



3SRi ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา (Health Literacy: Measurement and Development) ISBN:

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา

Health Literacy: Measurement and Development



รองศาสตราจารย์ ดร.
อังศินันท์ อินทรกำแหง

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



รศ.ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคล (HL)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคล (WHO, 1998) หมายถึง การกระทำอย่างต่อเนื่องของบุคคล ที่เป็นการใช้ ทักษะทางปัญญา (ด้านการคิด) และทักษะทางสังคม (การสื่อสาร 2ทาง-ปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน) ในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และ ประเมินข้อมูลและบริการทางสุขภาพ ที่ ได้รับการถ่ายทอดหรือเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะเป็น **แรงจูงใจในตนเองให้มีการตัดสินใจ**เลือกวิถีทางในการ ดูแล จัดการสุขภาพตนเองได้ เพื่อป้องกันและ**คงรักษา สุขภาพที่ดี**ของตนเองไว้เสมอ



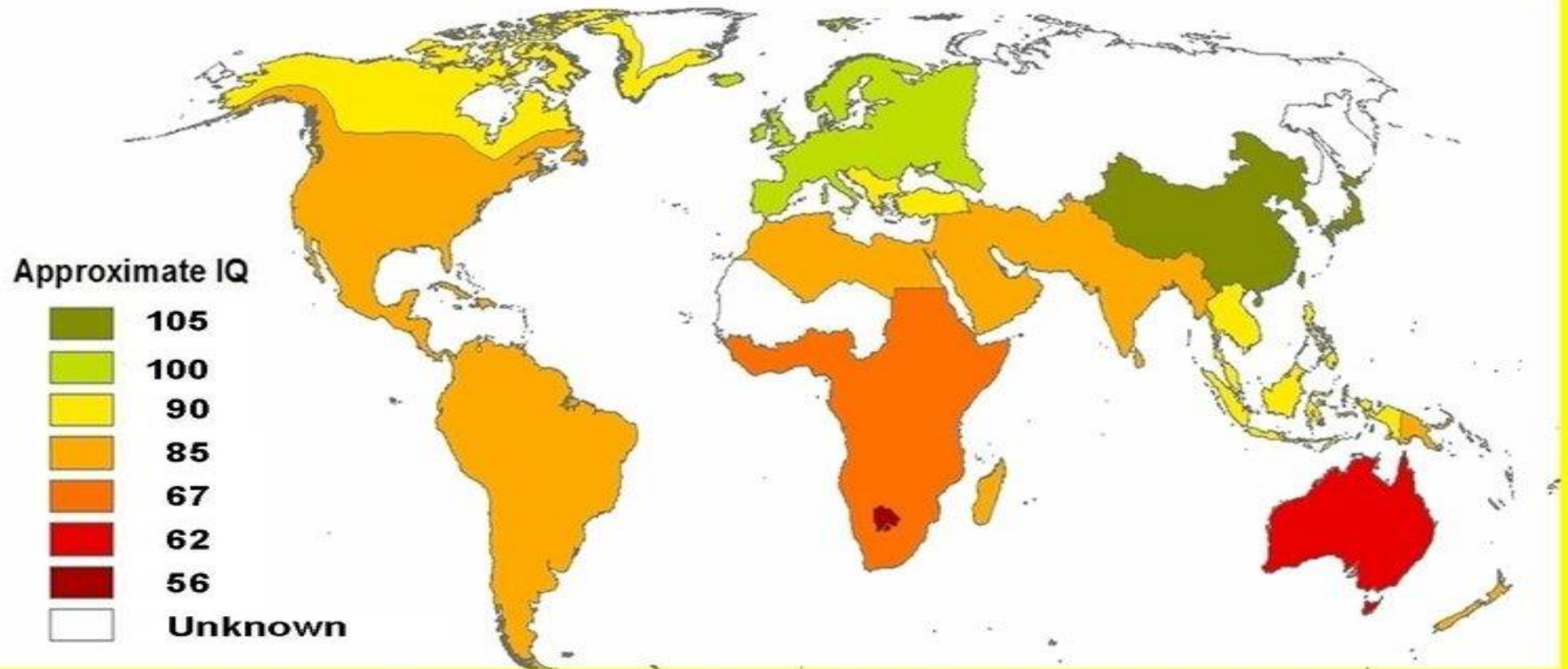
แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ

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

“ความรู้ด้านสุขภาพช่วยสนับสนุนความสำเร็จในการทำงานด้านสุขภาพและการเข้าถึงคุณภาพในการดูแลสุขภาพของประชาชนได้อย่างไร” และได้ให้ความหมายของ HL โดยทั่วไปเพิ่มว่า

“เป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจและใช้สารสนเทศในทางส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีเพื่อตนเอง ครอบครัวและชุมชน เช่น ความเข้าใจจากการอ่านฉลากยา ฉลากอาหาร การเจรจาและปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ได้ ”

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

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>

SOURCE: Richard Lynn, Tatu Vanhanen, Jelte Wicherts.

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

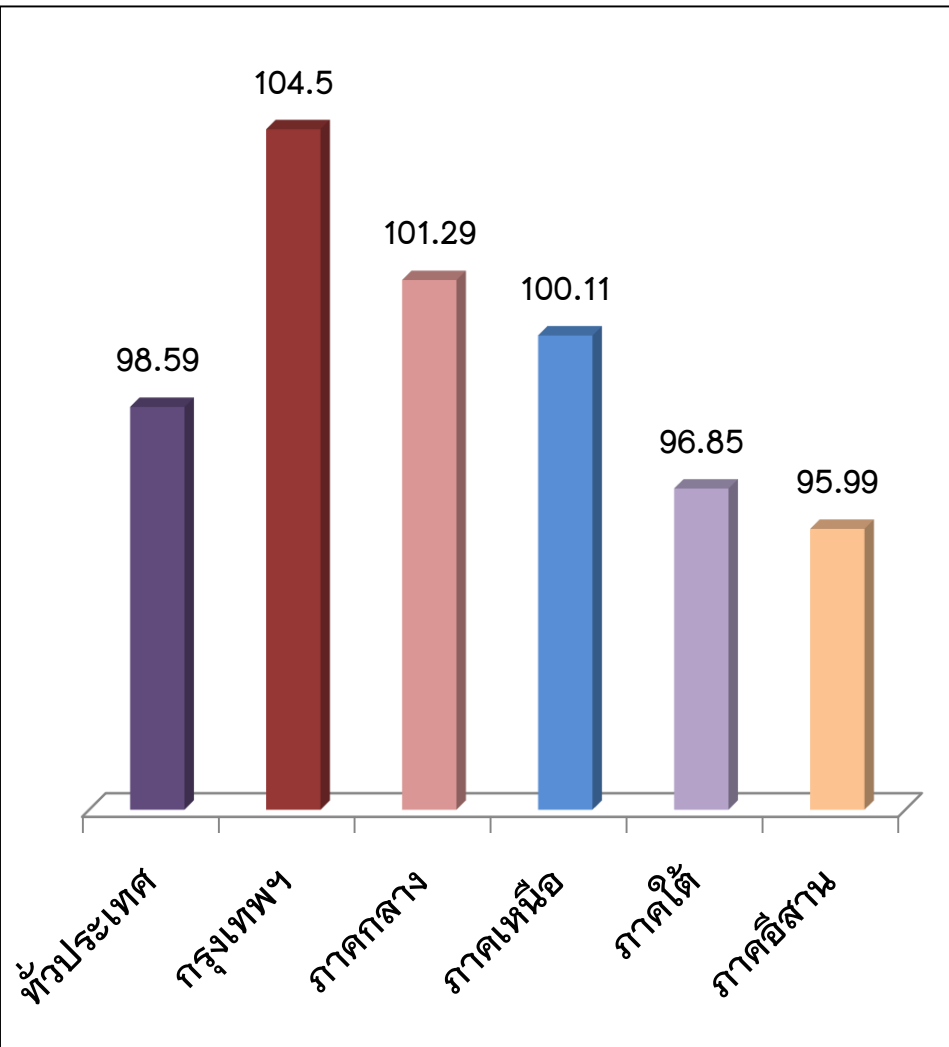
Emotional State of ASEAN Country

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>

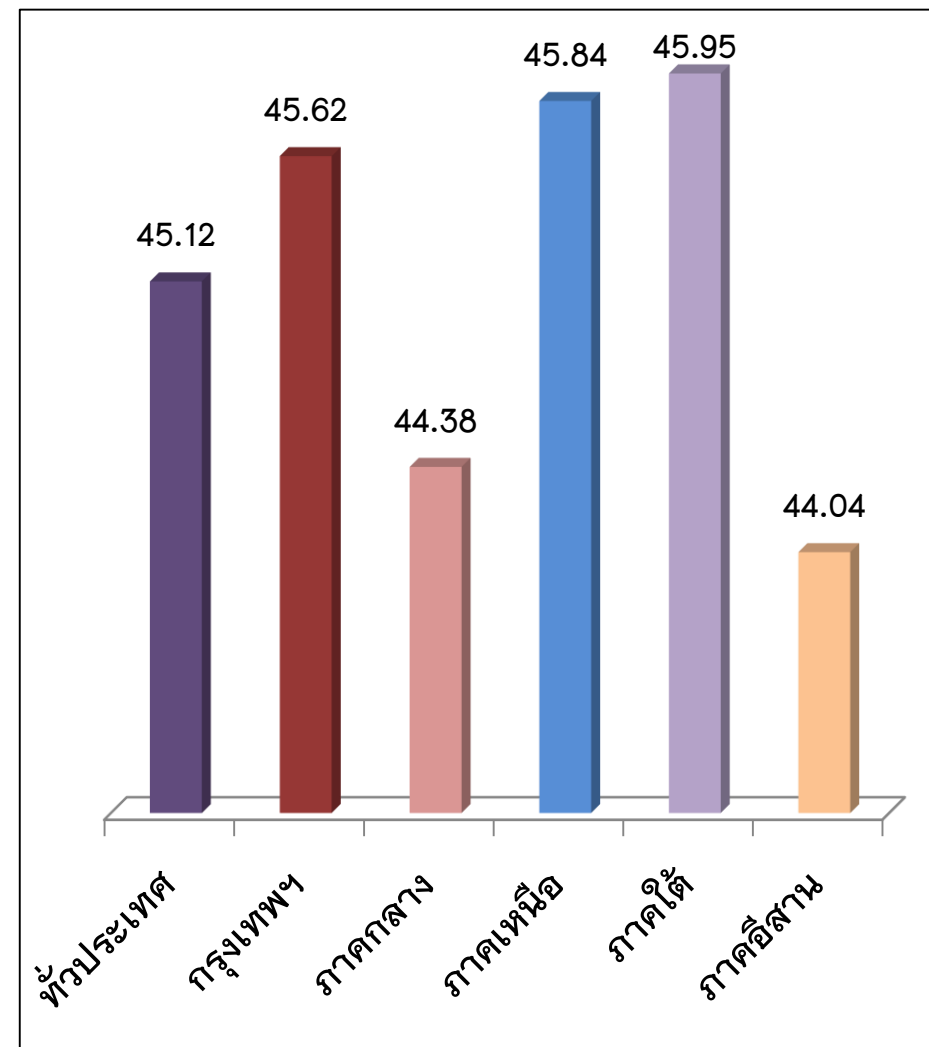
SOURCE: Richard Lynn, Tatu Vanhanen, Jelte Wicherts.

