

ความรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา

3SR

ความรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา (Health Literacy: Measurement and Development)

ISBN:

Health Literacy: Measurement and Development

ISBN: XXXXXXXXXX

Photo by: Ungsinun Intarakamhang

ความรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา

Health Literacy: Measurement and Development



รองศาสตราจารย์ ดร.
อังคินันท์ อินทรกำแหง

3SR สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University, Thailand

รศ.ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคล (HL)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคล (WHO, 1998) หมายถึง

การกระทำอย่างต่อเนื่องของบุคคล ที่เป็นการใช้ทักษะทางปัญญา (ด้านการคิด) และทักษะทางสังคม (การสื่อสาร 2 ทาง-สหสาขา แลกเปลี่ยนร่วมกัน) ในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และ ประเมินข้อมูล และบริการทางสุขภาพ ที่ได้รับการถ่ายทอดหรือเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นแรงจูงใจในตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลจัดการสุขภาพตนเองได้ เพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ

ส่วนสมาคมสาธารณสุขแคนาดา ได้ให้ความหมายเพิ่มว่า HL is “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”



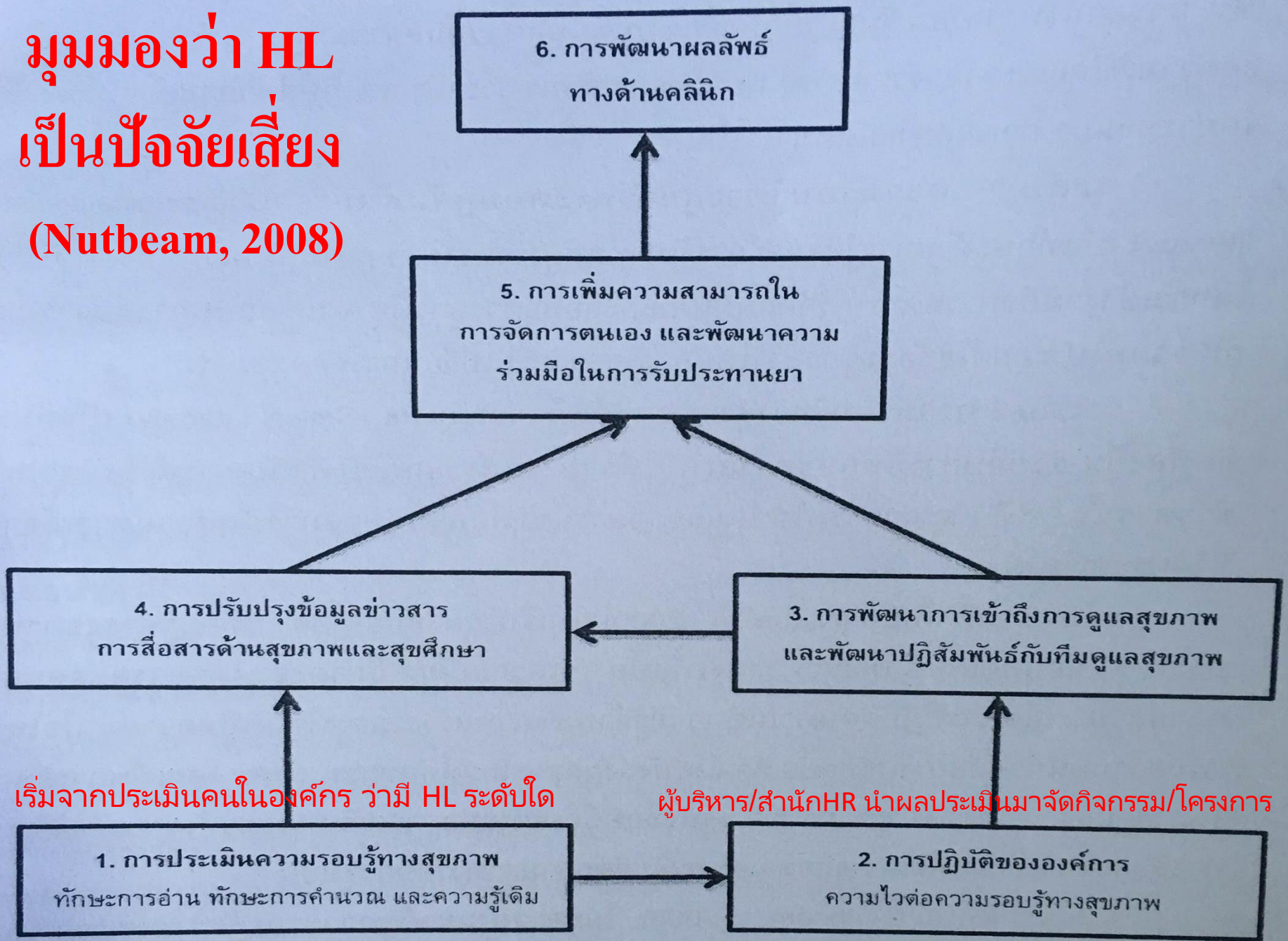
แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ

ส่วน WHO (2016) ในการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 9 เมื่อ 21-24 พฤศจิกายน 2559 ที่เชียงใหม่ ประเทศไทย มีเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goal-SDG) มีประเด็นสำคัญที่ว่า

“ความรู้ด้านสุขภาพช่วยสนับสนุนความสำเร็จในการทำงานด้านสุขภาพและการเข้าถึงคุณภาพในการดูแลสุขภาพของประชาชนได้อย่างไร” (มองเป็นปัจจัยเสี่ยง) และได้ให้ความหมายของ HL เพิ่มว่า

“เป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจและใช้ สารสนเทศในทางส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีเพื่อตนเอง ครอบครัวและชุมชน เช่น ความเข้าใจจากการอ่านฉลากยา ฉลากอาหาร การเจรจาและปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ได้ ”

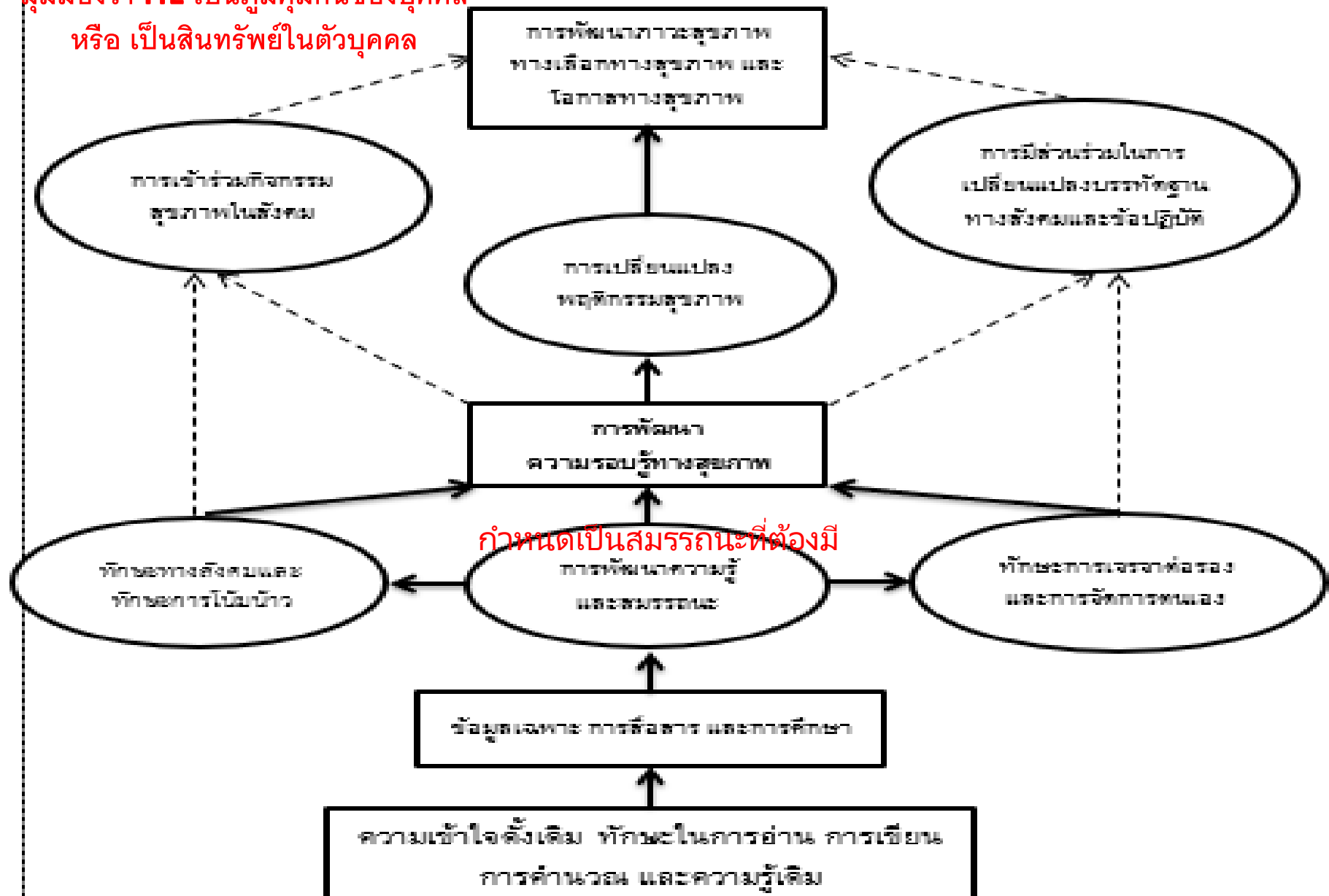
**มุมมองว่า HL
เป็นปัจจัยเสี่ยง
(Nutbeam, 2008)**



เริ่มจากประเมินคนในองค์กร ว่ามี HL ระดับใด

ผู้บริหาร/สำนักHR นำผลประเมินมาจัดกิจกรรม/โครงการ

มุมมองว่า HL เป็นภูมิคุ้มกันของบุคคล
หรือ เป็นสินทรัพย์ในตัวบุคคล



ภาพประกอบ 4 Conceptual model of health literacy as an asset

สมรรถนะของบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม HL

จากการวิจัยทำ Delphi 3 รอบ กับผู้เชี่ยวชาญด้าน HL จำนวน 20 คน เชี่ยวชาญดูแลสุขภาพ 10 คนจาก 13 ประเทศในยุโรป เพื่อค้นหา สมรรถนะด้านความรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรสุขภาพที่ควรมี ประกอบด้วย 94 สมรรถนะ (Competencies) แบ่งเป็น ด้านความรู้ 20 ข้อ 2) เจตคติด้านสุขภาพ 11 ข้อ 3)

ทักษะการปฏิบัติอีก 38 ข้อ เช่น ความรู้ความเข้าใจ HL - ทักษะการประเมินความเข้าใจของประชาชน

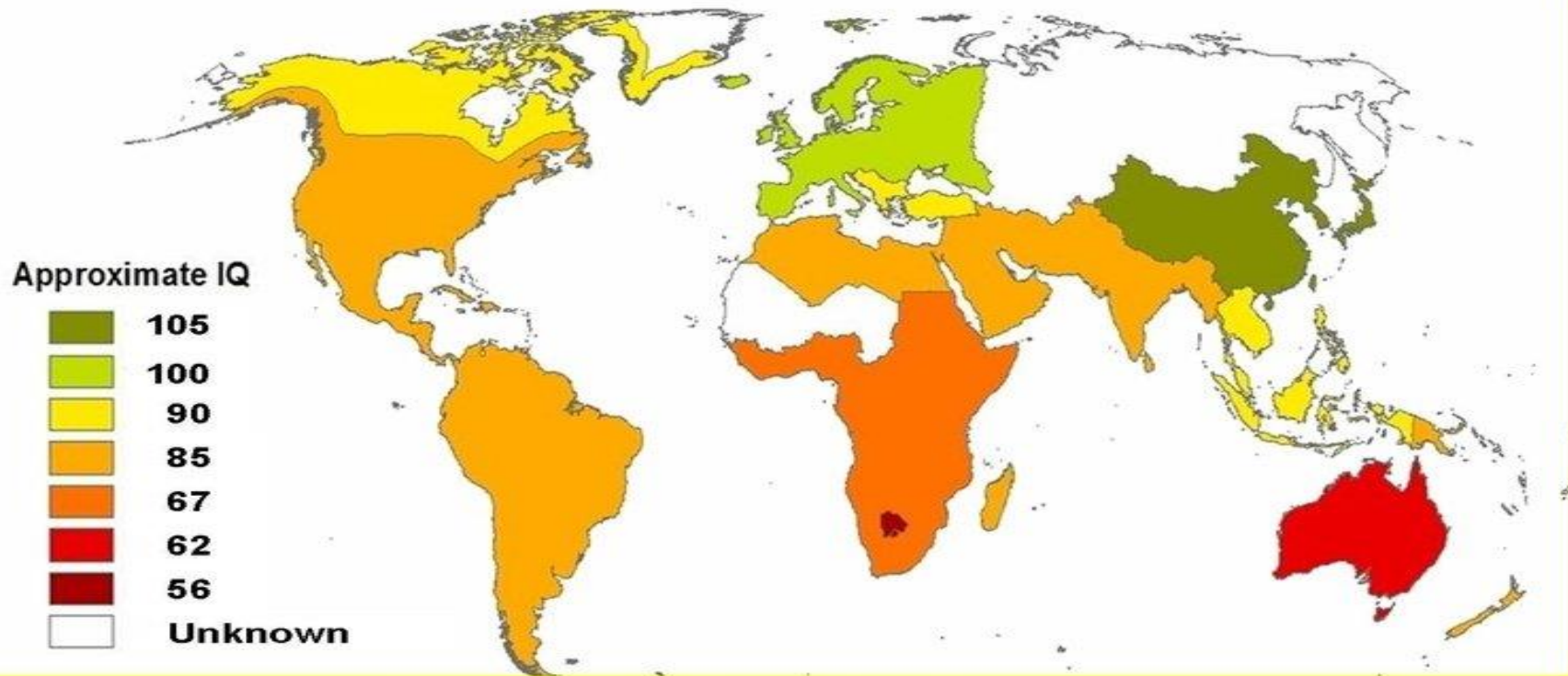
- ทักษะการทำงานเชิงรุก (Pro-active) - รู้จักใช้เทคนิค Teach back กับผู้รับบริการ
- มีความไวเชิงวัฒนธรรม (Cultural sensitivity)
- รู้จักเสนอทางเลือกโดยไม่ตัดสินใจแทนผู้รับบริการ (Non-judgmental approach)
- การจัดบริการที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-centered approaches)
- การสร้างพลังใจและกายให้ผู้รับบริการเพื่อไปพัฒนาตนเอง/ผู้อื่นต่อ (Asset Empowerment)
- มีสมรรถนะด้านการสื่อสารเชิงบวก (Positive communication competency)
- ให้ความสำคัญกับ HL ด้านการสื่อสารกับวิจารณ์ญาณ (Communication and Critical HL)
- คุณลักษณะของบุคคลขั้นสูง (Advanced personal skills) อาจจะเป็นทักษะศตวรรษที่ 21
- ทักษะการเสนอข้อมูล (Information skills) เพื่อตัดสินใจ (informed decision-making)
- ทักษะการปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ให้กับผู้รับบริการ (Effective interaction)

(Karuranga, Sorensen & Coleman, 2017; Health Literacy Competencies for European Health Care Personnel)

10 อันดับทักษะที่จำเป็นในยุค 4TH INDUSTRIAL REVOLUTION

No.	In 2020	No.	In 2015
1	การแก้ปัญหาที่ซับซ้อน (Complex Problem Solving)	1	การแก้ปัญหาที่ซับซ้อน (Complex Problem Solving)
2	การคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ (Critical Thinking)	2	การติดต่อประสานกับผู้อื่น (Coordinating with others)
3	ความคิดสร้างสรรค์ (Creativity)	3	การจัดการบุคคล (People Management)
4	การจัดการบุคคล (People Management) ทักษะทางสังคม	4	การคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ (Critical Thinking)
5	การติดต่อประสานกับผู้อื่น (Coordinating with others) ทักษะทางสังคม	5	การเจรจาต่อรอง (Negotiation)
6	ความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Intelligence) ทักษะทางสังคม	6	การควบคุมคุณภาพ (Quality Control)
7	การตัดสินใจ (Judgement and Decision Making)	7	มุมมองในการให้บริการ (Service Orientation)
8	มุมมองในการให้บริการ (Service Orientation) ทักษะทางสังคม	8	การตัดสินใจ (Judgement and Decision Making)
9	การเจรจาต่อรอง (Negotiation) ทักษะทางสังคม	9	การฟังอย่างลึกซึ้ง (Active Listening)
10	การรับรู้ที่ยืดหยุ่น (Cognitive Flexibility)	10	ความคิดสร้างสรรค์ (Creativity)

World Distribution of the Intelligence of Indigenous Peoples



<http://www.pc-freak.net/blog/iq-world-rank-country-smartest-nations/>

SOURCE: Richard Lynn, Tatu Vanhanen, Jelte Wicherts.

The two general things one notices is that first, average IQ scores cluster by race; that is European peoples all have average IQ scores around 100, Black Africans all around 70, Native Americans in the 80s, etc.



ทักษะทางปัญญา (Cognitive skills)
IQ Scores

rank	Country	%
1	Singapore	108
2	South Korea	106
3	Japan	105
4	Italy	102
5	Iceland, Mongolia	101
6	Switzerland	101
7	Austria, China, Luxembourg, Netherlands, Norway, UK	100
8	Belgium, Canada, Estonia, Finland, Germany, New Zealand, Poland, Sweden	99
16	Brunei, Cambodia, Cyprus, FYROM, Lithuania, Sierra Leone, Thailand	91

SOURCE: Richard Lynn, Tatu Vanhanen, Jelte Wicherts.

