

## การให้สุขศึกษา

พรรษ โนนจ้อย

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

### Health Education

Pat Nonjui

Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

Received: 18 September 2019

Accepted: 2 December 2020

การให้สุขศึกษาเป็นส่วนสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี บุคลากรสาธารณสุขควรมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการให้สุขศึกษา ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการให้สุขศึกษา และการพัฒนาเทคโนโลยีในการให้สุขศึกษา นำไปสู่พัฒนาระบบงานให้สุขศึกษาในพื้นที่ให้บริการของตนเองได้ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น

**คำสำคัญ:** สุขศึกษา; การสร้างเสริมสุขภาพ; แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

Health education is an essential component for health promotion and prevention of disease, especially in non-communicable diseases. The aim of health education is to encourage people to change behavior to be healthier. Health care providers should know and understand the fundamentals of health education, related theories, and development of using technology in health education. Then, they will have an ability to provide health education in an area of services to promote health in the population.

**Keyword:** Health education; Health promotion; Health belief model

ศรีนครินทร์เวชสาร 2564; 36(2): 246-251. • Srinagarind Med J 2021; 36(2): 246-251.

#### บทนำ

การให้สุขศึกษาเป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ<sup>1</sup> ซึ่งการให้สุขศึกษาเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ช่วยลดค่ารักษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้<sup>2,3</sup> บทความนี้ได้ทบทวนเกี่ยวกับนิยาม วัตถุประสงค์ และหลักการพื้นฐานของการให้สุขศึกษา โดยกล่าวถึงทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและกระบวนการให้สุขศึกษา รวมไปถึงการพัฒนาเทคโนโลยีในการให้สุขศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการให้สุขศึกษาต่อไป

#### นิยามของการให้สุขศึกษา

มีผู้ให้นิยามของการให้สุขศึกษาไว้หลากหลาย องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของการให้สุขศึกษา (Health education) คือการรวมกันของการวางแผนสร้างประสบการณ์การเรียนรู้เพื่อช่วยให้ประชาชนหรือชุมชนมีสุขภาพที่ดีขึ้นโดยการเพิ่มความรู้อหรือส่งเสริมทัศนคติ<sup>4</sup> Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology ให้

ความหมายการให้สุขศึกษาคือการวางแผนจัดกลุ่มประสบการณ์การเรียนรู้บนพื้นฐานของทฤษฎีเชิงปฏิบัติ สำหรับบุคคล กลุ่มบุคคลและชุมชน ให้มีโอกาสรับข้อมูลข่าวสารและมีทักษะที่จำเป็นในการตัดสินใจเพื่อสุขภาพที่ดี<sup>5,6</sup> กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข ให้ความหมายของสุขศึกษา คือ กระบวนการจัดโอกาสการเรียนรู้และพัฒนาทักษะด้านสุขภาพ รวมถึงปัจจัยอื่น ๆ เกี่ยวกับสภาวะทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน<sup>7</sup>

#### วัตถุประสงค์ของการให้สุขศึกษา<sup>8</sup>

1. จูงใจให้เกิดพฤติกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพ โดยให้ความรู้ที่เหมาะสมและมีทัศนคติทางบวก
2. ช่วยให้สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง มีความมั่นใจและมีทักษะที่จะนำไปสู่การลงมือปฏิบัติได้

### หลักการพื้นฐานในการให้สุศึกษา<sup>9</sup>

Bartholomew และคณะ<sup>9</sup> ได้พัฒนาแนวทางในการให้สุศึกษาที่เรียกว่า Intervention Mapping Framework โดยมีขั้นตอนในการให้สุศึกษา คือ ค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยง ประเมินคุณภาพชีวิตและปัญหาสุขภาพของประชากร แยกสาเหตุจากสิ่งแวดล้อมและสาเหตุจากพฤติกรรม นำมาสู่การทบทวนปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องและพัฒนาแนวทางการให้สุศึกษาซึ่งประกอบไปด้วยองค์ประกอบย่อยคือ