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. ความรู้ลึก
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	ปาน กลาง	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 โรคระบาดโรคติดต่อ 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

ส่วน **ประเทศไทย** อายุเฉลี่ย 74.4 อยู่อันดับ 72 จากการจัดอันดับ 138
ประเทศในโลก (WEF, 2017) ในขณะที่ 50 ปีก่อนอายุเฉลี่ยเท่าเกาหลีใต้

HL เป็นการเรียนรู้ตลอดชีวิต

สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพทั่วโลก

ปี ค.ศ.1974 HL ถูกนำเสนอครั้งแรกโดย Simonds จากบทความ
ความหลังประชุมวิชาการสุขภาพศึกษา

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 **ระดับการศึกษาและระดับ สถานภาพทางสังคม**

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 ผู้อพยพและผู้ที่มีฐานะยากจน

ตัวอย่างแบบวัด ในอดีต เป็น แบบทดสอบวัด Functional HL

Nutrition Facts

Serving Size $\frac{1}{2}$ 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)



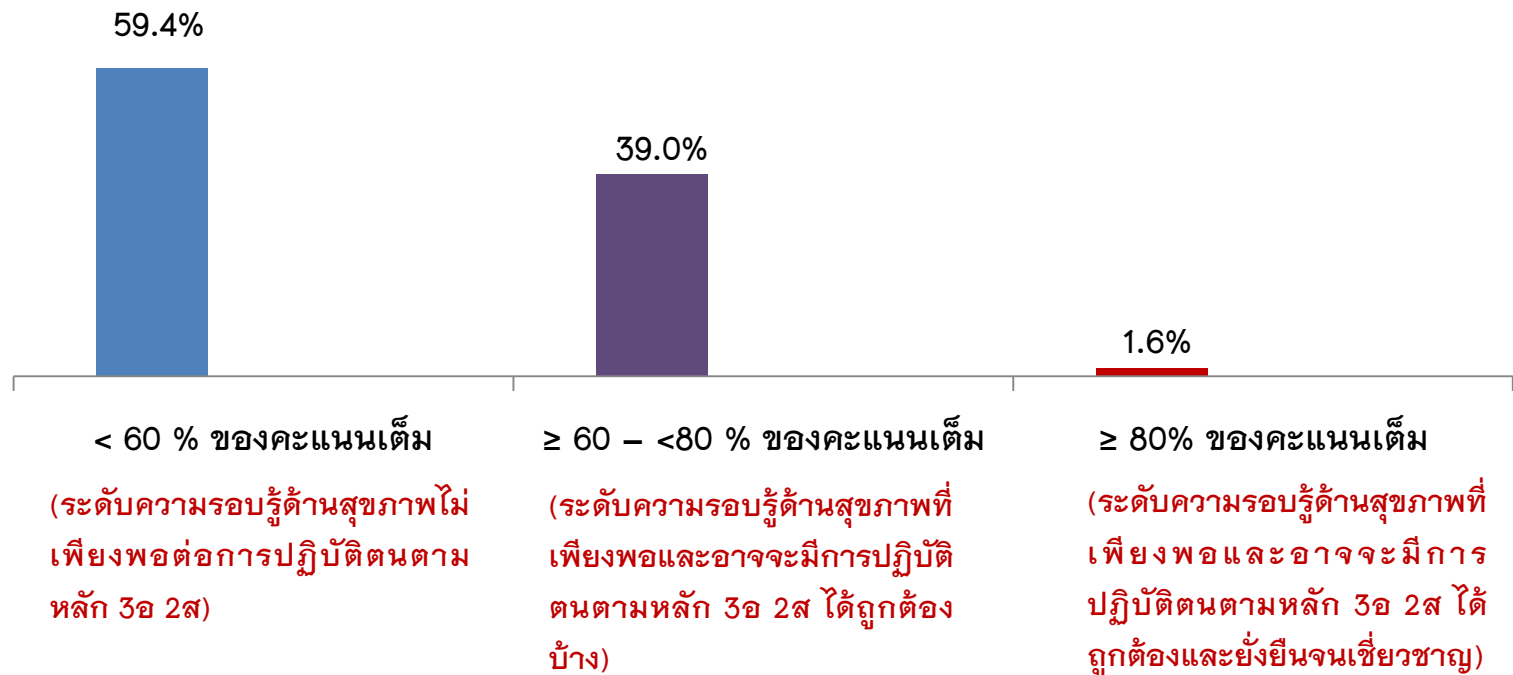
Ungsinun Intarakamhang, & Yuttapong Kwanchuen. (2016). The development and application of the ABCDE-health literacy scale for Thai adults. *Asian Biomedicine*, 10(6), 587-594.

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

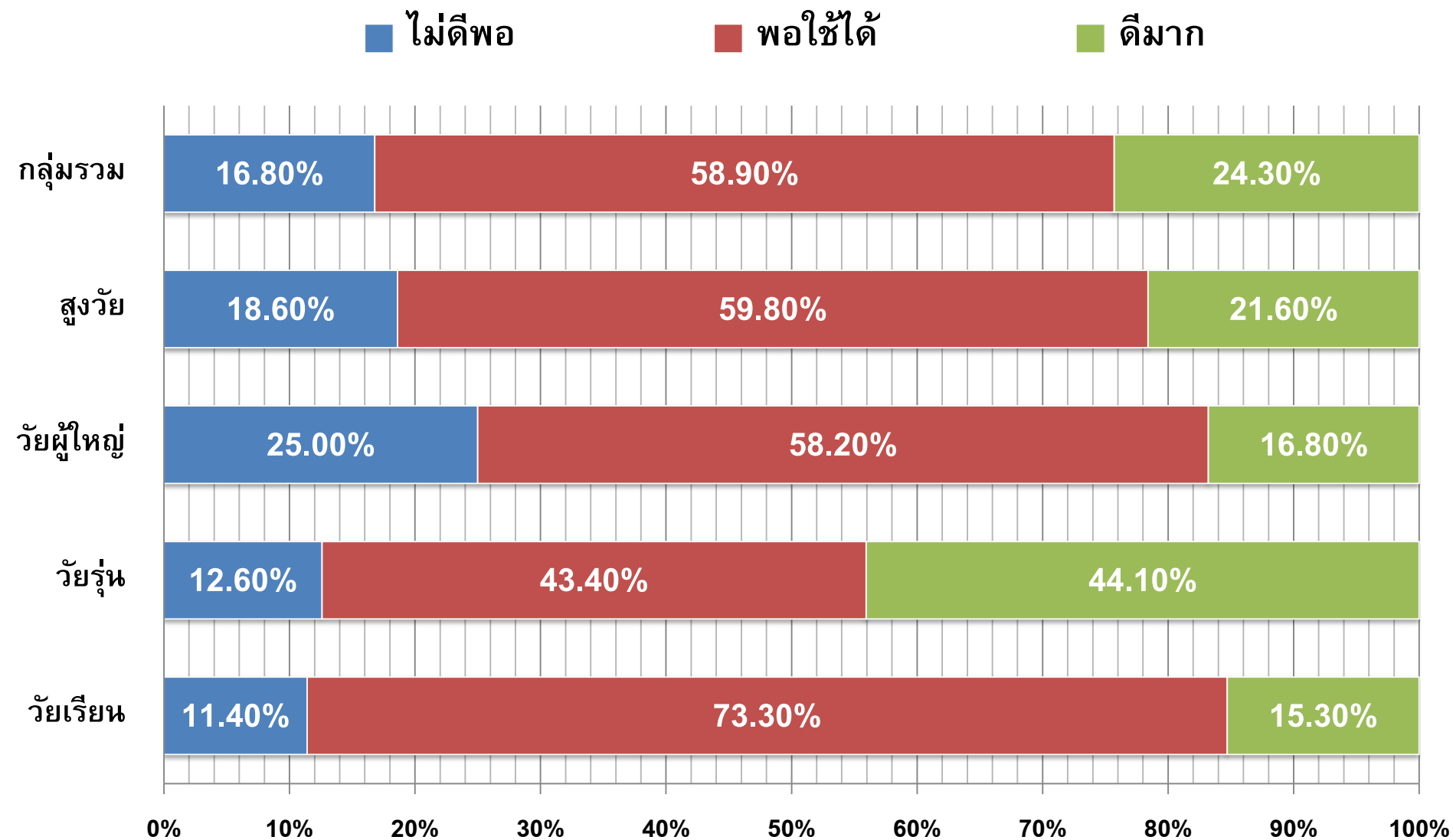
ปี 2560 กองสุขศึกษาร่วมกับ มศว ทำการสังเคราะห์และพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพฉบับทั่วไป (Thais General Health Literacy Scales) สำหรับคนไทยทุกกลุ่มวัย

พัฒนาจากการระดมสมองนักวิชาการด้านสุขภาพ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มวัย ได้แก่ เด็กนักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาที่มีอายุ 7-14ปี กลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-24ปี กลุ่มวัยผู้ใหญ่อายุ 25 -59 ปี และกลุ่มสูงวัย 60 –75 ปี ได้มาจากการกำหนดโควตาจาก 4 ภูมิภาค ๆ ละ 2 จังหวัด 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. การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่ เพียงพอต่อการปฏิบัติ	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

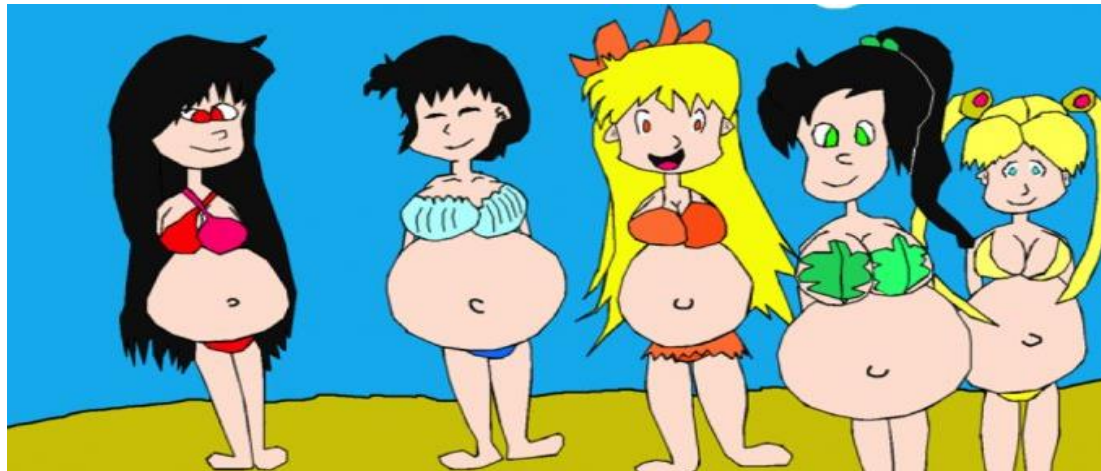
ความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยโดยรวม(องค์ประกอบที่1-5) ปี 2560

พบในกลุ่มรวมส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ระดับพอใช้ได้



ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการ ตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร สตรีไทยวัยรุ่นอายุ 15-21 ปี

(Health Literacy Scale for Unwanted Pregnancy Prevention of
Thai Female Adolescents)



อังศินันท์ อินทรกำแหง และธัญชนก ชุมทอง. (2560). การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ
เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรีไทยวัยรุ่น อายุ 15-21 ปี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 31(2).

