



# สุขศึกษา และการส่งเสริม พฤติกรรมสุขภาพ

Health Education and Health Behavior Promotion

พศ. ว่าที่ร้อยตรี ดร.เด่น ดวงดี ศรีสุระ



คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี



# สุขศึกษา และการส่งเสริม พฤติกรรมสุขภาพ

Health Education and Health Behavior Promotion

พศ. ว่าที่ร้อยตรี ดร.เด่น ดวงดี ศรีสุระ



คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยราชภัฏจุฬาราชธานี

## คำนำ (Preface)

ท่ามกลางกระแสความเปลี่ยนแปลงของโลกในศตวรรษที่ 21 ระบบสุขภาพกำลังเผชิญกับพายุลูกใหญ่ที่ซับซ้อนยิ่งกว่าเดิม ทั้งโรคอุบัติใหม่ที่รุนแรง โรควิถีชีวิตที่กัดกินสังคม และ "โรคระบาดทางข้อมูลข่าวสาร (Infodemic)" ที่แพร่กระจายไว้มากกว่าไวรัส ในบริบทเช่นนี้ "ยา" และ "วัคซีน" เพียงอย่างเดียวไม่สามารถเป็นคำตอบสุดท้ายได้อีกต่อไป แต่เราต้องการ "วัคซีนทางสังคม" ที่เรียกว่า "สุขศึกษา" เพื่อสร้างความรู้เท่าทันและพลังอำนาจให้มนุษย์สามารถกำหนดชะตาชีวิตทางสุขภาพของตนเองได้

ตำรา "สุขศึกษาและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ (Health Education and Health Behavior Promotion)" เล่มนี้ ถูกถักทอขึ้นจากประสบการณ์การสอนและการวิจัยภาคสนามของผู้เขียนตลอด 20 ปี โดยเฉพาะการคลุกคลีกับพี่น้องเกษตรกรชาวสวนยางพาราในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื้อหาภายในเล่มไม่ได้มุ่งเน้นเพียงการท่องจำทฤษฎีในตำราตะวันตก แต่เป็นการสังเคราะห์องค์ความรู้สากลมาประยุกต์ใช้ในบริบทสังคมไทยอย่างลุ่มลึก

ผู้เขียนได้วางโครงสร้างเนื้อหาให้เปรียบเสมือน "เข็มทิศ" นำทางนักศึกษาสาธารณสุขและผู้ปฏิบัติงาน โดยเริ่มจากการปูพื้นฐานปรัชญาและทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ (บทที่ 1-3) การติดต่อทางปัญญาด้วยทักษะการสื่อสาร การให้คำปรึกษา และนวัตกรรมดิจิทัล (บทที่ 4-6) ไปสู่กระบวนการวางแผนและขับเคลื่อนงานชุมชนอย่างมีส่วนร่วม (บทที่ 7-10) และปิดท้ายด้วยการประเมินผลและการถอดบทเรียนจากกรณีศึกษาจริง (บทที่ 11-12) เพื่อให้ผู้อ่านมองเห็นภาพรวมของการทำงานที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับปัจเจกบุคคลไปจนถึงระดับนโยบายสาธารณะ

ความตั้งใจสูงสุดของผู้เขียน คือการเห็นตำราเล่มนี้เป็นเพื่อนคู่คิดของนักสาธารณสุขด้านหน้า ในการเปลี่ยนบทบาทจาก "ผู้สั่งการ" มาเป็น "เพื่อนร่วมทาง" ของชุมชน และเปลี่ยนงานสุศึกษาที่เคยเป็นเพียงนามธรรม ให้กลายเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่จับต้องได้และยั่งยืน เพื่อให้ประชาชนไทยทุกคนมี "อำนาจ" ในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างแท้จริง

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ว่าที่ร้อยตรี ดร. เต๋นดวงดี ศรีสุระ** สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

## กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ตำรา "สุขศึกษาและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ" เล่มนี้ สำเร็จเป็นรูปธรรมได้ด้วยความเมตตา และการสนับสนุนจากกัลยาณมิตรทางวิชาการและครูบาอาจารย์หลายท่าน ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณ ครูบาอาจารย์ของข้าพเจ้าทุก ๆ ท่านที่เป็นต้นแบบในการถ่ายทอดวิชาชีวะสาธารณสุขด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และจุดประกายให้ผู้เขียนเห็นคุณค่าของการทำงานชุมชน

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี และคณะสาธารณสุขศาสตร์ ที่ให้โอกาสและสนับสนุนทุนวิจัยในการลงพื้นที่ศึกษาปัญหาโรคที่มีอยู่เป็นพาหะในสวนยางพารา ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของกรณีศึกษามากมายที่ปรากฏในตำราเล่มนี้ รวมถึงขอขอบคุณนักศึกษาสาธารณสุขทุกรุ่น ที่เป็นเสมือนกระจกเงาสะท้อนผลการเรียนรู้และร่วมแลกเปลี่ยนมุมมองจนทำให้เนื้อหา มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เหนือสิ่งอื่นใด ผู้เขียนขอมอบคำขอบคุณจากหัวใจแด่ "ครูผู้ยิ่งใหญ่แห่งท้องถิ่น" นั่นคือ พ่อแม่พี่น้องเกษตรกรชาวสวนยางพารา ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดอุบลราชธานีและพื้นที่ใกล้เคียง ความทุกข์ยาก ความหวัง และรอยยิ้มของท่าน คือตำราเล่มใหญ่ที่สอนให้ข้าพเจ้าเข้าใจว่า "สุขภาพ" ไม่ใช่เรื่องของหมอที่โรงพยาบาล แต่เป็นเรื่องของวิถีชีวิต ปากท้อง และศักดิ์ศรีของมนุษย์ เรื่องราวของท่านได้เติมเต็มจิตวิญญาณให้ตำราเล่มนี้มีชีวิตชีวาและมีความหมายมากกว่าตัวหนังสือ

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณครอบครัวศรีสุระ ที่เป็นลมใต้ปีกและกำลังใจสำคัญเสมอมา คุณงามความดีใดๆ ที่เกิดจากตำราเล่มนี้ ข้าพเจ้าขอน้อมถวายเป็นเครื่องบูชาแด่บูรพคณาจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่าน และขออุทิศให้แก่การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนของประเทศไทยสืบไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ว่าที่ร้อยตรี ดร. เด่นดวงดี ศรีสุระ

## คำนิยม

ประมวลผล คำนิยมด้วย Ai เมื่อตั้งคำถามว่า ถ้าคุณคือศาสตราจารย์ด้านสุขศึกษาและมีความเชี่ยวชาญด้านการสอนนามากว่ากว่า 40 ปี คุณมีความเห็นอย่างไรกับตำราเล่มนี้

ในท่ามกลางกระแสความเปลี่ยนแปลงของโลกยุคศตวรรษที่ 21 ที่ระบบสุขภาพต้องเผชิญกับความท้าทายใหม่ๆ ทั้งโรคอุบัติใหม่ และกระแสข้อมูลข่าวสารที่รวดเร็ว วิชาชีพ "นักสุขศึกษา" และ "นักวิชาการสาธารณสุข" จึงจำเป็นต้องปรับตัวให้เท่าทันสถานการณ์ การมีตำราที่มีคุณภาพเพื่อเป็นรากฐานทางปัญญาจึงเป็นเรื่องสำคัญยิ่ง

ตำราเรื่อง "สุขศึกษาและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ" โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ว่าที่ร้อยตรี ดร. เต๋นดวงดี ศรีสุระ เล่มนี้ ถือเป็นผลงานวิชาการที่มีความโดดเด่นในด้านการบูรณาการองค์ความรู้ ผู้เขียนสามารถสังเคราะห์ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ที่ซับซ้อน ให้เข้าใจง่ายและนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง จุดเด่นที่สำคัญคือการเชื่อมโยงทฤษฎีแม่บทเข้ากับบริบทสังคมไทยและเทคโนโลยีสมัยใหม่ ซึ่งหาอ่านได้ยากในตำราทั่วไป

