จักสุขบัญญัติ

ต่อมามีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบบสัมพัทธ์ความแตกต่างด้านสุขภาพ ตามหลักพฤติกรรม 30 28 เพื่อใช้ในการประเมินความแตกต่างด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป⁶⁸ โดยทำการศึกษาในประชากรไทยทั่วประเทศ พบว่า คนไทยส่วนใหญ่มีระดับความแตกต่างด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้คิดเป็นร้อยละ 72.0 รองลงมาอยู่ในระดับไม่ดีพอ และดีมาก เท่ากับ 22.9 และ 5.1 ตามลำดับ และมีผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพที่ดี และมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคมอยู่ในระดับที่ไม่ดีพอเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 53.5 รองลงมาเป็นระดับพอใช้ และระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 44.7 และ 1.8 ตามลำดับ

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่วัดระดับความแตกต่างด้านสุขภาพ โดยจำแนกตามคุณลักษณะ 6 ด้าน คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) 2) ความรู้ความเข้าใจ (cognitive) 3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) 4) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) 5) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) และ 6) การจัดการตนเอง (self-management) โดยทำการศึกษาในจังหวัดราชบุรี⁶⁹ ผลการศึกษาพบว่า

1. ที่อยู่อาศัยต่างกันจะมีความแตกต่างด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่อง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ
2. เพศที่ต่างกันมีความแตกต่างด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ
3. ช่วงอายุที่ต่างกันไม่มีผลต่อระดับความแตกต่างด้านสุขภาพ

⁶⁸ อังคินันท์ อินทรกำแหง. ความแตกต่างด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 30 28 (ABCDE-Health Literacy Scale of Thai Adults) 2557.

⁶⁹ เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี. การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) และสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทย เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน 2556.

4. อาชีพที่ต่างกันมีความแตกต่างกันด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่อง ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตน การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเอง เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ

5. ระดับการศึกษาที่ต่างกันมีความแตกต่างกันด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทุกองค์ประกอบยกเว้นเรื่องการรู้เท่าทันสื่อ

นอกจากนี้ยังมีรายงานประเมินความแตกต่างด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร สำหรับเด็กและเยาวชนสตรีไทยอายุ 15-21 ปี⁷⁰ พบว่าระดับความแตกต่างด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยพบความแตกต่างด้านสุขภาพระดับไม่ดี พบร้อยละ 92.5 ระดับพอใช้ร้อยละ 4.5 และไม่พบความแตกต่างด้านสุขภาพระดับดีมากเลย

ส่วนในการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นการพัฒนาความแตกต่างด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุใน ตำบลเมืองศรีโคคำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี⁷¹ ผลการศึกษาพบว่า จากข้อมูลความแตกต่างทางสุขภาพทั้งหมดจำนวน 16 ด้านเมื่อนำข้อมูลดังกล่าวไปวิเคราะห์เพื่อหาค่าเฉลี่ยของความแตกต่างทางสุขภาพพบว่ามีความแตกต่างเฉลี่ยของความแตกต่างทางสุขภาพใน 5 ด้านสูงสุดคือ ด้านการใช้ยา ด้านการรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐาน ด้านความสามารถในการเข้าถึงอาหารสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการจากบุคลากรสุขภาพ และด้านความสามารถในการเดินทางหรืออุปสรรค ในขณะที่ความแตกต่างทางสุขภาพที่ผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้ความเข้าใจน้อยที่สุดคือ ด้านการใช้สมุนไพรและอาหารเสริม ด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ด้านการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ ด้านความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และด้านการสนับสนุนสุขภาพในชุมชน

การศึกษาความแตกต่างด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วย

มีการศึกษาความแตกต่างด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มีลักษณะแตกต่างกันไป ได้แก่ ผู้ป่วยใน ผู้ป่วย หลังผ่าตัด ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยโรคติดเชื้อ

⁷⁰ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับเด็กและเยาวชนสตรีไทย อายุ 15-21 ปี. นนทบุรี: กองสุศึกษา; 2557.

⁷¹ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก). โครงการพัฒนาความแตกต่างด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลเมืองศรีโค คำเภอวารินชำราบ อุบลราชธานี กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส), 2558.