กรอบแนวคิดการสร้างแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร
สำหรับสตรีไทยวัยรุ่น 15-21 ปี (HLS for Unwanted Pregnancy Prevention of Thai Female Adolescents)

Global Health Promotion (WHO, 2013)	<u>Level</u> (Nutbeam, 2000)	Components (Nutbeam, 2008; Edward, Wood, Davies & Edwards, 2012, กองสุขศึกษา, 2556)
1. ทักษะทางปัญญา (Cognitive Skills)	L1: ระดับพื้นฐาน (Basic Level)	1. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร
		2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร
	L3: ระดับ วิจารณ์ญาณ (Critical Level)	5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร
		6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร
2. ทักษะทางสังคม (Social Skills)	L2: ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interaction Level)	3. การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร
		4. การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร
3. ผลลัพธ์สุขภาพ (Health Outcomes)	พฤติกรรม การป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร	7. พฤติกรรมการเที่ยวกลางคืนสถานเริงรมณ์
		8. พฤติกรรมการดูสื่อลามก
		9. พฤติกรรมการจัดการปัญหาส่วนตัว
		10. พฤติกรรมการให้ความใกล้ชิดกับเพศชาย

ทักษะทางปัญญาระดับพื้นฐาน

1. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการ

ทักษะระดับวิจารณ์ญาณ

1. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ
2. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

ทักษะทางสังคมระดับปฏิสัมพันธ์

1. การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ
2. การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง

พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ ก่อนวัยอันควร

1. การเที่ยวกลางคืนสถานเริงรมณ์
2. การดูสื่อลามก
3. การจัดการปัญหาส่วนตัว
4. การให้ความใกล้ชิดกับเพศชาย

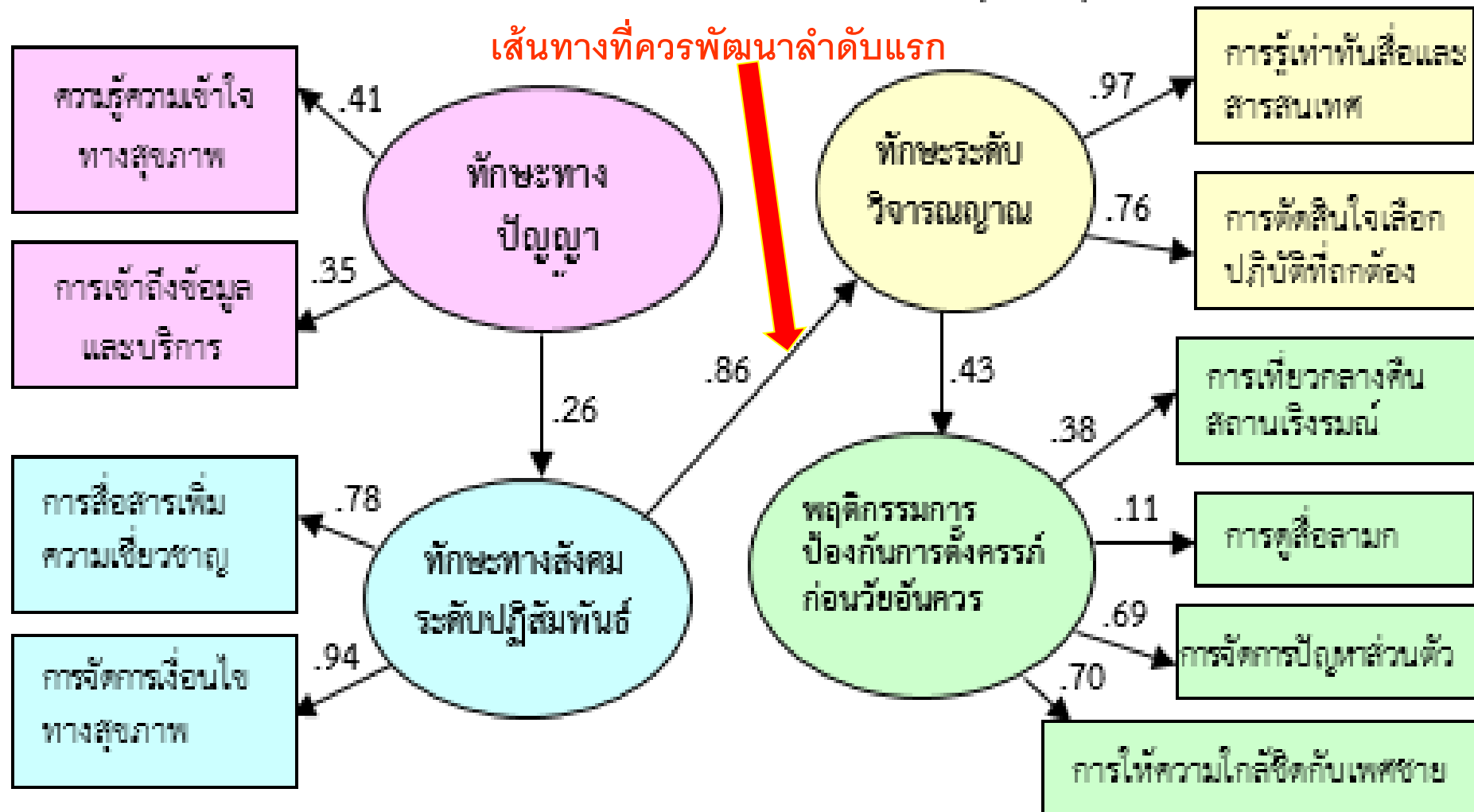
เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง วัยรุ่นที่มีอายุ 15-21 ปี 2,001 คน ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์และตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรพิจารณา โดยครู เช่น การมีคูรัก ชอบเที่ยวกลางคืน การดื่มสุรา การใช้ยาเสพติด เกเร ขาดเรียนบ่อย ไม่ได้อาศัยอยู่กับครอบครัว เป็นต้น ได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามโควต้า ที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียน

- 1) สังกัดสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐานจำนวน 500 ตัวอย่าง
 - 2) สังกัดกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 500 ตัวอย่าง
 - 3) สังกัดคณะกรรมการการอุดมศึกษา จำนวน 250 ตัวอย่าง
 - 4) สังกัดสำนักงานอาชีวศึกษา จำนวน 500 ตัวอย่าง และ
 - 5) สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงศึกษา กองการศึกษาผู้ใหญ่ 250 ตัวอย่าง
- กำหนดให้ครอบคลุมแต่ละภูมิภาค และเก็บทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท

ปี ค.ศ. 2015 หรือ 2557 กองสุขศึกษา ร่วมกับ มศว สร้างและพัฒนาเครื่องมือวัด
โดย systematic review + CFA จากกลุ่มตัวอย่าง 13 จังหวัดที่กระจาย
ทั้ง 4 ภาค รวม 2,001 คน ผลตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

องค์ประกอบ	จำนวนข้อ รวม 38 ข้อ	คะแนน เต็ม	สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์	ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ
1.ความรู้และความเข้าใจ	8	8	0.34-0.78	0.76 (KR-20)	0.22 – 0.88
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการ	5	20	0.71-0.77	0.89	0.79 – 0.85
3. การสื่อสารเพิ่มความ เชี่ยวชาญ	6	24	0.57-0.72	0.87	0.57 – 0.85
4. การจัดการเงื่อนไขทาง สุขภาพตนเอง	5	20	0.65-0.80	0.90	0.81– 0.92
5. การรู้เท่าทันสื่อและ สารสนเทศ	5	20	0.72-0.75	0.89	0.73 – 0.89
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	9	32	0.12-0.75	0.87	0.53 – 0.84

ผลการวิเคราะห์รูปแบบโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรม การป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของสตรีไทยวัยรุ่นอายุ 15-21 ปี



ภาพประกอบ 8 ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุด้านความรู้ด้านสุขภาพ
ที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

ความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ กับ การสื่อสาร

(Sexual Health literacy with communication)

ความหมายของ สุขภาพทางเพศ (Sexual Health)

WHO (2010) ครอบคลุม ประเด็นเนื้อหา

- 1) ความเป็นอยู่ (รู้และเข้าใจถึงการอยู่ร่วมกันกับเพศตรงข้าม) ไม่ใช่แค่เรื่อง การไม่มีโรค ที่เกี่ยวข้องกับทางเพศ เท่านั้น
- 2) ความเคารพ ความปลอดภัยและเป็นอิสระในการเลือกปฏิบัติ หรือเสรีภาพทางเพศ
- 3) การปฏิบัติตามสิทธิมนุษยชน ลดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น
- 4) ครอบคลุมตลอดชีวิตไม่เพียงแต่ในช่วงปีเจริญพันธุ์ รวมทั้งช่วงวัยเด็กและวัยสูงอายุ
- 5) แสดงออกผ่านเพศวิถีที่มีความหลากหลายและรูปแบบของการแสดงออกทางเพศ
- 6) ได้รับอิทธิพลจากบรรทัดฐานทางเพศสภาพ บทบาท ความคาดหวังและอำนาจ
- 7) ความเข้าใจในบริบทที่เฉพาะเจาะจงทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง

นิยาม พฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ

- การดูแลตนเอง ด้านอนามัยเจริญพันธุ์
- การตรวจความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์
- การศึกษาหาความรู้และการสื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องเพศ
- การแสดงความรักและการอยู่ร่วมกันกับเพศตรงข้าม
- การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย
- การคุมกำเนิด
- การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- การทำกิจกรรมเพื่อลดความต้องการหรือหมกหมุ่นเรื่องเพศ
- การปฏิบัติตนหรือการแสดงออกให้ถูกต้องเหมาะสมในเรื่องเพศ
- การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