- 1) ตั้งเป้าหมายของโปรแกรม ให้มีความจำเพาะ สำคัญ และเกี่ยวกับปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลง โดยปัญหาที่เป็นเป้าหมายควรมาจากชุมชนเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน<sup>4,10</sup>
- 2) ระดมสมองเพื่อหากกลยุทธ์ที่จะไปถึงเป้าหมาย โดยการใช้ทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรม
- 3) ออกแบบโปรแกรม โดยการนำกลยุทธ์ที่ได้มาวางแผน ออกแบบและทดลองใช้เครื่องมือ
- 4) พัฒนาและนำไปใช้ตามแผนที่วางไว้ มีกระบวนการสังเกตและประเมินการวางแผน ประเมินกระบวนการให้สุศึกษาและผลลัพธ์

โดยการพัฒนารูปแบบของการให้สุศึกษาสามารถใช้สหสาขาวิชาชีพและเลือกกระบวนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการสื่อสารสองทาง (Two-way communication) เป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ให้สุศึกษาทราบว่าผู้ที่มารับสุศึกษาต้องการข้อมูลอะไรก่อนที่เราจะให้ข้อมูลและเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ<sup>11,12</sup> รูปแบบการให้สุศึกษาที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายควรใช้คำศัพท์ที่ผู้ฟังเข้าใจง่าย เปิดโอกาสให้ผู้รับการให้สุศึกษาค้นหาปัญหาของตนเอง วิเคราะห์ความรู้ใหม่เชื่อมโยงกับความรู้เดิมและประสบการณ์ในอดีต นำไปสู่การตัดสินใจปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ตนเองต้องการและเห็นว่ามีความเป็นไปได้ไปปฏิบัติและประเมินผล โดยกระบวนการดังกล่าวจะส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเล็ก ๆ แบบทีละขั้นตอน ผู้ให้สุศึกษานั้นต้องให้สุศึกษาจากหลักฐานทางวิทยาศาสตร์และเป็นความรู้ในปัจจุบัน ทำให้ตนเองเป็นที่น่าเชื่อถือและมีบทบาทเป็นผู้ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ<sup>6</sup>

### ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ

การพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพจะมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีกว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ได้พัฒนาจากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งในปัจจุบันมีทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) ที่นิยม เช่น ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (The health belief model) ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model) ทฤษฎีปัญญาสังคม (Social cognitive theory) เป็นต้น โดยพบว่าทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นทฤษฎีที่ถูกใช้บ่อยที่สุดในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ<sup>13,14</sup>

### ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (The health belief model)<sup>4,15-17</sup>

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นทฤษฎีที่ใช้ในการปรับพฤติกรรมระดับบุคคล เป็นทฤษฎีซึ่งนิยมนำมาประยุกต์ใช้ในการให้สุศึกษา โดยมีหลักการว่าบุคคลจะมีการลงมือทำเพื่อจะหลีกเลี่ยงการเกิดโรครึ่ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความเชื่อว่า ตนเองมีความเสี่ยง (Susceptible) ต่อการเกิดโรค การเกิดโรคนั้นมีความรุนแรงที่จะกระทบชีวิต และการปรับพฤติกรรมมีประโยชน์ในการลดความเสี่ยงในการเกิดโรคนั้นหรือลดความรุนแรงเมื่อโรคเกิดขึ้นแล้ว ซึ่งทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีองค์ประกอบดังนี้

1. **Perceived susceptibility** (การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค) หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสที่จะได้รับความเสี่ยงที่จะเป็นโรค ซึ่งนำไปสู่การค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยง การประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคที่เป็นลักษณะจำเพาะสำหรับแต่ละบุคคลที่ขึ้นกับพฤติกรรม
2. **Perceived severity** (การรับรู้ความรุนแรงของโรค) หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคและผลกระทบที่ตามมา การนำไปใช้คือการระบุผลที่จะเกิดขึ้นตามมา นำไปสู่พฤติกรรมที่ควรทำ
3. **Perceived benefits** (การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ) ความเชื่อเกี่ยวกับประสิทธิภาพของพฤติกรรมที่ได้รับการแนะนำว่าสามารถลดความรุนแรงหรือความเสี่ยงในการเกิดผลกระทบจากการเกิดโรคได้ ดังนั้นการนำไปใช้คือ การระบุว่าพฤติกรรมอะไรที่ควรทำ อธิบายว่าทำอย่างไร ที่ไหน เมื่อไหร่ และบอกผลทางบวกที่คาดว่าจะเกิดขึ้นเมื่อทำพฤติกรรมนั้น ๆ
4. **Perceived barriers** (การรับรู้อุปสรรค) ความเชื่อเกี่ยวกับอุปสรรค ซึ่งอาจจะหมายถึง ค่าใช้จ่าย ความสะดวกสบาย ความเจ็บปวด เมื่อทำตามพฤติกรรมที่ได้รับการแนะนำ ดังนั้นจึงนำไปใช้ในการค้นหาและลดอุปสรรคในการทำพฤติกรรมนั้น
5. **Cues to action** (สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ) เป็นแผนการที่กระตุ้นให้เกิดความพร้อม เช่น การให้ข้อมูลว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไร ส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักรู้ ระบบแจ้งเตือน เป็นต้น

