

ความฉลาดทางสุขภาพ

ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.บุญยง เกี่ยวการค้า
รองศาสตราจารย์ ดร.โยธิน แสงวดี
รองศาสตราจารย์ ดร.เอมอัชมา วัฒนบุรานนท์
นายแพทย์สุชาติ เลาบริพัตร
นางสาวเบญจมาศ สุรมิตรไมตรี
นางพิศมัย สุขอมรัตน์

ผู้เขียนและเรียบเรียง

ดร.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง
นางสาวนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร

ภาคีเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ Health Literacy

รศ.ดร.บุญยง เกี่ยวการค้า สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.โยธิน แสงวดี สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.เอมอัชมา วัฒนบุรานนท์ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.ดร.ลักขณา เต็มศิริกุลชัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.ชระนันทอง ธนสุกาญจน์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.นภาพร วาณิชย์กุล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.กิตติ กั้นภัย คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ดร.กำพล แสงบุญสถิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
ผศ.ดร.เพ็ญศรี เปลี่ยนน้า มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
นางเพ็ญศรี เกิดนาค สมาคมวิชาชีพสุขศึกษา
นางสาวเบญจมาศ สุรมิตรไมตรี นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
ดร.จุฑาธิป ศิลบุตร สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.ปิ่นกนก วงษ์ปิ่นเพชร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ

ชื่อหนังสือ ความฉลาดทางสุขภาพ พิมพ์ครั้งแรก เมษายน 2554 จำนวน 2,000 เล่ม
หน่วยงาน กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี
โทรศัพท์: 0 25901626 โทรสาร: 0 25901672 www.hed.go.th อีเมล: kmkaeo@gmail.com
พิมพ์ที่ โรงพิมพ์นิเวศรวมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด กรุงเทพฯ



คำนำ

เอกสารเรื่อง ความฉลาดทางสุขภาพ ฉบับนี้จัดทำขึ้นภายใต้โครงการศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้เรื่อง Health Literacy เพื่อสร้างเสริมภูมิปัญญาและการเรียนรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนที่จัดทำโดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ให้กับบุคลากรสาธารณสุข สำหรับใช้เป็นข้อมูลและแนวทางพัฒนางานประจำเพื่อต่อยอดองค์ความรู้ในเรื่องนี้ให้แจ่มชัดยิ่งขึ้น อันจะนำไปสู่การใช้ประโยชน์ที่ให้ผลต่อคุณภาพงานด้านสุขภาพที่มอบให้กับประชาชน ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ให้บริการเป็นพิเศษ ซึ่งปัจจุบันพบว่ามีการศึกษาเรื่องนี้มากขึ้นและมีประเด็นที่ยังต้องการงานวิจัยอีกมาก

เอกสารฉบับนี้ ผู้จัดทำมีความตั้งใจให้มีการเผยแพร่ในวงจำกัด เฉพาะบุคลากรที่ร่วมกระบวนการพัฒนาองค์ความรู้นี้ก่อน เพื่อให้เนื้อหา มีการขัดเกลาและสอบทานอย่างรอบด้านและเกิดประโยชน์เมื่อเผยแพร่แก่ผู้ปฏิบัติงานทั่วไปอย่างแท้จริง หากท่านผู้อ่านพบข้อบกพร่องอันเกิดจาก “ความไม่รู้” และ “ความไม่ฉลาด” คณะผู้จัดทำขออภัยด้วยความเต็มใจ และยินดีนำมาแก้ไขปรับปรุงด้วยความเชื่อมั่นในหลักปฏิสัมพันธ์และวิพากษ์อย่างมีวิจารณญาณเพื่อสร้างสรรค์สิ่งที่เป็นประโยชน์ด้านวิชาการสำหรับนำมาใช้พัฒนาสุขภาพของประชาชนต่อไป

คณะผู้จัดทำ





สารบัญ

ความฉลาดทางสุขภาพ	1
พัฒนาการ คำนิยาม และความหมาย	9
“ความฉลาด” กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	21
เครื่องมือและการวัด	27
การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ	37







ความฉลาดทางสุขภาพ

คำตรงข้ามของคำว่า “ฉลาด” คือคำว่า “โง่” ซึ่งไม่มีใครชื่นชอบนัก “ความฉลาด” สามารถสร้างให้เกิดการยอมรับ การชื่นชม การยกย่อง และความไว้วางใจจากบุคคลอื่น อันเป็นการให้คุณค่าและโอกาสกับบุคคล ความฉลาดจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทุกคนต่างแสวงหา และคนส่วนใหญ่ต้องใช้ความพยายามอย่างมากเพื่อปูพื้นฐานสำหรับตนเองในการสร้างโอกาสและความก้าวหน้าในชีวิตการทำงาน การดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้งการอยู่รอดในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน

สิ่งสะท้อนได้ถึง “ความฉลาด” มีมากมายหลายประการ อาทิ การอ่านหนังสือ ความสามารถในการจำ ความคิด ความรู้ ทักษะชีวิต การใช้ชีวิต การประสบความสำเร็จ ฯลฯ อย่างไรก็ตาม ปัจจัยพื้นฐานสำคัญของความฉลาด คือ การอ่านหนังสือได้หรือการรู้หนังสือ ประเทศต่างๆ ทั่วโลกจึงให้ความสำคัญกับการอ่านหนังสือหรือการรู้หนังสือ กล่าวกันว่า การรู้หนังสือ (literacy) เป็นความสามารถในการอ่าน เขียน พูดภาษาหลัก การคำนวณ และคิดแก้ปัญหาการทำงานหรือการดำรงชีวิตในสังคมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในชีวิตของตนเองและพัฒนาตนเองได้ (National Literacy Act, 1991)

ธนาคารโลก (World Bank) องค์การยูเนสโก (UNESCO) และ องค์การเพื่อความร่วมมือและการพัฒนาเศรษฐกิจ (OECD) ต่างยอมรับความสำคัญของการส่งเสริมให้ประชาชนอ่านออกเขียนได้หรือรู้หนังสือ และใช้อัตราการรู้หนังสือ (literacy rate) ของประชาชนเป็นดัชนีสะท้อนถึงคุณภาพและ ศักยภาพในการพัฒนาประเทศชาติที่สำคัญประการหนึ่ง

การวิจัยที่ผ่านมาพบว่า คนที่มีการศึกษาน้อย ก็จะมีระดับ การรู้หนังสือต่ำด้วย (Kirsch et al., 1993; Kutner et al., 2006) ผลสำรวจการอ่านออกเขียนได้ของประชากรไทย พบว่า ในปี พ.ศ.2543 เด็กไทยอายุระหว่าง 6-11 ปี มีอัตราอ่านออกเขียนได้ร้อยละ 82.4 และ ในปี พ.ศ.2548 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 86.3 โดยอัตราอ่านออกเขียนได้ เพิ่มขึ้นตามช่วงวัยที่สูงขึ้น ผลการสำรวจในกลุ่มประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป พบว่า มีคนอ่านหนังสือไม่ออกและเขียนไม่ได้ถึงร้อยละ 7.4 ในปี พ.ศ. 2543 และร้อยละ 6.5 ในการสำรวจช่วงปี พ.ศ.2548-2549

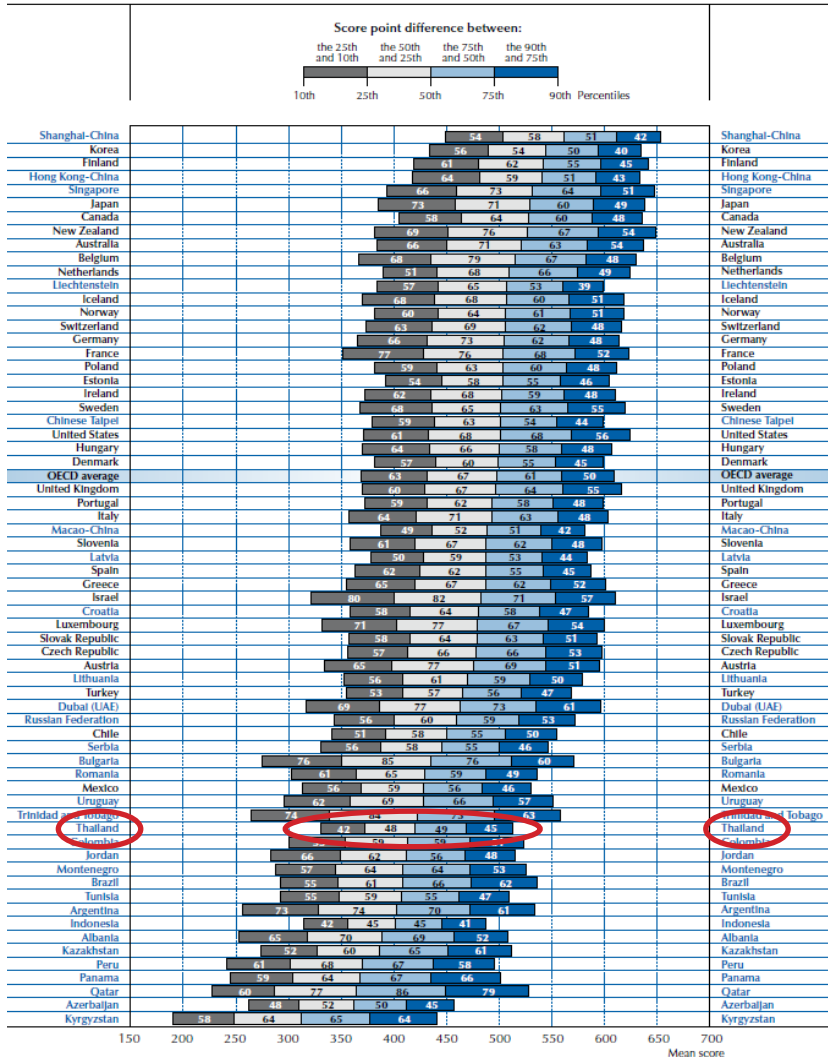
ตารางที่ 1 ผลการสำรวจการอ่านออกเขียนได้ของประชากรไทยระหว่าง
ปี พ.ศ.2543 - 2549

ตัวชี้วัด	ปีที่สำรวจ	
	2543	2548-2549
1. ร้อยละของเด็กวัย 6-11 ปี ที่อ่านออกเขียนได้	82.4	86.3
2. ร้อยละของเด็กวัย 12-14 ปี ที่อ่านออกเขียนได้	98.9	98.9
3. ร้อยละของเด็กวัย 15-17 ปี ที่อ่านออกเขียนได้	98.7	98.6
4. ร้อยละของประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อ่านออกเขียนได้	92.6	93.5

ที่มา (1) สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543 เผยแพร่โดย สำนักงานสถิติแห่งชาติ
(2) รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2548-2549
เผยแพร่โดย สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การศึกษาเปรียบเทียบระดับการอ่าน (reading performance) ของประชากรในประเทศต่าง ๆ ซึ่งจัดลำดับโดยองค์การเพื่อความร่วมมือและการพัฒนาเศรษฐกิจ พบว่า ประเทศไทยมีคะแนนเฉลี่ยการอ่านอยู่ระหว่าง 333 – 510 และมีลำดับต่ำกว่าประเทศในภูมิภาคเอเชียด้วยกัน เช่น จีน เกาหลี สิงคโปร์ ฮองกง ญี่ปุ่น เป็นต้น