พฤติกรรมลดเสี่ยงทางเพศ

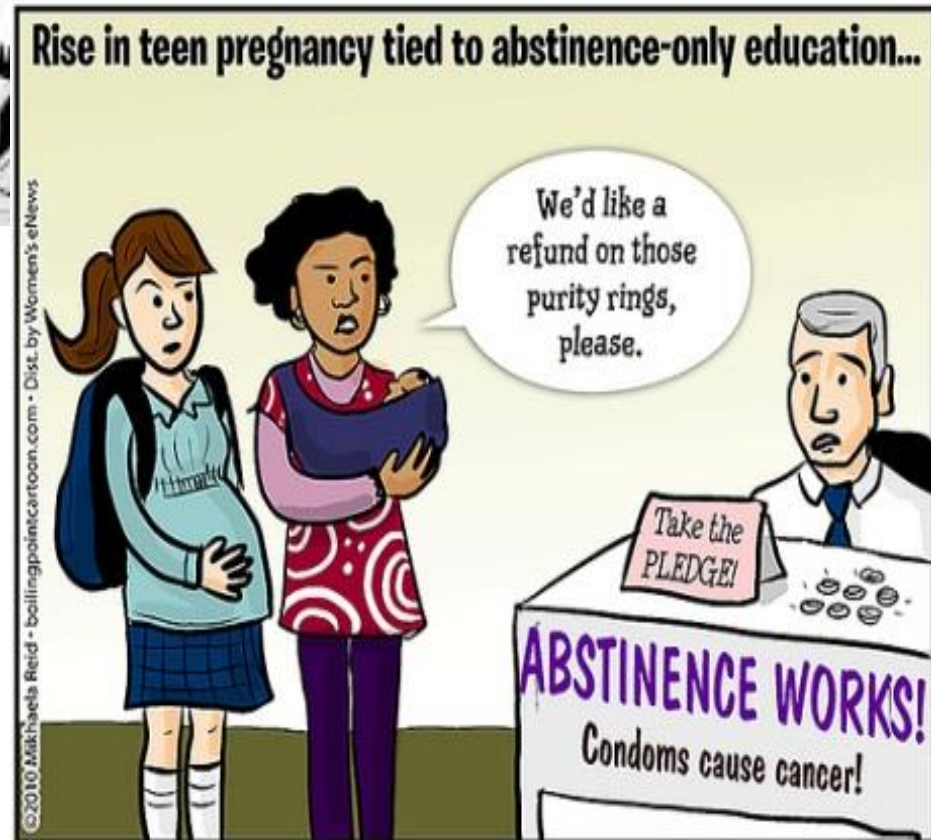
- รู้และเข้าใจในเรื่องความรัก
- รู้และเข้าใจในความเสน่หาหรือรักแบบพิศวาท
- มีทักษะการสื่อสารเชิงบวกกับเพศตรงข้าม
- มีทักษะการป้องกันโรคติดต่อที่ระบบสืบพันธุ์
- มีทักษะการจัดการกับอารมณ์ทางเพศที่เหมาะสม
- มีทักษะการปฏิบัติตนต่อเพศตรงข้าม
- มีทักษะการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร
- การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่กระตุ้นความรู้สึทางเพศ

คำแนะนำขององค์การอนามัยโลก

ในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (WHO, 2011)

การป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เมื่ออายุน้อยเกินไป	การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์
1. ลดการแต่งงานก่อนอายุ 18 ปี 2. สร้างความเข้าใจและการดูแลช่วยเหลือเพื่อลดการตั้งครรภ์ก่อนอายุ 20 ปี 3. เพิ่มการใช้การคุมกำเนิดในกลุ่มวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ 4. ลดการมีเพศสัมพันธ์โดยการบังคับขึ้นใจในกลุ่มวัยรุ่น	1. ลดการแท้งไม่ปลอดภัยในกลุ่มวัยรุ่น 2. เพิ่มการเข้าถึงบริการในการฝากครรภ์ การคลอดรวมทั้งการดูแลหลังคลอดในกลุ่มวัยรุ่น

หรือ ถึงกับต้องเป็นกฎ ข้อบังคับที่เป็นข
สิทธิของเด็ก ที่ต้องได้รับ การจัดการศึกษา
เรื่อง เพศโดยเฉพาะ



คณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ กรมอนามัย ได้วางยุทธศาสตร์ ในการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสื่อสารสาธารณะ

- สร้างความเข้าใจ ความรู้ และทัศนคติที่ดีเพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร
- ให้เข้าใจปัญหาที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ วิธีการในการจัดการกับอารมณ์และความต้องการทางเพศที่ถูกต้อง
- สร้างแรงจูงใจในการสร้างความเข้มแข็งและกระตุ้นการทำงานแบบบูรณาการในระดับพื้นที่และท้องถิ่น

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์

ประเทศไทย ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของวัยรุ่นส่วนใหญ่จะเป็นการไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ และบริการไม่เป็นที่ยอมรับของวัยรุ่น เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านกฎหมาย ไม่ทราบว่าที่ไหนมีให้บริการบ้าง แหล่งให้บริการอาจจะอยู่ไกลทำให้เดินทางลำบาก หรือค่าใช้จ่ายที่สูง และมีหลายขั้นตอนกว่าจะรักษาเสร็จสิ้น ทำให้วัยรุ่นมักจะไม่อยากเข้าใช้บริการได้

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ระบบการดูแลช่วยเหลือ

เช่น เน้นการบริการให้คำปรึกษาแบบมีทางเลือก การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในกรณีที่วัยรุ่นเกิดการตั้งครรภ์ขึ้นมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว และการคุมกำเนิด

ตัวอย่างงานวิจัย ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ

นัยนันทก หอมโกศล (2550) ผลของการใช้เว็บไซต์ www.health4teen.com

ต่อความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพทางเพศของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้น พบว่า

1) นักเรียนวัยรุ่นตอนต้นที่เข้าศึกษาในเว็บไซต์ www.health4teen.com

มีระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพทางเพศหลังเข้าศึกษาสูงกว่าก่อนเข้าศึกษา

ธัญธัช วิภัติภูมิประเทศ (2547) การให้ความหมายเรื่องสุขภาพทางเพศของ
นักศึกษามหาวิทยาลัย พบว่า นักศึกษาที่มีประสบการณ์ทางเพศได้ให้ความหมาย
เรื่องเพศว่า ยอมรับได้กับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน โดยเฉพาะกับคนรัก

อภิชา น้อมศิริและคณะ (2558) พัฒนาตัวชี้วัดความฉลาดทางสุขภาพด้านเพศสำหรับวัยรุ่น
ตอนต้น มี 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ 2) เจตคติที่ดีต่อเรื่อง
เพศและความสัมพันธ์ทางเพศ 3) ความเคารพต่อเพศวิถีที่แตกต่างจากตน 4) ความสามารถ
ในการจัดการกับสุขภาพทางเพศตนเอง 5) ความรุนแรงทางเพศ 6) ความรู้เท่าทันสื่อทางเพศ
และ 7) ความสามารถในการสื่อสารทางเพศ

ตัวอย่างงานวิจัย ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ

Celia McMichael & Sandra Gifford (2009) ศึกษา สุขภาพทางเพศในหนุ่มสาวที่เคยเป็นผู้ถูกละเมิด ในเมลเบิร์น, ออสเตรเลีย พบว่า คนกลุ่มนี้มีความรู้เล็กน้อยเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/โรคเอดส์ และมีความตระหนักในแหล่งข้อมูลโดยมีการนำข้อมูลบางส่วนมาใช้, **อุปสรรคในการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ ได้แก่ ความกังวลเกี่ยวกับการรักษาความลับ ความน่าอับอาย และความอึดอัดใจ** เมื่อพูดถึงสุขภาพทางเพศ ควรได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพทางเพศที่เหมาะสม

Dean J, Mitchell M, Stewart D, Debattista J. (2017) สำรวจความรู้และพฤติกรรมด้านสุขภาพทางเพศ ของวัยรุ่น เมืองควีนสแลนด์ ออสเตรเลีย **อายุ 16-24 ปี จำนวน 229 คน พบว่า มีความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ ต่ำ ผู้หญิงมีความรู้สูงกว่าผู้ชาย และ 33.1 % มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย**

Bingham A, Drake JK, Goodyear L, Gopinath CY, Kaufman A, Bhattarai S. (2011) ศึกษาโปรแกรมการสนทนาระหว่างบุคคล ในโครงการทักษะชีวิตของ ประเทศเนปาล สามารถช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และลดจำนวนการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย โดยกลุ่มสนทนาแสดงบทบาท ที่มีความไวต่อสภาพปัญหา และการไม่ทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียง เก็บความลับได้ และให้การเสริมพลังอำนาจ การเจรจาต่อรอง และการสนับสนุนทางสังคมได้

จากสถานการณ์สุขภาพะด้านเพศ “เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย” จากติดเชื้อโรค ท้องไม่พร้อม และไม่ปลอดภัยจากความรุนแรง

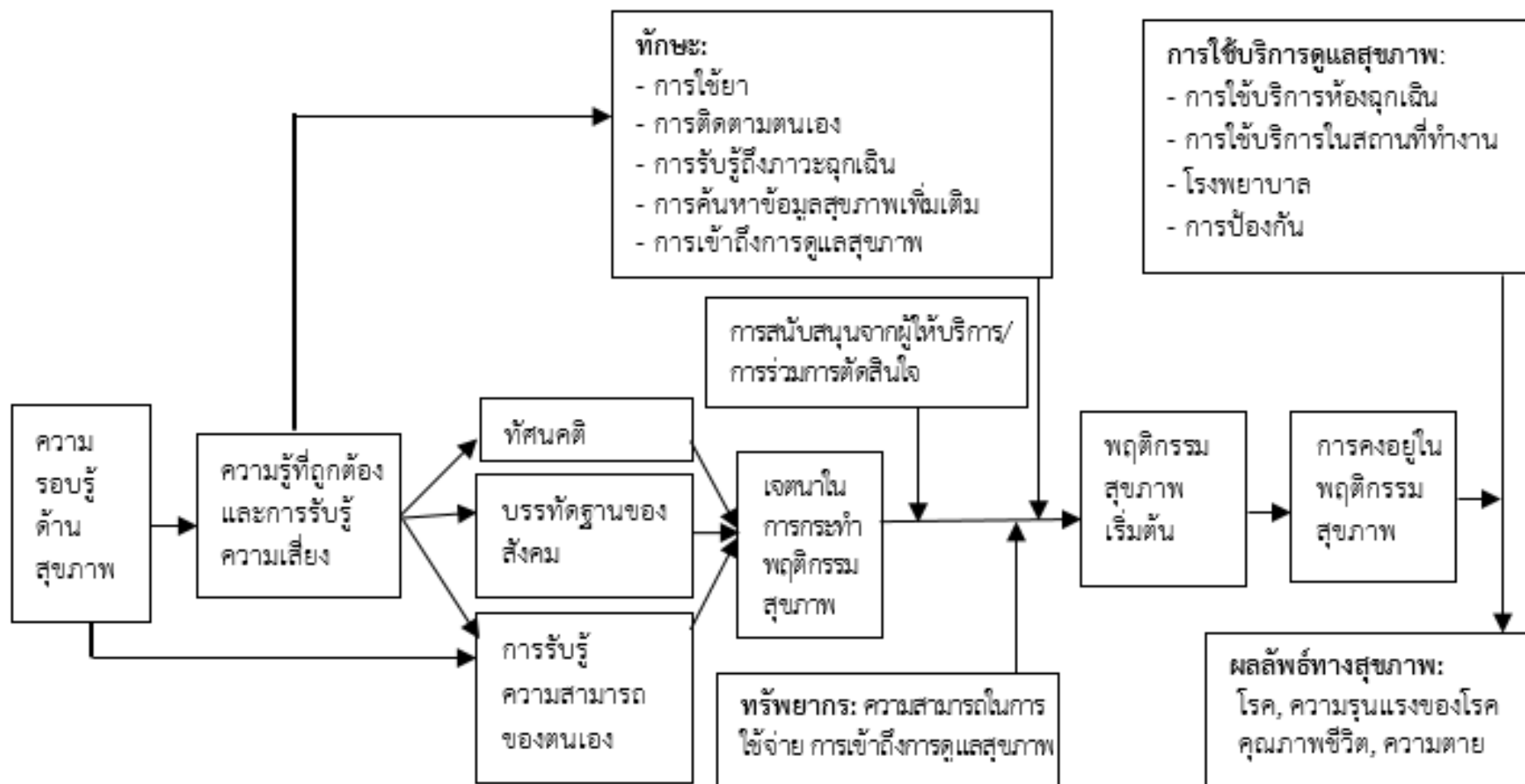
ผลสำรวจของศูนย์เครือข่ายวิชาการเพื่อสังเกตการณ์และวิจัย
ความสุขชุมชน มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ (2552) พบว่า