6. **Self-efficacy** (ความสามารถตนเอง) คือ ความมั่นใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะลงมือปฏิบัติ ซึ่งต้องได้รับคำแนะนำและฝึกฝน มีการตั้งเป้าหมาย มีการเสริมแรงโดยคำพูด การแสดงตัวอย่าง เช่น การจัดอบรมและสาธิตเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ต้องการ เป็นต้น<sup>4</sup>

มีการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่าผู้รับสุศึกษาโดยใช้ทฤษฎีนี้มีความรู้มากขึ้นและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ<sup>18,19</sup> อย่างไรก็ตามทฤษฎีนี้มีข้อจำกัดคือ มีการนิยามที่ไม่ชัดเจน และไม่มีการตั้งกฎเกณฑ์เกี่ยวกับการรวมกันขององค์ประกอบ เช่น ความกลัวต่อการเกิดโรค อาจจะเป็นได้ทั้งการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรครึ่ก็ได้ เป็นต้น และมีข้อจำกัดของการใช้องค์ประกอบเหล่านี้ในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพ<sup>20,21</sup> แต่ก็มีวิจัยในช่วงหลังที่พบว่าองค์ประกอบเหล่านี้สัมพันธ์กับพฤติกรรมทั้งพฤติกรรม

เสียงและพฤติกรรมป้องกันโรค และการที่มีนิยามและการรวมกันขององค์ประกอบที่ไม่ชัดเจนอาจเป็นข้อดีในการที่ทฤษฎีนี้มีความยืดหยุ่นในการนำไปใช้<sup>21-24</sup>

**ตัวอย่างการออกแบบการให้สุศึกษา**

ตัวอย่างการออกแบบโปรแกรมการให้สุศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในนักเรียนประถมศึกษา โดยศิวชัย ทองนาเมือง และรุจิรา ดวงสงค์<sup>25</sup> การศึกษาครั้งนี้ระบุประชากรกลุ่มเสี่ยงคือนักเรียนประถมศึกษาในเขตจังหวัดพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับที่สามารถก่อให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดี มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ในตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยออกแบบการให้สุศึกษาเป็นเวลา 10 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง มีการจัดกิจกรรมหลากหลาย เป็นการสื่อสารสองทางและเหมาะสมกับช่วงวัยของประชากรเป้าหมาย โดยสามารถวิเคราะห์รูปแบบการให้สุศึกษาได้ดังแสดงในตารางที่ 1

ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรค และการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดีมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการจัดโปรแกรมการให้สุศึกษาโดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายได้

**แนวทางการพัฒนาเทคโนโลยีในการให้สุศึกษา**

ในปัจจุบันประชาชนใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตเพิ่มมากขึ้น มีการพัฒนารูปแบบการให้สุศึกษาโดยใช้เทคโนโลยี เช่น วิดีโอ เกม การ์ตูน เพลง การให้คำปรึกษาทางไกล แอปพลิเคชัน เป็นต้น<sup>12,26</sup> นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์สามารถสร้างเว็บไซต์เพื่อให้ความรู้ทางการแพทย์ได้<sup>27</sup> โดยพบ

ว่าเว็บไซต์ซึ่งเกี่ยวข้องกับสุขภาพเป็นแหล่งข้อมูลที่เข้าถึงได้บ่อยที่สุด และมีข้อดีเมื่อเทียบกับสื่อสิ่งพิมพ์อื่น เพราะสามารถปรับปรุงเนื้อหาให้ทันสมัยได้ตลอด<sup>27</sup> แต่ยังมีปัญหาความน่าเชื่อถือและความถูกต้องของเนื้อหาในเว็บไซต์<sup>28</sup> ดังนั้นในการสร้างเว็บไซต์ที่มีข้อเสนอแนะดังนี้<sup>29</sup>