การศึกษาความแตกต่างด้านสุขภาพระดับพื้นฐานของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์จังหวัดขอนแก่น⁷² โดยใช้แบบทดสอบการอ่าน (REALM) จำนวน 367 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความแตกต่างด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอร้อยละ 87.2 รองลงมาคือมีความแตกต่างด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและต่ำ เป็นร้อยละ 10.4 และ 2.5 ตามลำดับอายุและระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนความแตกต่างด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนการศึกษาความแตกต่างด้านสุขภาพในผู้ป่วยผ่าตัดตา⁷³ พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดตาร้อยละ 69.5 มีความแตกต่างด้านสุขภาพในระดับเพียงพอ และมีเพียงร้อยละ 6 เท่านั้นที่อยู่ในระดับไม่เพียงพอ

การศึกษาความแตกต่างด้านสุขภาพในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

รายงานการศึกษาความแตกต่างด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดอุบลราชธานี⁷⁴ พบว่าคะแนนความแตกต่างด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับอายุ และระดับการศึกษาของอสม.

ส่วนการศึกษาในจังหวัดพะเยา⁷⁵ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างทางสุขภาพ ในกลุ่มอสม. และประชาชนทั่วไป พบว่า กลุ่มอสม. มีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างทางสุขภาพมากกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสุขภาพพบว่า คะแนนเฉลี่ยความแตกต่างทางสุขภาพตาม 14 องค์ประกอบย่อยของกลุ่มอสม. มีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างทางสุขภาพในทุกองค์ประกอบมากกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไป โดยเกือบทุกองค์ประกอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้นองค์ประกอบด้านความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

⁷² บังอรศรี จินดาวงค์ เสาวนันท์ บำเรอราช วริสรา ลูวีระ และ ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. ความแตกต่างด้านสุขภาพระดับพื้นฐานของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น 2557.

⁷³ กัญญา แซ่โก. ความแตกต่างด้านสุขภาพในผู้ป่วยผ่าตัดตา [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.

⁷⁴ ประภัสสร งามแสงใส ปติธรา ครสียง และสุวรรณา ภัทรเบญจพล. กรณีศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 2557;9 (ฉบับพิเศษ):82-7.

⁷⁵ นัฐพล บันสกุล อานนท์ วรียงยง และธีระ วรณารัตน์. การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างทางสุขภาพ ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนทั่วไป ในอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.

การศึกษาความแตกต่างด้านสุขภาพในกลุ่มนักเรียน/ นักศึกษา

การศึกษาความแตกต่างด้านสุขภาพของนักศึกษาปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม⁷⁶ พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีความแตกต่างด้านสุขภาพด้านทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับปฏิสัมพันธ์ ดังนี้ มีทักษะการจัดการตนเองมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 68.0 รองลงมา คือ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 61.2, 58.7, 55.7, 52.7ตามลำดับ ยกเว้นในส่วนของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ ที่อยู่ในระดับวิจารณ์ญาณ คิดเป็นร้อยละ 78.0 ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ พบว่านักศึกษามีผลอยู่ในระดับวิจารณ์ญาณ ซึ่งหมายถึง มีทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้นสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้

ส่วนการศึกษาในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา มีรายงานการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน⁷⁷ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนในด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพสูงสุดรองลงมาเป็นทักษะการตัดสินใจคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายอยู่ระดับมากความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนด้านทักษะการตัดสินใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านทักษะการจัดการตนเองและด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ.05 ตามลำดับ

⁷⁶ จุฑามณี กั้นกรุง ไพลิน เขียวอินทร์ สุনারี แซ่เฉา และ จิตศิริณ ลายลักษณ์. การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของนักศึกษาปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม 2557.

⁷⁷ อารยา ทิพย์วงศ์ และจากรุณี นุ่มพูล. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน กรุงเทพมหานคร วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2557;28(2):1-11.