- เพศหญิงมีการติดตามข้อมูลข่าวสารเรื่องเพศเชิงวิชาการมากกว่าชาย
- เพศชายให้ความสนใจติดตามโดยวิธีดูเว็บ ไปทางอินเทอร์เน็ต
- เพศชายและหญิงมีความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันและจะมีความเข้าใจเพิ่มขึ้นไปตามช่วงอายุที่เพิ่มขึ้น โดย 63.3% ไม่ทราบวิธีคุมกำเนิด เพศหญิงรู้วิธีคุมกำเนิดมากกว่าชาย
- กลุ่มตัวอย่าง 64.3% ไม่ทราบวิธีป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- นักเรียนสามารถเข้าถึงสื่อประเภทหนังสือ วีซีดี และวิดีโอ ได้ง่าย



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

ตัวอย่าง แนวคิด HL ในต่างประเทศ

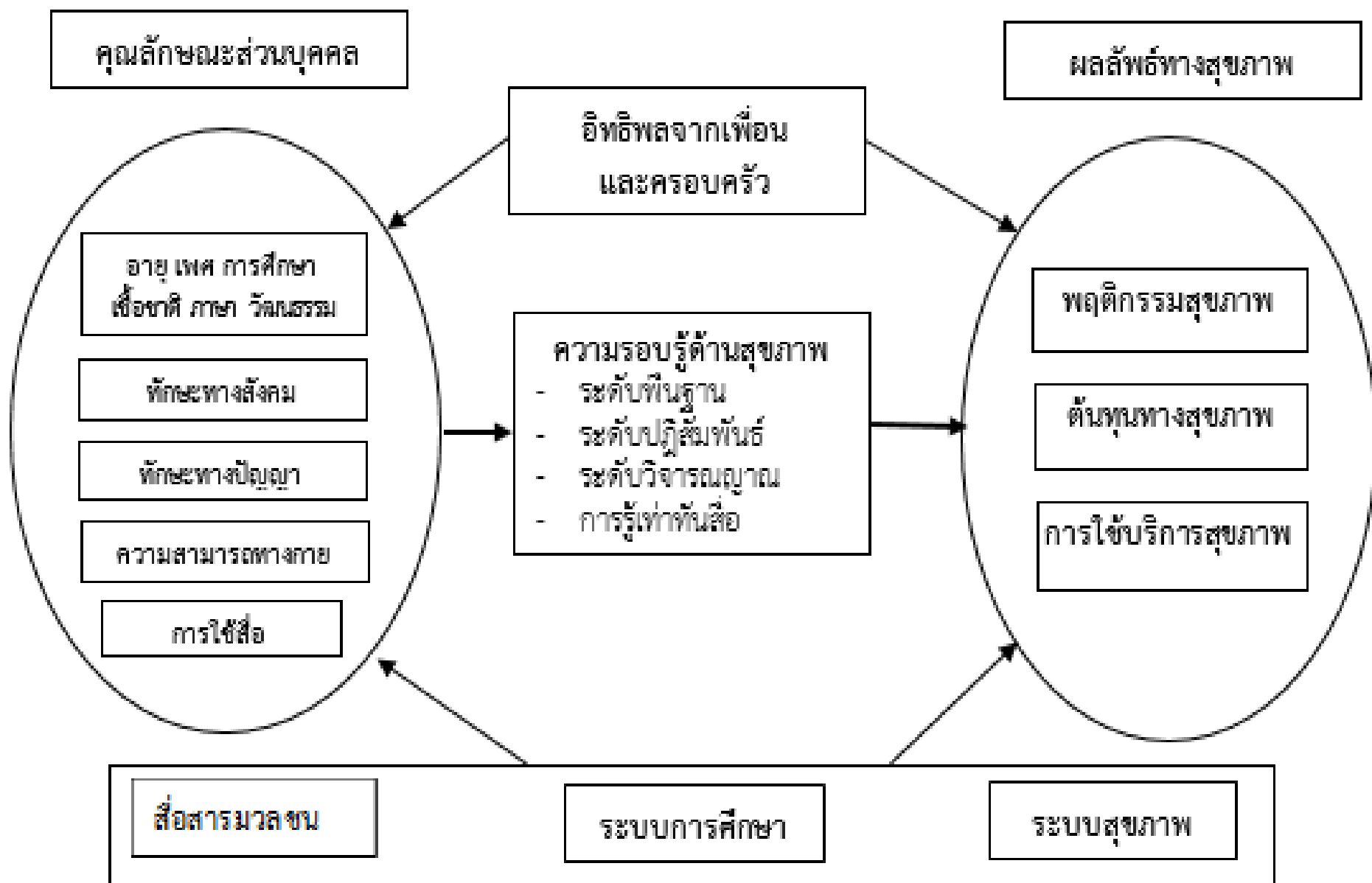


ภาพประกอบ 4-1 โมเดลเชิงเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์การศึกษาคำรอบรู้ด้านสุขภาพ

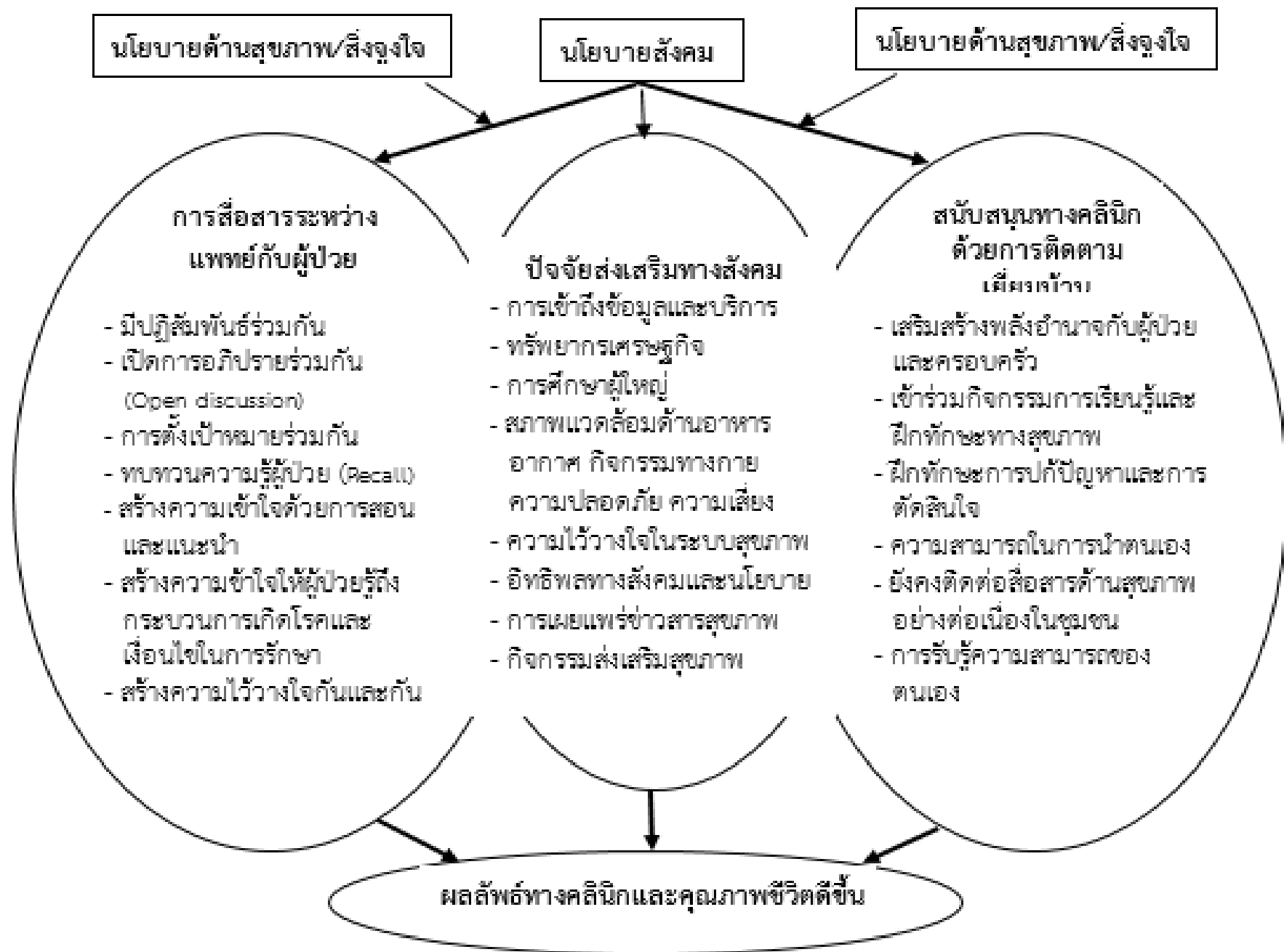
(A Logic model for analyzing studies of health literacy) (Berkman et al., 2011: ES3)