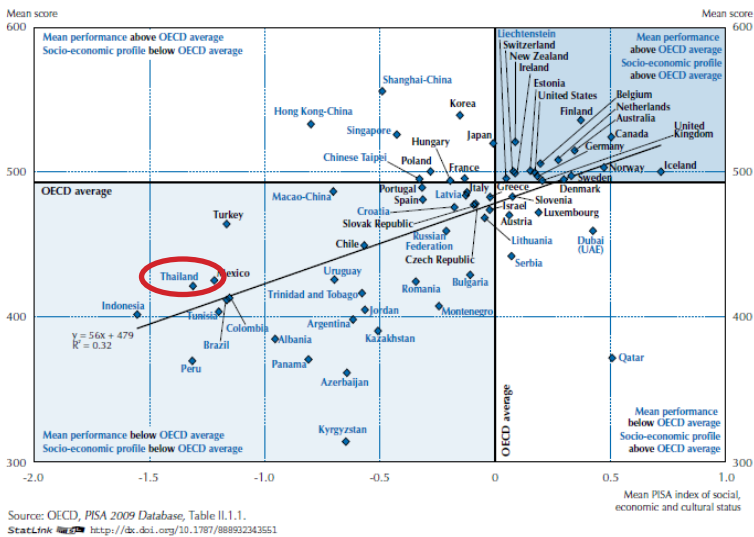
Variation of reading performance within countries Percentiles on the reading scale



Countries are ranked in ascending order of median performance (50th percentile) in reading.
Source: OECD, PISA 2009 Database, Table II.1.1.
StatLink <https://dx.doi.org/10.1787/888932343551>

ภาพที่ 1 ระดับการอ่านหนังสือของประชากรในประเทศต่างๆ
ที่มา: องค์การเพื่อความร่วมมือและการพัฒนาเศรษฐกิจ (2009)

องค์การเพื่อความร่วมมือและการพัฒนาเศรษฐกิจ (OECD) ได้มีการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการอ่านของประชากรในประเทศต่างๆ กับค่าเฉลี่ยมาตรฐานที่จัดทำขึ้น และค่าดัชนีด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม พบว่าประเทศไทยอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของ OECD และมีคะแนนเฉลี่ยการอ่านต่ำกว่าค่าเฉลี่ยที่กำหนดขึ้นด้วย แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยจำเป็นต้องมีการพัฒนาเชิงระบบเพื่อเอื้อให้เกิดการเรียนรู้หนังสือ และส่งเสริมการอ่านในประชาชนทุกกลุ่มวัย ทั้งนี้เป็นที่น่าสังเกตว่าค่าเฉลี่ยการอ่านที่ปรากฏนี้มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงในทิศทางบวกกับดัชนีด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการอ่านของประชากรในประเทศต่างๆ
 ที่มา: องค์การเพื่อความร่วมมือและการพัฒนาเศรษฐกิจ (2009)

กล่าวได้ว่า ปัญหาเรื่องการเรียนรู้หนังสือและการอ่านหนังสือของคนไทย ตกอยู่ในสภาวะการณ์ที่น่าเป็นห่วง เพราะเป็นปัจจัยพื้นฐานของการพัฒนา “คน” ซึ่งเป็น “ทุน” ที่สำคัญของการพัฒนาประเทศ ประชาชนที่รู้หนังสือน้อยหรือมีระดับการเรียนรู้หนังสือต่ำ (low literacy) ย่อมจะส่งผลโดยตรงและทางอ้อมต่อสภาวะสุขภาพ (Farker, 2000)

องค์กรสุขภาพของแคนาดาได้ใช้เรื่องการเรียนรู้หนังสือ (literacy) เป็นตัวทำนายนายการมีงานทำ การเข้าไปมีส่วนร่วมกับชุมชน และสภาวะสุขภาพของประชาชน อันเป็นความสำเร็จของการพัฒนาชาติ ตัวอย่าง ที่พบเห็นกันได้ทั่วไปก็คือ คนที่สื่อสารได้หลายภาษา คือรู้ทั้งภาษาถิ่นของตนเอง และภาษาสากลที่ใช้พูดคุยสื่อสารกับคนต่างชาติต่างภาษาจะสามารถแสวงหาความรู้ด้วยตนเองได้มาก และมีส่วนสำคัญที่จะช่วยสร้างความก้าวหน้าในการพัฒนาประเทศ รวมทั้งยังช่วยสร้างศักยภาพในการแข่งขันระดับนานาชาติด้วย (Health Canada, 1999)

ความสำคัญของการรู้หนังสือเป็นวาระระดับชาติที่รัฐบาลของประเทศสหรัฐอเมริกา ให้ความสำคัญและกำหนดเป็นนโยบายประชาชนสุขภาพดี (Healthy People 2010 และ 2020) ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการประเมินระดับชาติเรื่องการเรียนรู้หนังสือในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ (National Assessment of Adult Literacy: NAAL, 2003) พบว่า คนอเมริกันจำนวนมากมีปัญหาในการรับรู้ การทำความเข้าใจ และปฏิบัติตัวตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทำให้คนกลุ่มนี้ถูกจับตามองว่าเป็นคนที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ (limited health literacy) หรือมีสภาวะที่ยังไม่ฉลาดพอ ตัวอย่างเช่น การอ่านฉลากยาไม่ออก การอ่านใบนัดแพทย์ไม่เข้าใจ การปฏิบัติตัวตาม

แพทย์สั่งไม่ถูกต้อง ฯลฯ สถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลกระทบต่อ
วงกว้างต่อประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพของ
ประชาชนด้วย

ด้วยเหตุนี้ ในการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 7 ระหว่างวันที่
26-30 ตุลาคม พ.ศ.2552 ณ กรุงไนโรบีประเทศเคนยา องค์การอนามัยโลก
(World Health Organization: WHO) จึงประกาศเชิญชวนประเทศสมาชิก
ให้มุ่งเน้นความสำคัญในการพัฒนาองค์ประกอบฐานรากของความฉลาด
ทางสุขภาพของปัจเจกบุคคลและการปฏิบัติที่ส่งผลต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพ
(determinants of health) ที่เกี่ยวข้องด้วย



4(8)4
✓

3276
032

324
✓

65536
83040

32.3

2.32

พัฒนาการ คำนิยาม และความหมาย

มุมมองเรื่องสุขภาพในประเทศไทยมีความครอบคลุมทั้ง 4 มิติตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 กำหนดความหมายของ “สุขภาพ” ไว้ว่า “ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล” และให้ความหมายของคำว่า “ปัญญา” ว่าเป็น “ความรู้ทั่ว รู้เท่าทัน และความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเพื่อผู้อื่น” ซึ่งนายแพทย์ ประเวศ วะสี ได้อธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพะ 4 ด้าน คือ กาย จิต สังคม ปัญญา เชื่อมโยงกันแบบบูรณาการ ประกอบด้วย (1) กาย ได้แก่ความแข็งแรง ปลอดภัย พิษ ปลอดภัยมีปัจจัยสี่ (2) จิต ได้แก่ ความดี ความงาม ความสงบ ความมีสติ (3) สังคม ได้แก่ สังคมสัมพันธ์ สังคมเข้มแข็ง สังคมยุติธรรม และสังคมสันติ และ (4) ปัญญา ได้แก่ รู้รอบ รู้เท่าทัน ทำเป็น อยู่ร่วมกันเป็น บรรลุอิสรภาพ

การที่ประชาชนโดยเฉพาะผู้ที่มีความบกพร่องในการรับรู้ และเรียนรู้ข้อมูลข่าวสาร อาทิ เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ไม่ได้เรียนหนังสือ ชนกลุ่มน้อย ชาวต่างชาติ ฯลฯ ย่อมมีข้อจำกัดในการรับรู้ การคิด และเลือกหนทางที่จะปฏิบัติตนให้เหมาะสมตามสถานการณ์ในพื้นที่ต่างๆ เพื่อการมีสุขภาพที่ดี ดังนั้น ความหมายของคำว่า “สุขภาพ” จึงเตือนให้เราทุกคนตระหนักถึงความเกี่ยวข้องกันระหว่างสุขภาพกาย อารมณ์และจิตใจ การมีปฏิสัมพันธ์กับคนในสังคม และการเสริมสร้างทักษะ ในการดำเนินชีวิต “ความฉลาดทางสุขภาพ” จึงเป็นหนทางสำคัญและ นับได้ว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานนำไปสู่การมีสุขภาพดีในความหมายที่กล่าวถึง ข้างต้น

พัฒนาการ

แนวคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ หรือ Health literacy: HL ปรากฏครั้งแรกในเอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการด้านสุขศึกษา ในปี ค.ศ. 1974 (Mancuso J.M., 2009) และเริ่มแพร่หลายมากขึ้น โดยมีการกำหนดนิยามความหมายไว้อย่างหลากหลาย กระทั่งมีการให้คำนิยาม โดยองค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 1998 มีการรณรงค์ให้ประเทศสมาชิก ร่วมมือกันพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความฉลาดทางสุขภาพ หลังจากนั้นคำว่า Health literacy ปรากฏในบทความวิจัยที่ชี้ให้เห็นความสำคัญของสุขศึกษาในการผลักดันนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ การศึกษา และสื่อสารมวลชน (Smith et al., 2004)

ในช่วงปี พ.ศ. 2542-2552 มีบทความวิจัยและรายงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพเพิ่มจำนวนมากขึ้น โดยพบว่ามีการศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ (adult) มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ (elder) กลุ่มเด็ก (child/ children) และกลุ่มวัยรุ่น (adolescent) ตามลำดับ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2552) รวมทั้งมีการนำเสนอกรอบแนวคิดจากนักวิจัยและนักการศึกษาที่หลากหลาย กระนั้นก็ตาม ยังมีการอธิบายความหมายในมุมมองที่แตกต่างกันอยู่บ้างตามประสบการณ์และทัศนะของนักวิชาการ

คำนิยามและความหมาย

คำนิยามที่มีปรากฏในรายงานการศึกษาและบทความที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

1. 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 “ทักษะต่าง ๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ” (สวรส., 2541)

2. คณะกรรมการด้านความฉลาดทางสุขภาพ สมาคมทางการแพทย์ของอเมริกัน หรือ The Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs of the American Medical Association: AMA (1999: 553) ให้คำจำกัดความว่า “ทักษะทั้งหมดซึ่งรวมทั้งความสามารถพื้นฐานในการอ่านข้อความและการคำนวณตัวเลขเพื่อปฏิบัติตนในการดูแลรักษาสุขภาพ”

3. สำนักยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพ หรือ The Center for Health Care Strategies Inc. (2000) นิยาม Health literacy ว่า “ความสามารถในการอ่าน การทำความเข้าใจ และการกระทำเมื่อได้รับข้อมูลในการดูแลสุขภาพ”