ทักษะทางสังคม (Social skills)
EQ Scores

rank	Country	%
1	Philippines	60
2	El Salvador	57
3	Bahrain	56
4	Oman, Colombia	55
5	Chile, Costa Rica, Canada, Guatemala, Bolivia, Ecuador, Dominican Republic, Peru, Nicaragua, United States	54
:	:	:
9	.., Thailand,..	50

SOURCE: Gallup, a global performance-management consulting company based in Washington, DC. (2009–2011)
<http://www.gallup.com/poll/158882/singapore-ranks-least-emotional-country-world.aspx>

IQ Scores - ASEAN Country Rankings

rank	Country	%
1	Singapore	108
2	Vietnam	94
3	Malaysia	92
4	Brunei, Cambodia, Thailand	91
5	Laos	89
6	Indonesia, Myanmar	87
7	Philippines	86

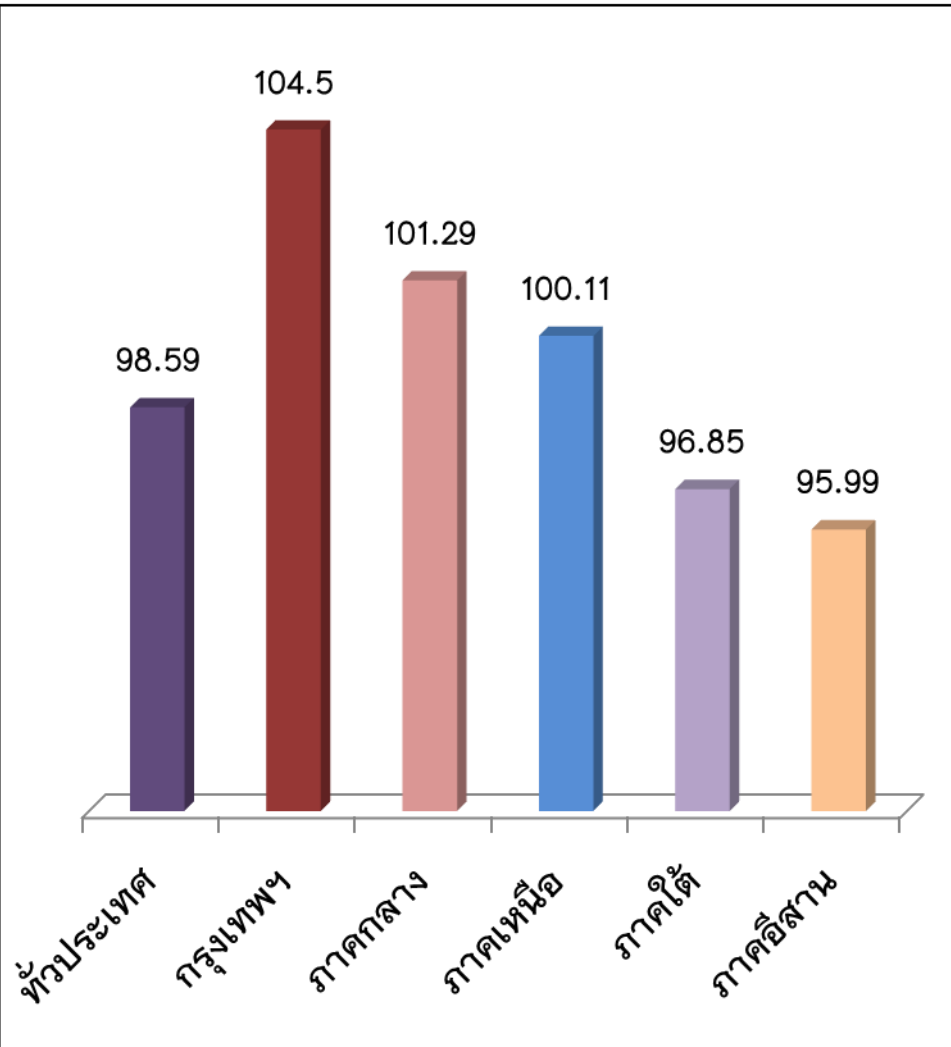
Emotional State of ASEAN Country

rank	Country	%
1	Philippines	60
2	Cambodia, Thailand	50
3	Indonesia	49
4	Malaysia	48
5	Laos	47
6	Vietnam	40
7	Singapore	36

SOURCE: Gallup, a global performance-management consulting company based in Washington, DC. (2009–2011)
<http://www.gallup.com/poll/158882/singapore-ranks-least-emotional-country-world.aspx>

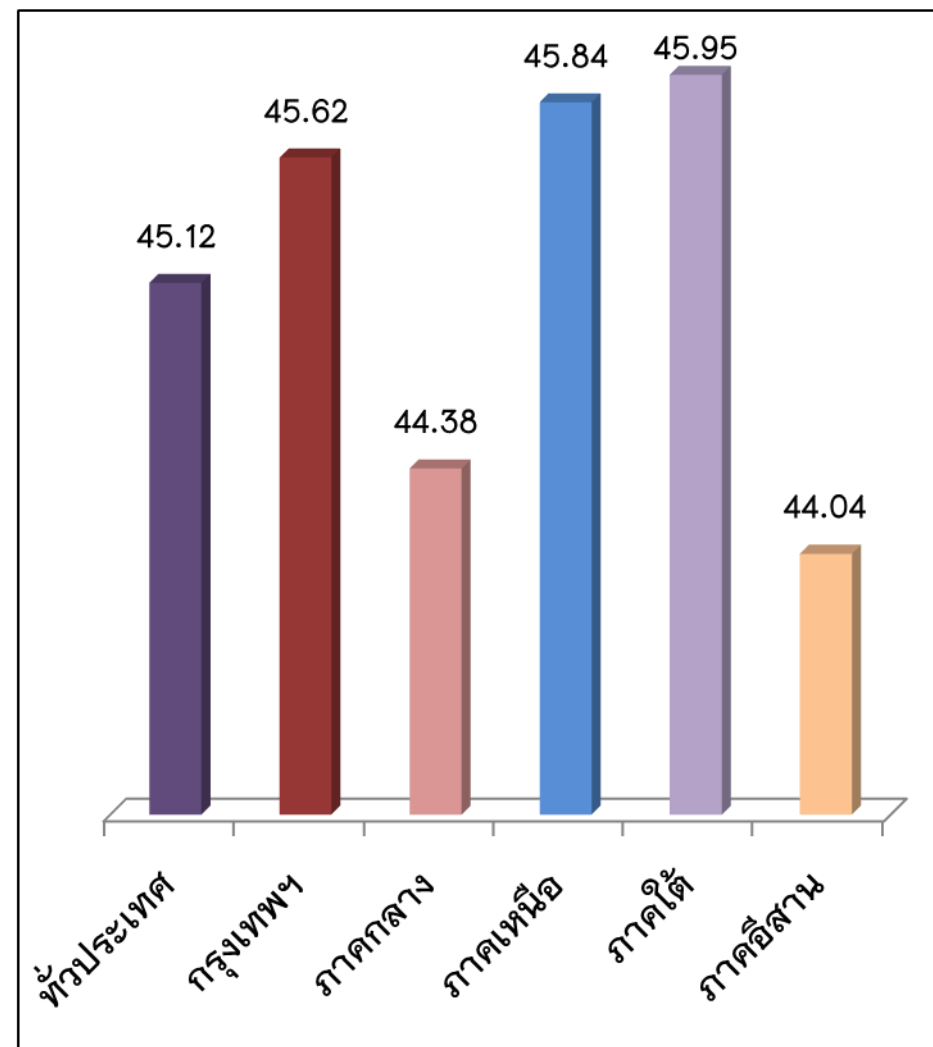
SOURCE: Richard Lynn, Tatu Vanhanen, Jelte Wicherts.

ระดับ IQ ของเด็กไทย อายุ 6-11 ปี จำแนกรายภาค



ที่มา: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2554

ระดับ EQ ของเด็กไทย อายุ 6-11 ปี จำแนกรายภาค



หมายเหตุ: คะแนนปกติ 50-100

ผลลัพธ์ของทักษะทางปัญญาสังคมและพฤติกรรม เช่น ความฉลาดทางสุขภาพของคนไทย (Health Quotient: HQ)



ความฉลาดทางสุขภาพของบุคคล หมายถึง

คุณลักษณะ ความสามารถของบุคคล ในการจัดการสุขภาพที่ดี
เพื่อให้มีอายุยืนยาววัดจาก 6 องค์ประกอบ คือ

1. ความรู้สึก
2. ความตระหนัก
3. การกำกับตนเอง
4. การจูงใจตนเอง
5. การบริหารจัดการบุคคล และ
6. การควบคุมสภาพแวดล้อมที่เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพ

ระดับ HQ ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

คะแนนรวมที่ได้	ระดับ	นอกเมือง		ในเมือง		รวม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 94 คะแนน หรือ <60 % ของคะแนนเต็ม	ต่ำ	31	6.2	34	6.8	65	6.5
94-124 คะแนน หรือ $\geq 60\%$ - < 80% ของคะแนนเต็ม	ปานกลาง	322	64.4	334	66.8	<u>656</u>	<u>65.6</u>
มากกว่า 124 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม	สูง	147	29.4	132	26.4	279	27.9

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา: จากกลุ่มประชาชน อายุ 15 ปี ขึ้นไป ทั้งหมด 1000 คน แบ่งเป็น เขตเมือง 500 คน และนอกเมือง 500 คน

หมายเหตุ: แบบวัด HQ 39 ข้อคำถาม คะแนนเต็ม 156 คะแนน จัดระดับตามแนวคิดของ บลูม (Bloom.1976) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีคะแนน $\geq 80\%$ ขึ้นไป ระดับปานกลาง มีคะแนน อยู่ระหว่าง $\geq 60\% - < 80\%$ และระดับต่ำ มีคะแนน $< 60\%$

ยุคของการพัฒนาสุขภาพมาสู่ยุค HL ได้อย่างไร

ยุค 1 ค.ศ. 1796 โรคระบาดโรคติดเชื้อ คนอายุสั้น

ยุค 2 ค.ศ. 1854 แก้ปัญหาด้วยนวัตกรรม – มีวัคซีน /ยา/อนามัย

ยุค 3 เศรษฐกิจใหญ่ขึ้น Globalization – บริโภคนิยม ปัญหาสุขภาพเริ่มที่
คนอายุน้อย มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น **โรค NCD**

ยุค 4 ศตวรรษที่ 21 มีความเป็นเลิศทางการรักษา มีผู้ป่วยอายุยืนเพิ่มขึ้น

World Economic Forum พบ ประชากรที่มีอายุยืนเฉลี่ย 15 อันดับแรก

ได้แก่ **ฮ่องกง ญี่ปุ่น** อิตาลี ไอซ์แลนด์ **สวีตเซอร์แลนด์ ฝรั่งเศส** สเปน

สิงคโปร์ ออสเตรเลีย **อิสราเอล** สวีเดน อังกฤษ นอร์เวย์ ลักเซมเบิร์ก
เกาหลีใต้ เท่ากับ 83.5, 83.1, 82.9, 82.9, 82.7, 82.6, 82.4, 82.1, 82.1,
81.7, 81.7, 81.5, 81.5, 81.4, 81.4 แต่ครองแชมป์หญิงฝรั่งเศสอายุ 122+ปี

ส่วน **ประเทศไทย** อายุเฉลี่ย 74.4 อยู่อันดับ 72 จากการจัดอันดับ 138 ประเทศ
ในโลก (WEF, 2017) ไทยรองจากสิงคโปร์ บรูไน และมาเลเซีย ในขณะที่ 50 ปีก่อนอายุเฉลี่ยเท่าเกาหลีใต้

HL เป็นการเรียนรู้ตลอดชีวิต มิใช่แค่การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองเท่านั้น

สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพทั่วโลก

ปี ค.ศ.1974 HL ถูกนำเสนอครั้งแรกโดย Simonds จากบทความ
ความหลังประชุมวิชาการสุขศึกษา

ปี ค.ศ.1996 โดยสามีภรรยา **Cecelia and Leonard Doak** จากผลงาน
Teaching patients with low literacy skills

ปี 2003 USA สำรวจความรู้ความเข้าใจในการอ่านฉลากยา
ฉลากอาหาร ในสิ่งแพทย์ สิทธิการรักษาและเอกสารความรู้ด้านสุขภาพ
กับกลุ่มผู้ใหญ่อายุ 16 ปีขึ้นไป ร้อยละ 35 มี HL ต่ำ ร้อยละ 53
ปานกลาง และ ร้อยละ 12 HL สูง

ปี 2008 Canada สำรวจ HL ผู้ใหญ่อายุ 16 ปีขึ้นไปจำนวน
23,000 คน ร้อยละ 55 มี HL ต่ำ

ปี 2010 New Zealand สำรวจผู้ใหญ่อายุ 16-65 ปี ใช้/ไม่ใช้
ชาวเมารี พบว่า ร้อยละ 56.2 มี HL ต่ำ

สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพทั่วโลก

ปี 2012 สํารวจ **8 ประเทศในยุโรป** รวม 7,795 คน **HL** ตํ่า ใน ประเทศบัลแกเรีย สเปน ออสเตรีย เยอรมัน กรีซ โปแลนด์ ไอร์แลนด์ และ เนเธอร์แลนด์ คิดเป็นร้อยละ **62.1, 58.3, 56.4, 46.3, 44.8, 44.6, 40.0** และ **28.7** ตามลําดับ

ปี 2013-2014 ใน **6 ประเทศเอเชีย** รวม 10,024 คน มี อินโดนีเซีย คาซัคสถาน มาเลเซีย พม่า ใต้หวัน และเวียดนาม ไม่ รายงานระดับ HL มีความสัมพันธ์กับ **ระดับการศึกษาและระดับสถานภาพทางสังคม**

ปี 2015 **ญี่ปุ่น** สํารวจ GEN-HL อายุ 20-69 ปี 1,054 คน พบว่า มี **HL ไม่พอเพียง** มีปัญหาและมีจำกัดมากรวมกันมีจำนวนร้อยละ **85.4** ในญี่ปุ่นและร้อยละ **47.9** ในยุโรป

ผู้มี HL ตํ่า จะพบ ในกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุ ชนกลุ่มน้อย ชนผิวสี ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา ผู้ป่วยและผู้ที่มีฐานะยากจน

ตัวอย่างแบบวัด ในอดีต เป็น แบบทดสอบวัด Functional HL

Nutrition Facts			
Serving Size		½ cup	
Servings per container		4	
Amount per serving			
Calories	250	Fat Cal	120
		%DV	
Total Fat	13g	20%	
Sat Fat	9g	40%	
Cholesterol	28mg	12%	
Sodium	55mg	2%	
Total Carbohydrate	30g	12%	
Dietary Fiber	2g		
Sugars	23g		
Protein	4g	8%	

*Percentage Daily Values (DV) are based on a 2,000 calorie diet. Your daily values may be higher or lower depending on your calorie needs.

Ingredients: Cream, Skim Milk, Liquid Sugar, Water, Egg Yolks, Brown Sugar, Milkfat, Peanut Oil, Sugar, Butter, Salt, Carrageenan, Vanilla Extract.

Score Sheet for the Newest Vital Sign Questions and Answers

READ TO SUBJECT: This information is on the back of a container of a pint of ice cream.

1. If you eat the entire container, how many calories will you eat?

Answer: 1,000 is the only correct answer

2. If you are allowed to eat 60 grams of carbohydrates as a snack, how much ice cream could you have?

Answer: Any of the following is correct: 1 cup (or any amount up to 1 cup), Half the container. Note: If patient answers "two servings," ask "How much ice cream would that be if you were to measure it into a bowl."

3. Your doctor advises you to reduce the amount of saturated fat in your diet. You usually have 42 g of saturated fat each day, which includes one serving of ice cream. If you stop eating ice cream, how many grams of saturated fat would you be consuming each day?

Answer: 33 is the only correct answer

4. If you usually eat 2500 calories in a day, what percentage of your daily value of calories will you be eating if you eat one serving?

Answer: 10% is the only correct answer

READ TO SUBJECT: Pretend that you are allergic to the following substances: Penicillin, peanuts, latex gloves, and bee stings.

5. Is it safe for you to eat this ice cream?

Answer: No

ANSWER CORRECT

yes	no
-----	----

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย
อายุ 15 – 59 ปี ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส
(ABCDE-Health Literacy Scale of Thai Adults)



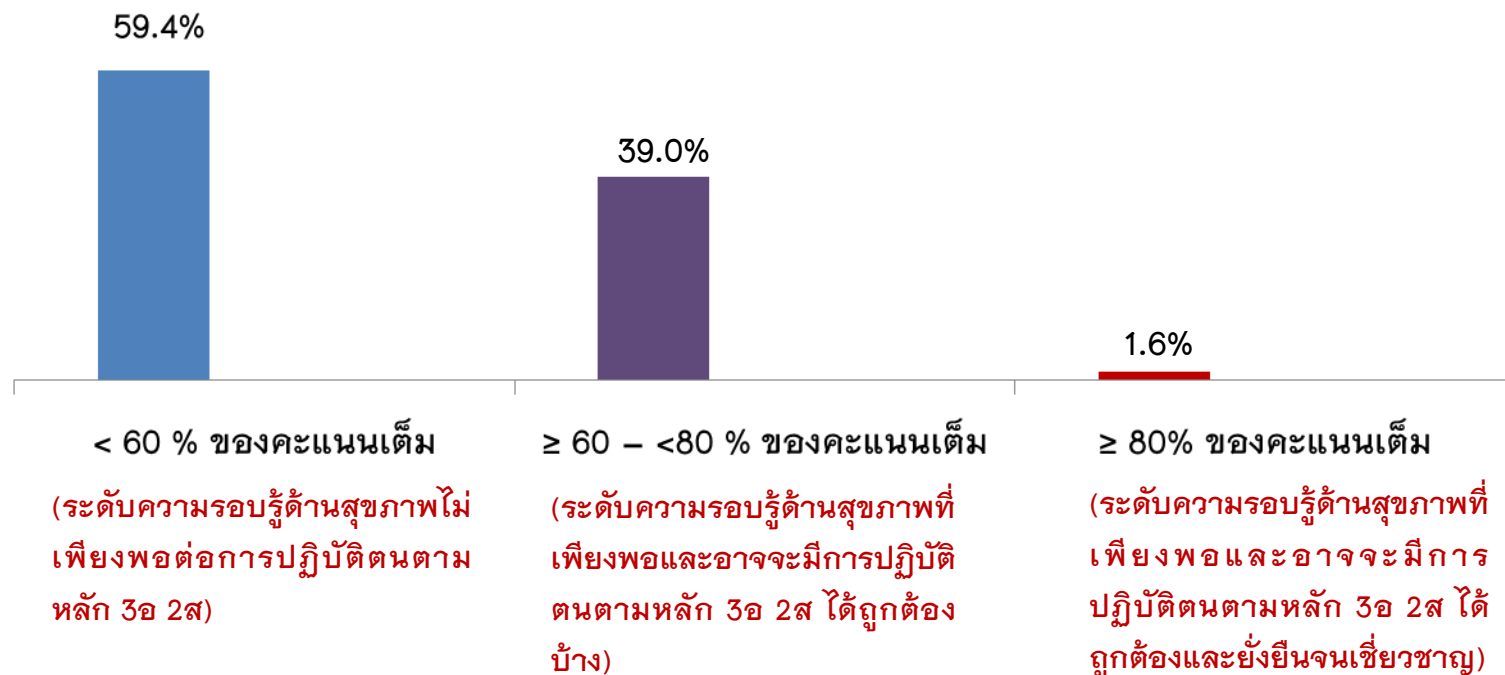
Ungsinun Intarakamhang, & Yuttapong Kwanchuen. (2016). The development and application of the ABCDE-health literacy scale for Thai adults. *Asian Biomedicine*, 10(6), 587-594.