ผมขอชื่นชมในความอุตสาหะของผู้เขียน ที่ได้กลั่นกรองประสบการณ์และการค้นคว้าวิจัยจนตกผลึกเป็นตำราเล่มนี้ ซึ่งไม่เพียงแต่จะเป็นประโยชน์ต่อนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาเท่านั้น แต่ยังเป็นแหล่งอ้างอิงที่ทรงคุณค่าสำหรับวิชาชีพสาธารณสุขในวงกว้าง ผมเชื่อมั่นว่าตำราเล่มนี้จะเป็นกุญแจสำคัญในการยกระดับงานสุขศึกษาของประเทศไทยให้ก้าวหน้าต่อไป

## คำนิยม

ประมวลผล คำนิยมด้วย Ai เมื่อตั้งคำถามว่า ถ้าคุณคือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขศึกษา และมีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญมากกว่า 40 ปี คุณมีความเห็นอย่างไรกับตำราเล่มนี้

สุขศึกษาไม่ใช่เรื่องของการ "สอน" ให้จดจำเพียงอย่างเดียวอีกต่อไป แต่คือศิลปะแห่งการ "สร้างการเปลี่ยนแปลง" พฤติกรรมและสังคม ตำรา **"หลักการและปรัชญาทางสุขศึกษาในศตวรรษที่ 21"** เล่มนี้ ได้พิสูจน์ให้เห็นว่า สุขศึกษายุคใหม่ต้องมีความลุ่มลึก ทันสมัย และจับต้องได้

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ว่าที่ร้อยตรี ดร. เด่นดวงดี ศรีสุระ** ได้นำเสนอเนื้อหาที่ก้าวข้ามกรอบเดิมๆ โดยมีการสอดแทรกประเด็นร่วมสมัย เช่น ความรอบรู้ทางสุขภาพในยุคดิจิทัล (Digital Health Literacy) นวัตกรรมสื่อ และจริยธรรมวิชาชีพ ไว้อย่างครบถ้วน สิ่งที่น่าประทับใจคือการใช้ "กรณีศึกษา" (Case Study) ที่ต่อเนื่องและสมจริง ช่วยให้ผู้อ่านมองเห็นภาพการประยุกต์ใช้ทฤษฎีในสถานการณ์จริงได้อย่างชัดเจน

ตำราเล่มนี้จึงเปรียบเสมือน "เข็มทิศ" สำหรับนักศึกษาสาธารณสุขและผู้เตรียมสอบใบประกอบวิชาชีพ ที่ต้องการความเข้าใจที่ลึกซึ้งมากกว่าการท่องจำ และเป็นคู่มือเล่มสำคัญที่จะช่วยให้ นักปฏิบัติงานสามารถออกแบบโครงการสุขศึกษาที่มีประสิทธิภาพและตอบโจทย์ปัญหาสุขภาพในปัจจุบันได้ดีที่สุด

## คำนิยม

ประมวลผล คำนิยมด้วย Ai เมื่อตั้งคำถามว่า ถ้าคุณคือนักวิชาการด้านสาธารณสุขชุมชน และมีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญมากกว่า 40 ปี คุณมีความเห็นอย่างไรกับตำราเล่มนี้

"ครบถ้วน ลึกซึ้ง และทันสมัย" คือคำจำกัดความที่เหมาะสมที่สุดสำหรับตำรา "หลักการและปรัชญาทางสุขศึกษาในศตวรรษที่ 21" เล่มนี้

ผมมองว่าผู้เขียน (ผศ.ว่าที่ ร.ต. ดร. เต๋นดวงดี ศรีสุระ) ประสบความสำเร็จในการย่อยทฤษฎีที่ยากให้เข้าใจง่าย พร้อมทั้งสังเคราะห์องค์ความรู้ใหม่ที่สอดคล้องกับบริบทสังคมไทยในปัจจุบัน เนื้อหาในเล่มครอบคลุมตั้งแต่ปรัชญาพื้นฐานไปจนถึงการสร้างนวัตกรรมและการวิจัย ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับนักสาธารณสุขยุคใหม่

นี่คือตำราคุณภาพที่ควรค่าแก่การมีไว้บนชั้นหนังสือของนักวิชาการและนักศึกษาทุกคนที่ต้องการความเป็นเลิศในวิชาชีพ