4. โครงการประชาชนสุขภาพดีของประเทศสหรัฐอเมริกา (The US Healthy People 2010) ซึ่งประกาศใช้ใน ปี ค.ศ. 2000 นิยามไว้ว่า “ระดับความสามารถที่บุคคลจะแสวงหา ตีความ หรือทำความเข้าใจข้อมูลพื้นฐานหรือข้อมูลบริการ ซึ่งจำเป็นต่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ”

5. สถาบันทางการแพทย์ของอเมริกา หรือ Institute of Medicine: IOM (2004) นิยามว่า “เป็นระดับความสามารถของบุคคลในการได้รับการจัดการ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจที่เหมาะสม” โดยอธิบายว่า Health literacy ขึ้นอยู่กับทักษะของบุคคลในการเผชิญกับสถานการณ์สุขภาพ รวมทั้งยังขึ้นกับปัจจัยด้านระบบดูแลสุขภาพ ระบบการศึกษา ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมทั้งที่บ้าน ที่ทำงาน และในชุมชนอีกด้วย

6. ดอน นัทบีม (Nutbeam D.; 2000, 2008) นิยามไว้ดังนี้
(1) “ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง” (ปี ค.ศ.2000) (2) “สมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต” (ปี ค.ศ.2008) และ (3) “ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ” (ปี ค.ศ.2009)

7. ซาร์คาโดลาส พลีเซนต์ และเกียร์ (Zarcadoolas C., Pleasant A. & Greer D.S., 2005: 96-97) นิยามว่า “ทักษะที่ครอบคลุมความสามารถของบุคคลในการประเมินข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขและนำแนวคิดที่ได้มาเป็นแนวทางในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิต”

8. คิกบัสช์ และแม็ก (Kickbusch & Maag อ้างใน Pleasant A. & Kuruvilla S., 2008) นิยามว่า “ความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพในชีวิตประจำวัน และมีความสามารถในการหาข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพด้วยตนเอง”

9. **เพลียเซน และคุรุวิลลา** (Pleasant A. & Kuruvilla S., 2008) นิยามว่า “ความสามารถในการค้นหา ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ และใช้ข้อมูลทางสุขภาพในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้มีสุขภาพดี และลดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ”

10. **อิชิคาวา และคณะ** (Ishikawa H. et al., 2008) นิยามว่า “ความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดการตัดสินใจทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม”

จากการทบทวนนิยามและความหมายของ Health literacy พบว่า ยังมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องตามการประยุกต์ใช้และบริบทที่เป็นปัญหาของประเทศในภูมิภาคต่างๆ คำนิยามที่มีการใช้และถูกอ้างอิงมากที่สุดเป็นนิยามของดอน นัทบีม (Nutbeam D.) ซึ่งเน้นเรื่องสมรรถนะและทักษะของบุคคล ส่วนนิยามอื่นๆ มีความแตกต่างออกไป เช่น การอ่านข้อความ การคำนวณตัวเลข ความจำ ความรู้ การทำความเข้าใจ การตัดสินใจหลังจากใช้ข้อมูล และความเท่าเทียมด้านสุขภาพ เป็นต้น

การใช้คำเรียก “Health literacy” ที่มีปรากฏในเอกสารภาษาไทย มีหลายคำ ดังนี้

(1) **ความแตกฉานด้านสุขภาพ** ซึ่งเป็นคำนิยามที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส., 2541) แปลไว้จากนิยามที่องค์การอนามัยโลก (1998) ได้ให้คำนิยาม

(2) **การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ** เป็นคำที่สอดคล้องกับการดำเนินงานด้านการสื่อสาร ซึ่งมีการพัฒนาและดำเนินงานเรื่องการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) ในแผนงานสื่อสร้างสุขภาวะของเยาวชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

(3) ความฉลาดทางสุขภาวะ เป็นคำที่เริ่มมีการเรียกกันในแวดวงการศึกษา เมื่อกล่าวถึง literacy ในด้านสุขภาพ โดยมูลนิธิเพื่อพัฒนาการศึกษาไทย สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2553)

ทั้งนี้ ศาสตราจารย์สุมน อมรวิวัฒน์ ให้แนวคิดที่ว่า “ความฉลาดทางสุขภาวะ คือ ความเป็นสุขอย่างฉลาด” เกิดขึ้นได้โดยวิธีเรียนรู้ที่จะดำเนินไปตลอดชีวิต ได้แก่ การเรียนรู้เพื่อรู้ (learning to learn) หรือการฝึกฝนให้รู้วิธีที่จะเข้าใจ การเรียนรู้เพื่อปฏิบัติได้จริง (learning to do) หรือการสร้างสรรคสิ่งต่างๆ ที่แวดล้อม การเรียนรู้เพื่อที่จะอยู่ร่วมกัน (learning to live together) หรือการมีส่วนร่วมและร่วมมือกับผู้อื่นในกิจการทั้งปวงของมวลมนุษย์ และ การเรียนรู้เพื่อชีวิต (learning to be) หรือการมีสติปัญญาไหวพริบในการเข้าใจโลกรอบตัว มีความรู้สึกนึกคิดและจินตนาการที่จำเป็นประพุดิตนด้วยความรับผิดชอบและอย่างเป็นธรรม ซึ่งองค์การการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO) ได้ให้ความสำคัญกับวิธีเรียนรู้ 4 แบบนี้ว่า “เสาหลักของการจัดกิจกรรมการเรียนรู้”

(4) ความฉลาดทางสุขภาพ เป็นคำที่กำหนดขึ้นใช้ในโครงการศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้เรื่อง Health literacy เพื่อสร้างเสริมภูมิปัญญาและการเรียนรู้ด้านสุขภาพ ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ธันวาคม, 2553)

การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นการให้คำนิยามและการกำหนดคำในภาษาไทยที่เหมาะสม ได้พิจารณาจากคำที่มีปรากฏแล้วและคำที่น่าจะเหมาะสมตามความหมาย การสื่อความ และการสร้างความเข้าใจ รวมทั้งพิจารณาความสอดคล้องกับคำเรียกที่มีการกำหนดไว้แล้วในบริบทต่าง ๆ อาทิ คำว่า ความฉลาดทางอารมณ์ (ในงานพัฒนาสุขภาวะทางด้านจิตใจ ของกรมสุขภาพจิต) ความไม่ฉลาด หรือ โง่ (ซึ่งสื่อแบบตรงไปตรงมา และเข้าใจง่าย) จึงได้มีการกำหนดคำเรียกภาษาไทยว่า “**ความฉลาดทางสุขภาพ**” และกำหนดคำนิยามไว้ว่า หมายถึง “*ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี*”

แนวความคิดเกี่ยวกับ Health literacy มีความชัดเจนมากขึ้นจากการจำแนกระดับของดอน นัทบีม (Nutbeam D.; 2000, 2008) คณะสาธารณสุขศาสตร์และเวชศาสตร์ชุมชน มหาวิทยาลัยซิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย ซึ่งเขียนบทความวิจัยเรื่อง Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century จำแนกความฉลาดทางสุขภาพเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับ 1 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือ *functional health literacy* ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดยคิกบุชช (Kickbusch, 2001: 292) อธิบายเพิ่มเติมว่า “เป็นความสามารถในการประยุกต์ทักษะด้านการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับจำนวนตัวเลข (numeracy skill) อาทิ การอ่านใบยินยอม (consent form) ฉลากยา (medical label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย”

ระดับ 2 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ หรือ *communicative/ interactive health literacy* ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและการมีพหุปัญญา (cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (social skill) ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ระดับ 3 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ หรือ *critical health literacy* ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ความฉลาดทางสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณเน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล (*individual action*) และการมีส่วนร่วมผลักดันสังคม การเมืองไปพร้อมกัน จึงเป็นการเชื่อมโยงประโยชน์ของบุคคลกับสังคมและสุขภาพของประชาชนทั่วไป



“ความฉลาด”

กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ



ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม การควบคุมเบาหวาน การควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี หรือบริการสุขภาพ ได้แก่ การให้ภูมิคุ้มกันโรคไข้หวัดใหญ่ การตรวจคัดกรองโรคทางเพศสัมพันธ์ การเข้าถึงโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่

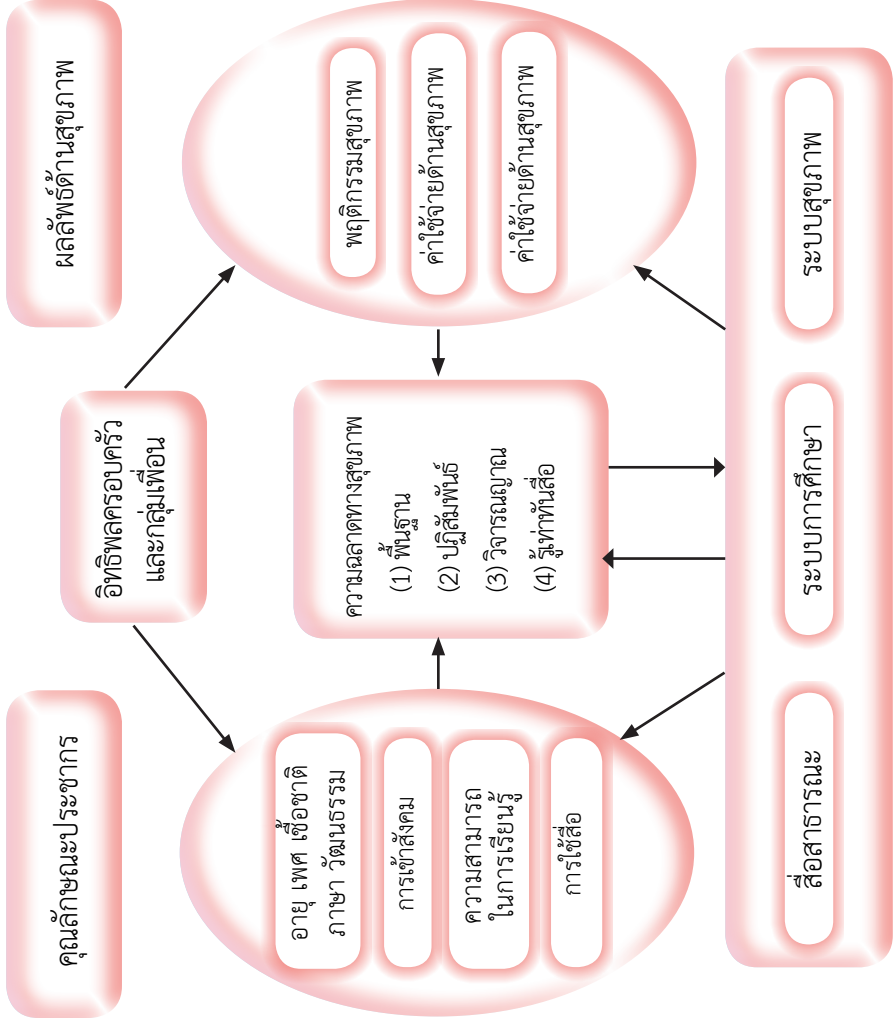
การใช้ยาเสพติด การสูบบุหรี่ การให้นมลูก การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ และรายงานวิจัยพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย (BMI) ของเด็กที่มีน้ำหนักเกิน โดยมีความสามารถทำนายค่า BMI ได้ถึงร้อยละ 38 (Sharif I. & Blank E.A., 2009)