ปี ค.ศ. 2014 หรือ 2556 ประเทศไทย โดย กองสุขศึกษา ร่วมกับ มศว สร้างและ
พัฒนาโดย systematic review + CFA จากกลุ่มตัวอย่าง 13 จังหวัดรวม 4,401 คน
ผลตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ The ABCDE-HL scale for Thai adults

ชื่อองค์ประกอบ	จำนวนข้อ คำถาม	ช่วงค่าอำนาจ จำแนก (r)	ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha)	ค่าดัชนี องค์ประกอบ
1. ความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพที่ ถูกต้อง (ค่าความยากง่าย = .490-.660)	10 ข้อ	432-.765	.611 (ค่า KR-20)	.390-.670
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	5 ข้อ	.625 - .725	.861	.724 - .841
3. การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทาง สุขภาพ	6 ข้อ	.554 - .847	.912	.735 - .847
4. การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของ ตนเอง	5 ข้อ	.689 - .752	.887	.710 - .791
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	5 ข้อ	.554 - .710	.834	.389 - .771
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	5 ข้อ	.215 - .476	.674	.685 - .820
รวมข้อคำถามทั้งหมด			36 ข้อคำถาม	

ระดับ HL ของคนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป ปี 2557 โดยกองสุขศึกษา/มศว

การเก็บข้อมูลเพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป ด้วยแบบประเมิน ABCDE-Health Literacy Scale of Thai Adults จากกลุ่มตัวอย่าง อายุ 15 ปี ขึ้นไป ทั่วประเทศ จำนวน 31,200 คน โดยเก็บข้อมูลจาก กทม. จำนวน 800 คน และ เก็บจากจังหวัดในแต่ละภาครวม 76 จังหวัดๆละ 400 คน พบว่า คนไทยมีระดับความรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้



จากผลการประเมิน HL ในปี 2557 และ 2559 โดยกองสุขศึกษากับมศว

ระดับ HL	ปี 2557 คิดเป็นร้อยละ			ปี 2559 คิดเป็นร้อยละ	
	สตรีไทย วัยรุ่น 15-21 ปี 2,001 คน	กลุ่มวัยรุ่น 7-14 ปีอ้วน 2,000 คน	กลุ่มผู้ใหญ่ 3 อ 2 ส 31,200 คน	วัยรุ่น 7-14 ปี สุขบัญญัติ 15,156 คน	วัยทำงานอายุ 15-59 ปี 15,278 คน
ต่ำ (< 60% ของ คะแนนเต็ม)	95.5	60.4	59.4	3.8	49.0
พอใช้ (มีคะแนนอยู่ ในช่วง 60% - < 80%)	4.5	38.3	39.0	63.2	45.50
ดีมาก (มี คะแนน \geq 80%)	-	1.3	1.6	31.8	5.5

สรุป ร้อยละของคนไทยทุกกลุ่มเสี่ยง มีระดับ HL ต่ำ ที่มากกว่าคนยุโรป USA ญี่ปุ่น

แบบวัด HL ในปัจจุบันเป็นแบบ **Psychometric** เช่น Health Literacy Questionnaire (HLQ) โดย Osborne et al. (2013) สร้างจาก สัมภาษณ์และประชุมปฏิบัติการในกลุ่มประชาชน ผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติและผู้กำหนดนโยบาย ทดสอบเครื่องมือจากกลุ่มประชาชนในชุมชน และรพ. 634 คน ตรวจสอบซ้ำอีก 405 คน

ตาราง 5-1 ค่าคุณภาพของแบบวัด HLQ ของ Osborne et al. (2013)

องค์ประกอบ	จำนวนข้อ รวม 44 ข้อ	ค่าความยาก ของแบบวัด	ค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถาม	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ	ค่า R ²
1. รู้สึกเข้าใจและการได้รับสนับสนุนจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพ	4	0.10-0.19	0.88	0.39-0.67	0.58-0.98
2. มีข้อมูลเพียงพอในการจัดการสุขภาพตนเอง	5	0.11-0.27	0.88	0.73-0.98	0.54-0.96
3. การจัดการสุขภาพของตนเอง	5	0.13-0.30	0.86	0.72-0.91	0.52-0.82
4. ได้รับการสนับสนุนทางด้านสุขภาพ	5	0.10-0.19	0.84	0.70-0.89	0.48-0.79
5. ประเมินข้อมูลด้านสุขภาพได้	5	0.18-0.38	0.77	0.59-0.86	0.34-0.74
6. ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพได้	5	0.15-0.24	0.90	0.79-0.88	0.63-0.77
7. การสืบค้นข้อมูลระบบบริการสุขภาพ	5	0.07-0.42	0.88	0.61-0.94	0.37-0.88
8. ความสามารถในการหาข้อมูลที่ดีด้านสุขภาพ	5	0.20-0.27	0.89	0.81-0.87	0.66-0.75
9. เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพเพียงพอที่ทำให้รู้ว่าจะทำอย่างไรต่อ	5	0.08-0.16	0.88	0.80-0.88	0.63-0.78

ปี 2560 กองสุกศึกษาร่วมกับ มศว ทำการสังเคราะห์และพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพฉบับทั่วไป (Thais General Health Literacy Scales) สำหรับคนไทยทุกกลุ่มวัย

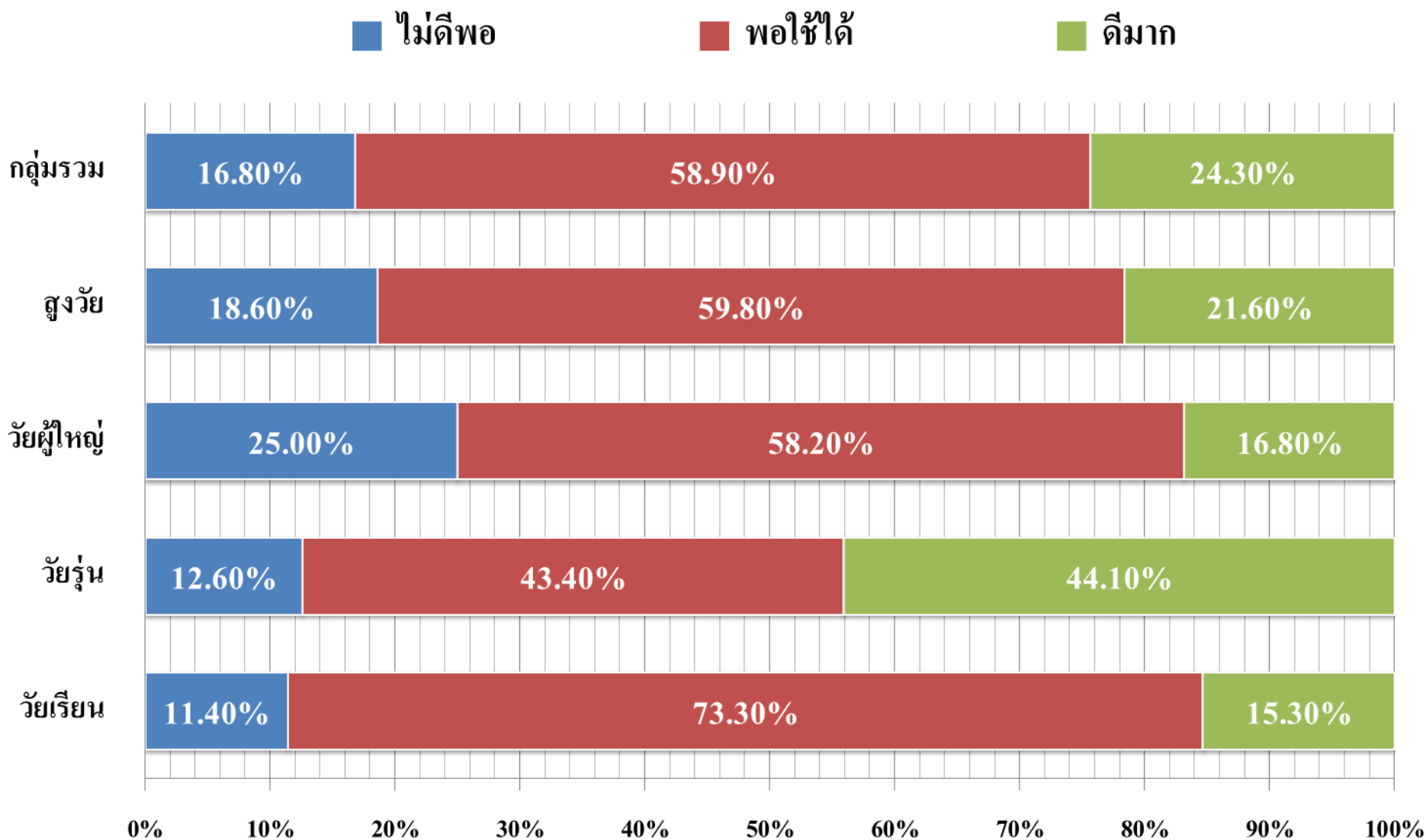
พัฒนาจากการระดมสมองนักวิชาการด้านสุขภาพ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มวัย

ได้แก่ เด็กนักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาที่มีอายุ 7-14ปี กลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-24ปี กลุ่มวัยผู้ใหญ่อายุ 25 -59 ปี และกลุ่มสูงวัย 60 -75 ปี ได้มาจากการกำหนดโควตาจาก 4 ภูมิภาค ๆ ละ 2จังหวัด ๆ ละ 500 กลุ่มวัยละ 250 คนรวม 4,000 คน Cronbach's alpha ทั้งฉบับเท่ากับ 0.97

องค์ประกอบ	จำนวนข้อ รวม 47 ข้อ	คะแนน เต็ม	ค่าอำนาจ จำแนก	ค่าความเชื่อมั่น (alpha)	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	8	40	0.46-0.60	0.81	0.45-0.64
2. การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	5	25	0.56-0.61	0.85	0.60-0.74
3. การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ	6	30	0.58-0.66	0.85	0.62-0.68
4. การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม	17	85	0.61-0.68	0.94	0.47-0.77
5. การจัดการสุขภาพตนเอง	11	55	0.60-0.66	0.90	0.54-0.75

ความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยโดยรวม(องค์ประกอบที่1-5) ปี 2560

พบในกลุ่มรวมส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ระดับพอใช้ได้



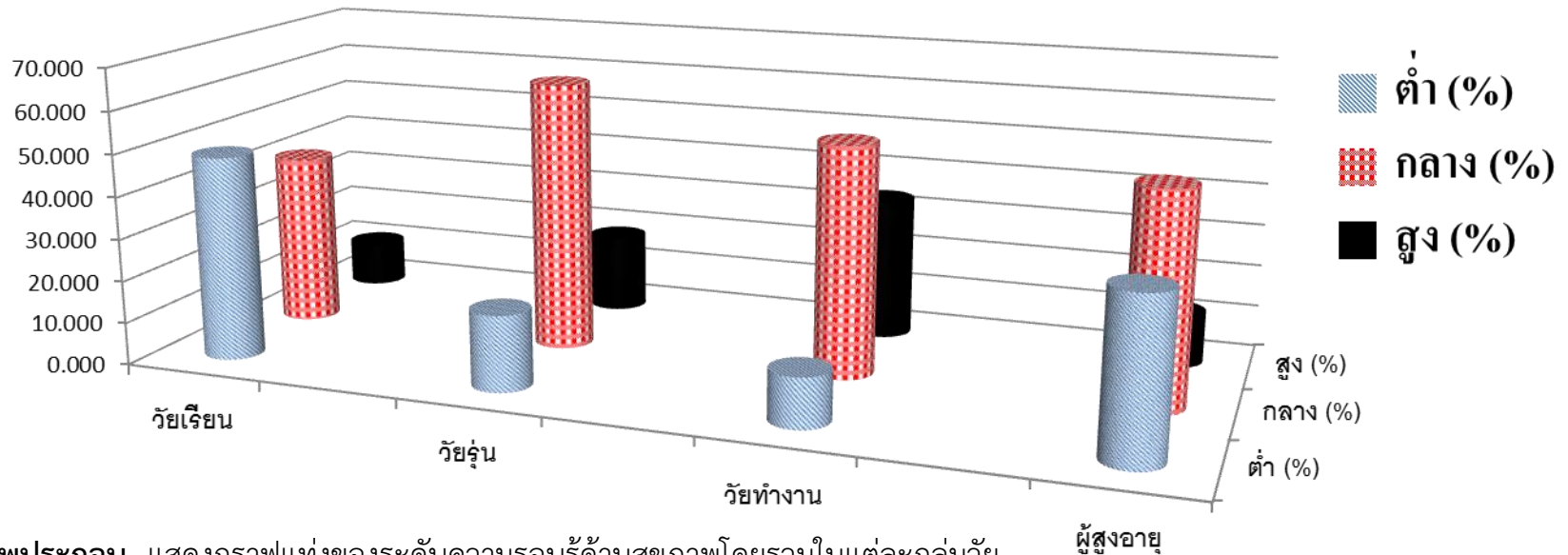
ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือความรอบรู้ด้านสุขภาพทั่วไป ตามองค์ประกอบ V shape
โดย สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค (2561)

รายการ	จำนวน ข้อ	คะแนน เต็ม	ค่าอำนาจ จำแนก	ค่าความเชื่อมั่น (alpha)
กลุ่มวัยทำงาน (แบบวัด Psychometric มาตรฐาน 5 ระดับ)				
ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านรวม	55	275	.485-.725	.971
1.การเข้าถึงข้อมูลและบริการ	9	45	.555-.691	.870
2.ความเข้าใจข้อมูลและบริการที่เพียงพอ	9	45	.541-.635	.859
3.การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้	9	45	.649-.770	.919
4.การตัดสินใจด้านสุขภาพ	9	45	.635-.734	.899
5.การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	10	50	.586-.690	.901
6.การบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ	9	45	.654-.744	.908

ผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรค

ตาราง ระดับเปอร์เซ็นต์ของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมจำแนกตามกลุ่มวัย (องค์ประกอบที่ 1-6)

กลุ่มอายุ	ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านรวม		
	อยู่ในระดับต่ำ	อยู่ในระดับปานกลาง	อยู่ในระดับสูง
วัยเรียน (328 คน)	48.476	40.854	10.671
วัยรุ่น (300 คน)	18.000	63.667	18.333
วัยทำงาน (288 คน)	11.806	54.514	33.681
ผู้สูงอายุ (137 คน)	37.226	50.365	12.409



ภาพประกอบ แสดงกราฟแท่งของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมในแต่ละกลุ่มวัย

1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

1. เมื่อฉันกังวลใจ ฉันจะรีบค้นหาข้อมูลที่เชื่อถือได้เกี่ยวกับการป้องกันและดูแลสุขภาพก่อน เพื่อลดความสับสนและกังวลใจนั้น
2. ฉันสามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพจากหลายแหล่งได้ เช่นจากบุคคลผู้รู้ สื่อเอกสารสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์ผ่านอินเทอร์เน็ตอุปกรณ์มือถือหรือคอมพิวเตอร์ เป็นต้น
3. ฉันแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพ พร้อมเปิดรับความรู้ใหม่ ๆ อยู่เสมอ เพื่อฉันจะได้เป็นผู้มีสุขภาพดี
4. ฉันสามารถค้นหาข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาใคร
5. ฉันติดตามอ่านคำแนะนำที่เกี่ยวกับการป้องกัน ดูแลสุขภาพทั้งในเอกสารความรู้ คู่มือสุขภาพ หรือข้อความข่าวสารผ่านออนไลน์
6. ฉันเสาะหาแหล่งบริการสุขภาพที่น่าเชื่อถือได้ เมื่อฉันต้องการใช้เป็นแหล่งให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพกับฉัน
7. ฉันสามารถไปพบแพทย์ หรือบุคลากรสาธารณสุข หรือ ผู้ให้บริการสุขภาพได้ทุกเมื่อ ตามที่ฉันต้องการ
8. แหล่งบริการสุขภาพที่ฉันจะเลือกใช้นั้น ฉันมั่นใจว่า สามารถให้ความช่วยเหลือกับฉัน ได้ตรงกับความต้องการของฉัน
9. ฉันสามารถสืบค้นหาแหล่งบริการสุขภาพได้สอดคล้องกับ ความต้องการและสภาพปัญหาที่ฉันมีอยู่ได้

2. ความเข้าใจข้อมูลและบริการที่เพียงพอ

10. ฉันสามารถรอกข้อมูลด้านสุขภาพได้ถูกต้องตามแบบฟอร์มของหน่วยงาน สถาบันหรือแหล่งให้บริการสุขภาพนั้นได้
11. ฉันอ่านด้วยความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือ เอกสารหรือแผ่นพับที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคได้
12. ฉันอ่าน พร้อมอธิบายข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจากสื่อต่างๆ ได้ เช่น เอกสารสิ่งพิมพ์ แผ่นพับ โปสเตอร์ โบสถ์แพทย์ เป็นต้น
13. ฉันรู้และเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่เผยแพร่ผ่านสื่อสารมวลชน เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ หนังสือ นิตยสาร เป็นต้น
14. ฉันรู้และเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่เผยแพร่ผ่านสังคมออนไลน์ได้ เช่น จากอินเทอร์เน็ต ยูทูป วิดีโอเรื่องสุขภาพ มือถือ แท็บเล็ต เฟสบุ๊ก ไลน์ เป็นต้น
15. ฉันสามารถเข้าใจข้อมูลสื่อสารด้านสุขภาพ ที่นำเสนอในรูปแบบ ลักษณะหรือสัญลักษณ์ กราฟ ตาราง แผนภาพ ตัวเลข คำศัพท์หรือเครื่องหมายต่างๆ ในสถานพยาบาล หรือในสถานที่ต่างๆ ได้
16. ฉันอ่านและเข้าใจในคำอธิบายต่างๆ บน ฉลากอาหารหรือยา ถึงวิธีการกิน การใช้ ส่วนผสม วันหมดอายุ และประโยชน์ที่ได้รับ
17. ฉันเข้าใจและรู้แจ้งถึงเหตุผลของสัญญาณเตือนภัยด้านสุขภาพจากภาครัฐ เช่น การรณรงค์ไม่กินหวานมันเค็ม ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา การฉีดวัคซีน การป้องกันโรคติดเชื้อต่างๆ เป็นต้น
18. ฉันรู้และเข้าใจในคำอธิบายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องข้อมูลเรื่องโรค อาการหรือการดูแลสุขภาพและบริการจากผู้ให้บริการสุขภาพได้

3. การโต้ตอบคำถามแลกเปลี่ยนความรู้

19. ฉันสามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคลหรือกลุ่มคน ที่มีความรู้ด้านสุขภาพเป็นอย่างดีได้
20. ฉันสามารถบอกเล่าถึงข้อมูลสุขภาพของฉันให้หมอพยาบาลหรือคนอื่นรับรู้และเข้าใจสุขภาพของฉัน ได้ ถ้าได้พูดคุยกับฉัน
21. ฉันกล้าที่จะซักถามสิ่งที่ฉันเป็นกังวล หรืออยากรู้กับผู้ให้บริการสุขภาพทุกคนได้
22. ฉันสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ หรือแนวทางปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดีกับผู้ให้บริการสุขภาพได้
23. ฉันสามารถซักถามเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองกับผู้ให้บริการสุขภาพเพื่อการป้องกัน ดูแลสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้นได้
24. ฉันสามารถติดต่อขอข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพกับ ผู้รู้ด้านสุขภาพเพื่อให้กระจ่างชัดและหายข้อสงสัย
25. ฉันมักพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ
26. ฉันสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้และประสบการณ์ด้านสุขภาพให้คนอื่น ได้รับรู้และยอมรับวิธีการดูแลสุขภาพของฉันได้
27. ฉันสามารถเจรจาต่อรองกับผู้ให้บริการสุขภาพได้ เพื่อให้ฉันได้รับข้อมูลหรือการบริการที่เหมาะสมกับชีวิตประจำวันของฉัน

4. การตัดสินใจด้านสุขภาพ

28. ก่อนที่ฉันจะตัดสินใจเลือกแหล่งบริการสุขภาพ ฉันจะสอบถามความต้องการที่แท้จริงของตนเองและคนในครอบครัวก่อน
29. ฉันมักเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพที่รับรู้มาจากแหล่งต่างๆ นั้น ก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม
30. เมื่อมีข้อมูลเรื่องสุขภาพใหม่ๆ เข้ามา ฉันจะตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูลนั้นก่อนตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม
31. ฉันมักศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพจากหลายแหล่ง เพื่อยืนยันความเข้าใจที่ถูกต้อง ก่อนที่จะส่งต่อ หรือบอกคนอื่นต่อ
32. หากมีบุคคลมาแนะนำ หรือมีโฆษณาเชิญชวนให้ใช้ผลิตภัณฑ์หรือบริการด้านสุขภาพที่มีคนใช้แล้วได้ผล ฉันจะไตร่ตรองถึงเหตุผล คุณค่าตามความเป็นจริง ก่อนตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม
33. ฉันนำข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องมาจากแหล่งต่างๆ มาใช้ประกอบการยืนยันข้อมูลนั้น ก่อนตัดสินใจเชื่อและทำตาม
34. ฉันมักตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยการสอบถามจากผู้รู้ด้านสุขภาพนั้นก่อน ที่จะนำข้อมูลไปใช้หรือปฏิบัติตาม
35. เมื่อฉันเห็น โฆษณาสินค้าและสนใจในสินค้านั้น ฉันจะหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประเมินความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อ
36. ฉันสามารถใช้เหตุผลในการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียเพื่อเลือกรับข้อมูลสุขภาพจากสื่อ หรือจากคนอื่นๆ ก่อนที่จะปฏิบัติตาม

5. การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง

37. ฉันนำประสบการณ์ความรู้ด้านสุขภาพที่ฉันมีอยู่มากเพียงพอ ไปใช้ในการป้องกันโรคและดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้
38. ฉันสามารถนำข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่จำเป็น ไปใช้ในการป้องกันการเจ็บป่วยของตนเองและของคนในครอบครัวได้
39. ฉันควบคุม กำกับสุขภาพตนเอง เช่น ชั่งน้ำหนัก ตรวจสอบสุขภาพประจำ คิดบวก ลดอาหารทำลายสุขภาพ ออกกำลังกายเสมอ
40. ฉันสังเกต การเปลี่ยนแปลงสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนเอง เพื่อหมั่นดูแลสุขภาพตนเองให้ดียิ่งขึ้น
41. ฉันวางแผนทำกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของฉัน
42. ถึงแม้ว่าฉันจะยุ่ง ไม่มีเวลาว่าง แต่ฉันก็ยังสามารถแบ่งเวลาเพื่อการทำกิจกรรมป้องกัน ดูแลสุขภาพของตนเองได้
43. ฉันตั้งเป้าหมายที่จะออกกำลังกายเพื่อดูแลสุขภาพตนเองและ พร้อมทำให้ได้ตามที่ตั้งใจไว้
44. ฉันหมั่นสังเกตความผิดปกติของร่างกายตนเอง โดยไม่ปล่อยให้มีอาการเรื้อรังหรือมีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้นก่อน
45. ฉันปรับปรุงสิ่งแวดล้อมรอบตัว เพื่อให้ฉันอยู่ในสถานที่เหมาะสมต่อการมีสุขภาพที่ดี
46. ฉันเตือนตนเองให้ร่วมทำกิจกรรมที่มีผลดีต่อสุขภาพ อาจจะทำร่วมกับครอบครัว หรือคนในชุมชน หรือกับผู้ให้บริการสุขภาพ

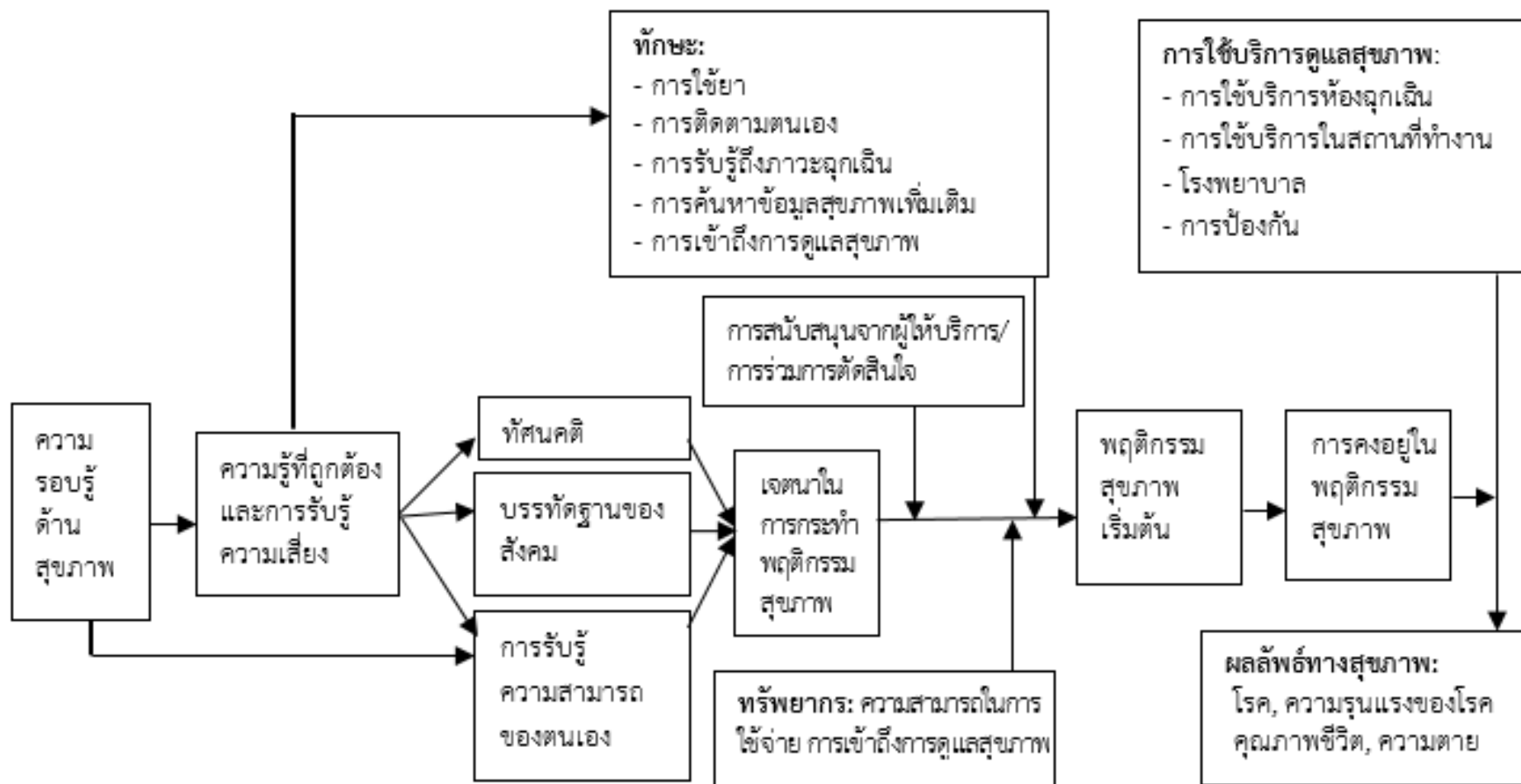
6. การบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ

47. ฉันชักชวนให้ผู้อื่นลดการกระทำที่มีผลเสียต่อสุขภาพตนเองได้
48. ฉันชักชวนให้ผู้อื่นเพิ่มการกระทำที่มีผลดีต่อสุขภาพตนเองได้
49. ฉันกล้าเตือนผู้อื่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ไม่ให้สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ให้ใช้ผ้าปิดปากไอจาม ใช้ช้อนกลาง เป็นต้น
50. ฉันมีวิธีการตอบโต้สื่อโฆษณา ที่ส่งผลเสียต่อการดูแลสุขภาพ เช่น ไม่ใช้สินค้าและบริการนั้น ร้องเรียนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น
51. ฉันเสนอทางเลือกให้ผู้อื่นได้ร่วมดูแลสุขภาพตนเองและสังคมด้วย เช่น เมาไม่ขับ ไม่ทิ้งขยะหรือของเสียในที่สาธารณะ เป็นต้น
52. ฉันมักจูงใจให้ผู้อื่นได้หันมาดูแลสุขภาพตัวเองด้วยวิธีการต่างๆ เช่น ให้คิดถึงคนที่เขารัก ให้หนักว่าต้องเสียค่ารักษาในอนาคต เป็นต้น
53. ฉันนำเสนอวิธีการดูแลสุขภาพที่ได้ผลดี ให้กับผู้อื่นหรือคนรอบข้างได้นำไปปฏิบัติตามเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้
54. ฉันสามารถเป็นแบบอย่างให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญที่จะคงดูแลสุขภาพร่างกายตนเองให้ดีเสมอ
55. ฉันสามารถเผยแพร่ประสบการณ์ของตนเอง หรือนวัตกรรมของผู้อื่นที่ทำแล้วได้ผลดีต่อการป้องกันดูแลสุขภาพ สู่สาธารณชนได้



Concept of HL and Interventions to Improve Health Outcomes for Low Literacy Patients

ตัวอย่าง แนวคิด HL ในต่างประเทศ



ภาพประกอบ 4-1 โมเดลเชิงเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ

(A Logic model for analyzing studies of health literacy) (Berkman et al., 2011: ES3)

ผลลัพธ์ทาง
สุขภาพ
และสังคม

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcomes) วัดจาก การลดลง
- อัตราการตาย อัตราการพิการ/
ทุพพลภาพ อัตราตายแรกเกิด

ผลลัพธ์ทางสังคม (Social outcomes) วัดจาก
- คุณภาพชีวิต ความเหลื่อมล้ำ
ความเท่าเทียมทางสังคม

ผลลัพธ์
ทางสุขภาพ
ในระยะกลาง

การดำรงอยู่อย่างมีสุขภาพ
ที่ดี (Healthy lifestyles)
- พฤติกรรมการออกกำลังกาย การโภชนาการ การ
จัดการอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุราและไม่ใช้
สารเสพติด

ประสิทธิผลในบริการ
สุขภาพ (Effective health services)
- บริการป้องกันโรค
เชิงรุก การเข้าถึง
บริการสุขภาพได้
เหมาะสม

อนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดี
(Healthy environment)
- ความปลอดภัยทางด้าน
ร่างกาย การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและเศรษฐกิจ
- มีอาหารที่ปลอดภัย การ
จำกัดการเข้าถึงบุหรี่และ
แอลกอฮอล์

ผลลัพธ์จาก
การส่งเสริม
สุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพ
(Healthy literacy)
- ความรู้ด้านสุขภาพ เจตคติ
แรงจูงใจ เจตนาในการ
กระทำพฤติกรรม ทักษะ
บุคคล ทักษะการเรียนรู้
การรับรู้ความสามารถของตน

การกระทำและอิทธิพล
ทางสังคม (Social
action and influence)
- การมีส่วนร่วมในชุมชน
การเสริมพลังอำนาจให้
ชุมชน บรรทัดฐานทาง
สังคม การทำประชา
พิจารณ์

นโยบายสาธารณสุขและ
แนวทางปฏิบัติในองค์กร
- นโยบาย กฎหมาย
มาตรการทางสังคม
จัดหาทรัพยากร
แนวทางปฏิบัติของ
องค์กร

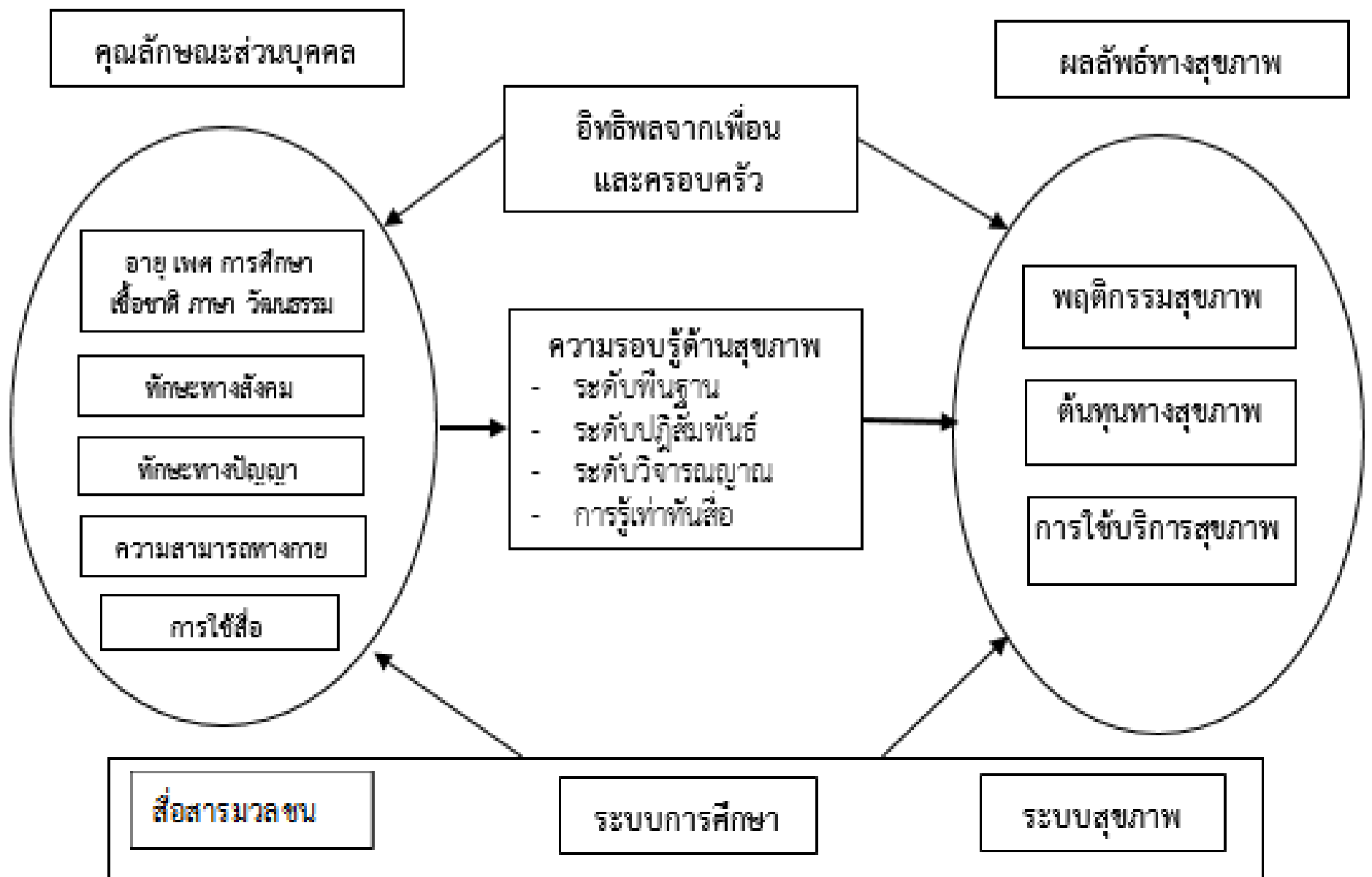
การปฏิบัติใน
การส่งเสริม
สุขภาพ

การให้การศึกษา
(Education)
- สุขศึกษาในโรงพยาบาล
สุขศึกษาในโรงเรียน
การสื่อสารสุขภาพผ่าน
สื่อมวลชนและสิ่งพิมพ์

การเคลื่อนไหวทางสังคม
(Social mobilization)
- การพัฒนาชุมชน
การจัดกิจกรรมกลุ่ม
การสื่อสารสุขภาพ
เฉพาะกลุ่มเป้าหมาย

การให้การสนับสนุน
(Advocacy)
- การชักชวน/ประชาสัมพันธ์
การทำกิจกรรมการเมือง
การทำกิจกรรมขององค์กร
การณรงค์ภาครัฐ

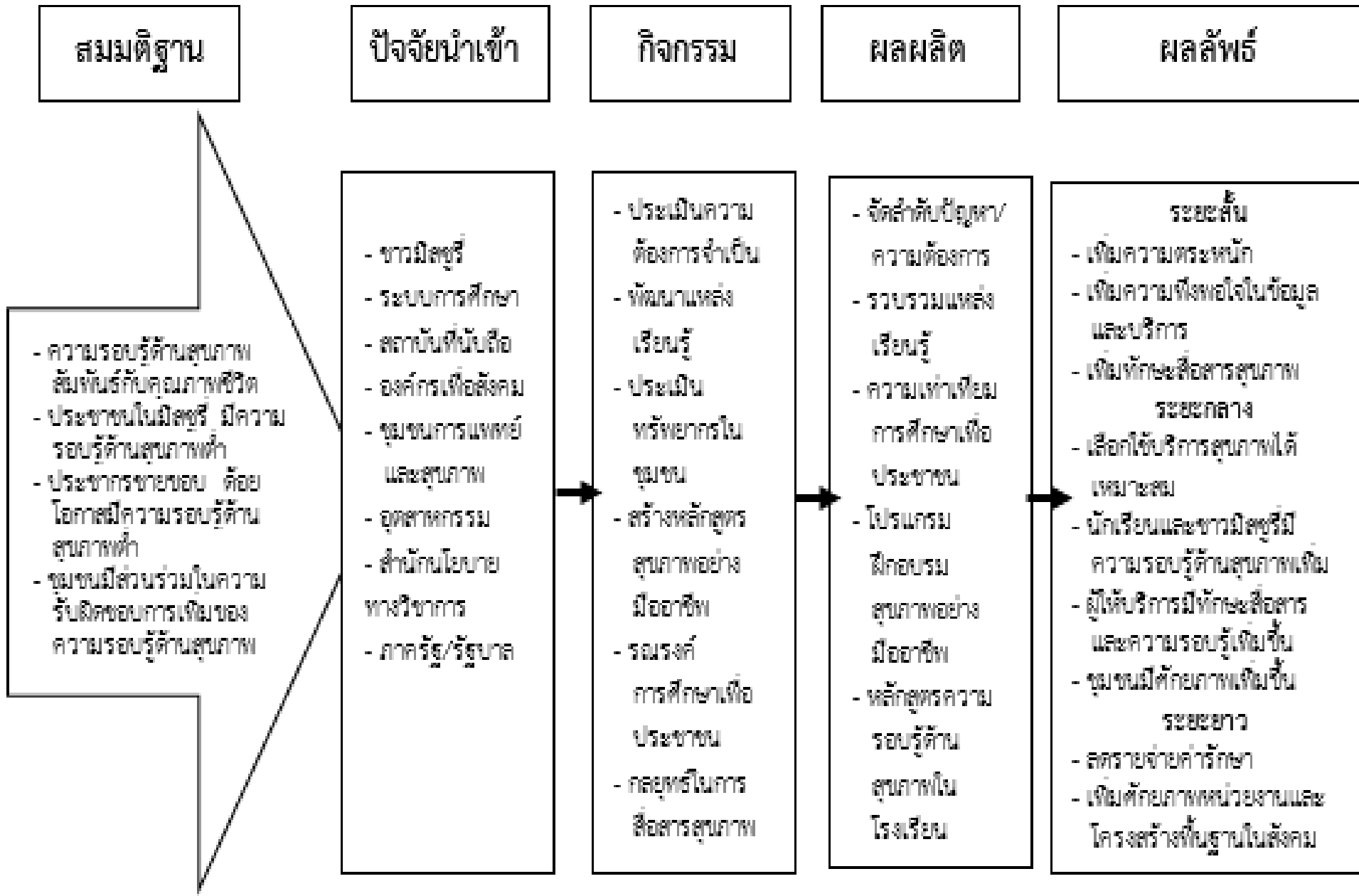
ภาพประกอบ 4-2 โมเดลผลลัพธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพจากการส่งเสริมสุขภาพ (Nutbeam, 2000)



ภาพประกอบ 4-3 กรอบแนวคิดในการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในวัยรุ่นเพื่อการวิจัยในอนาคต (Manganello, 2008; Zarcadoolas et al, 2006; Nielsen-Bohlman, 2004)