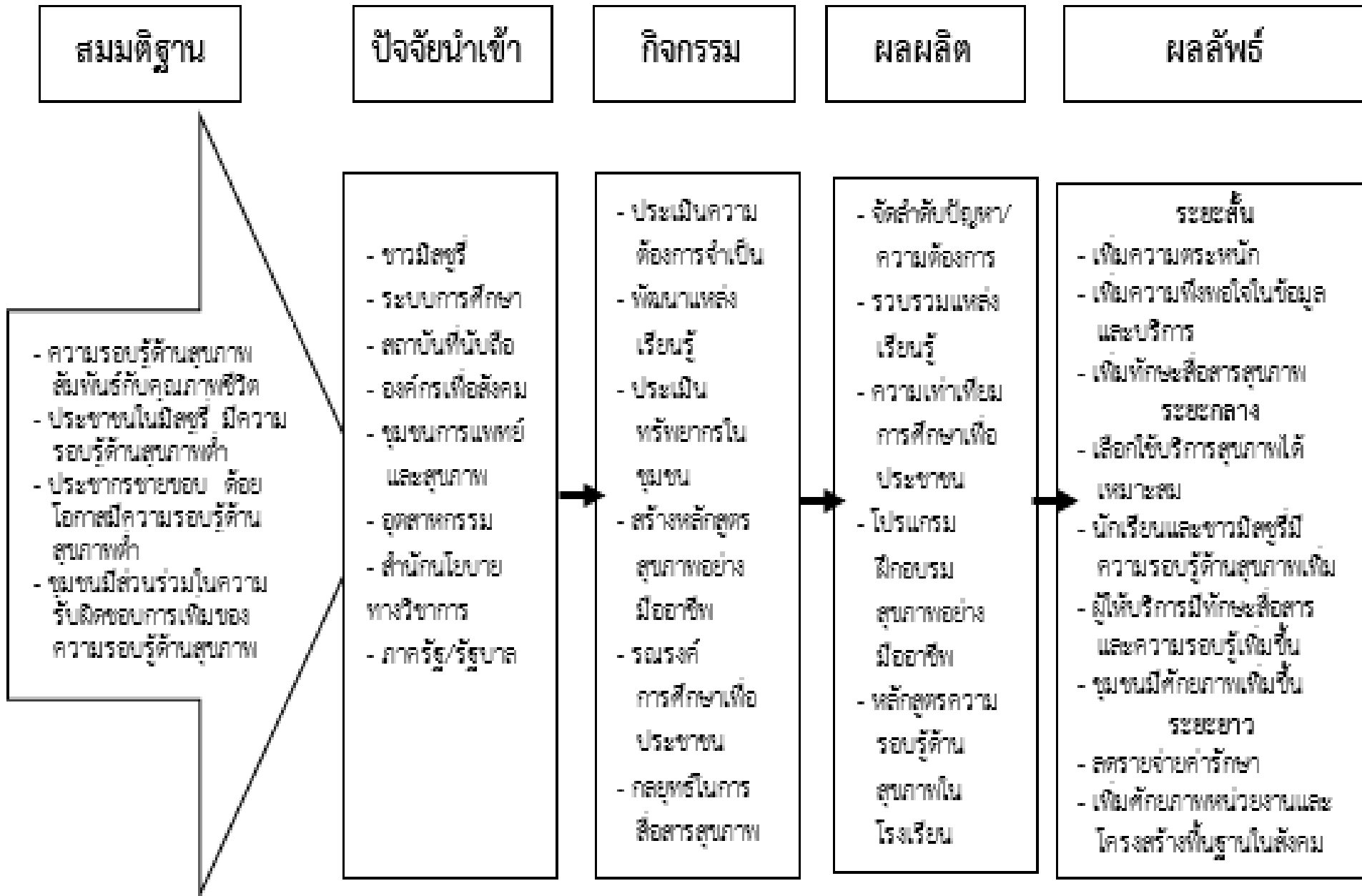
ภาพประกอบ 4-2 โมเดลผลลัพธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพจากการส่งเสริมสุขภาพ (Nutbeam, 2000)



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

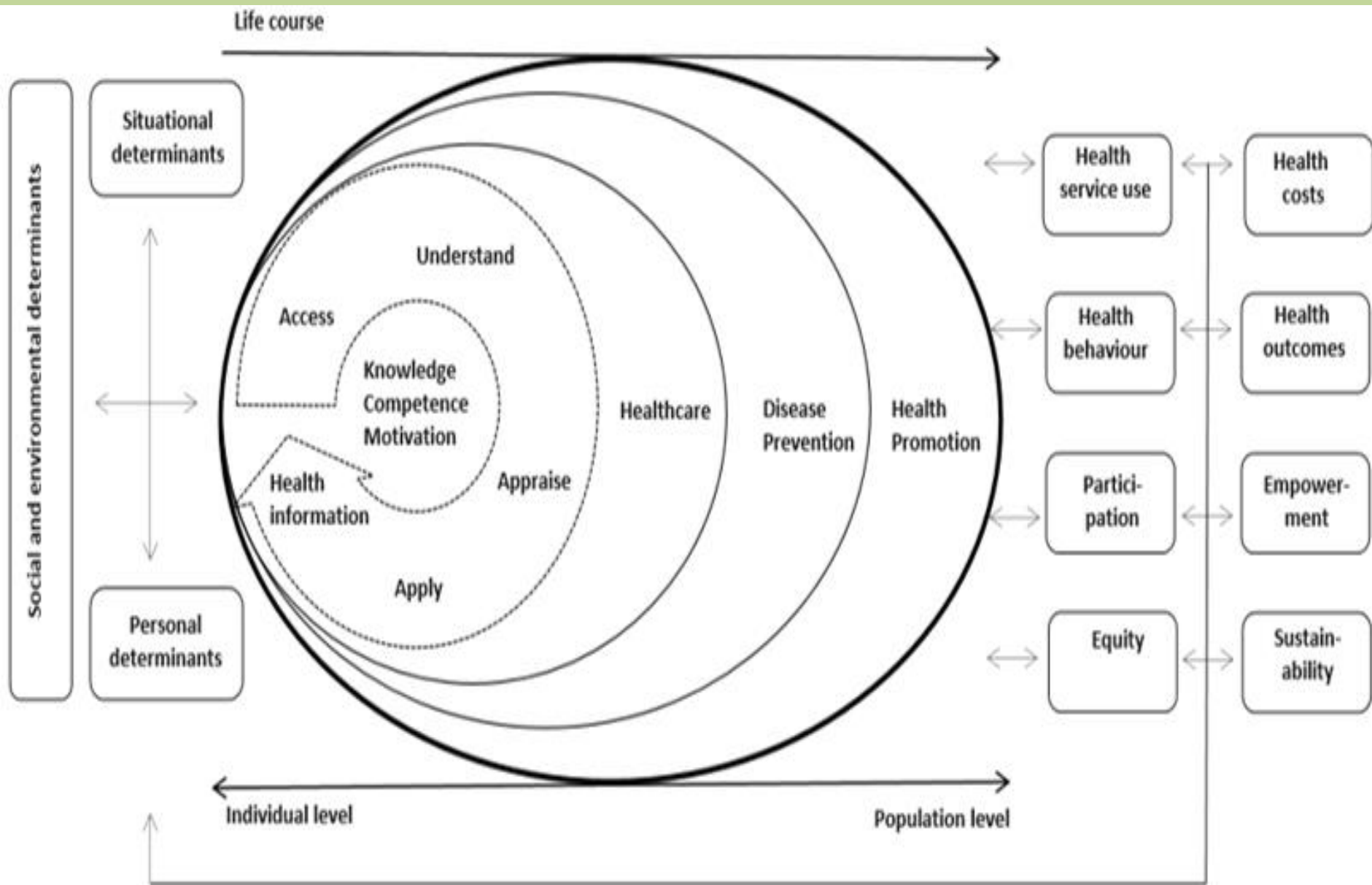


ภาพประกอบ 4-4 กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Schillinger, 2004)



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

องค์กรที่รับผิดชอบ : 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	พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้พลัดถิ่น/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)	ความเข้าใจเรื่องโภชนาการที่ดีของเด็กผ่านการปรับปรุงพัฒนาสวนในชุมชน เพิ่มและพัฒนาแหล่งเรียนรู้ใหม่ 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**

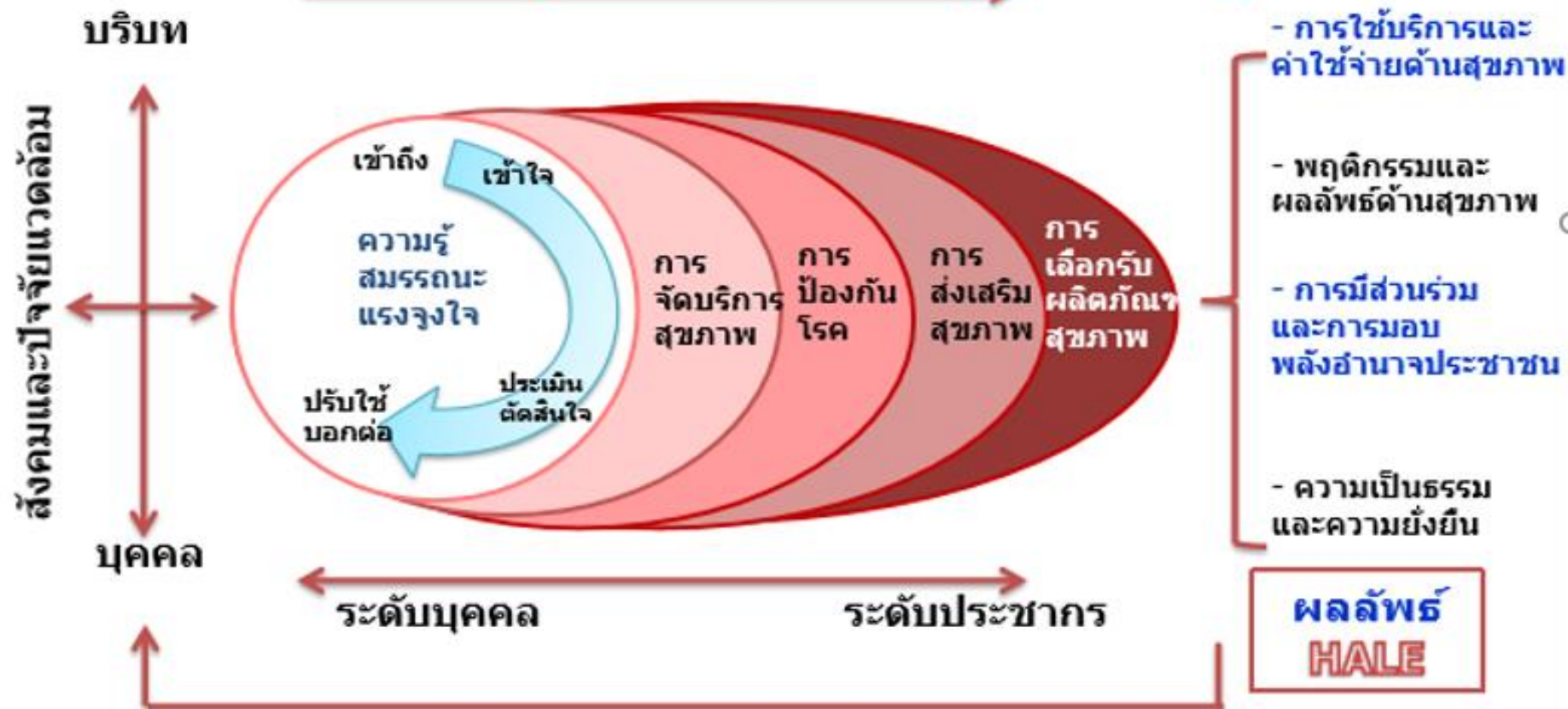
ขอบเขตงานด้านสุขภาพ	การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	การเข้าใจในข้อมูลสุขภาพ	กระบวนการประเมินข้อมูลสุขภาพ	การนำข้อมูลไปใช้เพื่อดูแลสุขภาพ
การดูแลสุขภาพ (Health care)	ความสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการทางการแพทย์ สถานการณ์การเจ็บป่วย	ความสามารถทำความเข้าใจข้อมูลทางการแพทย์และเข้าใจความหมายที่ถูกต้อง	ความสามารถในการตีความและประเมินข้อมูลทางการแพทย์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