บุคคลที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้ข้อมูลข่าวสารและการเข้ารับบริการสุขภาพ อาทิ ในเรื่องการดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง การป้องกันโรค (DeWalt et al., 2004) รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพตั้งแต่อายุน้อย และมักจะมีสุขภาพแย่กว่าหรือป่วยหนักจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า (NAAL, 2003) และมีรายงานการศึกษาพบว่า ผู้มีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจมากกว่าโรคมะเร็ง (Baker D.W. et al., 2007) ทั้งนี้ อาจจะเนื่องจากการขาดความรู้และทักษะในการป้องกันและดูแลสุขภาพของตนเองนั่นเอง

หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำ ย่อมจะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพในภาพรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น (WHO, 2009) ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโรคที่มีราคาแพง โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพจะต้องมีภาระหนักในด้านการรักษาพยาบาล จนทำให้

เกิดข้อจำกัดในการทำงานส่งเสริมสุขภาพและไม่อาจสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการอย่างสมบูรณ์ได้

คุณลักษณะของบุคคลที่สัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ ได้แก่ ระดับการศึกษา ความสามารถในการใช้ภาษา สถานะทางเศรษฐกิจสังคม การมีอายุมากขึ้น (Gazmararian & Baker et al., 1999) จากกรอบการศึกษา ความฉลาดทางสุขภาพของเจนนิเฟอร์ เอ แมงกาเนลโล (Jennifer A. Manganello, 2008) พบว่าปัจจัยในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม จะเน้น ปัจจัยพื้นฐานสำคัญ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ภาษา วัฒนธรรม ความสามารถในการเข้าสังคม ความสามารถในการเรียนรู้ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และความสามารถในการใช้สื่อ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากอิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน รวมทั้งปัจจัยเชิงโครงสร้างในสังคม ได้แก่ ระบบการศึกษา ระบบสุขภาพ สื่อสาธารณะ แมงกาเนลโลได้จำแนกความฉลาดทางสุขภาพ เป็น 4 ระดับ คือ functional, interactive, critical และได้เพิ่ม media literacy หรือการรู้เท่าทันสื่อไว้ในลำดับสุดท้ายของระดับการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ โดยนิยามความหมายของ “การรู้เท่าทันสื่อ” ไว้ว่า “สภาวะที่เกิดจากความสามารถของบุคคลในการวิเคราะห์ความหมายของเนื้อความ ประเมินคุณค่า และเจตนาที่สื่อนำเสนอผ่านเทคนิควิธีการต่างๆ” ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 กรอบการ
ศึกษา Health literacy
ที่มาจาก Health literacy
and adolescents: a
framework and agenda
for future research
(Manganello J., 2008)

มุมมองเรื่องการเรียนรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) ซึ่ง แมงกาเนลโล (Manganello) ถือว่าเป็นระดับสุดท้ายของความฉลาดทางสุขภาพนั้น ยังไม่ค่อยได้รับการตอบรับเท่าที่ควร นักวิชาการที่ศึกษาเรื่องสื่อก็มีการสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการรู้เท่าทันสื่อขึ้น อาทิ การวิเคราะห์และประเมินสื่อ การเฝ้าระวังสื่อ การจัดทำหลักสูตรสอนการเรียนรู้เท่าทันสื่อ ฯลฯ

ความฉลาดทางสุขภาพเป็นเสมือนกุญแจสู่ผลลัพธ์ของงานสุขศึกษา (Rootman, 2002) หรือกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่ง ดอน นัทบีม (Nutbeam D., 2000) ได้ชี้ให้เห็นความสำคัญว่าควรมีการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพให้เป็นดัชนีที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ (outcomes) ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานสุขศึกษา (health education) และกิจกรรมการสื่อสาร (communication activities) ทั้งนี้ เนื่องจากการดำเนินงานสุขศึกษาทำให้เกิดการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพโดยตรง





เครื่องมือและการวัด

การวัดความฉลาดทางสุขภาพเป็นความพยายามที่จะทำให้ทราบสภาพปัญหาอันเกิดจากการเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพของประชาชน ทำให้มีการพัฒนาเครื่องมือชุดแรกๆ ขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล ซึ่งพบว่าข้อจำกัดและอุปสรรคส่วนตัวของผู้ป่วย รวมทั้งการสื่อสารและการสุศึกษาของบุคลากรทางการแพทย์มีช่องว่างเกิดขึ้นมากมาย ส่งผลให้การรักษาพยาบาลไม่ได้ผลอย่างที่ควร ต่อมามีการพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ขึ้น

เครื่องมือที่ใช้การวัดความฉลาดทางสุขภาพที่มีการศึกษาและพัฒนา
ไว้แล้วจากต่างประเทศและในประเทศที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน สามารถจำแนกได้
ดังนี้

1. เครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มผู้ใหญ่ (Adults) ได้แก่

1.1 แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว
ในกลุ่มผู้ใหญ่ หรือ Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine:
REALM (ขอเรียกชื่อสั้นๆว่า เรล์ม)

1.2 แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว
ในกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น หรือ Shortened version of the Rapid Estimate
of Adults Literacy: S-REALM (ขอเรียกชื่อสั้นๆว่า เอส-เรล์ม)

1.3 แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูล
ข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่ หรือ
Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLLA): health
information comprehension and numeracy (ขอเรียกชื่อสั้นๆว่า
โท-ฟลล่า)

1.4 แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูล
ข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น
หรือ Short-Test of Functional Health Literacy in Adult
(S-TOFHLLA) (ขอเรียกชื่อสั้นๆว่า เอส-โท-ฟลล่า)

1.5 แบบทดสอบความจำคำศัพท์สำคัญ หรือ Wide Range Achievement Test (WRAT): Word Recognition (ขอเรียกชื่อสั้นๆว่า แวร์ธ)

1.6 แบบประเมินระดับความฉลาดทางสุขภาพพื้นฐาน การสื่อสาร และวิจารณ์ญาณ หรือ Functional Communication and Critical Health Literacy Scales (FCCHL)

1.7 แบบประเมินระดับชาติเรื่องการรู้หนังสือในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ (National Assessment of Adult Literacy: NAAL)

1.8 แบบประเมินระดับความฉลาดทางสุขภาพทางอิเล็กทรอนิกส์ หรือ e-Health Literacy Scales (eHEALS)

1.9 แบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพด้านการใช้ภาษาสเปน ในการพูดสำหรับกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น หรือ The Short Assessment of Health Literacy for Spanish speaking Adult (SAHLSA)

นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือที่มีรายงานว่าใช้ในการวัดความฉลาดทางสุขภาพอีก ได้แก่ Set of Brief Screening Questions (SBSQ), Health Activities Literacy Scale (HALS), Rapid Estimate of Adults Literacy in Dentistry-30 (REALD-30), Literacy Assessment for Diabetes (LAD), Stieglitz Informal Reading Assessment for Diabetes (SIRAD), Stieglitz Informal Reading Assessment of Cancer text (SIRACT), Medical Achievement Reading test (MART),

Comprehensive Adult Student Assessment System (CASAS), Newest Vital Sign (NVS), The Mini Mental State Examination: MMSE), Demographic Assessment of Health Literacy (DAHL)

2. เครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มเด็กและเยาวชน (Child & Teenage) ได้แก่

2.1 แบบทดสอบการจำคำศัพท์ทางการแพทย์ในกลุ่มวัยรุ่น หรือ REALM-Teen: medical word recognition test for adolescents and teens. ประยุกต์จากแบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่ (The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: REALM)

2.2 แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูลข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มเยาวชน หรือ TOFHLA for teens: health information comprehension and numeracy for teens ประยุกต์จากแบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่ (The Test of Functional Health Literacy in Adult: TOFHLA)

2.3 แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูลข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มเยาวชนแบบสั้น หรือ STOFHLA: The Short Test of Functional Health Literacy ประยุกต์จากแบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่และพัฒนาให้เป็นแบบสั้น

จากการทบทวนเอกสารทางวิชาการ พบว่า เครื่องมือที่ใช้วัดระดับความฉลาดทางสุขภาพที่มีการพัฒนาขึ้นและนำเสนอในรายงานการวิจัยต่างๆ ยังมีการนำออกมาเผยแพร่ไม่มากนัก ส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณลักษณะด้านความจำ การคำนวณตัวเลข การประเมินการรับสื่อ และเริ่มมีการใช้การจำแนกระดับของตอน นัทบีม มาพัฒนาเครื่องมือ ตัวอย่างของเครื่องมือที่มีใช้กันแพร่หลาย สรุปได้ดังนี้

1. แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่ (Rapid Estimate of Adults Literacy: REALM)

พัฒนาขึ้นโดย เดวิส และคณะ (Davis et al. อ้างใน Mancuso J.P., 2009) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดการอ่านออกเขียนได้ของผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ การให้สุขศึกษา และหน่วยที่ศึกษาวิจัยทางการแพทย์ เครื่องมือนี้ออกแบบมาเพื่อใช้ประเมินการอ่านศัพท์หรือคำทางการแพทย์ที่คาดว่าผู้ป่วยจำได้ ช่วยแพทย์ในการจำแนกผู้ป่วยที่มีระดับการอ่านที่จำกัดเพื่อประเมินและปรับปรุงการใช้สื่อหรือให้คำแนะนำที่เหมาะสม

ลักษณะและวิธีการใช้

แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่ หรือ REALM ประกอบด้วยคำจำนวน 125 คำ ที่นำมาใช้ทดสอบ โดยเป็นคำศัพท์ทางการแพทย์ที่ง่าย วางเรียงเป็น 4 คอลัมน์ตามจำนวนพยางค์และความยาก ผู้ป่วยจะถูกขอให้อ่านคำทั้งหมดตั้ง ๆ โดยจะให้คะแนนตามการอ่านออกเสียงที่ถูกต้อง คะแนนจำแนกตามระดับการศึกษา ได้แก่

ต่ำกว่าระดับประถมศึกษาปีที่ 3 ระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย

เวลาที่ใช้ในการทำแบบทดสอบนี้ประมาณ 3-5 นาที เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม คือ (1) อายุ 0-18 ปี (ต่ำกว่าประถมศึกษาปีที่ 3) ไม่สามารถอ่านสื่อสำหรับผู้อ่านออกเขียนได้ในระดับต่ำ (2) อายุ 19-44 ปี (ประถมศึกษาปีที่ 4-6) ใช้สื่อสำหรับผู้อ่านออกเขียนได้ในระดับต่ำ ซึ่งไม่สามารถอ่านฉลากยาได้ (3) อายุ 45-60 ปี (มัธยมศึกษาตอนต้น) สามารถใช้สื่อสำหรับให้ความรู้กับผู้ป่วยได้บ้าง ไม่จำเป็นต้องใช้สื่อสำหรับผู้ออกเขียนได้ในระดับต่ำ และ (4) อายุ 61-66 ปี (สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น) สามารถอ่านสื่อสำหรับให้ความรู้กับผู้ป่วยได้ (Mancuso J.P., 2009; Sudore R.L. et al., 2006)

2. แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น (Shortened version of the Rapid Estimate of Adults Literacy: S-REALM)

แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น พัฒนาขึ้นโดย เดวิส และคณะ (Davis et al., 1993)

ลักษณะและวิธีการใช้

ใช้การลดจำนวนข้อให้มีความกระชับมากขึ้นเพื่อลดระยะเวลาในการทดสอบ โดยจัดเรียงเป็น 3 คอลัมน์ ตามจำนวนพยางค์และความยาก-ง่าย การลดจำนวนคำเหลือเพียง 66 คำ เวลาที่ใช้ทดสอบประมาณ 1-2 นาที

3. แบบทดสอบการอ่านศัพท์ทางการแพทย์ (Medical Achievement Reading Test: MART)

พัฒนาโดยฮานสัน-ไดรเวอร์ (Hanson-Drivers, 1997 อ้างใน Mancuso J.M., 2009) แบบทดสอบนี้มีความคล้ายคลึงกับ REALM ตรงที่เป็นการประเมินการอ่านศัพท์ หรือคำทางการแพทย์

ลักษณะและวิธีการใช้

มีคำศัพท์ทางการแพทย์จำนวนทั้งสิ้น 42 คำ แบบทดสอบถูกออกแบบโดยคำนึงถึงเหตุผลสำคัญที่ต้องการทราบว่าทำไมแต่ละคนไม่สามารถอ่านเครื่องมือได้ ได้แก่ คำที่ใช้ในทางการแพทย์ หรือคำที่เกี่ยวข้องที่เห็นในใบสั่งยา/แผ่นพับการศึกษาของผู้ป่วย ตัวอักษรที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดเล็กและการพิมพ์บนกระดาษที่มันวาวทำให้อ่านได้ยาก ซึ่งเป็นผลทำให้ผู้ป่วยต้องคาดเดาคำที่ไม่สามารถอ่านได้ ระยะเวลาที่ใช้ประมาณ 3-5 นาที

4. The Newest Vital Sign (NVS)

วิสส์และคณะ (Weiss et al., 2005 อ้างใน Mancuso J.M. (2009) ได้สร้างเครื่องมือในการวัดความฉลาด ที่ชื่อว่า NVS

ลักษณะและวิธีการใช้

ใช้เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มีมารับบริการระดับปฐมภูมิ ใช้เวลาประมาณ 3-5 นาที มี 6 คำถามที่ใช้ในการประเมินซึ่งมาจากฉลากโภชนาการ

ของไอศกรีม โดยอาจจะถามถึงการแปลความหมายและการปฏิบัติตาม ข้อมูลที่ได้รับ NVS เป็นแบบทดสอบที่ใช้เวลาน้อยและมีความแม่นยำ ในการทดสอบในกลุ่มที่มีการอ่านออกเขียนได้ที่ต่ำ

5. แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูล ข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่ (Test of Functional Health Literacy in Adult: TOFHLA)

นำเสนอโดยปาร์คเกอร์และคณะ (Parker et.al., 1995) เพื่อใช้ในการวัดความสามารถของผู้ป่วยในการอ่านข้อความ หรือวลีที่มีตัวเลขโดยใช้สื่อสิ่งพิมพ์จากหน่วยให้บริการสุขภาพ

ลักษณะและวิธีการใช้

แบบทดสอบแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนการทดสอบการอ่าน ประกอบด้วย สิทธิของผู้ป่วยและหน้าที่รับผิดชอบ รูปแบบการบอกกล่าวอย่างเต็มใจ และส่วนการทดสอบด้านตัวเลข ประกอบด้วยรายละเอียดของฉลากยา การควบคุมระดับน้ำตาล การนัดหมาย และการได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน ข้อความที่ใช้ในการทดสอบอ่านและทำความเข้าใจเป็นข้อความที่มีช่องว่างให้เติมคำประมาณ 5-7 คำ ผู้ถูกทดสอบอ่านและเลือกคำจากตัวเลือก 4 ตัว รวมจำนวน 50 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 12 นาที ส่วนที่ทดสอบด้านตัวเลขมีจำนวน 17 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที รวมเวลาที่ใช้ในการทำแบบทดสอบประมาณ 22 นาที (Mancuso J.M., 2009)

6. แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูล ข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่แบบ สั้น (The Shorten Test of Functional Health Literacy in Adult: S-TOFHLA)

นำเสนอโดยบาเกอร์และคณะ (Baker et.al., 1999) โดยเป็นแบบทดสอบที่มีการวัดในด้านการอ่านและสร้างความเข้าใจเท่านั้น เพื่อลดเวลาในการเก็บข้อมูล

ลักษณะและวิธีการใช้

ทำการทดสอบ 2 ส่วน คือ ส่วนการทดสอบการอ่านและส่วนการสร้างความเข้าใจ ใช้เวลาในการทดสอบประมาณ 7 นาที รวมทั้งสิ้น 36 รายการ (Federman A.D. et al., 2009)

7. แบบสอบถามคัดกรองความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy Screening Question: Set of Brief Screening Questions (SBSQ))

พัฒนาและเผยแพร่โดยชีวและคณะ (Chew D. L. et al, 2004) มีข้อความจำนวน 16 ข้อ อาทิ การได้รับเอกสารนัดหมายที่อ่านและเข้าใจง่าย การได้รับแบบฟอร์มทางการแพทย์ที่เขียนให้อ่านได้และเข้าใจง่าย วัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scales) จำนวน 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่มีเลย ใช้วิธีการสัมภาษณ์หรือให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

8. การประเมินระดับชาติเรื่องการรู้หนังสือในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ (National Assessment of Adult Literacy: NAAL)

NAAL เป็นเครื่องมือวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพ โดยประเมินจากความสามารถในการเข้าใจในสิ่งที่แสดงเป็นลายลักษณ์อักษรที่พบในกิจกรรมประจำวัน (เช่น การอ่านตารางรถโดยสารหรือหนังสือพิมพ์ บทบรรณาธิการ) รวมทั้งความสามารถในการใช้เอกสารทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ฉลากยา คำสั่งจากแพทย์ ใบยินยอม

ลักษณะและวิธีการใช้

จำนวนข้อคำถามทางด้านความฉลาดทางสุขภาพมีทั้งสิ้น 28 ข้อ จาก 152 ข้อ และกำหนดให้มีคะแนนตั้งแต่ 0-500 คะแนน

เครื่องมือและการวัดความฉลาดทางสุขภาพมีการพัฒนาไปตามการให้คำนิยามและความหมาย รวมทั้งการกำหนดคุณลักษณะที่ชัดเจนสามารถสะท้อนถึงความฉลาดทางสุขภาพและมีความเฉพาะเจาะจงมากพอที่สามารถวัดได้ ดังนั้น จึงยังคงต้องมีการพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับบริบทพื้นที่และกลุ่มวัยต่างๆ ต่อไปในอนาคต

การพัฒนา ความฉลาดทางสุขภาพ



“ความฉลาด” มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง และการเรียนรู้เรื่องความฉลาดทางสุขภาพโดยศึกษาพัฒนาการ คำนิยาม และความหมาย ทำให้ความเข้าใจเกี่ยวกับคุณลักษณะที่จำเป็นสำหรับการสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพชัดเจนขึ้น ซึ่งจะต้องอาศัยคุณลักษณะเหล่านี้ในการออกแบบกระบวนการดำเนินงาน (intervention) และ

สร้างแนวทางพัฒนาในด้านต่างๆ สำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย เพื่อลดข้อจำกัดหรืออุปสรรคของการเรียนรู้ในการพัฒนา “ความฉลาด” ให้เกิดขึ้น ซึ่งอาจจำแนกกลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นต้องพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพได้ดังนี้

(1) กลุ่มประชาชนที่ด้อยความสามารถในการเรียนรู้ (illiteracy populations)

ประชาชนกลุ่มนี้ ได้แก่ บุคคลที่อ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือไม่ได้หรือพูดไม่ได้ ประสิทธิภาพในการได้ยินและการใช้สายตาดีกว่าปกติ รวมทั้งมีปัญหาในการใช้ภาษาหลักและภาษาท้องถิ่น ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดและอุปสรรคในด้านปัจจัยพื้นฐานสำหรับการเรียนรู้ เช่น คนที่เรียนหนังสือน้อย คนพิการ เด็กเล็ก คนชรา คนต่างชาติ คนอพยพย้ายถิ่น เป็นต้น

(2) กลุ่มประชาชนที่มีความฉลาดต่ำ (low-literacy populations)

ประชาชนกลุ่มนี้ข้อจำกัดและอุปสรรคเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานสำหรับการเรียนรู้มีน้อย แต่ขาดความตระหนักและละเลยการเอาใจใส่ในการเรียนรู้ทำให้การดูแลสุขภาพไม่ถูกต้อง เช่น ผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด หลงลืมง่าย คนที่ไม่ชอบถาม คนขี้อาย คนพูดเสียงเบา คนที่บอกระไรไม่ค่อยได้หรือเล่าลำดับความไม่ถูก คนที่ไม่ช่างสังเกต กรอกข้อมูลในแบบฟอร์ม ตกหล่นไม่ครบถ้วน เป็นต้น

(3) กลุ่มประชาชนทั่วไป (general populations)

ประชาชนกลุ่มนี้เป็นประชาชนทุกกลุ่มวัยที่มีความสามารถและสร้างโอกาสในการเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง แต่ยังไม่สามารถเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดี โดยเฉพาะในเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ อาทิ สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า เครียด ระวังบารมณฺ์รุนแรงไม่ได้ เมมาแล้วขับซึ่รถกินอาหารตามใจปาก เที่ยวหญิงขายบริการโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยป้องกันโรค ฯลฯ ทำให้เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ป้องกันได้ เช่น โรคเอดส์โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

(4) กลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ (health provider groups)

กลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพมีความสำคัญยิ่งในระบบสุขภาพ เนื่องจากอยู่ในบทบาทที่บุคคลทั่วไปคาดหวังให้เป็นที่พึ่งพิงด้านสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย และมีส่วนสำคัญในปฏิบัติการต่างๆ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ บุคคลกลุ่มนี้ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข ครูอนามัยโรงเรียน ครูสุศึกษา รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขด้านต่างๆ หากกลุ่มบุคคลเหล่านี้ละเลยการเอาใจใส่ในการสื่อสารกับผู้มารับบริการหรือกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องด้วย ก็ย่อมเกิดผลกระทบโดยตรงกับประสิทธิผลของการให้บริการ อาทิ ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเพราะอ่านคำแนะนำที่หมอเขียนไม่ออก ไม่เข้าใจคำแนะนำที่พยาบาลอธิบาย ฯลฯ