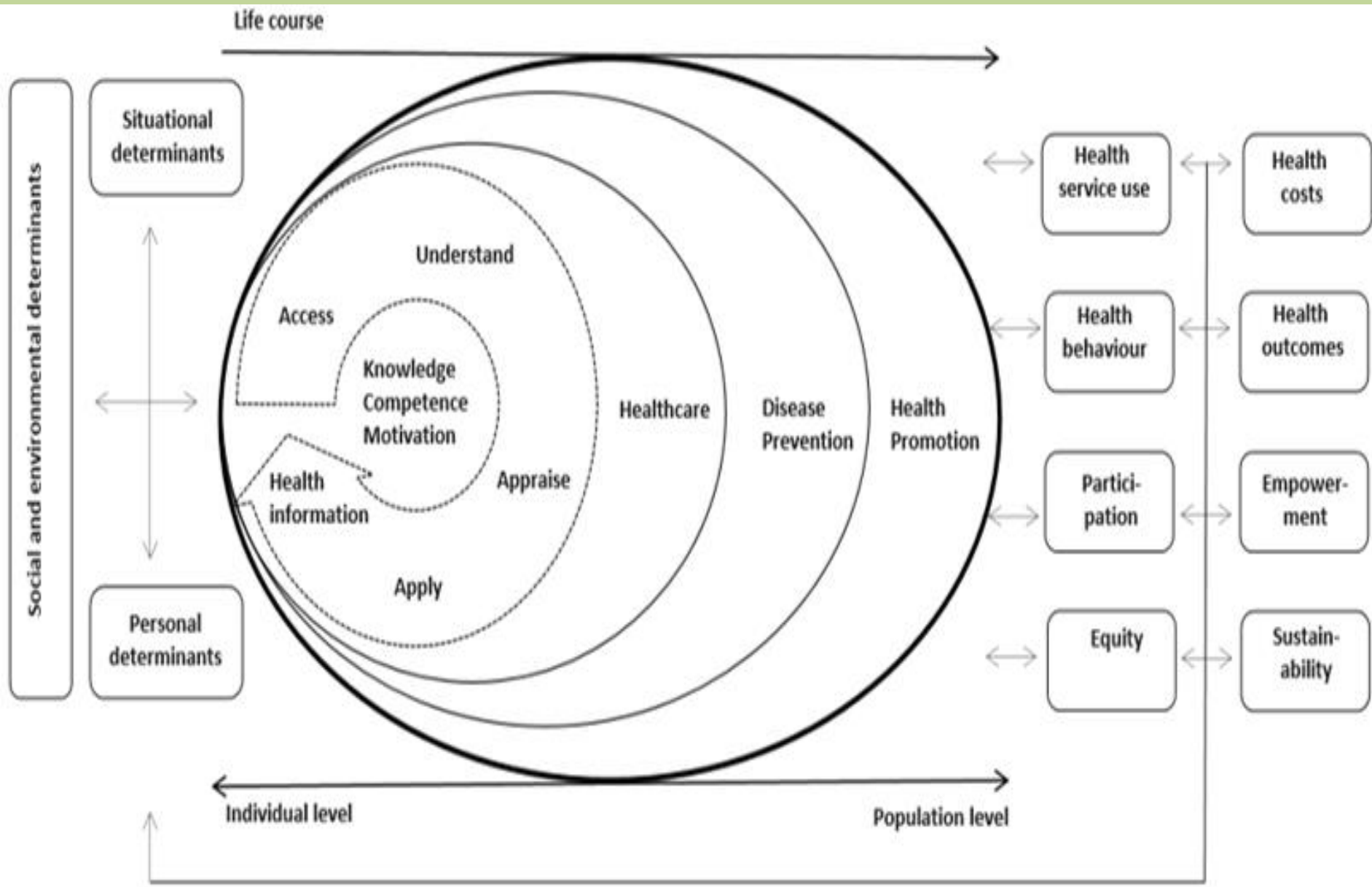


ภาพประกอบ 4-4 กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Schillinger, 2004)



ภาพประกอบ 4-5 โมเดลเชิงเหตุผลโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพของมลรัฐมิสซูรี (Ross et al., 2010)

องค์การที่รับผิดชอบ : ชื่อโครงการ	รายละเอียดโครงการ	ทฤษฎีสุขภาพที่ใช้	ผลลัพธ์
Urban League of Metropolitan Saint Louis : โมเดลหน่วยประสานงานด้านสุขภาพ	โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในชุมชนแอฟริกันอเมริกัน ให้เรียนรู้ทักษะการสื่อสารกับแพทย์ ทำความเข้าใจหลากหลายโภชนาการ และแบบฟอร์มการรักษา ใบสั่งแพทย์	Health Belief Model, Social Cognitive Theory	รับรู้ประโยชน์/อุปสรรค รับรู้ความสามารถตนเอง บรรทัดฐานทางสังคม ได้รับการเสริมแรง
Nurses for Newborns Foundation : โครงการความรู้ด้านสุขภาพมารดาและทารกแรกเกิด	ใช้การสื่อสารระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ โดยการเยี่ยมบ้าน เพื่อลดความเครียด ลดการใช้ยา เพิ่มภูมิคุ้มกัน และลดเสี่ยงจากการสูบบุหรี่	Health Belief Model, Social Cognitive Theory, Stages of Change	รับรู้ประโยชน์/อุปสรรค รับรู้ความสามารถตนเอง บรรทัดฐานทางสังคม ได้รับการเสริมแรง การตัดสินใจอย่างเหมาะสม
Saint Louis Christian Chinese Community Service Center : การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของชุมชนชาวจีน	พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้อพยพใหม่/ผู้สูงอายุและผู้ด้อยโอกาส ผ่านการเรียนรู้ด้านกฎหมาย และวัฒนธรรมโดยใช้ความร่วมมือจากชุมชน และการกระทำทางสังคม	Health Belief Model, Social Cognitive Theory, Social Planning Model	รับรู้ประโยชน์/อุปสรรค รับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนทางสังคม สภาพแวดล้อมทางสังคม
Parkway School District : ความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ใหญ่: หลักสูตรการรู้หนังสือและการศึกษาผู้ใหญ่	จัดทำโมดูลความรู้ด้านสุขภาพให้นักศึกษาผู้ใหญ่ผ่านบทเรียน ทำหลักสูตรเชื่อมต่อการศึกษากับผู้ใหญ่ และศูนย์พัฒนาอาชีพสำหรับผู้ใหญ่	Health Belief Model, Social Cognitive Theory, Social Planning Model	รับรู้ประโยชน์, รับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนทางสังคม
Erise Williams and Associates, Inc : การริเริ่มความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันเอดส์	วัดผลความรู้ด้านสุขภาพจากการรักษาเอชไอวี/เอดส์ และการรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วย และเพิ่มพูนความรู้ในการดูแลรักษา	Health Belief Model, Stages of Change	รับรู้ประโยชน์/อุปสรรค รับรู้ความสามารถตนเอง ได้รับการเสริมแรง, แรงจูงใจด้านสุขภาพ, เสรีภาพทางสังคม
Maplewood-Richmond Heights School District : โครงการเมล็ดพันธุ์บนโต๊ะ (Seed on table)	ความเข้าใจเรื่องโภชนาการที่ดีของเด็กผ่านการปรับปรุงพัฒนาสวนในชุมชนเพิ่มและพัฒนาแหล่งเรียนรู้ใหม่ ๆ มีเนื้อหาการรู้หนังสือด้านสุขภาพเข้ากับหลักสูตร K-12	Health Belief Model, Social Cognitive Theory	รับรู้ประโยชน์, รับรู้ความสามารถตนเอง การเรียนรู้จากการสังเกต ปัจจัยกำหนดซึ่งกันและกัน



ภาพประกอบ 4-6 โมเดลบูรณาการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Sørensen K et al., 2013)

ตาราง | แสดงเมทริกซ์ใน 4 มิติของการนำความรอบรู้ด้านสุขภาพไปใช้ใน 3 ขอบเขตงานด้านสุขภาพ
 (Sørensen et al., 2013) เป็นแบบวัด Psychometric เช่นกัน
 เน้นพัฒนาทักษะวิจารณ์ญาณ

ขอบเขตงานด้านสุขภาพ	การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	การเข้าใจในข้อมูลสุขภาพ	กระบวนการประเมินข้อมูลสุขภาพ	การนำข้อมูลไปใช้เพื่อดูแลสุขภาพ
การดูแลสุขภาพ (Health care)	ความสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการทางการแพทย์ สถานการณ์การเจ็บป่วย	ความสามารถทำความเข้าใจข้อมูลทางการแพทย์และเข้าใจความหมายที่ถูกต้อง	ความสามารถในการตีความและประเมินข้อมูลทางการแพทย์	ความสามารถในการตัดสินใจเลือกเชื่อและใช้บริการบนสถานการณ์การเจ็บป่วยและดูแลสุขภาพ
การป้องกันโรค (Disease prevention)	ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ	ความสามารถทำความเข้าใจข้อมูลความเสี่ยงต่อสุขภาพและเข้าใจความหมายที่ถูกต้อง	ความสามารถในการตีความและประเมินข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ	ความสามารถในการตัดสินใจเลือกเชื่อหรือกระทำการดูแลสุขภาพบนฐานข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ
การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion)	ความสามารถในการเพิ่มความรู้ที่ทันสมัยด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดปัญหาสุขภาพประชาชน	ความสามารถทำความเข้าใจข้อมูลด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่กำหนดปัญหาสุขภาพและเข้าใจความหมายที่ถูกต้อง	ความสามารถในการตีความและประเมินปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดปัญหาสุขภาพ	ความสามารถในการตัดสินใจบนฐานข้อมูลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดปัญหาสุขภาพประชาชน

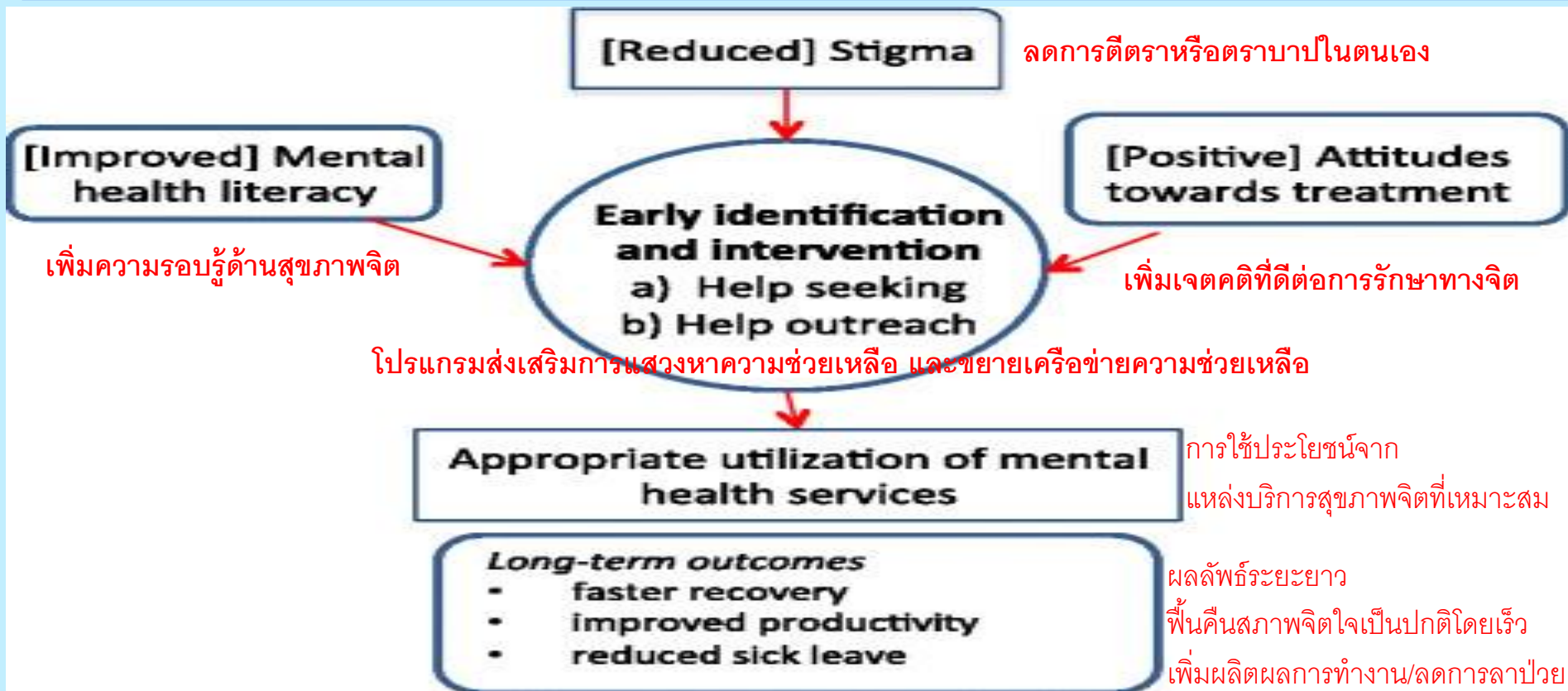
Mental Health Literacy (MHL) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต หมายถึง ความรู้ความเชื่อเกี่ยวกับสภาวะผิดปกติทาง

จิตใจในตนเอง (mental disorders) เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ (recognition) , การจัดการ (management) และ การป้องกัน

(prevention) (Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. (1997). Med J Aust,166(4):182-6.)

ซึ่ง องค์ประกอบของ Mental health literacy ประกอบด้วย 1) ความสามารถในการตระหนักรู้ในความผิดปกติของตน (Ability to recognize specific disorders) 2) รู้ที่จะแสวงหาข้อมูลและบริการ (Knowing how to seek mental health information and service)

3) รู้ถึงปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ (Knowledge of risk factors and causes) 4) สามารถจัดการหรือให้การรักษาตนเอง (Self-treatments) และ 5) แสวงหาการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม และ 6) มีเจตคติที่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพจิต

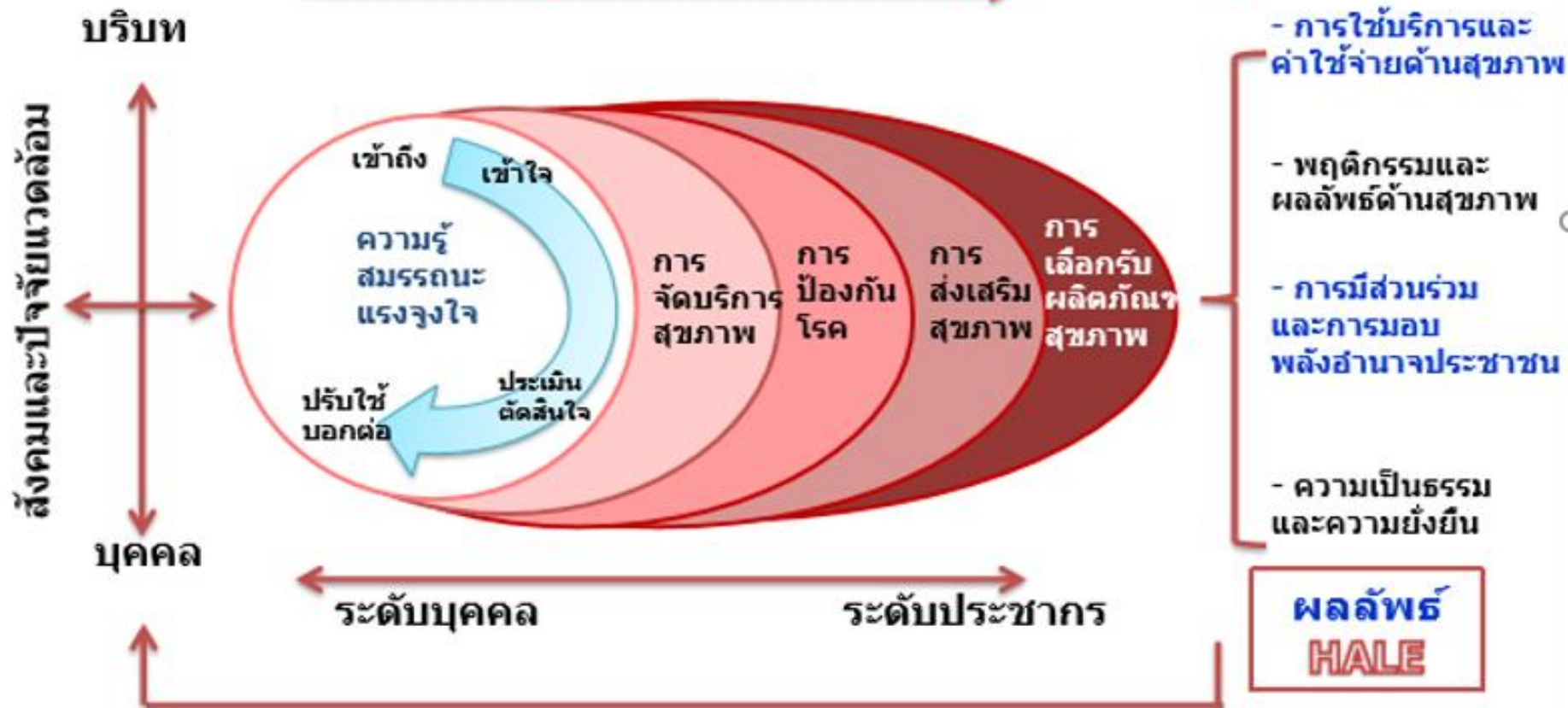




กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

CONCEPTUAL MODEL OF HEALTH LITERACY (ประเทศไทย)

เส้นทางชีวิต (Life Course Approach)



ภาพประกอบ 4-6 กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (ประเทศไทย) ปรับปรุงจาก Sørensen K. et al. & Consortium Health Literacy Project European (2012)

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2560) HL หมายถึง ความรอบรู้และ
ความสามารถด้านสุขภาพของบุคคลในการที่จะกลั่นกรอง ประเมินและ ตัดสินใจ ที่
จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการ/ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม ตาม
โมเดล V shape ไว้ 6 ด้านคือ การเข้าถึง ความเข้าใจ การโต้ตอบซักถาม
แลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อ (มองถึงเปลี่ยนสังคม)
และในปี พ.ศ. 2564 คนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 25



โมเดลสามารถใช้วัด
ระดับ HL & HB
ของประชาชน
แต่ละกลุ่มวัย
ตามรายทักษะ เพื่อ
นำมาสู่การออกแบบ
กิจกรรมการพัฒนา
ในแต่ละรายองค์ประกอบ
ทักษะแต่ละด้าน

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

3 มิติ 4 ประเด็น (4x4x4)

การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ตามกลุ่มวัย
ใน Setting ต่างๆ อย่างต่อเนื่อง

นพ.วชิระ เพ็งจันทร์
กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข
4 ก.พ.60