## คำนิยม

ประมวลผล คำนิยมด้วย Ai เมื่อตั้งคำถามว่า ถ้าคุณคือครูสอนวิชาสุขศึกษาในโรงเรียนมัธยมที่เก่งที่สุด และมีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญมากกว่า 40 ปี คุณมีความเห็นอย่างไรกับตำราเล่มนี้

การสอนสุขศึกษาให้เด็กในศตวรรษที่ 21 ไม่ใช่เรื่องง่ายอีกต่อไป เราไม่ได้แข่งกับความรู้ แต่เรากำลังแข่งกับ "Fake News" และข้อมูลมหาศาลในโลกโซเชียลมีเดีย การจะทำให้นักเรียนตระหนักเรื่องสุขภาพได้นั้น ลำพังแค่การบอกว่า "กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ" หรือสอนตามตำราเดิม ๆ อาจใช้ไม่ได้ผลอีกแล้ว

ตำรา **"หลักการและปรัชญาทางสุขศึกษาในศตวรรษที่ 21"** โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ว่าที่ร้อยตรี ดร. เด่นดวงดี ศรีสุระ คือสิ่งที่ครูสุขศึกษาอย่างพวกเรารอคอย ผู้เขียนได้ "อัปเดต" องค์ความรู้ทางสุขศึกษาให้ทันสมัยอย่างน่าทึ่ง โดยเฉพาะการนำแนวคิดจิตวิทยาเชิงพฤติกรรม (Behavioral Insights) และทฤษฎีการสะกด (Nudge) มาประยุกต์ใช้ ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนรุ่นใหม่ที่ไม่ชอบการถูกบังคับ

ผมอ่านตำราเล่มนี้ด้วยความรู้สึกเหมือนได้คุยกับเพื่อนร่วมอุดมการณ์ที่เข้าใจปัญหาหน้างานจริง ๆ เนื้อหาในเล่มไม่ใช่ทฤษฎีบนหอคอยงาช้าง แต่เป็น "คู่มือยุทธวิธี" ที่จะช่วยให้ครูและนักสุขศึกษาสามารถออกแบบการเรียนรู้ที่ "โดนใจ" และสร้างการเปลี่ยนแปลงได้จริง

นี่คือหนังสือที่ครูสุขศึกษาทุกคนต้องมีติดโต๊ะทำงาน หากคุณต้องการเป็นครูที่ไม่ใช่แค่ "ผู้บอกข้อมูล" แต่เป็น "ผู้สร้างแรงบันดาลใจ" ในการดูแลสุขภาพ

## สารบัญ

บทที่	หัวข้อย่อย (Subtopics)	หน้า
<b>1</b>	<b>บทที่ 1 หลักการและปรัชญาทางสุขศึกษาในศตวรรษที่ 21</b>	<b>1</b>
	1.1 ความหมาย ความสำคัญ และขอบข่ายของสุขศึกษา	1
	1.2 วิวัฒนาการและแนวคิดสุขศึกษาสมัยใหม่	5
	1.3 บทบาทของนักสุขศึกษาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	10
	1.4 กระบวนการทางสุขศึกษา (Health Education Process)	14
	1.5 แบบฝึกหัดท้ายบท	19
	1.6 เอกสารอ้างอิงท้ายบท	20
<b>2</b>	<b>ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</b>	<b>21</b>
	2.1 แนวคิดพื้นฐานทางพฤติกรรมศาสตร์ รากฐานของพฤติกรรมมนุษย์	21
	2.2 ทฤษฎีระดับบุคคล (Individual Level Theories)	25
	2.3 ทฤษฎีระดับระหว่างบุคคลและชุมชน	32
	2.4 การประยุกต์ใช้ทฤษฎีเพื่อออกแบบกิจกรรม	36
	2.5 กระบวนทัศน์นิเวศวิทยา กุญแจสู่ความยั่งยืน	42
	2.6 แบบฝึกหัดท้ายบท	43
	2.7 เอกสารอ้างอิงท้ายบท	44
<b>3</b>	<b>ปัจจัยกำหนดสุขภาพและการวิเคราะห์บริบทสังคม</b>	<b>45</b>
	3.1 ปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม	45
	3.2 การวิเคราะห์บริบทชุมชนและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ	52
	3.3 วัฒนธรรมและความเชื่อที่มีผลต่อสุขภาพ	54
	3.4 แบบฝึกหัดท้ายบท	60