เมื่อกล่าวถึงคุณลักษณะและองค์ประกอบของความฉลาดทาง
สุขภาพ พบว่า ศูนย์ระบบข้อมูลวิจัยทางการศึกษาของแคนาดา หรือ
The Canadian Education Research Information System: CERIS
(1999) ชี้ว่าควรประกอบด้วย ทักษะสำคัญ 6 ประการคือ (1) ทักษะด้าน
ตัวเลข หรือ quantitative (2) ทักษะด้านเหตุและผลที่พิสูจน์ได้ หรือ scientific
literacy (3) ทักษะด้านการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ หรือ technological
literacy (4) ทักษะความเข้าใจทางวัฒนธรรม หรือ cultural literacy
(5) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ หรือ media literacy และ (6) ทักษะการใช้อุปกรณ์
และเครื่องคอมพิวเตอร์ หรือ computer literacy

การกำหนดคุณลักษณะและองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพ
อาจสะท้อนได้จากมาตรฐานสุขศึกษาระดับชาติ (The National Health
Education Standards: NHES) ซึ่งกำหนดขึ้นเพื่อเป็นแนวทางสำหรับ
การสร้างเสริมสุขภาพในสถานศึกษาของสหรัฐอเมริกา ซึ่งกำหนดคุณลักษณะ
8 ประการที่ต้องการให้ผู้เรียนมีพัฒนาการไปตามช่วงชั้น ประกอบด้วย
(1) มีความเข้าใจแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเพื่อให้มีสุขภาพ
ดี (2) มีความสามารถในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ อาทิ
ครอบครัว เพื่อน วัฒนธรรม สื่อ เทคโนโลยี ฯลฯ (3) มีความสามารถในการ
เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่เหมาะสม (4) มีทักษะในการสื่อสารเพื่อ
เสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยงที่มีต่อสุขภาพ (5) มีทักษะในการตัดสินใจ
เพื่อสุขภาพ (6) มีทักษะในการตั้งเป้าหมายเพื่อสุขภาพ (7) มีทักษะในการ

แสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงหรือลดความเสี่ยงที่มีต่อสุขภาพ และ (8) มีความสามารถในการชี้แนะเรื่องสุขภาพทั้งกับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

จากการทบทวนองค์ความรู้และการศึกษาของกองสุศึกษาพบว่า คุณลักษณะพื้นฐานสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปที่จะต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงของโลกสมัยใหม่ให้พร้อมรับมือและสามารถปรับตัวเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม มีคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการ ดังนี้ (1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) (2) ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive) (3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) (4) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) (5) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) และ (6) การจัดการตนเอง (self-management)

ดังนั้น การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพจึงอาศัยการสร้างเสริมคุณลักษณะเหล่านี้เป็นแนวทาง โดยพัฒนาคุณลักษณะแต่ละด้านตั้งแต่ระดับแรก คือ *ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน* หรือ *functional health literacy* ระดับที่สอง *ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์* หรือ *communicative/ interactive health literacy* และระดับที่สาม คือ *ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ* หรือ *critical health literacy* ซึ่งคณะทำงานของกองสุศึกษา ได้ยกร่างแนวทางการจำแนกระดับการพัฒนาตามคุณลักษณะสำคัญที่กำหนดขึ้นร่วมกับภาคีเครือข่าย สำหรับใช้เป็น

แนวทางพัฒนาเครื่องมือการวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพ แนวทางดังกล่าว ได้มาจากการสังเคราะห์คำนิยามและความหมายที่กำหนดขึ้นจากหน่วยงานระดับชาติและรายงานผลการวิจัยที่ผ่านมา โดยยึดหลักการของดอน นัทบีม ที่จำแนกคุณลักษณะของความฉลาดทางสุขภาพเป็น 3 ระดับ ซึ่งองค์การอนามัยโลกยอมรับ และคณะทำงานถือว่า “การรู้เท่าทันสื่อ” เป็นคุณลักษณะหนึ่งของความฉลาดทางสุขภาพตามที่ศูนย์ระบบข้อมูลวิจัยทางการศึกษาของแคนาดา หรือ The Canadian Education Research Information System: CERIS (1999) กำหนดไว้

อย่างไรก็ตาม องค์ความรู้เรื่องนี้ในปัจจุบันยังไม่เป็นข้อยุติว่าคุณลักษณะทั้ง 6 ด้านที่กำหนดขึ้นจำเป็นจะต้องวัดในทุกระดับ หรือจะสามารถกำหนดวิธีการวัดความฉลาดทางสุขภาพได้ทั้ง 3 ระดับหรือไม่ ซึ่งจำเป็นจะต้องมีการศึกษาวิจัยต่อไป สำหรับแนวทางจำแนกระดับการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพตามคุณลักษณะ 6 ด้าน มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 2 แนวทางจำแนกระดับการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ

คุณลักษณะสำคัญ ที่จำเป็นต่อพัฒนาเพื่อเพิ่ม ความฉลาดทางสุขภาพ	ระดับของความฉลาดทางสุขภาพ		
	ระดับพื้นฐาน (Functional Health Literacy)	ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy)	ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy)
(1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและ บริการสุขภาพ (access)	มีความสามารถในการ เลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ รู้วิธีการในการค้นหา และการใช้อุปกรณ์ สืบค้นหาที่ คอมพิวเตอร์ ระบบห้องสมุด ฯลฯ	มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและ บริการสุขภาพระดับพื้นฐาน และมีความสามารถในการ ค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง และทันสมัยเพื่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ	มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพระดับ ปฏิสัมพันธ์และมีความสามารถ ในการตรวจสอบข้อมูลจาก หลายแหล่งจนข้อมูลมีความ น่าเชื่อถือสำหรับการนำมาใช้

ตารางที่ 2 แนวทางจำแนกระดับการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ (ต่อ)

คุณลักษณะสำคัญ ที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่ม ความฉลาดทางสุขภาพ	ระดับของความฉลาดทางสุขภาพ		
	ระดับพื้นฐาน (Functional Health Literacy)	ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy)	ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy)
(2) ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive)	การรู้และการจำประเด็น เนื้อหาสำคัญในการ ปฏิบัติตัวเพื่อให้มี สุขภาพดี	มีความรู้ความเข้าใจระดับ พื้นฐานและสามารถอธิบายถึง ความเข้าใจในการจะนำไป ปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง	มีความรู้ความเข้าใจระดับ ปฏิสัมพันธ์ และสามารถ วิเคราะห์หรือเปรียบเทียบ อย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับ แนวทางการมีพฤติกรรมที่ ถูกต้อง
(3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill)	มีความสามารถในการ สื่อสารโดยการพูดอ่าน เขียนข้อมูลเกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวเพื่อให้มี สุขภาพดี	มีทักษะการสื่อสารระดับ พื้นฐานและสามารถสื่อสาร ให้บุคคลอื่นเข้าใจเกี่ยวกับ วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อให้มี สุขภาพดี	มีทักษะการสื่อสารระดับ ปฏิสัมพันธ์ และสามารถ โน้มน้าวให้ผู้ยินยอมรับ แนวทางการมีพฤติกรรมที่ ถูกต้อง

ตารางที่ 2 แนวทางจำแนกระดับการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ (ต่อ)

คุณลักษณะสำคัญ ที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่ม ความฉลาดทางสุขภาพ	ระดับของความฉลาดทางสุขภาพ		
	ระดับพื้นฐาน (Functional Health Literacy)	ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy)	ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy)
(4) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill)	มีความสามารถในการ กำหนดทางเลือกและ ปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือ เลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อ ให้มีสุขภาพดี	มีทักษะการตัดสินใจระดับ พื้นฐานและมีความสามารถใน การใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ ผลดี-ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/ หลีกเลี่ยง/เลือกวิธีปฏิบัติซึ่ง เป็นทางเลือกที่เหมาะสม เพื่อ ให้มีสุขภาพดี	มีทักษะการตัดสินใจระดับ ปฏิสัมพันธ์และสามารถแสดง ทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อย ต่อตนเองและผู้อื่นหรือแสดง ข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้ อย่างเหมาะสม

ตารางที่ 2 แนวทางจำแนกระดับการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ (ต่อ)

คุณลักษณะสำคัญ ที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่ม ความฉลาดทางสุขภาพ	ระดับของความฉลาดทางสุขภาพ		
	ระดับพื้นฐาน (Functional Health Literacy)	ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy)	ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy)
(5) การจัดการตนเอง (self-management)	มีความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง	มีการจัดการตนเองระดับพื้นฐานและสามารถทำตามเป้าหมายที่กำหนดโดยมีเป้าหมายเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง	มีการจัดการตนเองระดับปฏิสัมพันธ์และมีความสามารถในการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง
(6) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy)	มีความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ื่อนำเสนอเพื่อนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง	มีการรู้เท่าทันสื่อระดับพื้นฐานและสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น	มีการรู้เท่าทันสื่อระดับปฏิสัมพันธ์และมีความสามารถในการประเมินข้อความสื่อเพื่อแนะแนวทางให้กับชุมชนหรือสังคม

ความฉลาดทางสุขภาพเป็นสิ่งที่จำเป็นจะต้องพัฒนาอยู่ตลอดเวลา “คนที่ฉลาดในวันนี้ ก็มีใ่ว่าจะฉลาดตลอดไป” เพราะสภาวะโรคภัยไข้เจ็บมีการเปลี่ยนแปลงไปกับกาลสมัย ดังนั้น การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ อยู่เสมอจึงจะเป็นหนทางช่วยให้เป็นคนทันโลกและทันโรค โดยอาศัย การเพิ่มพูนความรู้และทักษะให้ทันกับความเปลี่ยนแปลงของโรคภัยไข้เจ็บ ต่างๆ เมื่อบุคคลมีความฉลาดทางสุขภาพจะมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพ ตนเองได้ รวมทั้งยังจะช่วยแนะนำสิ่งที่ถูกต้องให้กับบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว คนร่วมชุมชน และสังคมได้อีกด้วย