การศึกษา Health literacy ในกลุ่มผู้พิการ

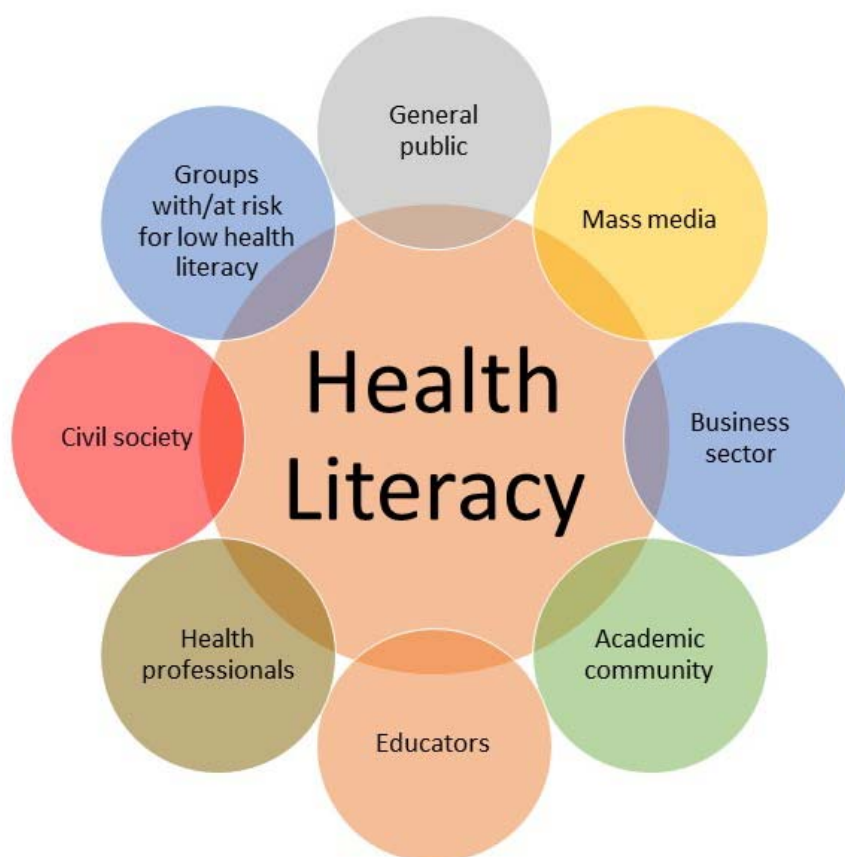
รายงานการสำรวจโดยศูนย์วิจัยมหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต⁷⁸ เรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพ สำหรับใช้วิเคราะห์ Psychometric ศึกษาในกลุ่มประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป ใน 5 กลุ่ม ได้แก่ คนไทยทั่วไป ที่ดูแลสุขภาพดี, ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพของหลอดเลือด (ภาวะความดันเลือดสูงเบาหวาน ชนิดที่ 2 ไขมันในเลือดผิดปกติ และ/หรือหลอดเลือดหัวใจอุดตัน), คนพิการทางสายตา, คนพิการทางการได้ยิน, คนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยดำเนินการในทั้ง 4 ภาคของประเทศไทย จำนวนทั้งสิ้น 2,260 คน โดยแบ่งเป็นเพศชายจำนวน 973 คน และเพศหญิงจำนวน 1,289 คน คิดเป็นชายร้อยละ 43.0 และหญิง ร้อยละ 57.0 ทั้งนี้ได้ทำการประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพพื้นฐาน 14 ด้าน โดยพบว่า ด้านที่ได้คะแนนต่ำที่สุดในกลุ่มบุคคลทั่วไปและผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้แก่ ด้านสมุนไพรและอาหารเสริม กลุ่มผู้พิการทางสายตาได้แก่ ด้านการใช้ยา กลุ่มผู้พิการทางการเคลื่อนไหวได้แก่ ด้านความสามารถในการรับบริการสุขภาพ และกลุ่มผู้พิการทางการได้ยินได้แก่ ด้านความสามารถในการเดินทาง ส่วนด้านที่ได้คะแนนสูงที่สุด ในกลุ่มบุคคลทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้พิการทางสายตา และกลุ่มผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง สำหรับกลุ่มผู้พิการทางการได้ยินได้แก่ ด้านทักษะในการติดต่อสื่อสารเพื่อสื่อความต้องการให้กับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ

⁷⁸ ศูนย์วิจัย มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต. รายงานการสำรวจ ความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในกลุ่มประชากรตัวอย่าง สำหรับใช้วิเคราะห์ Psychometric เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และปรับแบบสอบถามให้มีประสิทธิภาพ 2556 [cited 2558 กรกฎาคม 20]. Available from: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3931>

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพ และระบบสุขภาพ จะพบว่าความแตกฉานด้านสุขภาพไม่ใช่เรื่องเพียงระดับบุคคลเท่านั้น แต่มีความเชื่อมโยงกันไปถึงระดับสังคม ดังนั้นจึงสามารถสรุปผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญได้ดังนี้ (ภาพที่ 4)

ภาพที่ 4: ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญในเรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพ



- ก. ประชาชนทั่วไป (General public)
- ข. สื่อสารมวลชน (Mass media)
- ค. สถานพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health related facilities)
- ง. ภาคธุรกิจ (Business sector)
- จ. สถาบันการศึกษา (Academic community)
- ฉ. ผู้ให้ความรู้ในรูปแบบต่างๆ (Educators)
- ช. บุคลากรสุขภาพ (Health professionals)

ช. ภาคประชาสังคม (Civil society)