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หัวข้อย่อย (Subtopics)	หน้า
	3.5 เอกสารอ้างอิงท้ายบท	61
<b>4</b>	<b>ศิลปะการสื่อสารทางสุขภาพ (Health Communication)</b>	<b>62</b>
	4.1 กระบวนการและองค์ประกอบของการสื่อสารสุขภาพ	62
	4.2 การสื่อสารเพื่อโน้มน้าวใจและการตลาดเพื่อสังคม (Social Marketing)	68
	4.3 เทคนิคการสื่อสารในภาวะวิกฤตทางสุขภาพ	73
	4.4 แบบฝึกหัดท้ายบท	80
	4.5 เอกสารอ้างอิงท้ายบท	81
<b>5</b>	<b>การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ (Health Counseling)</b>	<b>82</b>
	5.1 หลักการและจรรยาบรรณในการให้คำปรึกษา	82
	5.2 ทักษะพื้นฐาน การฟัง การถาม การสะท้อนความรู้สึก	87
	5.3 กระบวนการให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Motivational Interviewing)	93
	5.4 เทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม	98
	5.5 แบบฝึกหัดท้ายบท	99
	5.6 เอกสารอ้างอิงท้ายบท	100
<b>6</b>	<b>นวัตกรรมและสื่อสุขภาพในยุคดิจิทัล</b>	<b>101</b>
	6.1 ประเภทและหลักการผลิตสื่อสุขภาพ	101
	6.2 การออกแบบสื่อสร้างสรรค์และสื่อดิจิทัล (Infographic, Video Clip)	108
	6.3 การเลือกสื่อให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย (Media Literacy & Selection)	112
	6.4 จริยธรรมและกฎหมายในยุค AI และ Big Data	117

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หัวข้อย่อย (Subtopics)	หน้า
	6.5 เอกสารอ้างอิงท้ายบท	118
	6.6 เอกสารอ้างอิงท้ายบท	119
<b>7</b>	<b>การวินิจฉัยปัญหาและความต้องการทางสุขภาพ</b>	<b>120</b>
	7.1 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลชุมชน (7 ชั้นเครื่องมือ และแผนที่เดินดิน)	120
	7.2 การใช้กระบวนการวิจัยเพื่อวิเคราะห์ปัญหา (Needs Assessment)	126
	7.3 การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ	131
	7.4 กรอบแนวคิด และโมเดลการวางแผนสุขภาพ	136
	7.5 แบบฝึกหัดท้ายบท	139
	7.6 เอกสารอ้างอิงท้ายบท	140
<b>8</b>	<b>การวางแผนและเขียนโครงการสุขภาพ</b>	<b>141</b>
	8.1 องค์ประกอบของโครงการสุขภาพ	141
	8.2 การเขียนวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	147
	8.3 การออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	150
	8.4 การประเมินโครงการขั้นสูง จากความพึงพอใจสู่ความคุ้มค่า	156
	8.5 แบบฝึกหัดท้ายบท	158
	8.6 เอกสารอ้างอิงท้ายบท	159
<b>9</b>	<b>การดำเนินงานและการมีส่วนร่วมของชุมชน</b>	<b>160</b>
	9.1 เทคนิคการทำงานกับชุมชน	160
	9.2 การสร้างแกนนำสุขภาพและอาสาสมัคร (อสม.)	164
	9.3 การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุขระดับท้องถิ่น	167