1) เนื้อหา จากแหล่งที่เชื่อถือได้ ถ้ามีคำศัพท์ทางการแพทย์ต้องมีคำอธิบายให้ประชาชนสามารถเข้าใจความหมายได้ เน้นเนื้อหาที่ประชาชนหรือผู้ป่วยต้องการทราบ

2) รูปแบบของเว็บไซต์ ควรเลือกรูปแบบของหน้าจอและขนาดตัวหนังสือให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้มีปัญหาทางสายตาหรือผู้สูงอายุ และใช้ภาพเข้ามาช่วยให้ผู้ใช้งานสามารถเข้าใจเนื้อหาได้ง่ายขึ้น เช่น การใช้อินโฟกราฟิกส์ (Infographic) ซึ่งเป็นการใช้ภาพ สีหรือแผนภูมิในการอธิบายเนื้อหาและลดการใช้ตัวหนังสือ ซึ่งนอกจากจะทำให้เข้าใจเนื้อหาได้ง่ายแล้ว ยังดึงดูดความสนใจและสะดวกในการเผยแพร่ในสื่อออนไลน์<sup>30</sup> การสร้างเว็บไซต์มีส่วนที่ผู้ใช้งานสามารถมีปฏิสัมพันธ์ได้ เช่น การกรอกข้อมูลเพื่อคำนวณค่าดัชนีมวลกายร่วมกับมีการแปลผล เป็นต้น ควรทำให้เว็บไซต์เข้าถึงได้ง่าย เช่น ปรากฏในหน้าแรกของเว็บไซต์เสิร์ชเอนจิน (Search Engines) สร้างรูปแบบให้ผู้ใช้งานสามารถใช้งานง่าย เป็นต้น และคำนึงถึงความปลอดภัยของข้อมูลโดยเฉพาะถ้ามีการเก็บข้อมูลทางสุขภาพในเว็บไซต์

การให้สุศึกษาส่วนใหญ่เน้นการให้ความรู้เป็นหลัก และส่วนใหญ่มักใช้สื่อสิ่งพิมพ์และการสอนบรรยายตัวต่อตัว<sup>26,31</sup> ในปัจจุบันมีการพัฒนาการการให้สุศึกษาโดยการใช้คอมพิวเตอร์ร่วมกับการเรียนออนไลน์ ซึ่งทำให้มีการพัฒนารูปแบบของการเรียนรู้ด้วยตนเอง สามารถสร้างบทเรียนที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้เรียนและมีการทดสอบหรือประเมินผลผู้เรียนได้ ซึ่งพบว่าสามารถพัฒนาทั้งความรู้และทักษะของผู้เรียนได้<sup>32</sup> นอกจากนี้ยังสามารถออกแบบให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้ โดยการประเมินความเสี่ยงหรือภาวะสุขภาพของผู้ป่วยก่อน หลังจากนั้นจึงให้ผู้ป่วยเข้าถึงเนื้อหาที่เหมาะสมกับความเสี่ยงหรือภาวะสุขภาพของตนเอง ร่วมกับมีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์แบบสองทาง ซึ่งพบว่ามีประสิทธิภาพ

**ตารางที่ 1** เนื้อหาและรูปแบบกิจกรรมการให้สุศึกษาเกี่ยวกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ	เนื้อหา	รูปแบบกิจกรรม
การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค	โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้และมะเร็งท่อน้ำดี	การบรรยาย กิจกรรมกลุ่ม วิดีทัศน์ รูปภาพ โปสเตอร์ ฟังเรื่องเล่า
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี	การบรรยาย กิจกรรมกลุ่ม วิดีทัศน์ รูปภาพ โปสเตอร์ ฟังเรื่องเล่า
การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ	ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี	การบรรยาย กิจกรรมกลุ่ม วิดีทัศน์ รูปภาพ โปสเตอร์ ฟังเรื่องเล่า
การรับรู้อุปสรรค	อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี	การบรรยาย กิจกรรมกลุ่ม วิดีทัศน์ รูปภาพ โปสเตอร์ ฟังเรื่องเล่า
สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ	ความรู้โรงพยาบาลใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี การกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติพฤติกรรม	รณรงค์ในโรงเรียนและชุมชน ให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว จัดบอร์ดในโรงเรียน ประกวดวาดภาพและเรื่องเล่า
ความสามารถตนเอง	พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี	สาธิตการทำอาหารปรุงสุก สาธิตการล้างมือ การแลกเปลี่ยนความรู้

ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้และมีการควบคุมโรคที่ดีขึ้น<sup>12,33</sup> ซึ่งรูปแบบการให้สุศึกษาออนไลน์มีข้อดีคือสามารถเข้าถึงประชาชนได้จำนวนมาก และมีค่าใช้จ่ายถูกกว่าเมื่อเทียบกับการสอนบรรยายตัวต่อตัว แต่ก็มีข้อสังเกตเรื่องของประสิทธิผลและอาจไม่สามารถคงพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงได้<sup>34</sup>

นอกจากนี้การพัฒนาารูปแบบการให้สุศึกษาควรคำนึงถึงประชากรแต่ละช่วงวัย โดยในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นนั้นใช้เทคโนโลยีได้ดี สามารถออกแบบการให้สุศึกษาในรูปแบบออนไลน์ได้ ร่วมกับการใช้เกม วิดีโอ การ์ตูนหรือเพลงเข้ามาในการให้สุศึกษาพบว่าสามารถช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะ และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ โดยเนื้อหาที่ใช้ควรเป็นเนื้อหาเชิงบวก สนุกและสร้างการมีส่วนร่วม แต่ช่วงวัยนี้พบว่า มีอัตราการเข้าร่วมไม่ครบสูง จึงควรออกแบบให้มีการพบตัวต่อตัวร่วมด้วย<sup>35-37</sup> ในกลุ่มผู้สูงอายุ ปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้มากขึ้นทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจปัญหาสุขภาพของตนเองมากขึ้น แต่ข้อจำกัดคือผู้สูงอายุมีความลำบากในการเรียนรู้การใช้งานและมีข้อจำกัดในการเข้าถึงคอมพิวเตอร์หรืออินเทอร์เน็ต ดังนั้นจึงควรให้สุศึกษาด้วยรูปแบบหลากหลาย ใช้ทั้งสื่อสิ่งพิมพ์หรือรูปแบบออนไลน์ร่วมกับการจัดอบรม และเพิ่มการสื่อสารหรือให้คำปรึกษาทางไกลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้สุศึกษา<sup>27,29,38</sup>

### ข้อจำกัดของการให้สุศึกษา

การให้สุศึกษาที่เน้นการสื่อสาร การสอนหรือให้ความรู้ นั้นมีประสิทธิภาพจำกัด มีโอกาสที่จะล้มเหลวในการทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมยังคงอยู่ และส่งผลน้อยในกลุ่มประชากรที่มีปัญหาการศึกษาและเศรษฐกิจ<sup>1,39</sup> ซึ่งอาจเกิดจากระดับการศึกษาส่งผลต่อรายได้ และการมีระดับการศึกษาสูงขึ้นจะส่งผลให้มีวิถีชีวิตและรูปแบบการตัดสินใจที่แตกต่างออกไป เช่น รับรู้อาการของโรคน้อยกว่าและเข้ายาไม่ถูกต้อง เป็นต้น<sup>40,41</sup> ดังนั้นรูปแบบการให้สุศึกษาที่เน้นให้ความรู้ อาจไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงควรมีการปรับสภาพแวดล้อมร่วมกับการสร้างเสริมสุขภาพผ่านนโยบายสาธารณะจะทำให้เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและทำให้การให้สุศึกษามีประสิทธิภาพมากขึ้น<sup>31,39,42</sup>

### สรุป

การให้สุศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพ โดยผู้ให้สุศึกษาควรเข้าใจหลักการพื้นฐานและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการให้สุศึกษา เพื่อนำมาวางแผนการให้สุศึกษาอย่างเหมาะสมโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเข้ามาเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการให้สุศึกษา

### เอกสารอ้างอิง

1. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000; 15(3): 259–267.