ฉ. กลุ่มประชากรที่มีปัญหาความแตกฉานด้านสุขภาพ และกลุ่มเสี่ยง (Groups with or at risk for low health literacy)

ทั้งนี้การวิเคราะห์แผนผังผู้มีส่วนได้ส่วนเสียดังกล่าว ก็มีความสอดคล้องกับนักวิชาการในประเทศอื่นๆ ที่เคยทำการวิเคราะห์ไว้ก่อนหน้านี้⁷⁹ อย่างไรก็ตามกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียข้างต้นอาจต้องมีการปรับเปลี่ยนไปตามประเด็น หรือบริบทที่จะดำเนินการ โดยพิจารณาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ความสนใจ อิทธิพล ภาวะผู้นำ ความเข้มข้นของการมีส่วนได้ส่วนเสียในเรื่องนั้นๆ เป็นต้น

⁷⁹ Mitic W, Rootman I. An intersectoral approach for improving health literacy for Canada: A discussion paper, Vancouver, Public Health Association of British Columbia, 2012.

หัวข้อวิจัยและพัฒนาที่ประเทศไทยควรพิจารณาบนพื้นฐานข้อมูลวิจัยเรื่องความแตกฉานด้าน สุขภาพกับองค์ประกอบของระบบสุขภาพ

หมวดบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ

หนึ่ง ประสิทธิภาพในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพระหว่างบุคลากรวิชาชีพสุขภาพระดับต่างๆ กับผู้ป่วย ญาติ หรือครอบครัว และประชาชน

สอง ความรู้ และทักษะเฉพาะ ที่เป็นที่ต้องการของบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ และประชาชน ในระบบบริการสุขภาพยุคปัจจุบัน และอนาคต

หมวดระบบข้อมูลและสารสนเทศด้านสุขภาพ

หนึ่ง กลไกที่เหมาะสมในการเฝ้าระวังปัญหาจากภาวะข้อมูลข่าวสารสุขภาพท่วมท้นในสังคมไทย

สอง การพัฒนาระบบการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ที่ถูกต้อง เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

สาม การประเมินสถานการณ์การเข้าถึง ความยากง่ายในการทำความเข้าใจ และภาษาที่สื่อสารในระบบสุขภาพ

สี่ กระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อจัดการควบคุม ดูแล ติดตาม กำกับ บังคับ ควบคุมทางสังคมที่มีผลต่อการสร้าง และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

หมวดเวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์

หนึ่ง ระบบเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหาเรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพในกระบวนการดูแลรักษาโรคที่ต้องการความสม่ำเสมอในการรับประทานยา เช่น วัณโรค โรคติดเชื้อที่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ เป็นต้น

สอง การพัฒนามาตรการ และการประเมินประสิทธิภาพของมาตรการให้ความรู้เรื่องการैया และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มประชากรที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน

หมวดระบบบริการ

หนึ่ง การวิจัยและพัฒนาต้นแบบโรงพยาบาลที่เป็นมิตรต่อกลุ่มประชากรที่มีปัญหาด้านความแตกฉานด้านสุขภาพ

สอง ระบบติดตามสถิติการบริการสุขภาพในกลุ่มประชากร โดยพิจารณาถึงความแตกฉานด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญ

หมวดการอภิบาลระบบและภาวะผู้นำ

หนึ่ง การประเมินสถานการณ์ และความพร้อมของสังคมไทยในการขับเคลื่อน และยกระดับความแตกฉานด้านสุขภาพของประชากร โดยจำแนกเป็น 3 ระดับได้แก่ มาตรการจากรัฐ กลไกระดับหน่วยงาน และความร่วมมือระหว่างหน่วยงานหรือกลุ่มต่างๆ ในสังคม

สอง การพัฒนาต้นแบบสถานพยาบาล หรือชุมชน ที่เสริมสร้างความแตกฉานด้านสุขภาพให้แก่ประชากรในการดูแล หรือจัดการปัญหาสุขภาพเฉพาะเรื่อง

สาม การวิจัยเชิงทดลองแนวทางการบริหารจัดการ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีภาวะผู้นำ

หมวดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

หนึ่ง การพัฒนานโยบาย หรือมาตรการแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ความรู้ด้านเศรษฐศาสตร์พฤติกรรมในการจัดการปัจจัยแวดล้อมทางสังคม และตัวเลือกที่มีในระบบบริการสุขภาพ

สอง การวิเคราะห์ความคุ้มค่าของมาตรการยกระดับความแตกฉานด้านสุขภาพ (Cost-effectiveness analysis, Cost-benefit analysis, and Cost-utility analysis)