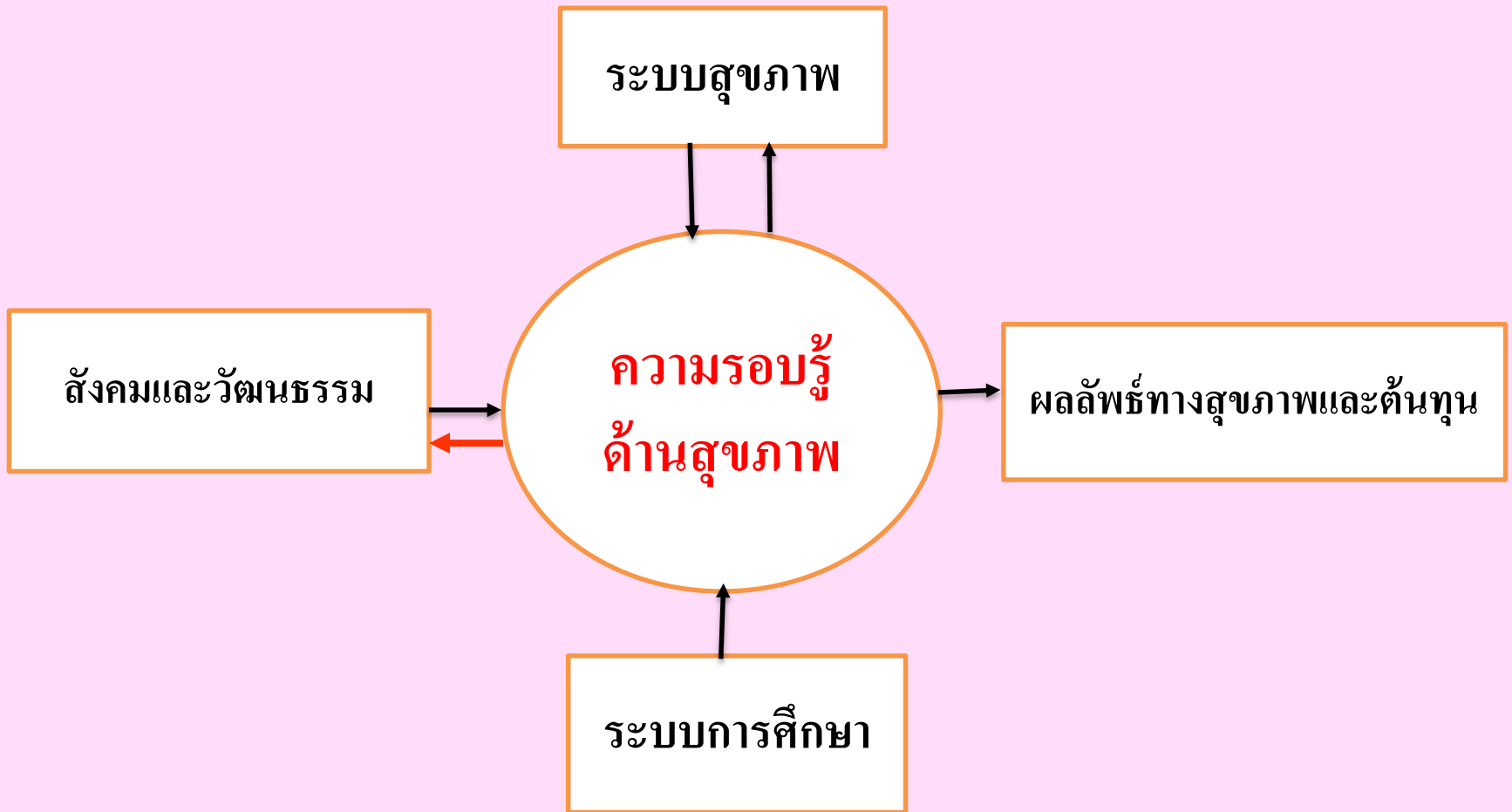
ก่อนตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ และ การเจริญเติบโตของเด็ก	หน่วยบริการสุขภาพ ศูนย์บริการเด็กชุมชน	เส้นทางการชีวิต(Life Course Approach)		
พัฒนา เด็กวัยเรียน วัยรุ่น และเยาวชน	สถานศึกษา/ศูนย์พัฒนาชุมชน			
พัฒนาสุขภาพวัยทำงาน	ที่ทำงาน, สถานประกอบการ, สวน - ไร่ - นา			
พัฒนาผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม	อาคารชุด/ชุมชน/LTC/ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน			
การจัดการบริการสุขภาพ	มีและเข้าถึง ข้อมูลบริการ สุขภาพ	เข้าใจข้อมูล และการ จัดบริการ	ตรวจสอบ ซักถามได้	ตัดสินใจใช้ตาม บริบทและเงื่อนไข ของตนเอง
การคัดกรองและเลือกรับ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ	มีและเข้าถึง ข้อมูลผลิตภัณฑ์ สุขภาพที่สนใจ	เข้าใจ ปัจจัย ความเสี่ยงและ ความคุ้มค่า	ประเมิน ตรวจสอบ และเลือกรับ	ตัดสินใจ เลือกใช้
การป้องกันโรคด้วยตนเอง	มีและเข้าถึง ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และอาการเสี่ยง	เข้าใจโรค ความเสี่ยง และ ปัจจัยเสี่ยง	ซักซ้อม ตรวจสอบ	ตัดสินใจลดหรือ กำจัดปัจจัยเสี่ยง
การส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ระบบที่มีผลต่อสุขภาพของ ประชาชนตามกลุ่มวัย	มีและเข้าถึงปัจจัย กำหนดสุขภาพ	เข้าใจปัจจัย ปกป้อง เพื่อ พิจารณาสุขภาพ	สอบถาม คัดกรอง และเลือก	ตัดสินใจปรับ พฤติกรรมตนเอง และปรับสภาพ แวดล้อมได้

โมเดลนี้
น่าจะใช้
ประเมิน
สมรรถนะ
ของ
นักสุขภาพ
แต่ละสายงาน
ว่า สามารถ
พัฒนา
ทักษะ HL
ของ
ประชาชนได้
มีประสิทธิภาพ
เพียงใด

กระบวนการพัฒนา Health Literacy เข้าถึง/ เข้าใจ /ตรวจสอบ/
ตัดสินใจใช้ และบอกต่อ

ทฤษฎีและกรอบแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ

จากโมเดลที่กล่าวทั้งหมด สามารถสรุปให้เห็นเด่นชัดถึงรูปแบบความรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพและต้นทุนทางสุขภาพ



รูปภาพ วงรอบความรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 1988; Nielsen-Bohlman, Panzer, & Kindig, 2004: 5)



การดำเนินงาน องค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ สถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง เพื่อขยายผลต่อองค์กรอื่น



การนำองค์กรเป็น HLO
- นโยบาย งบประมาณ พัฒนา
ศักยภาพบุคลากร ให้มีส่วนร่วม
ออกแบบ Role model / HL
team-office EB project/



Health literate staff
tailor made model/A²IM/
2 way communication skill
(Interactive Health Literacy)

Health literate People
(client)
- Self management
- Group management



Health literate Media
tailor made media



Health literate Environment
- Environment design แผนที่
ป้ายบริการ/ key message /
จิตอาสาบริการ

The Journey to Become a Health Literate Organization: A Snapshot of Health System Improvement

Health Literacy

R.A. Logan and E.R. Siegel (Eds.)

IOS Press, 2017

© 2017 The authors and IOS Press.

All rights reserved.

doi:10.3233/978-1-61499-790-0-203

Cindy BRACH¹

Agency for Healthcare Research and Quality

Abstract. A health literate health care organization is one that makes it easy for people to navigate, understand, and use information and services to take care of their health. This chapter explores the journey that a growing number of organizations are taking to become health literate. Health literacy improvement has increasingly been viewed as a systems issue, one that moves beyond siloed efforts by recognizing that action is required on multiple levels. To help operationalize the shift to a systems perspective, members of the National Academies Roundtable on Health Literacy defined ten attributes of health literate health care organizations.

External factors, such as payment reform in the U.S., have buoyed health literacy as an organizational priority. Health care organizations often begin their journey to become health literate by conducting health literacy organizational assessments, focusing on written and spoken communication, and addressing difficulties in navigating facilities and complex systems. As organizations' efforts mature, health literacy quality improvement efforts give way to transformational activities. These include: the highest levels of the organization embracing health literacy, making strategic plans for initiating and spreading health literate practices, establishing a health literacy workforce and supporting structures, raising health literacy awareness and training staff system-wide, expanding patient and family input, establishing policies, leveraging information technology, monitoring policy compliance, addressing population health, and shifting the culture of the organization.

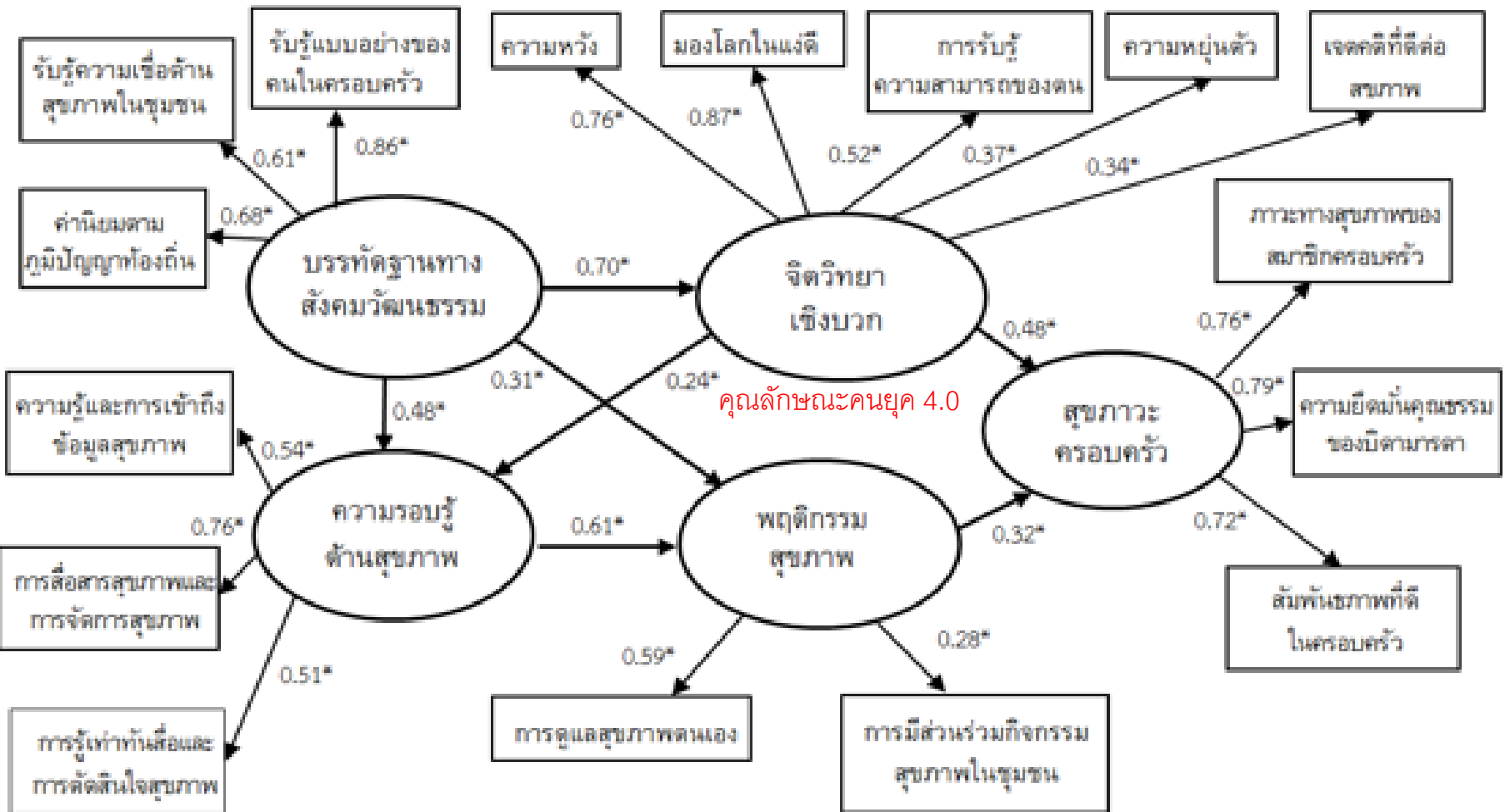
The penultimate section of this chapter highlights the experiences of three organizations that have explicitly set a goal to become health literate: Carolinas Healthcare System (CHS), Intermountain Healthcare, and Northwell Health. These organizations are pioneers that approached health literacy in a systematic fashion, each exemplifying different routes an organization can take to become health literate. CHS provides an example of how, even when the most senior leadership drives the organization to become health literate, continued progress requires constant reinvigoration. At Intermountain Healthcare, the push to become a health literate organization was the natural consequence of organizational adoption of a model of shared accountability that necessitated patient engagement for its success. Northwell Health, on the other hand, provides a model of how a persistent champion can elevate health literacy to become a system priority and how system-wide policies and procedures can advance effective communication across language differences, health literacy, and cultures.

HLO เป็นช่องทางหนึ่งที่ทำให้ประชาชน เข้าถึงเข้าใจและมี HL สูงได้อย่างรวดเร็วใน US. โดยการนำและประเมิน HLO เป็นเครื่องมือหรือกลไกขับเคลื่อน

โดยอาศัยการสื่อสารในองค์กรมีสิ่งอำนวยความสะดวก มีกิจกรรมในการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการสร้างกำลังคนด้านการส่งเสริม HL มีการฝึกอบรมบุคลากรสุขภาพอย่างเป็นระบบและขยายผลไปสู่ผู้ป่วยและครอบครัว มีมาตรการนโยบายช่วยกำกับ มีเทคโนโลยีการสื่อสารที่นำพาสู่วัฒนธรรมองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

ซึ่งมีตัวอย่างขององค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพและดูแลสุขภาพที่สามารถเป็นแหล่งเรียนรู้

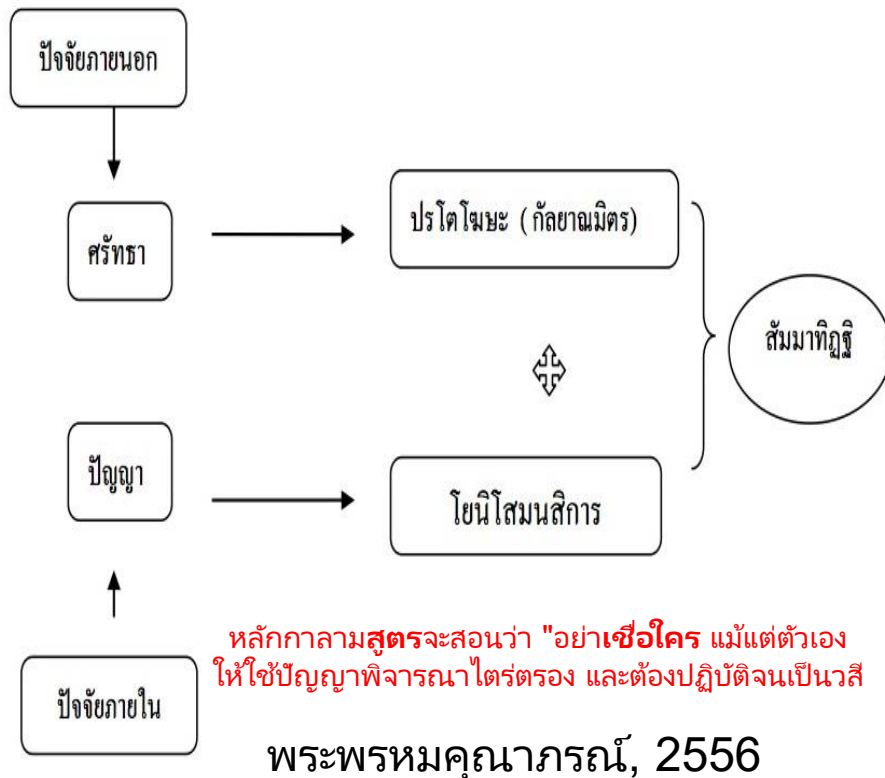
¹ Corresponding author: [Center for Delivery, Organization, and Markets, Agency for Healthcare Research and Quality, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857; E-mail: \[cindy.brach@ahrq.hhs.gov\]\(mailto:cindy.brach@ahrq.hhs.gov\)](#)



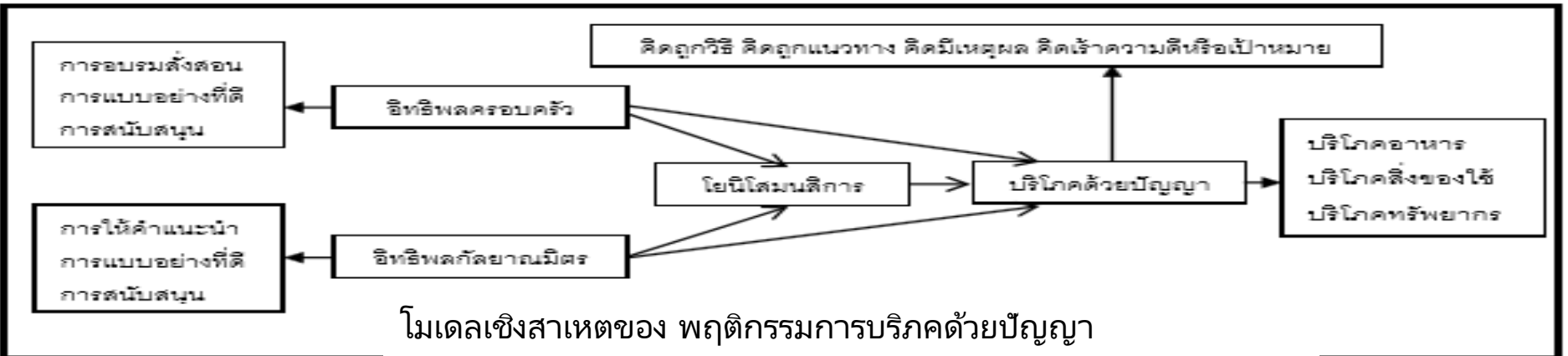
คุณลักษณะคนยุค 4.0

หมายเหตุ : * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ภาพประกอบ | รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง ในกลุ่มรวม



1. **สัมมาทิฐิ** คือ ความเห็นชอบ หมายถึง ความรู้-ปัญญา หรือมุมมองที่ถูกต้อง ตรงกับความจริงตามคำสอนพระพุทธเจ้า
2. **สัมมาสังกัปปะ** คือ ความคิดชอบ หมายถึง ความคิดที่ต้องละเว้นจากความพอใจ, ความพยายามและการเบียดเบียน
3. **สัมมาวาจา** คือ เจรจาชอบ หมายถึง การพูดที่ต้องละเว้นจากการพูดเท็จ, หยาบคาย, ส่อเสียด และเพ้อเจ้อ
4. **สัมมากัมมันตะ** คือ การปฏิบัติชอบ หมายถึง ละเว้นจากการฆ่าสัตว์, ถักทอทรัพย์ และประพฤติดีกในกาม
5. **สัมมาอาชีวะ** คือ การหาเลี้ยงชีพชอบ หมายถึง การทำมาหากินอย่างสุจริต, ไม่คดโกง, ไม่เอาเปรียบผู้อื่น
6. **สัมมาวายามะ** คือ ความเพียรชอบ หมายถึง ความอดุสาหะหรือความพยายามที่อยู่ในวิถีทางที่ดีงาม
7. **สัมมาสติ** คือ การมีสติชอบ หมายถึง การระลึกถึงตัวโดยกำจัดความฟุ้งซ่าน, รำคาญ, หดหู่, ง่วงซึม, สงสัย, ลังเล
8. **สัมมาสมาธิ** คือ การมีสมาธิชอบ หมายถึง การฝึกกาย อารมณ์ให้สงบ กำจัดความคิด อารมณ์ออกไปชั่วขณะ





Interventions to improve patient- Provider by communication

ตัวอย่างโปรแกรมเพื่อพัฒนา
ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการสื่อสาร

WHO กำหนดเป็นนโยบายในปี ค.ศ. 2020

ให้ประชาชนจะมีสุขภาพดีใน 42 เรื่องและ 13 เรื่องเป็น **“การสื่อสารทางสุขภาพและเทคโนโลยี”** คือ