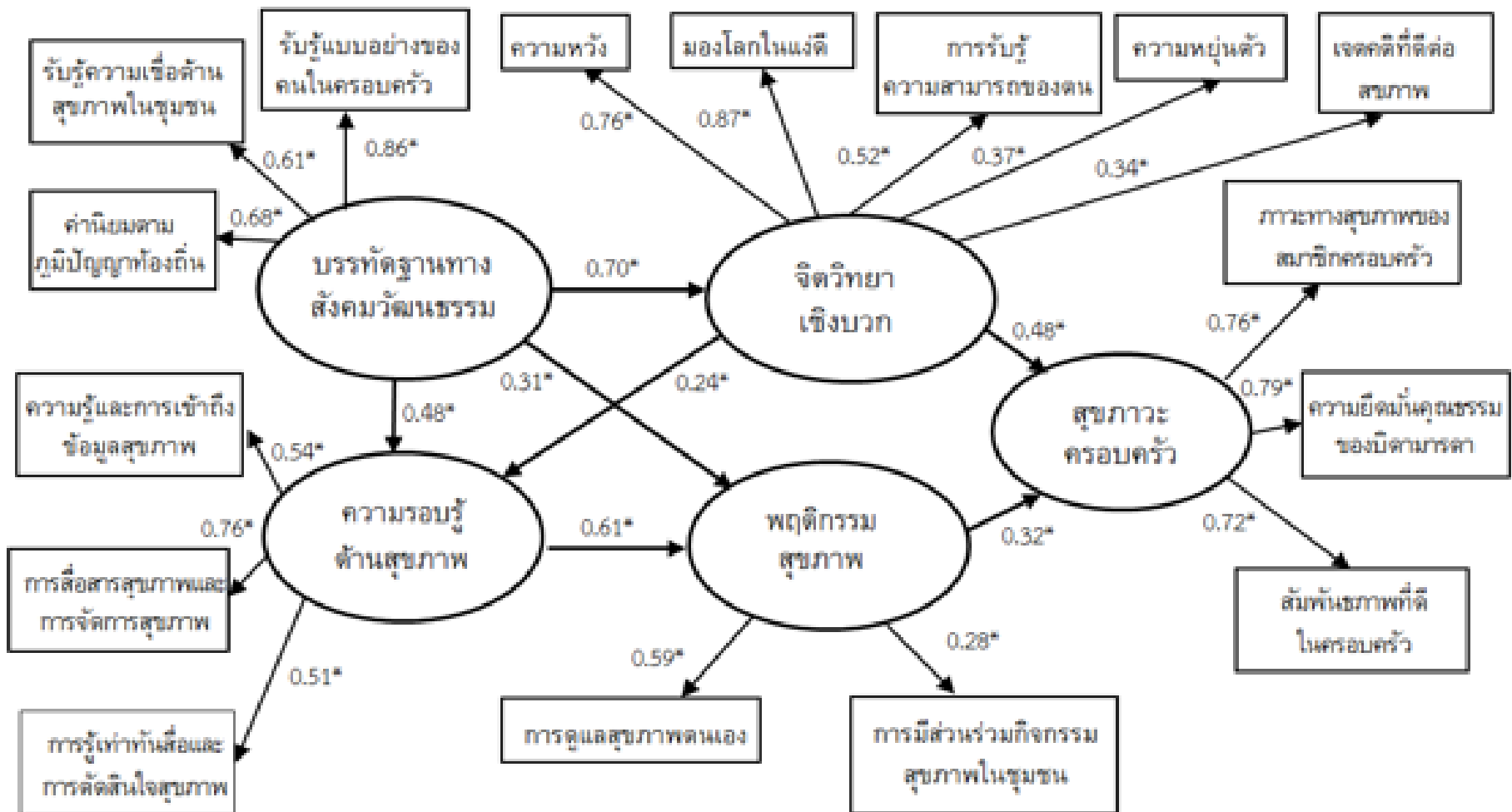
กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

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)



หมายเหตุ : * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ภาพประกอบ | รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง ในกลุ่มรวม

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 การเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อ
และในปี พ.ศ. **2564** คนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ **25**



By นพ.วชิระ เพ็งจันทร์
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
25 ม.ค. 60

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

3 มิติ 4 ประเด็น (4x4x4)

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

การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามกลุ่มวัย
ใน Setting ต่างๆ อย่างต่อเนื่อง



กระบวนการพัฒนา Health Literacy เข้าถึง/ เข้าใจ /ตรวจสอบ/
ตัดสินใจใช้ และบอกต่อ

Martin Saligman & Christ Patterson
ผู้นำ **Positive Psychology** จัดกลุ่มคนเป็น
24 ลักษณะ ให้มองที่จุดแข็งเป็นหลัก จะไม่ไปหาจุดอ่อน
หรือที่มีความเสี่ยง เป็นหลัก ให้เสริมจุดแข็ง

The VIA Classification of 24 Character Strengths

ViaCharacter.org

WISDOM	CREATIVITY • Originality • Adaptive • Ingenuity	CURIOSITY • Interest • Novelty-Seeking • Exploration • Openness	JUDGMENT • Critical Thinking • Thinking Things Through • Open-mindedness	LOVE OF LEARNING • Mastering New Skills & Topics • Systematically Adding to Knowledge	PERSPECTIVE • Wisdom • Providing Wise Counsel • Taking the Big Picture View
COURAGE	BRAVERY • Valor • Not Shrinking from Fear • Speaking Up for What's Right	PERSEVERANCE • Persistence • Industry • Finishing What One Starts	HONESTY • Authenticity • Integrity	ZEST • Vitality • Enthusiasm • Vigor • Energy • Feeling Alive	
HUMANITY	LOVE • Both Loving and Being Loved • Valuing Close Relations with Others	KINDNESS • Generosity • Nurturance • Care & Compassion • Altruism • "Niceness"			SOCIAL INTELLIGENCE • Aware of the Motives/Feelings of Self/Others • Knowing what Makes Other People Tick
JUSTICE	TEAMWORK • Citizenship • Social Responsibility • Loyalty			FAIRNESS • Just • Not Letting Feelings Bias Decisions About Others	LEADERSHIP • Organizing Group Activities • Encouraging a Group to Get Things Done
TEMPERANCE		FORGIVENESS • Mercy • Accepting Others' Shortcomings • Giving People a Second Chance	HUMILITY • Modesty • Letting One's Accomplishments Speak for Themselves	PRUDENCE • Careful • Cautious • Not Taking Undue Risks	SELF-REGULATION • Self-Control • Disciplined • Managing Impulses & Emotions
TRANSCENDENCE	APPRECIATION OF BEAUTY & EXCELLENCE • Awe • Wonder • Elevation	GRATITUDE • Thankful for the Good • Expressing Thanks • Feeling Blessed	HOPE • Optimism • Future-Mindedness • Future Orientation	HUMOR • Playfulness • Bringing Smiles to Others • Lighthearted	SPIRITUALITY • Religiousness • Faith • Purpose • Meaning

ปัจจัยที่มีต่อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

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

SMCR Model พื้นฐานของ ทฤษฎี ด้านการสื่อสารหลัก

Berlo's model (1960) พบว่า มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ Sender/Source, Message, Channel and Receiver (SMCR) ได้แก่

1) ผู้ส่งสาร (Source) จะต้องมิตักษะการสื่อสาร (Communication skill) มีเจตคติ (Attitude) ที่ดีต่อผู้รับสารและสาร มีความรู้ (Knowledge) ในการสื่อสารและสารที่ส่ง มีความเข้าใจระบบสังคม (Social system) และวัฒนธรรม (Culture)

2) ข้อมูล (Message) จะต้องมิตักษะของข้อมูล ได้แก่ โครงสร้าง (Structure code) การจัดกระทำ (Treatment code) องค์ประกอบ (Elements code) และเนื้อหา (Content code)

3) ช่องทางการสื่อสาร (Channel) ได้แก่ การได้ยิน (Hearing) การเห็น (Seeing) การสัมผัส (Touching) การรับกลิ่น (Smelling) และ การรับรส (Tasting) และ

4) ผู้รับสาร (Receiver) จะต้องมิตักษะการสื่อสาร เจตคติที่ดีต่อผู้รับสารและสาร มีความรู้ ในการสื่อสารและสารที่ส่ง มีความเข้าใจระบบสังคมและวัฒนธรรม

WHO กำหนดเป็นนโยบายในปี ค.ศ. 2020

ให้ประชาชนจะมีสุขภาพดีใน 42 เรื่องและเรื่อง “การสื่อสารทางสุขภาพและเทคโนโลยี” มี 13 เรื่องคือ

- 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
- 12) เพิ่มสัดส่วนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในสภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน เพื่อป้องกันสุขภาพของสาธารณชน
- 13) เพิ่มปัจจัยทางการตลาดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

หลักนโยบายนี้ **WHO** ต้องการให้บุคลากรสุขภาพ สามารถสื่อสารให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหา และดูแลสุขภาพได้ด้วยตัวเองและสามารถดูแลบุคคลในครอบครัวได้ด้วย

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

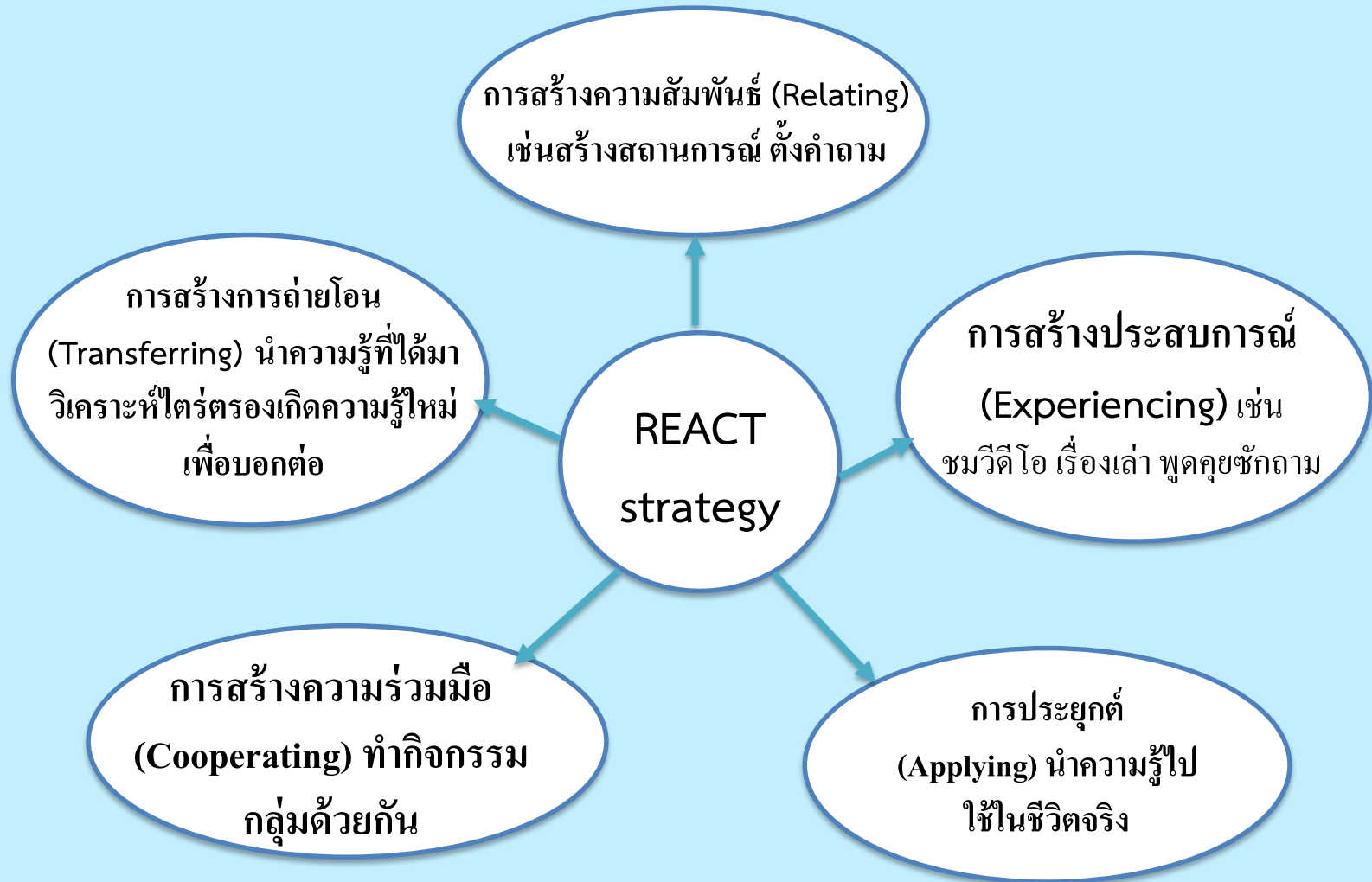
เทคนิคการสื่อสารที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