2. Windsor RA, Lowe JB, Perkins LL, Smith-Yoder D, Artz L, Crawford M, et al. Health education for pregnant smokers: its behavioral impact and cost benefit. *Am J Public Health* 1993; 83(2): 201–206.
3. Clark NM, Feldman CH, Evans D, Levison MJ, Wasilewski Y, Mellins RB. The impact of health education on frequency and cost of health care use by low income children with asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1986; 78(1, Part 1): 108–115.
4. Hou S-I. Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies. *Health Promot Pract* 2014; 15(5): 619–621.
5. Gold RS, Miner KR. Report of the 2000 joint committee on health education and promotion terminology. *J Sch Health* 2002; 72(1): 3–7.
6. มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์. สุศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ : ความแตกต่างที่ไม่แตกแยก. In: บทบาทของประชาชนกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ [Internet]. [cited Nov 6, 2020]. Available from: [http://ns2.ph.mahidol.ac.th/phklb/knowledge-files/3\\_.pdf](http://ns2.ph.mahidol.ac.th/phklb/knowledge-files/3_.pdf)
7. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานงานสุศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานอนามัย พ.ศ. 2552 [Internet]. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2552 [cited Sep 4, 2019]. 64 p. Available from: [http://hss.moph.go.th/fileupload\\_doc\\_slider/2016-11-10-24-16-187387.pdf](http://hss.moph.go.th/fileupload_doc_slider/2016-11-10-24-16-187387.pdf)
8. Yazachew M, Alen Y. Introduction to health education [Internet]. 2004. [cited Sep 4, 2019]. Available from: [https://www.cartercenter.org/resources/pdfs/health/ephti/library/lecture\\_notes/health\\_extension\\_trainees/Intro\\_HealthEducation.pdf](https://www.cartercenter.org/resources/pdfs/health/ephti/library/lecture_notes/health_extension_trainees/Intro_HealthEducation.pdf)
9. Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G. Intervention Mapping: A Process for Developing Theory and Evidence-Based Health Education Programs. *Health Educ Behav* 1998; 25(5): 545–563.
10. Israel BA, Checkoway B, Schulz A, Zimmerman M. Health Education and Community Empowerment: Conceptualizing and Measuring Perceptions of Individual, Organizational, and Community Control. *Health Educ Q.* 1994 Jun 1;21(2):149–170.
11. Lu C-H, Tang S-T, Lei Y-X, Zhang M-Q, Lin W-Q, Ding S-H, et al. Community-based interventions in hypertensive patients: a comparison of three health education strategies. *BMC Public Health* 2015 29; 15(1): 33.
12. Greenwood DA, Gee PM, Fatkin KJ, Peeples M. A Systematic Review of Reviews Evaluating Technology-Enabled Diabetes Self-Management Education and Support. *J Diabetes Sci Technol* 2017; 11(5): 1015–1027.
13. Painter JE, Borba CPC, Hynes M, Mays D, Glanz K. The Use of Theory in Health Behavior Research from 2000 to 2005: A Systematic Review. *Ann Behav Med* 2008; 35(3): 358–362.