- 1) ปรับปรุงความรู้ทางสุขภาพของประชากร
- 2) เพิ่มสัดส่วนผู้ให้บริการสุขภาพ มีทักษะการสื่อสารที่ผู้ป่วยพึงพอใจ
- 3) เพิ่มสัดส่วนผู้ให้บริการสุขภาพ ดูแลการตัดสินใจทางสุขภาพของผู้ป่วยได้มากเท่าที่ผู้ป่วยต้องการ
- 4) เพิ่มสัดส่วนของผู้ป่วย ที่แพทย์ให้คำแนะนำแหล่งข้อมูลสุขภาพ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยจัดการสุขภาพตนเองได้
- 5) เพิ่มสัดส่วนของประชาชน ที่สามารถใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ในการบริหารจัดการสุขภาพส่วนบุคคลได้
- 6) เพิ่มการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตของแต่ละบุคคล
- 7) เพิ่มสัดส่วนผู้ป่วย ที่พูดคุยเกี่ยวกับสุขภาพตนเองต่อเพื่อนหรือในครอบครัว
- 8) เพิ่มสัดส่วนของเว็บไซต์เกี่ยวกับสุขภาพที่มีคุณภาพ
- 9) เพิ่มสัดส่วนผู้ค้นหาข้อมูลสุขภาพทางออนไลน์ และรายงานความยากง่ายในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ
- 10) เพิ่มสัดส่วนหัตถการทางการแพทย์ที่สามารถบันทึกสุขภาพด้วยอิเล็กทรอนิกส์
- 11) เพิ่มสัดส่วนผู้ใช้งานเทคโนโลยีเกี่ยวกับข้อมูลทางสุขภาพ เช่น **AI, Big data, Application**
- 12) เพิ่มสัดส่วนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในสภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน เพื่อป้องกันสุขภาพของสาธารณชน
- 13) เพิ่มปัจจัยทางการตลาดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

หลักนโยบายนี้ **WHO** ต้องการให้บุคลากรสุขภาพ สามารถสื่อสารให้บุคคลสามารถแก้ปัญหา และดูแลสุขภาพได้ด้วยตัวเองและสามารถดูแลบุคคลในครอบครัวได้ด้วย

ปัจจัยที่มีต่อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ด้านบุคคล (personal factors); อายุ เพศสภาพ เชื้อชาติ รายได้ ระดับการศึกษา ความรุนแรงของโรค ประสบการณ์สุขภาพ ความสามารถในการใช้เหตุผล ความถี่ในการอ่าน ความสามารถในการฟังพูดอ่านเขียน การใช้ວິจ໌ນภาษาหรือทักษะทางปัญญา ทักษะทางสังคมในการปฏิสัมพันธ์ เป็นต้น

ด้านสภาพแวดล้อม (Environmental factors); วัฒนธรรม ภาษา การประกันสุขภาพ รูปแบบสุขภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ระบบการศึกษา ระบบสาธารณสุข ข้อมูลช่องทางการสื่อสาร เป็นต้น

จากงานวิจัยหลายเรื่อง ที่พบว่า

การสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เกิดขึ้นน้อยมาก หรือมักจะเกิดในลักษณะที่ลดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

Rozier. 2011 cited in Choi; et al. 2008; Macdonald; et al. 2015; Kiesler and Auerbach, 2006; Threlfall; et al. 2007; discussion 216-217; Rozier. 2011)

ส่วนใหญ่เป็นเพราะแพทย์เชื่อว่า อธิบายผู้ป่วยไปอย่างไรสุดท้าย ผู้ป่วยก็จะปล่อยให้แพทย์ตัดสินใจการรักษาให้เอง

การสื่อสารที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Counseling Person-Centered Theory by Rogers, 1959)

Young LB.; et al. 2015 กล่าวว่า กลวิธีการสื่อสาร เป็นการเสริมแรงทางข้อมูล และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสื่อสารคือ ถ้าบุคคลที่มี HL สูง จะมีความสามารถในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพคือ สามารถแสวงหาข้อมูล เข้าใจสื่อต่างๆ กรอกแบบฟอร์มในการให้บริการได้ถูกต้อง ชักถามข้อสงสัยกับผู้ให้บริการสุขภาพ และให้ข้อมูลสุขภาพตนเองได้ อธิบายให้คนอื่นเข้าใจได้

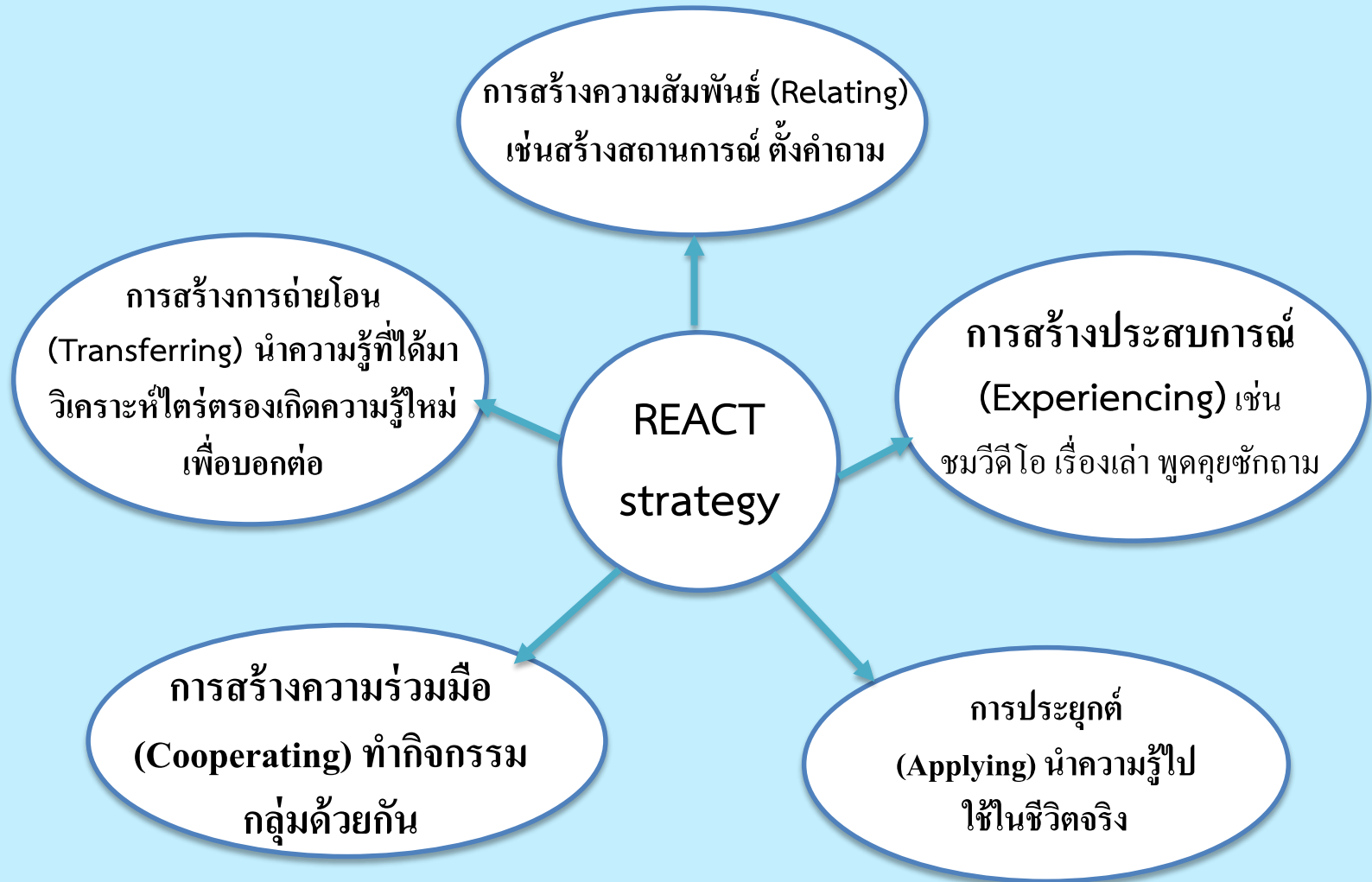
เทคนิคการสื่อสารที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

1. สร้างบรรยากาศให้เกิดการเรียนรู้ Free Environment มีความเป็นกันเองที่จะพูดคุยแลกเปลี่ยน เช่น มีป้ายบอกให้ซักถามได้
2. ไม่ตีตราว่า ผู้ป่วยมีความเชื่อและการปฏิบัติที่ผิดๆ มาก่อน จึงต้องสนทนาเพื่อเข้าใจพื้นฐานเดิมของแต่ละคนก่อน
3. สามารถฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ โดยไม่ขัดแย้ง และประเมินจับประเด็นสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญได้
4. สามารถให้คำพูดหรือภาษาต่างๆ ที่ใช้ในชีวิตรประจำวัน มิใช่กับกลุ่มวิชาชีพเดียวกัน
5. จำนวนเนื้อหาที่สื่อสาร ไม่ควรมากในการพูดคุยแต่ละครั้งและเน้นเนื้อหาที่เป็นกรปฏิบัติมากกว่า นามธรรม
6. มีการอธิบายซ้ำๆ โดยให้ผู้ป่วยมองเห็นภาพและจินตนาการได้ อาจจะใช้สื่อช่วย เช่น โหมดละคริต รูปภาพ ยกตัวอย่างเปรียบเทียบกับสิ่งที่เห็นในชีวิตประจำวัน
7. สื่อเอกสารที่ส่งให้ผู้ป่วย อาจจะมีข้อความ เครื่องหมาย รูปภาพประกอบที่ชัดเจน

ตัวอย่างผู้มีลักษณะ HL และ HB ทางเพศที่ดีของวัยรุ่น (Haffner, 1995)

- เข้าใจในการให้คำแนะนำนำเรื่องเพศ ของผู้ให้บริการสุขภาพ
- ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องทางเพศที่ต้องการศึกษาได้
- เข้าใจถึงการเปรียบเทียบ และความกดดันทางวัฒนธรรมเรื่องเพศ
- ความสามารถในการเจรจากับครอบครัวเรื่องเพศได้เสมอ
- เข้าใจและปฏิเสธเรื่องเพศที่รบกวนหรือทำให้ลำบากใจได้
- ความเคารพในสิทธิของผู้อื่น การรักษาความลับ
- เชื่อฟังในสิ่งที่ถูกต้อง เชื่อฟังคำสั่งสอนของผู้ใหญ่
- รู้ที่จะถามคำถามกับพ่อแม่และผู้ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับเรื่องเพศ
- การอยู่ร่วมกับคู่อรัก การตัดสินใจมีสัมพันธ์ทางเพศ และการวางแผน
- รู้ว่าจะใช้ระบบการดูแลสุขภาพอย่างไรและ รู้ที่จะสื่อสารกับคนอื่น
- ค้นหา คำแนะนำ ข้อมูล ข้อเท็จจริงและบริการที่ต้องการได้

ตัวอย่างเทคนิคการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและทักษะการสื่อสารด้วย
กระบวนการเรียนรู้ตามหลัก The REACT (Davtyan, 2014)



ตัวอย่างเทคนิค/วิธีการ/กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะความรู้
ด้านสุขภาพได้แก่ “Ask Me 3” ซึ่งเป็นเทคนิคที่ใช้เพื่อกระตุ้นให้
ผู้ป่วยถามคำถามแพทย์ได้ 3 ข้อ (Pleasant, 2012) คือ

- (1) ปัญหาสุขภาพหรือภาวะสุขภาพของตนคืออะไร
- (2) ฉันจำเป็นต้องทำอะไรบ้างเกี่ยวกับปัญหาดังกล่าว
- (3) สิ่งที่ต้องทำนั้นสำคัญอย่างไร

Teach-back method ใช้หลังจากเทคนิค “Ask Me 3” ให้ผู้ป่วยลองทำให้ดู เช่น
“ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยว่ายาที่คุณได้รับจากห้องยานั้น คุณใช้อย่างไร ช่วงไหนบ้าง
และเวลาใช้ยานี้คุณทำอย่างไรช่วยแสดงให้ดูหน่อย”

Edutainment เทคนิคนำเสนอข้อมูลด้านสุขภาพผ่านละคร หรือเรื่องเล่า

Peer training method ฝึกเพื่อนร่วมงานในทักษะสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ตัวอย่างร่างแผนการกิจกรรมเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพตามกรอบ V ทุกกลุ่มวัย

(จากที่ประชุมกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 21-23 มีนาคม 2561)

องค์ประกอบ	วัตถุประสงค์	ตัวอย่างกิจกรรมการพัฒนา HL
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (เข้าถึง)	<ol style="list-style-type: none">1. เลือกแหล่งข้อมูลและบริการสุขภาพที่น่าเชื่อถือได้2. รู้วิธีการค้นหาและใช้อุปกรณ์สืบค้นได้3. ค้นหาข้อมูลที่ต้องการได้4. สามารถตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งได้ เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเอง และได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ	<ol style="list-style-type: none">1. แสวงหาแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เช่น ภูมิปัญญาชาวบ้าน แหล่งบริการสุขภาพในชุมชน2. สาธิตและฝึกปฏิบัติใช้เทคโนโลยีในการค้นหาข้อมูล3. การใช้กรณีตัวอย่างข้อมูลสุขภาพที่ได้จากสื่อต่างๆ เช่น แผ่นพับ สัญลักษณ์ คู่มือ เว็บไซต์ เพื่อฝึกทักษะการตรวจสอบข้อมูลที่น่าเชื่อถือ
2. ความเข้าใจ (เข้าใจ)	<ol style="list-style-type: none">1. มีความรู้และจำในเนื้อหาสาระสำคัญด้านสุขภาพ2. สามารถอธิบายถึงความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ ที่จะนำไปปฏิบัติชีวิตประจำวัน3. สามารถวิเคราะห์ เปรียบเทียบเนื้อหา/แนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล	<ol style="list-style-type: none">1. ฝึกทักษะการอ่าน การฟัง การสนทนาจากแหล่งข้อมูลชุมชน โดยใช้สถานการณ์จำลองในชุมชน2. ฝึกทักษะการฟังจับประเด็นในการสนทนาระหว่างเพื่อนที่เข้าร่วมกิจกรรมทั้งในระดับคู่ ระดับกลุ่ม3. ฝึกทักษะการวิเคราะห์ เปรียบเทียบข้อมูลจากกรณีตัวอย่างที่มาจากประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้นในชุมชน
3. ทักษะการสื่อสาร (การโต้ตอบซักถาม)	<ol style="list-style-type: none">1. บอกเล่าเรื่องของตัวเองให้ผู้อื่นเข้าใจได้2. สามารถซักถาม พุดคุยแลกเปลี่ยนเพื่อให้ได้รับข้อมูลทางสุขภาพที่กระจ่างชัด3. สามารถเจรจาต่อรองเพื่อให้ได้ข้อมูลและบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง	<ol style="list-style-type: none">1. ฝึกการเล่าเรื่องประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองหรือผู้อื่นให้เพื่อนที่เข้าร่วมกิจกรรมอบรมด้วยกันฟัง2. ฝึกทักษะการตั้งคำถามเชิงบวกกับวิทยากรอบรม3. ฝึกทักษะการเจรจาต่อรองด้วยการใช้สถานการณ์สมมุติในสถานพยาบาลระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการสุขภาพ

<p>4. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (ตัดสินใจ)</p> <p>ครอบคลุมการวิเคราะห์สังเคราะห์และการประยุกต์ใช้</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. สามารถเปรียบเทียบผลดี-ผลเสีย อย่างมีเหตุผลก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อและทำตาม 2. สามารถกำหนดทางเลือก/หลีกเลี่ยง และปฏิเสธ หรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี 3. สามารถแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่น หรือแสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ฝึกทักษะการตัดสินใจโดยผ่านกระบวนการนกิจกรรมการเล่นเกมส์ 2. ฝึกการกำหนดทางเลือกจากข้อมูลที่กลุ่มมีอยู่หรือที่วิทยากรมีไว้เป็นตัวอย่าง 3. ฝึกการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพและกำหนดวิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง จากข้อมูลสุขภาพที่มีอยู่ 4. ฝึกทักษะปฏิเสธ การหลีกเลี่ยง ทักษะการตอบโต้ อย่างสร้างสรรค์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ
<p>5. ทักษะการจัดการตนเอง (ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. สามารถกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้เหมาะสม 2. สามารถปฏิบัติตามแผนที่กำหนดได้ 3. สามารถกำกับ ประเมิน ทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนได้ เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ฝึกทักษะการปรับพฤติกรรม (เริ่มตั้งแต่ ทักษะสังเกตสุขภาพ รูปร่าง อารมณ์ของตนเอง ฝึกการตั้งเป้าหมาย ฝึกการทำสัญญาตนเอง ฝึกควบคุมอาหารการออกกำลังกาย อารมณ์ด้วยตนเอง ฝึกการวาง กำกับตนเอง และการให้การเสริมแรงตนเอง) 2. ฝึกทักษะการส่งเสริมสุขภาพตนเองทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การเลิกหรือหลีกเลี่ยงบุหรี่และดื่มสุรา
<p>6. ทักษะการบอกต่อ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. สามารถถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้อื่นได้ 2. สามารถโน้มน้าวใจผู้อื่นให้ดูแลสุขภาพ 3. สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีด้านใดด้านหนึ่งของการมีสุขภาพดี 4. สามารถเข้าร่วมในบทบาทนำหรือเป็นการแกนนำในการเปลี่ยนแปลงตนเองและสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพได้ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ฝึกทักษะการเสนอทางเลือกหลายทางเลือกเพื่อตัดสินใจ 2. ฝึกทักษะการแชร์ การเซท และการถ่ายทอดข้อมูลและประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเอง 3. ฝึกทักษะการสนทนาเพื่อโน้มน้าวใจให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง 4. ฝึกทักษะให้คำปรึกษาหรือเป็นโค้ชที่ดีด้านสุขภาพ 5. ฝึกทักษะการผลิตสื่อพื้นฐานเพื่อการเผยแพร่ในชุมชน

ทฤษฎีที่ใช้ในโปรแกรมเพื่อการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ



- ขั้นที่ 6 การประเมินค่า- สามารถตัดสินได้ว่าอะไรถูกหรือผิดอย่างมีเหตุผลและเกณฑ์เทียบที่แน่ชัด
- ขั้นที่ 5 การสังเคราะห์- สามารถรวบรวมความรู้ ประสบการณ์ให้เกิดสิ่งใหม่
- ขั้นที่ 4 การวิเคราะห์- สามารถแก้ปัญหา ตรวจสอบได้
- ขั้นที่ 3 การประยุกต์- สามารถใช้สิ่งที่รู้มาให้เกิดประโยชน์
- ขั้นที่ 2 ความเข้าใจ- สามารถแปลความขยายความในสิ่งที่ได้เรียนรู้มา
- ขั้นที่ 1 ความรู้ที่เกิดจากความจำ- สามารถจดจำสิ่งที่เรียนรู้มาได้ช่วงระยะหนึ่ง

ภาพประกอบ 7-1 พฤติกรรมตามพุทธิพิสัย (Cognitive domain) 6 ระดับ (Bloom, 1956)





ทฤษฎีการเรียนรู้ผู้ใหญ่ (Adult learning theory - Andragogy)

ซึ่ง Knowles (1980) หลักการสำคัญในการจัดโปรแกรมการพัฒนาคือ

- 1) ผู้ใหญ่ต้องการความเป็นอิสระและสามารถเรียนรู้ด้วยการนำตนเองได้
- 2) ประสบการณ์ของผู้ใหญ่ เป็นแหล่งทรัพยากรการเรียนรู้ที่มีคุณค่า
- 3) มีความพร้อมที่จะเรียนรู้ เมื่อสิ่งนั้นจำเป็นต่อชีวิตและสังคมของตนเอง
- 4) จัดการเรียนรู้เน้นการปฏิบัติและยึดปัญหาเป็นศูนย์กลาง
- 5) ต้องการความเคารพและพอใจกับการได้รับความเท่าเทียม

Begoray et al. (2012) กล่าวว่า HL เป็นเป้าหมายสำคัญ ด้วยการศึกษผ่าน หลักสูตรของการเรียนรู้ตลอดชีวิต มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของ HL และ พฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดี (Health literacy and healthy lifestyle behaviors)

Evolution of Learning

Apprentice Centered	Teaching Centered	Learner Centered	Relationship Centered
One to One Relationships	One to Many	Many to Many	Community to Many
			