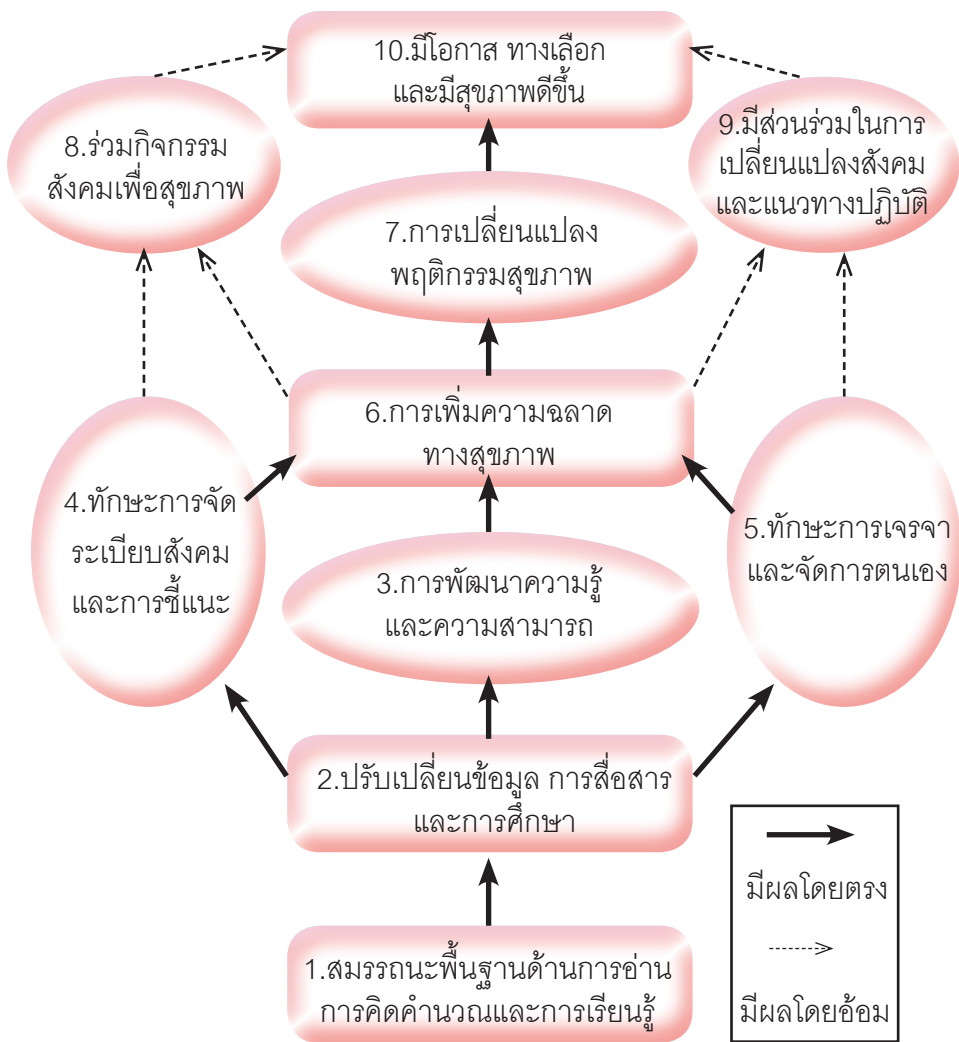
แนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ จำแนกเป็น 3 แนวทาง คือ การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพรายบุคคล การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในองค์กร และการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเชิงระบบ มีแนวทางการพัฒนาดังนี้

1. การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพรายบุคคล

การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพรายบุคคล จำเป็นต้องมีการวินิจฉัย และจำแนกบุคคลออกเป็นกลุ่มและจัดกิจกรรมให้เหมาะสม เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มบุคคลที่ด้อยความสามารถในการเรียนรู้ (illiteracy) ประชาชนที่มีความฉลาดต่ำ (low-literacy) และสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพให้กับประชาชนทั่วไป (general populations)

ปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นของความฉลาดทางสุขภาพ ประกอบด้วย การรู้หนังสือ ได้แก่ การอ่าน การเขียน การคิดคำนวณ และพื้นฐานความรู้ของบุคคล (1) ซึ่งเป็นทักษะที่สามารถจะพัฒนาได้ด้วยวิธีการต่างๆ โดย

มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ นำมาปรับเปลี่ยนข้อมูล สื่อสาร และพัฒนาตนเอง (2) ทำให้เกิดความรู้และความสามารถที่เกี่ยวข้อง (3) ด้วยความรู้และสมรรถนะนี้เอง เมื่อได้มีการนำสู่การปฏิบัติก็จะทำให้บุคคลเกิดทักษะในการทำงานร่วมกับบุคคลอื่น และมีความรู้ที่ถูกต้องจากการศึกษาค้นคว้าและมีการสื่อสารแลกเปลี่ยน เมื่อผนวกกับปัจจัยด้านประสบการณ์ที่ได้รับการฝึกฝนให้มีความรู้ในการจัดระเบียบและชี้แนะชุมชน/สังคม (4) การพัฒนาทักษะการเจรจาและการจัดการตนเอง (5) ทำให้เกิดผลต่อการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ (6) เมื่อเจอเข้ากับสถานการณ์จริงในการตัดสินใจ เช่น เพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ จะมีวิธีสื่อสารและปฏิบัติอย่างไร ให้เพื่อนเข้าใจและมีสุขภาพที่ดี ฯลฯ ความฉลาดทางสุขภาพดังกล่าวย่อมส่งผลทางตรงต่อวิถีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดี หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม (7) อาทิ กรณีผู้ที่มีปัญหาเรื่องน้ำหนักตัว ต้องการลดการบริโภคน้ำตาล ซึ่งทำให้เกิดผลต่อการลดน้ำหนัก ควรจะต้องมีความรู้และความเข้าใจว่ามีบริการด้านสุขภาพอะไรบ้างที่สามารถใช้ได้ เช่น สถานที่ออกกำลังกาย สถานที่ให้บริการให้คำปรึกษาการลดน้ำหนัก เป็นต้น รวมทั้งการมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่ผลักดันให้บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม (8) ตัวอย่างกิจกรรม ได้แก่ การเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมแอโรบิก ทีมวิ่งเพื่อสุขภาพ สมาชิกกลุ่ม อย.น้อย ฯลฯ และมีส่วนในการขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อวิถีการปฏิบัติเดิมของชุมชน/สังคมที่ไม่เหมาะสม (9) อาทิ การเลี้ยงเหล้าในวันฉลองความสำเร็จ หรือกินเค้กวันเกิด ฯลฯ ความฉลาดทางสุขภาพจึงสร้างโอกาสให้บุคคลมีทางเลือกที่เหมาะสมในการดำเนินวิถีชีวิต (10) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นก็คือการมีสุขภาพดีนั่นเอง ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 แผนผังการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ

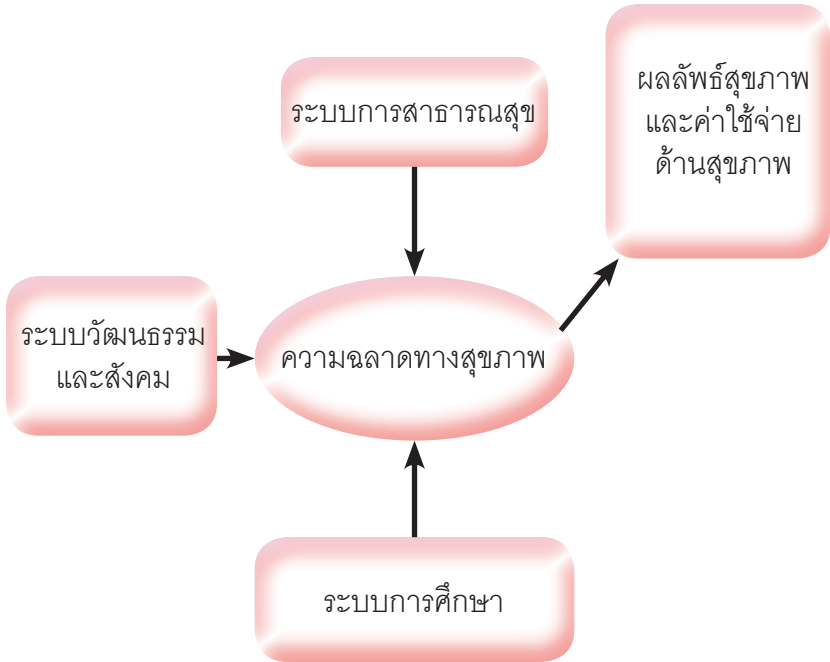
ที่มา : WHO (2009)

2. การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในองค์กร

การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในองค์กร มีแนวทางดังนี้
(1) การสำรวจบริบทขององค์กร (2) การสำรวจความสามารถของบุคลากร
(3) การพัฒนาความสามารถและทักษะของบุคลากร (4) การพัฒนาสื่อ
หรือช่องทาง (5) การใช้การสื่อสารสองทาง และ (6) การพัฒนาปัจจัยแวดล้อม
ให้เอื้ออำนวย

3.การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเชิงระบบ

การสร้างเสริมและพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในเชิงระบบจำเป็นต้องอาศัยองค์ประกอบสำคัญ อย่างน้อย 3 องค์ประกอบ เพื่อทำให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมในระดับประเทศ ประการแรก ได้แก่ **การพัฒนากระบวนการสาธารณสุข** ซึ่งเน้นการวินิจฉัย การสร้างเสริม และการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชน ประการที่สองคือ **การพัฒนากระบวนการศึกษา** ด้วยความเชื่อว่าระดับการรู้หนังสือจะช่วยให้ประชาชนเข้าใจเรื่องการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นและปฏิบัติตนได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น และการให้การศึกษา (education) แก่ประชาชนนั้น นับเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญของการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ ร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ (Kickbusch, S., 2001) และประการที่สาม ได้แก่ **การพัฒนากระบวนการวัฒนธรรมและสังคม** เพราะวัฒนธรรมและสังคมเป็นเป้าหมายใหญ่ของการเรียนรู้และการสร้างโอกาสให้ประชาชนมีการยกระดับความฉลาดทางสุขภาพเพิ่มขึ้น ดังนั้น ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมาจากการบูรณาการระบบทั้งสาม ก็คือ ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างกว้างขวางและเสมอภาค และประเทศมีต้นทุนการดูแลสุขภาพลดลง ดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 องค์ประกอบหลักที่สนับสนุนการสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพ
ที่มา : 7th Global Conference on Health Promotion (WHO, 2009)

การสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพมีแนวทางการพัฒนา ดังนี้

3.1 การสร้างระบบที่ช่วยเพิ่มอัตราการอ่านหนังสือของประชาชน

ประเทศทั่วโลกล้วนตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมให้ประชาชนอ่านออกเขียนได้หรือรู้หนังสือ และใช้อัตราการรู้หนังสือ (literacy rate) ของประชาชนเป็นดัชนีสะท้อนถึงคุณภาพและศักยภาพในการพัฒนาประเทศชาติ ระบบที่ช่วยส่งเสริมให้ประชาชนอ่านหนังสือมากขึ้น ได้แก่ การทำให้หนังสือคุณภาพดีหาได้ง่ายขึ้นในราคาที่ประชาชนทุกระดับสามารถซื้อหาได้ การทำให้มีแหล่งข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและเชื่อถือได้มากยิ่งขึ้น โดยทำให้สามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก การส่งเสริมผู้ผลิตและจัดทำข้อมูลสุขภาพในด้านต่างๆ เช่น แรงจูงใจด้านภาษี การจัดเรตติ้ง (rating) หนังสือเพื่อจำแนกกลุ่มผู้อ่าน การประชาสัมพันธ์หนังสือน่าอ่าน การพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ที่สร้างโอกาสให้ประชาชนใช้เป็นช่องทางและแหล่งฝึกฝน การอ่านและการเรียนรู้สำหรับตนเอง ครอบครัว และชุมชน ทั้งนี้ แผนงานสื่อสร้างสรรค์สุขภาพของเยาวชน (สสย.) ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้เสนอแนะยุทธศาสตร์ในการเพิ่มอัตราการอ่านหนังสือ ได้แก่ การกระจายสื่อให้ถึงมือเด็ก การรณรงค์โดยใช้สื่อกระตุ้นการอ่านและสร้างมูลค่าเพิ่มจากการอ่าน ส่งเสริมหนังสือคุณภาพราคาเหมาะสม การปกป้องเด็กจากสื่อที่เป็นภัยและขจัดอุปสรรคการอ่านของเด็ก