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

ลักษณะ HL และ HB ทางเพศที่ดีของวัยรุ่น (Haffner, 1995)

- เข้าใจในการให้คำแนะนำเรื่องเพศ
- ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องทางเพศที่ต้องการศึกษาได้
- เข้าใจการเปรียบเทียบ และความกดดันทางวัฒนธรรมเรื่องเพศ
- ความสามารถในการเจรจากับครอบครัวเรื่องเพศได้เสมอ
- เข้าใจและปฏิเสธเรื่องเพศที่รบกวนหรือทำให้ลำบากใจ
- ความเคารพในสิทธิของผู้อื่น การรักษาความลับ
- เชื่อฟังในสิ่งที่ถูกต้อง เชื่อฟังคำสั่งสอนของผู้ใหญ่
- รู้ที่จะถามคำถามกับพ่อแม่และผู้ที่เกี่ยวข้องได้เกี่ยวกับเรื่องเพศ
- การอยู่ร่วมกับคู่อรัก การตัดสินใจมีสัมพันธ์ทางเพศ และการวางแผน
- รู้ว่าใช้ระบบการดูแลสุขภาพอย่างไรและ รู้ที่จะสื่อสารกับคนอื่น
- ค้นหา คำแนะนำ ข้อมูล ข้อเท็จจริงและบริการที่ต้องการได้

การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและทักษะการสื่อสารด้วย
กระบวนการเรียนรู้ตามหลัก The REACT (Davtyan, 2014)



เทคนิค/วิธีการ/กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะความรู้ด้าน
สุขภาพได้แก่ “Ask Me 3” ซึ่งเป็นเทคนิคที่ใช้เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วย
ถามคำถามแพทย์ได้ 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

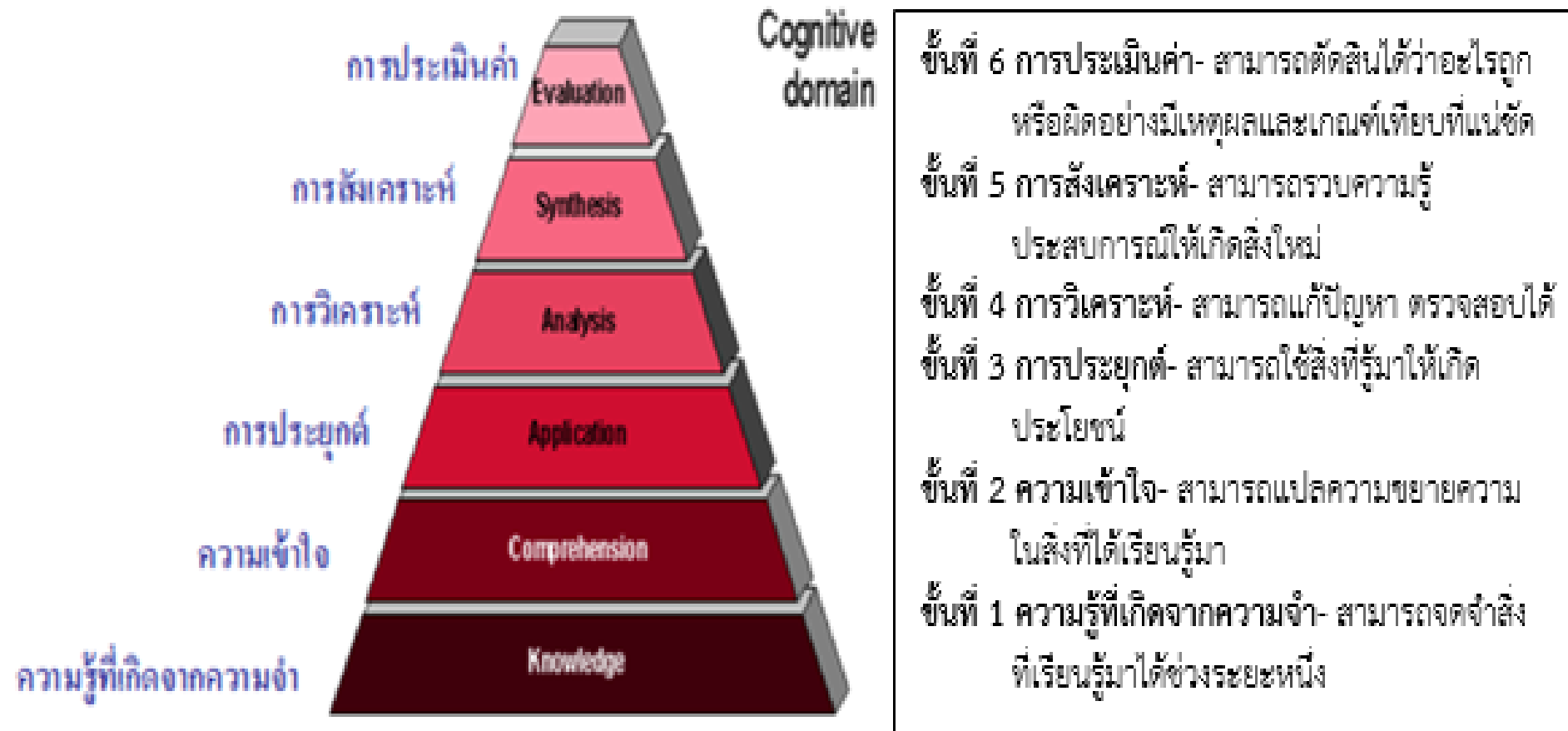
Peer training method ฝึกเพื่อนร่วมงานในทักษะสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย



Interventions to improve patient- Provider by communication

โปรแกรมเพื่อพัฒนา
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ทฤษฎีที่ใช้ในโปรแกรมเพื่อการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ



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) จัดการเรียนรู้เน้นการปฏิบัติและยัดปัญหาเป็นศูนย์กลาง
- 5) ต้องการความเคารพและพอใจกับการได้รับความเท่าเทียม

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

ตาราง 6-1 ลักษณะกิจกรรมและรูปแบบการดำเนินการตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

องค์ประกอบของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ลักษณะกิจกรรม/รูปแบบการดำเนินการ	
	ประชาชน	บุคลากรทางสุขภาพ
1. การเข้าถึงข้อมูล สุขภาพและบริการ สุขภาพ (Access)	1. มีเว็บไซต์ด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือ 2. การใช้ mobile health technology และ applications รวมถึง wireless devices ในการให้ข้อมูลสุขภาพแก่ประชาชน 3. การจัดสิ่งสนับสนุนบริการสุขภาพอย่างเพียงพอและเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ 4. การจัดกิจกรรมเยี่ยมชมจุดสำคัญที่ในการมารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาล 5. โครงการรณรงค์การคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความเป็นมิตรกับผู้ป่วย เช่น ให้บุคลากรใช้ภาษาง่ายๆ ใช้เครื่องมือที่ไม่ทำให้เจ็บหรือกลัว เป็นต้น	1. ได้รับการฝึกทักษะในการผลิตและใช้สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อเทคโนโลยี เพื่อให้ความรู้กับประชาชนได้หลายช่องทาง 2. ได้รับแรงจูงใจในการทำงานเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชน 3. กิจกรรมเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของแพทย์และบุคลากรทางสุขภาพ
2. ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive)	6. มีเว็บไซต์ให้ความรู้ด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือ 7. โครงการเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขอนามัยด้วยการใช้ศิลปะการแสดงและการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน 8. การให้ข้อมูลสุขภาพสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะในรูปแบบต่างๆ เช่น fact sheet, radio campaign โทรศัพท์ คู่มือ แผ่นพับ 9. บรรจุเนื้อหาที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในหลักสูตรทุกระดับ	4. มี research-based guidance ซึ่งเป็นแนวทางช่วยให้หน่วยงานประยุกต์หลักการของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการออกแบบเว็บไซต์ด้านสุขภาพ 5. มี health literacy module สำหรับบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อให้เข้าใจหลักการและสามารถประยุกต์ใช้ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการให้บริการผู้ป่วย

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

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

Mancuso CA, Rincon M. J Asthma (2006); Collins M. J Palliat Med (2004); Barragan M, J Gen Intern Med (2005); Katz MG. J Gen Intern Med. (2007); Aboumatar HJ. J Gen Intern Med (2013).

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 สรุปการนำความรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในแผนงานส่งเสริมสุขภาพ

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	เนื้อหา	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น		แนวทาง การจัดการเรียนรู้
		ระดับบุคคล	ระดับชุมชน/สังคม	
ระดับพื้นฐาน: ข้อมูลสารสนเทศ	การเข้าถึงข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับความเสี่ยงและการใช้บริการสุขภาพ	เพิ่มความรู้เพื่อป้องกันเสี่ยง และปฏิบัติตามคำแนะนำในบริการทางสุขภาพ	เพิ่มการมีส่วนร่วมในโปรแกรมเพื่อประชาชน เช่น การคัดกรอง การรับวัคซีน	ถ่ายทอดความรู้ผ่านช่องทางสื่อสารต่างๆ เรียนรู้ตัวต่อตัวและเรียนรู้จากสื่อต่างๆ
ระดับปฏิสัมพันธ์: พัฒนาทักษะส่วนบุคคล	ใช้โอกาสในการพัฒนาทักษะจากการสนับสนุนทางสังคม	เพิ่มความสามารถในกระทำได้ด้วยตนเองบนฐานความรู้ เพิ่มแรงจูงใจและความเชื่อมั่นในตนเอง	เพิ่มความสามารถในการมีอิทธิพลหรืออิสระจากบรรทัดฐานทางสังคม หรือได้ตอบกลุ่มสังคมที่ครอบงำได้	สื่อสารสุขภาพเฉพาะที่จำเป็นเปิดโอกาสให้ชุมชนช่วยกันเอง , จัดให้มีการสนับสนุนทางสังคม, เพิ่มช่องทางสื่อสารสุขภาพในชุมชน
ระดับ วิจารณ์ญาณ: เสริมพลังอำนาจให้กับบุคคลและชุมชน	วิเคราะห์ข้อมูลทางสภาพสังคมเศรษฐกิจที่มีต่อสุขภาพ 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