14. Noar SM, Zimmerman RS. Health Behavior Theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: are we moving in the right direction? *Health Educ Res* 2005; 20(3): 275–290.
15. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice. John Wiley & Sons; 2008.
16. สุปรียา ตันสกุล. ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ : แนวทางการดำเนินงานในงานศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ. วารสารสุขภาพศึกษา [Internet]. 2007;30(105). [cited Nov 6, 2020]. Available from: [http://ns2.ph.mahidol.ac.th/phklb/knowledge-files/1\\_pdf](http://ns2.ph.mahidol.ac.th/phklb/knowledge-files/1_pdf)
17. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. *Health Educ Monogr* 1974; 2(4): 328–335.
18. Khoramabadi M, Dolatian M, Hajian S, Zamanian M, Taheripanah R, Sheikhan Z, et al. Effects of Education Based on Health Belief Model on Dietary Behaviors of Iranian Pregnant Women. *Glob J Health Sci* 2016; 8(2): 230.
19. นวลรัตน์ โมทนา, ทศพร ชูศักดิ์, เบญจวรรณ นันทชัย, สันหวัช ไชยวงศ์. ผลการให้สุศึกษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ตำบลแม่ข้าวต้ม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. *Naresuan Phayao J* 2014; 7(2): 178–184.
20. Armitage CJ, Conner M. Social cognition models and health behaviour: A structured review. *Psychol Health* 2000; 15(2): 173–189.
21. Orji R, Vassileva J, Mandryk R. Towards an Effective Health Interventions Design: An Extension of the Health Belief Model. *Online J Public Health Inform* [Internet]. 2012;4(3). [cited Oct 2, 2020]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3615835/>
22. Sulat JS, Prabandari YS, Sanusi R, Hapsari ED, Santoso B. The validity of health belief model variables in predicting behavioral change. *Health Educ* 2018; 118(6): 499–512.
23. Mohammadi S, Ghajari H, Valizade R, Ghaderi N, Yousefi F, Taymoori P, et al. Predictors of Smoking among the Secondary High School Boy Students Based on the Health Belief Model. *Int J Prev Med* [Internet]. 2017;8. [cited Nov 7, 2020]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5404646/>
24. Corace KM, Srigley JA, Hargadon DP, Yu D, MacDonald TK, Fabrigar LR, et al. Using behavior change frameworks to improve healthcare worker influenza vaccination rates: A systematic review. *Vaccine* 2016; 34(28): 3235–3242.
25. ศิวัญญ์ ทองนาเมือง, รุจิรา ดวงสงค์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและโรคมาลาเรียท่อน้ำดี ในนักเรียนประถมศึกษา อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด. *KKU Res J Grad Stud* 2012; 12(2): 80–91.
26. Maniva SJC de F, Carvalho ZM de F, Gomes RKG, Carvalho REFL de, Ximenes LB, Freitas CHA de, et al. Educational technologies for health education on stroke: an integrative review. *Rev Bras Enferm* 2018; 71: 1724–1731.
27. Lai CKY, Arthur DG, Chau WWH. Implication of Internet growth on enhancing health of disadvantaged groups in China: a global perspective. *J Clin Nurs* 2004; 13(s2): 68–73.
28. Washington TA, Fanciullo GJ, Sorensen JA, Baird JC. Quality of Chronic Pain Websites. *Pain Med* 2008; 9(8): 994–1000.
29. Khin Than Win. Implementing patient accessible health information site for diabetes management [Internet]. 2010 [cited Nov 5, 2020]. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/221229544\\_Implementing\\_Patient\\_Accessible\\_Health\\_Information\\_Site\\_for\\_Diabetes\\_Management](https://www.researchgate.net/publication/221229544_Implementing_Patient_Accessible_Health_Information_Site_for_Diabetes_Management)
30. Scott H, Fawcner S, Oliver CW, Murray A. How to make an engaging infographic? *Br J Sports Med*. 2017; 51(16): 1183–1184.
31. Sharma M. Health Education in India: A Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats (SWOT) Analysis. *Int Electron J Health Educ* 2005; 8: 80–85.
32. Petty J. Interactive, technology-enhanced self-regulated learning tools in healthcare education: A literature review. *Nurse Educ Today* 2013; 33(1): 53–59.
33. Lustria MLA, Cortese J, Noar SM, Glueckauf RL. Computer-tailored health interventions delivered over the Web: review and analysis of key components. *Patient Educ Couns* 2009; 74(2): 156–173.
34. Kohl LF, Crutzen R, de Vries NK. Online prevention aimed at lifestyle behaviors: a systematic review of reviews. *J Med Internet Res* 2013; 15(7): e146.
35. Clarke AM, Kuosmanen T, Barry MM. A systematic review of online youth mental health promotion and prevention interventions. *J Youth Adolesc* 2015; 44(1): 90–113.
36. Papastergiou M. Exploring the potential of computer and video games for health and physical education: A literature review. *Comput Educ* 2009; 53(3): 603–622.
37. Gray DJ, Kurscheid J, Mationg ML, Williams GM, Gordon C, Kelly M, et al. Health-education to prevent COVID-19 in schoolchildren: a call to action. *Infect Dis Poverty* 2020; 9(1): 81.

38. Sá GG de M, Silva FL, Santos AMRD, Nolêto JDS, Gouveia MT de O, Nogueira LT. Technologies that promote health education for the community elderly: integrative review. *Rev Lat Am Enfermagem* 2019; 27: e3186.
39. Zimmerman EB, Woolf SH, Haley A. Understanding the relationship between education and health: a review of the evidence and an examination of community perspectives. *Popul Health Behav Soc Sci Insights AHRQ Publ* 2015; (15-0002): 347-84.
40. Cutler DM, Lleras-Muney A. Education and health: evaluating theories and evidence. National bureau of economic research; 2006.
41. Williams MV, Baker DW, Honig EG, Lee TM, Nowlan A. Inadequate literacy is a barrier to asthma knowledge and self-care. *Chest* 1998; 114(4): 1008-1015.
42. อรรรรณ นามมนตรี. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy). *Thai Dent Nurse J* 2018; 29(1): 122-128.

SMJ