3.2 การสร้างองค์ความรู้สำหรับพัฒนาการตัดสินใจ

การพัฒนาองค์ความรู้ในด้านการวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของประชาชนกลุ่มต่างๆ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการตัดสินใจเชิงนโยบาย การรายงานพัฒนาการของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นสามารถใช้เป็นดัชนีสะท้อนถึงประสิทธิผลของการพัฒนาประเทศได้ นอกจากนี้ ควรมีการแลกเปลี่ยนงานวิจัยระหว่างหน่วยงาน และการพัฒนาโปรแกรมหรือโครงการที่มีผลในการเพิ่มระดับความฉลาดทางสุขภาพ

3.3 เพิ่มการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารและสารสนเทศ

โลกทุกวันนี้มีข้อมูลข่าวสารและองค์ความรู้ด้านสุขภาพจำนวนมากในทุกหนทุกแห่ง โดยเฉพาะในโลกสังคมออนไลน์ (social network) จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำให้ประชาชนทุกกลุ่มวัย สามารถเข้าถึงข้อมูลและองค์ความรู้ที่ถูกต้องทันสมัยได้ตลอดเวลา เพื่อนำไปใช้ประโยชน์กับตนเองและเผยแพร่ไปสู่บุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลในเครือข่าย

ทั้งนี้ ข้อมูลสุขภาพในระบบควรมีการออกแบบเนื้อหาที่เข้าถึงใจผู้ใช้บริการ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ช่องทางผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารและสารสนเทศมีการเพิ่มระดับการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น โดยทำให้ผู้ผลิตและเผยแพร่ข้อมูลมีความระมัดระวังและรักษามาตรฐานคุณภาพของข้อมูลที่ต้องการ ทันสมัย และ

เชื่อถือได้ รวมทั้งมีการประเมินและวิเคราะห์ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพว่ามีความเหมาะสมกับผู้ต้องการใช้หรือไม่ มาก-น้อย เพียงใด เพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนาต่อไป

3.4 เพิ่มการใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพให้เกิดพลัง

เนื่องจากความฉลาดทางสุขภาพเป็นวิถีทางหนึ่งในการเพิ่มพลังให้กับประชาชนในการควบคุมปัจจัยที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ ดังนั้น หากประชาชนสามารถแสวงหาความรู้มาเพิ่มพูนทักษะและความสามารถให้สูงขึ้นแก่ตนเอง และแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดพลังภายในกลุ่ม จะสามารถต้านทานหรือควบคุมอิทธิพลจากสิ่งเร้าซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในบริบทที่ตนเองอาศัยอยู่ได้ ประชาชนก็จะมีภูมิต้านทานด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นมาจากความฉลาดในการใช้ข้อมูลข่าวสารให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ

3.5 การพัฒนาระบบที่เป็นมิตรกับผู้รับบริการ ได้แก่

(1) การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย

การพัฒนาสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อสุขภาพทำได้โดยจัดให้มีศูนย์การเรียนรู้สุขภาพ ป้ายแนะนำตามจุดต่างๆ ป้ายบอกทางที่เป็นสากลในพื้นที่ที่มีคนหลายภาษาหรือหลากหลายวัฒนธรรม รวมทั้งการจัดสิ่งแวดลอมให้ดูผ่อนคลายโดยการเลือกใช้สีและการจัดวางสิ่งของที่ไม่มีบรรยากาศของความน่ากลัว การจัดให้เจ้าหน้าที่มีชุดเครื่องแบบหรือแต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่สังเกตเห็นได้ชัดเจนว่าเป็นบุคลากรของหน่วยบริการนี้

(2) การปรับปรุงทักษะการสื่อสารของกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ

บุคลากรสาธารณสุขในระบบสุขภาพทุกวันนี้ มีเวลาน้อยมากในการสื่อสารกับผู้มารับบริการทำให้เกิดช่องว่างระหว่างแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยและญาติ หรือระหว่างบุคลากรด้วยกันเอง อันเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการให้บริการทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ส่งผลต่อประสิทธิผลและประสิทธิภาพของงาน การปรับปรุงทักษะการสื่อสารของกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ สามารถกระทำได้ด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่ การพัฒนาการสื่อสารสองทาง การพูดให้เข้าใจ และใช้เทคนิค “Ask Me 3” ซึ่งพัฒนาโดย The Partnership for Clear Health Communication (Bryan C., 2007) แนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้หลักคำถามพื้นฐาน 3 ข้อ เพื่อให้ผู้ป่วยทบทวนการรับรู้และการปฏิบัติตัวภายหลังจากได้รับบริการแล้ว ดังนี้

ข้อ 1 ปัญหาสุขภาพที่พบคืออะไร ? (What is my medical problem?)

ข้อ 2 อะไรบ้างที่จำเป็นต้องทำ ? (What do I need to do?) และ

ข้อ 3 สิ่งที่ต้องทำนั้นสำคัญอย่างไร? (Why is it important for me to do this?)

3.6 การออกแบบและตรวจสอบคุณภาพสื่อ

สื่อในการดำเนินงานด้านสุขภาพมีทั้งสื่อบุคคล สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์หรือมัลติมีเดียและสื่อสาธารณะ การออกแบบควรใช้หลักการออกแบบที่เหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มเป้าหมายเช่น คำนี้ถึงขนาดตัวอักษรและสีที่เหมาะสม การเว้นพื้นที่ว่าง การใช้แผนภาพหรือภาพถ่ายประกอบการสื่อความรู้ความเข้าใจ ใช้ข้อความสั้น ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และให้ข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

กองสุขศึกษา. (2553). ผลการสำรวจ Health Literacy ในกลุ่มเยาวชนอายุ 12-15 ปี.

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2553). การสังเคราะห์องค์ความรู้เรื่อง ความแตกฉานด้านสุขภาพ.

วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ปีที่ 6 เล่มที่ 23 ฉบับที่ 1
ตุลาคม 2552 -มกราคม 2553; 46-55.

จารุวรรณ กองแก้ว. (2551). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ต่อการเสริมสร้างความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มารับการเจาะชิ้นเนื้อ
ที่ตับที่โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สาธารณสุขศาสตร์) คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล.

จินตนา ต้นสุวรรณนนท์, ปิ่นกนก วงศ์ปิ่นเพชร และชญญา ลีศักดิ์รุฬฟ่าย. (2552). ปัจจัย

ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคสื่อด้วยปัญญาของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา
ในเขตกรุงเทพมหานคร. สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการ
สร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ตุลาคม 2552.

ชนนวนทอง ธนสุกาญจน์ และลักขณา เต็มศิริกุลชัย. (2552). การนำเสนอแนวคิด

และประสบการณ์เรื่อง Health Literacy ความแตกฉานด้านสุขภาพ.
ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.

มูลนิธิเพื่อพัฒนาการศึกษาไทย. (2553). แนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาวะของเด็ก เยาวชน และ ครอบครัว ด้วยพลังเครือข่ายการศึกษา. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. กรุงเทพมหานคร.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2541). นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ. ฉบับปรับปรุงแปลโดยพิสมัย จันทวิมล นนทบุรี.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2550). พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ.

Baker, D.W., et al. (2007). Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons. ARCH INTERN MED. 167(14).

Bickmore, T.W., et al. (2010). Usability of conversational Agents by patients with inadequate health literacy: Evidence from two clinical trials. Journal of Health Communication. 15: 197-210.

Bryan, C. (2007). Provider and Policy Response to Reverse the Consequences of Low Health Literacy. Department of Health Management and Informatics, University of Missouri-Columbia.

Cho, Y.I., Lee, S.Y.D., Arozullah, A.M., Crittenden, K.S. (2008). Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. Social Science & Medicine. 66: 1809-1816.

DeWalt, et al. (2004). Literacy and Health outcomes. Journal of General International Medicine. 19: 1228-1239.

- Health Canada. (2002). What determines health? Available from:
http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/determinants/deter_biblio.html
[June 13, 2007]
- Institute of Medicine: IOM. (2004). Health Literacy: A Prescription to End
Confusion. Available from: <http://www.iom.edu> [June 11 2010]
- Ishikawa, H., Nomura, K., Sato, M., Yano, E. (2008). Developing a measure
of communicative and critical health literacy : a pilot study of
Japanese office workers. Health Promotion International.
23 (3): 269-274.
- Jackson, R.D., Eckert, G.J. (2008). Health Literacy in an Adult Dental Research
Population: A pilot study. American association of Public Health
Density. Vol.698, No.4.
- Jones, M., Lee, J.Y. and Rozier, R.G. (2007). Oral Health Literacy among
Adult Patients Seeking Dental Care. J.AM.Dent. Assoc. 138: 1199-1208.
- Kickbusch, I.S. (2001). Health Literacy: addressing the health and education
divide. Yale University School of Public Health. New Haven, CT, USA.
- Kickbusch, I.S. (2008). Health Literacy: an essential skill for the twenty-first
century. Health Education, Vol.108 no.2.

- Kris, P.B., Doering, J., Casbin, S., Patrick, T., Rbyne, P. (2010). Functional Health Literacy and Mental Health in Urban and Rural mothers of Children Enrolled in Early Intervention Programs *Infants & Young Children*. 23(1): 42-51.
- Mancuso, J.M. (2009). Assessment and Measurement of health literacy: An integrative review of the literature. *Nursing and Health Sciences*. 11: 77-89.
- Manganello, J.A. (2008). Health Literacy and adolescents: a framework and agenda for future rerearch. *Health Education Research*. Vol.23 no.5, 2008.
- NAAL. (2006). National Assessment of Adult Literacy. The Health Literacy of America's Adults Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. U.S. Department of Education.
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century. *Health Promotion International*. 15(8) printed in Great Britain.
- Nutbeam, D. (2008). Health Literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research*. 23(5). Published by Oxford University Press.

- Osborn, C.Y. et al. (2007). Measuring Adult Literacy in Health Care: Performance of the Newest Vital Sign. *Am.J. Health Behav.* 31(Supp11): S36-S46.
- Parker, RM., Baker, D.W., William, M.V., Nurss, J.R. (1995). The test of Functional Health Literacy In Adult: a new instrument for measuring patient's literacy skills. *Journal of General internal Medicine.* 10: 537-541.
- Pleasant, A., Kuruvilla S. (2008). A tale of two health literacies: Public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promotion International.* 23(2): 152-159.
- Rootman, I. (2002). Health Literacy and Health Promotion. *Ontario Health Promotion E-Bulletin.* http://www.ohpe.ca/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=175 [June 17 2010]
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion.* WHO Publications.
- 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.

Zarcadoolas, C., Pleasant, A. & Greer, D.S. (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promotion International*. 20(2): 195-203.

แหล่งค้นคว้าเพิ่มเติม

www.gse.harvard.edu/-ncsall

www.hsph.harvard.edu/healthliteracy

www.worlded.org

www.nlm.nih.gov

www.ama-assn.org/ama/pub/category/3125.html

www.nhcouncil.org/initiatives/health_literacy.html

www.nifl.gov

www.healthliteracy.com

www.health.gov/healthypeople

www.cdc.gov/healthyyouth/sher/standards/1.htm

“ความฉลาดทางสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะ
ในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมิน
การปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้ง สามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพ
ส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี”

(กองสุขศึกษา, 2554)