Focus on Quality of Craft	Focus on What Needs Taught	Focus on Learners Needs/Outcomes	Focus on Relationships: People, Content, Work
Before 1930s	1930-1970s	1970s-2010	2010-Beyond

เช่น การจัดกิจกรรมระหว่างกลุ่ม, สร้างเครือข่าย, สร้างทีมมืออาชีพ

ทักษะที่จำเป็นสำหรับการทำงานภายในปี 2030



ตาราง 6-1 ลักษณะกิจกรรมและรูปแบบการดำเนินการตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

องค์ประกอบของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ลักษณะกิจกรรม/รูปแบบการดำเนินการ	
	ประชาชน	บุคลากรทางสุขภาพ
<p>1. การเข้าถึงข้อมูล สุขภาพและบริการ สุขภาพ (Access)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีเว็บไซต์ด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือ 2. การใช้ mobile health technology และ applications รวมถึง wireless devices ในการให้ข้อมูลสุขภาพแก่ประชาชน 3. การจัดสิ่งสนับสนุนบริการสุขภาพอย่างเพียงพอและเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ 4. การจัดกิจกรรมเยี่ยมชมจุดสำคัญที่ในการมารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาล 5. โครงการรณรงค์การคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความเป็นมิตรกับผู้ป่วย เช่น ให้บุคลากรใช้ภาษาต่างๆ ใช้เครื่องมือที่ไม่ทำให้เจ็บหรือกลัว เป็นต้น 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ได้รับการฝึกทักษะในการผลิตและใช้สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อเทคโนโลยี เพื่อให้ความรู้กับประชาชนได้หลายช่องทาง 2. ได้รับแรงจูงใจในการทำงานเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชน 3. กิจกรรมเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของแพทย์และบุคลากรทางสุขภาพ
<p>2. ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 6. มีเว็บไซต์ให้ความรู้ด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือ 7. โครงการเพิ่มความรู้อาสาสมัครเกี่ยวกับสุขภาพด้วยการใช้ศิลปะการแสดงและการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน 8. การให้ข้อมูลสุขภาพสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะในรูปแบบต่างๆ เช่น fact sheet, radio campaign โทรทัศน์ คู่มือ แผ่นพับ 9. บรรณานุกรมที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในหลักสูตรทุกระดับ 	<ol style="list-style-type: none"> 4. มี research-based guidance ซึ่งเป็นแนวทางช่วยให้หน่วยงานประยุกต์หลักการของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการออกแบบเว็บไซต์ด้านสุขภาพ 5. มี health literacy module สำหรับบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อให้เข้าใจหลักการและสามารถประยุกต์ใช้ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการให้บริการผู้ป่วย

องค์ประกอบของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ลักษณะกิจกรรม/รูปแบบการดำเนินการ	
	ประชาชน	บุคลากรทางสุขภาพ
		<p>6. บรรจุนโยบายความรอบรู้ด้านสุขภาพในหลักสูตรระดับปริญญาตรี ทุกสหสาขาวิชาชีพสุขภาพ</p> <p>7. มีเวทีแลกเปลี่ยนองค์ความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เช่น สัมมนา การจัดประชุมเชิงวิชาการ การนำเสนอผลงาน</p>
3. ทักษะการสื่อสาร (Communication skill)	<p>8. การพัฒนาทักษะด้านการรู้หนังสือ (Literacy skills) คือ ฟัง พูด อ่าน เขียน และคำนวณตัวเลข</p> <p>9. สร้างพื้นที่เพื่อให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนกันเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพโดยใช้ Social media หรือชุมชนสื่อสารออนไลน์</p> <p>10. มีล่ามทางโทรศัพท์</p>	<p>8. มีชุดกิจกรรมเกี่ยวกับกลยุทธ์การสื่อสารที่ชัดเจน</p> <p>9. การฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารด้านการพูดและการเขียนของบุคลากรทางสุขภาพ</p> <p>10. การฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย</p>
4. การจัดการตนเอง (Self-management)	<p>11. จัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง</p> <p>12. โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหว ออกกำลังกายและการบริโภคอาหารเพื่อลดความชุกของโรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกิน</p>	
5. การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy)	<p>13. มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ถูกต้องทางเว็บไซต์ หรือสื่อรูปแบบอื่น</p> <p>14. มีการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพออนไลน์</p> <p>15. พัฒนาชุดเครื่องมือเพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของแหล่งข้อมูลสุขภาพ</p>	
6. ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill)	<p>16. จัดโปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพในการแก้ปัญหาของชุมชน</p> <p>17. โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการในการดูแลสุขภาพ และปัญหาที่มักเกิดขึ้นในการดูแลสุขภาพ</p>	

Communication Training Methods



Health professionals

- **Strategies**
 - Skills demonstration
 - Observation and feedback
 - Health system environmental change
- **Delivery methods**
 - Didactic presentations – Small group discussion – Role-playing
 - Clinical experience
- **Tools**
 - Reminders, readings
 - Interactive media, audiovisual aids
 - Web-based tools

Patients and Families

- **Strategies**
 - Skills development
 - Problem-solving
 - Peer support
 - Social environment change
- **Delivery methods**
 - One-on-one coaching or group-based classes
 - Web-based interventions, patient portals
- **Tools**
 - Written materials
 - Audiovisual aids

Example: Communication Training



- **Information Exchange**
- **Data-gathering**
- **Physician – use open-ended questions to probe patient concerns**
- **Patient – tell your story; disclose your concerns to physician**
- **Educating and counseling**
- **Physician – provide information in short, clear statements**
- **Patient – tell physician what you understand and intend to do**
- **Rapport-building**
- **Physician – make emotional connections, show support to patients** [?]
- **Patient – share your feelings and fears**
- **Participation/Activation**
- **Physician – engage patient in problem-solving and decision-making**
- **Patient – ask questions, express opinions, state preferences**

ตาราง 7-3 สรุปการนำความรอบรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในแผนงานส่งเสริมสุขภาพ



ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	เนื้อหา	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น		แนวทาง การจัดการเรียนรู้
		ระดับบุคคล	ระดับชุมชน/สังคม	
ระดับพื้นฐาน: ข้อมูลสารสนเทศ	การเข้าถึงข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับความเสี่ยงและการใช้บริการสุขภาพ	เพิ่มความรู้เพื่อป้องกันเสี่ยง และปฏิบัติตามคำแนะนำในบริการทางสุขภาพ	เพิ่มการมีส่วนร่วมในโปรแกรมเพื่อประชาชน เช่น การคัดกรอง การรับวัคซีน	ถ่ายทอดความรู้ผ่านช่องทางสื่อสารต่างๆ เรียนรู้ตัวต่อตัวและเรียนรู้จากสื่อต่างๆ
ระดับปฏิสัมพันธ์: พัฒนาทักษะส่วนบุคคล	ใช้โอกาสในการพัฒนาทักษะจากการสนับสนุนทางสังคม	เพิ่มความสามารถในกระทำได้ด้วยตนเอง บนฐานความรู้ เพิ่มแรงจูงใจและความเชื่อมั่นในตนเอง	เพิ่มความสามารถในการมีอิทธิพลหรืออิสระจากบรรทัดฐานทางสังคม หรือได้ตอบกลุ่มสังคมที่ครอบงำได้	สื่อสารสุขภาพเฉพาะที่จำเป็น เปิดโอกาสให้ชุมชนช่วยกันเอง, จัดให้มีการสนับสนุนทางสังคม, เพิ่มช่องทางสื่อสารสุขภาพในชุมชน
ระดับ วิจารณ์ญาณ: เสริมพลังอำนาจให้กับบุคคลและชุมชน	วิเคราะห์ข้อมูลทางสุขภาพสังคม เศรษฐกิจที่มีต่อสุขภาพ และโอกาสที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงนโยบายรัฐและองค์กร	เพิ่มพลังในการปรับตัวและเผชิญกับสังคมและเศรษฐกิจที่มีการเปลี่ยนแปลงและความหลากหลายได้	เพิ่มความสามารถในการได้ตอบสนองสังคมและเศรษฐกิจที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ เพิ่มพลังอำนาจให้กับชุมชนให้เข้มแข็งขึ้น	แนะนำการใช้เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการทำกิจกรรมในชุมชน กำหนดมาตรการสุขภาพในชุมชนร่วมกับผู้นำชุมชน นักการเมืองท้องถิ่น และสนับสนุนการพัฒนาชุมชน



Research Example:













**Intervention Simplifying
Educational Materials**

Educational Materials



- **Written**
 - Use of pictures or graphics
 - Easy-to-read and understand formats
- **Video**
 - Graphics, scenarios, patient and provider dramatizations
- **Computer**
 - Interactive DVD's with self-guided components
 - Graphics, videos and self-assessments
- **Self-management**
 - Illustrative medication schedule


















Choosing Appropriate Pictures for Low Literacy Patients

Instead of this...	Use this...	Because
		Poor readers may not understand the "night cap" reference and the yawning moon to indicate bedtime
		Giving inanimate objects human characteristics is very confusing to poor readers; in this case, to indicate daytime use simply the sun
		Poor readers might not understand the concept of a "brown bag" referring to lunch and might focus only on the apple
		Poor readers might see the three pills in the illustration and think that means their dose is three pills
		Poor readers might be confused by the clock-as-plate metaphor for the midday meal, as ideal as it may seem to the practitioner with high-level literacy
		Poor readers have no frame of reference with the free-floating lungs; many people think this picture looks more like kidneys

Improve Medication Adherence

- 209 Received personalized, illustrated pill card
- REALM
 - 41.6% Inadequate
 - 36.9% Marginal
- Those with inadequate or marginal literacy reported greatest use and helpfulness in medication adherence compared to those with adequate literacy ($p < 0.05$)

Illustrated pill card

Date: <u>03-15-06</u>		Name: <u>Jane Doe</u>		GMH# 01234567	
Names of Pills	What It's For	 Morning/ Breakfast	 Afternoon/ Lunch	 Evening/ Dinner	 Night/ Bedtime
Lisinopril 20 mg 1 pill once a day	Blood Pressure 				
Simvastatin (Zocor) 40 mg 1 pill at bedtime	Cholesterol 				
Metformin 500 mg 2 pills twice a day	Diabetes/ Sugar 				
Gabapentin (Neurontin) 300 mg 1 pill every 8 hours	Nerve Pain 				
Aspirin EC 81 mg 1 pill once a day	Heart 				

Reviewed Studies Health Education Materials



Written

1. Coleman EA, Coon S, Mohrmann C, Hardin S, Stewart B, Gibson RS, et al. Developing and testing lay literature about breast cancer screening for African American women. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2003;7(1):66-71.
2. Davis TC, Holcombe RF, Berkel HJ, Pramanik S, Divers SG. Informed consent for clinical trials: a comparative study of standard versus simplified forms. [see comments.]. *Journal of the National Cancer Institute*. 1998;90(9):668-74.
3. Davis TC, Fredrickson DD, Arnold C, Murphy PW, Herbst M, Bocchini JA. A polio immunization pamphlet with increased appeal and simplified language does not improve comprehension to an acceptable level. *Patient Educ Couns* 1998;33(1):25-37.
4. Davis TC, Bocchini JA, Jr., Fredrickson D, Arnold C, Mayeaux EJ, Murphy PW, et al. Parent comprehension of polio vaccine information pamphlets. *Pediatrics* 1996;97(6 Pt 1):804-10.
5. Eaton ML, Holloway RL. Patient comprehension of written drug information. *American Journal of Hospital Pharmacy*. 1980;37(2):240-3.
6. Hayes KS. Randomized trial of geragogy-based medication instruction in the emergency department. *Nursing Research*, 1998;47(4):211-8.
7. Jacobson TA, Thomas DM, Morton FJ, Offutt G, Shevlin J, Ray S. Use of a low-literacy patient education tool to enhance pneumococcal vaccination rates. A randomized controlled trial. *JAMA*. 1999;282(7):646-50.
8. Michielutte R, Bahnson J, Dignan MB, Schroeder EM. The use of illustrations and narrative text style to improve readability of a health education brochure. *Journal of Cancer Education*. 1992;7(3):251-60.
9. Raymond EG, Dalebout SM, Camp SI. Comprehension of a prototype over-the-counter label for an emergency contraceptive pill product. *Obstetrics & Gynecology*. 2002;100(2):342-9.
10. Yates K, Pena A. Comprehension of discharge information for minor head injury: a randomised controlled trial in New Zealand. *N Z Med J* 2006;119(1239):U2101.

Computer

1. Green MJ, Peterson SK, Baker MW, Harper GR, Friedman LC, Rubinstein WS, et al. Effect of a computer-based decision aid on knowledge, perceptions, and intentions about genetic testing for breast cancer susceptibility: a randomized controlled trial. *Jama* 2004;292(4):442-52.
2. Kim SP, Knight SJ, Tomori C, Colella KM, Schoor RA, Shih L, et al. Health literacy and shared decision making for prostate cancer patients with low socioeconomic status. *Cancer Investigation*. 2001;19(7):684-91.
3. Gerber BS, Brodsky IG, Lawless KA, Smolin LI, Arozullah AM, Smith EV, et al. Implementation and Evaluation of a Low-Literacy Diabetes Education Computer Multimedia Application. *Diabetes Care* 2005;28(7):1574-1580.
4. Wydra EW. The effectiveness of a self-care management interactive multimedia module. *Oncology Nursing Forum*. 2001;28(9):1399-407.

Video

1. Meade CD, McKinney WP, Barnas GP. Educating patients with limited literacy skills: the effectiveness of printed and videotaped materials about colon cancer. *Am J Public Health* 1994;84(1):119-21.
2. Murphy PW, Chesson AL, Walker L, Arnold CL, Chesson LM. Comparing the effectiveness of video and written material for improving knowledge among sleep disorders clinic patients with limited literacy skills. *Southern Medical Journal*. 2000;93(3):297-304.
3. Brock TP, Smith SR. Using digital videos displayed on personal digital assistants (PDAs) to enhance patient education in clinical settings. *Int J Med Inform* 2007;76(11-12):829-35.
4. Pepe MV, Chodzko-Zajko WJ. Impact of older adults' reading ability on the comprehension and recall of cholesterol information. *Journal of Health Education*, 1997;28(1):21-7.

Self-Management

1. Kripalani S, Robertson R, Love-Ghaffari MH, Henderson LE, Praska J, Strawder A, et al. Development of an illustrated medication schedule as a low-literacy patient education tool. *Patient Education and Counseling* 2007;66(3):368-377.



Improving Health literacy in the population

Complex Interventions & Disease Management

Intervention to Improve Diabetes Outcome



- **Rothman et al, 2004**
- **RCT**
- **Intervention group: 98 Control group: 95 (All adult diabetics)**
- **REALM: 38% Low, 61.8%**
- **Intervention group received disease management program: education from clinical pharmacist, clinical interventions, reminder/reinforcement calls, low literacy communication strategies**

Outcomes:

At 12 months, high and low literacy patients in the intervention group significantly improved their HA1c and blood pressure compared to the control group ($p < 0.001$, $p = 0.006$ respectively).

Improving Literacy: Intervention for Depression



- Weiss et al., 2006
- RCT
- Intervention group: 33 Control group: 28
- All participants with REALM <60, PHQ-9 >5
- Intervention group received ABLE literacy training and depression treatment.(ABLE program; Adult Basic and Literacy Education)
- Control group received depression treatment only

Outcomes:

At 12 months, those in the intervention group had significantly improved depression symptoms (PHQ-9 scores) compared to the control group ($p=0.04$)

“Education with Self-monitoring interventions”



Self monitoring is defined as the process of implementing, recording, and evaluating specific health behaviors for oneself.

- **RCT**
- **Intervention Group**
 - **Self-control algorithm, interactive communication loop (clear, picture-based education booklet, simple language, small no. of teaching points rather than general knowledge,**
 - **patient-provider interactive communication, teaching goals around key self-care skill building, particularly symptoms.**
 - **weight assessment development & applied self-adjustment of diuretics algorithm)**
 - **changes in attitude and self-management behavior**

Outcomes:

- **Self-efficacy improved in the intervention group.**
- **CHF knowledge Increased**
- **Measurements of daily weight were also significantly higher in the intervention group compared with that of the control group at 12-month follow-up (p < .001)**

(DeWalt et al.).



Complex Interventions: Outcomes

- HF exacerbations, associated costs, hospitalization and death
- Systolic blood pressure
- Self-care behaviors
- Depression
- HIV viral load
- Knowledge about medical information
- Diabetes control (HbA1c)
- CD-4 counts
- Medication adherence
- Dietary self-efficacy, behaviors and outcomes

Disease and case management interventions generally had better outcomes than the serious of education classes

Reviewed Studies Complex Interventions



1. Dewalt DA, Malone RM, Bryant ME, Kosnar MC, Corr KE, Rothman RL, et al. **A heart failure self-management program for patients of all literacy levels: A randomized, controlled trial** [ISRCTN11535170]. BMC Health Serv Res 2006;6(1):30.
2. Holzemer WL, Bakken S, Portillo CJ, Grimes R, Welch J, Wantland D, et al. **Testing a nurse-tailored HIV medication adherence intervention.** Nurs Res 2006;55(3):189-97.
3. Howard-Pitney B, Winkleby MA, Albright CL, Bruce B, Fortmann SP. **The Stanford Nutrition Action Program: a dietary fat intervention for low-literacy adults.** Am J Public Health 1997;87(12):1971-6.
4. Kalichman SC, Cherry J, Cain D. **Nurse-delivered antiretroviral treatment adherence intervention for people with low literacy skills and living with HIV/AIDS.** J Assoc Nurses AIDS Care 2005;16(5):3-15.
5. Kim S, Love F, Quistberg DA, Shea JA. **Association of Health Literacy With Self-Management Behavior in Patients With Diabetes.** Diabetes Care 2004;27(12):2980-2982.
6. Murray MD, Young J, Hoke S, Tu W, Weiner M, Morrow D, et al. **Pharmacist Intervention to Improve Medication Adherence in Heart Failure: A Randomized Trial.** Ann Intern Med 2007;146(10):714-725.
7. Murphy PW, Davis TC, Mayeaux EJ, Sentell T, Arnold C, Rebouche C. **Teaching nutrition education in adult learning centers: linking literacy, health care, and the community.** Journal of Community Health Nursing. 1996;13(3):149-58.
8. Poresky RH, Daniels AM. **Two-year comparison of income, education, and depression among parents participating in regular Head Start or supplementary Family Service Center Services.** Psychological Reports. 2001;88(3 Pt 1):787-96.
9. Rothman R, Malone R, Bryant B, Horlen C, DeWalt D, Pignone M. **The relationship between literacy and glycemic control in a diabetes disease-management program.** Diabetes Educ 2004;30(2):263-73.
10. van Servellen G, Nyamathi A, Carpio F, Pearce D, Garcia-Teague L, Herrera G, et al. **Effects of a treatment adherence enhancement program on health literacy, patient-provider relationships, and adherence to HAART among low-income HIV-positive Spanish-speaking Latinos.** AIDS Patient Care STDS 2005;19(11):745-59.

Discussion



- การพัฒนาสื่อทางสุขภาพสำหรับให้ความรู้ (Education materials) ไม่สามารถพัฒนาความรู้ได้เสมอไป
- การให้สุขศึกษา ทั้งแบบกลุ่มและแบบรายบุคคล สามารถพัฒนาความรู้ของผู้ป่วยได้ และยังสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบางอย่างได้
- การให้ Intervention ที่หลากหลาย (Complex, interventions) การพัฒนาการจัดการโรค (disease management) สามารถพัฒนาผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ (outcomes in health status) เช่น HA1C, Depression symptoms, daily weight , CD-4 counts เป็นต้น