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หัวข้อย่อย (Subtopics)	หน้า
	9.4 การยกระดับงานชุมชนด้วยงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์	172
	9.5 แบบฝึกหัดท้ายบท	174
	9.6 เอกสารอ้างอิงท้ายบท	175
<b>10</b>	<b>การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายสุขภาพ</b>	<b>176</b>
	10.1 บทบาทของนักสุขศึกษาในทีมสุขภาพ	176
	10.2 การประสานงานกับโรงพยาบาล โรงเรียน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	181
	10.3 การบริหารจัดการความขัดแย้งในการทำงานทีม	185
	10.4 พลวัตอำนาจและทุนทางสังคมเพื่อความยั่งยืน	189
	10.5 แบบฝึกหัดท้ายบท	191
	10.6 เอกสารอ้างอิงท้ายบท	192
<b>11</b>	<b>การประเมินผลโครงการสุขศึกษา</b>	<b>193</b>
	11.1 ประเภทของการประเมินผล	193
	11.2 การสร้างเครื่องมือวัดผล แบบสอบถาม และแบบสังเกต	198
	11.3 การแปลผลและการรายงานผลการดำเนินงาน	202
	11.4 จริยธรรมและสถานการณ์ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้	207
	11.5 แบบฝึกหัดท้ายบท	208
	11.6 เอกสารอ้างอิงท้ายบท	209
<b>12</b>	<b>กรณีศึกษาและการสะท้อนคิดจากการปฏิบัติงานจริง (Capstone Chapter)</b>	<b>211</b>
	12.1 การถอดบทเรียน จากสถานการณ์จริง	211
	12.2 กรณีศึกษา สุขศึกษาในโรงเรียน	216
	12.3 กรณีศึกษา สุขศึกษาในโรงพยาบาล	220

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หัวข้อย่อย (Subtopics)	หน้า
	12.4 กรณีศึกษาพิเศษ โมเดลการจัดการใช้เลือดออกในสวนยางพารา จากการทบทวนงานวิจัย	223
	12.5 จริยธรรมและก้าวต่อไปของนักสุขศึกษามืออาชีพ	230
	12.6 ก้าวต่อไปของของนักศึกษาสาธารณสุขในอนาคต	234
	12.7 แบบฝึกหัดท้ายบท	236
	12.8 เอกสารอ้างอิงท้ายบท	237
<b>ภาคผนวก</b>		
	แบบฝึกทดสอบทั่วไปแบบปรนัย 100 ข้อ	240
	แบบฝึกทดสอบที่ใช้ทดสอบที่มีเนื้อหาเทียบเคียงกับข้อสอบเก่าที่ใช้สอบ ใบประกอบวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน แบบปรนัย 50 ข้อ	264
	เฉลยแบบฝึกทดสอบทั่วไปแบบปรนัย 100 ข้อ	273
	เฉลยแบบฝึกทดสอบที่ใช้ทดสอบที่มีเนื้อหาเทียบเคียงกับข้อสอบเก่าที่ ใช้สอบใบประกอบวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน แบบปรนัย 50 ข้อ	274
	เฉลยแบบฝึกหัดท้ายบท	275



## บทที่ 1

# หลักการและปรัชญาทางสุขศึกษาในศตวรรษที่ 21 (Principles and Philosophy of Health Education in the 21st Century)

## บทนำ

ในทศวรรษที่ผ่านมา โลกเผชิญกับความท้าทายทางสุขภาพที่ซับซ้อน ทั้งโรคอุบัติใหม่ (Emerging Diseases) เช่น COVID-19 และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่ทวีความรุนแรงขึ้น การจัดการปัญหาเหล่านี้ด้วยการ "รักษา" เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพออีกต่อไป "สุขศึกษา" จึงไม่ใช่เพียงการบอกสอนหน้าชั้นเรียน แต่เป็นกลยุทธ์สำคัญในการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) และเพิ่มขีดความสามารถของมนุษย์ในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพของตนเอง บทนี้จะนำเสนอรากฐาน ปรัชญา และกระบวนการทางสุขศึกษาสมัยใหม่ ที่นักวิชาการสาธารณสุขจำเป็นต้องรู้เพื่อสอบใบประกอบวิชาชีพและปฏิบัติงานจริง

### 1.1 ความหมาย ความสำคัญ และขอบข่ายของสุขศึกษา

**ความหมายของสุขศึกษา (Definition of Health Education)** ในอดีต สุขศึกษาถูกมองว่าเป็นการเผยแพร่ข่าวสาร (Dissemination of Information) แต่ในปัจจุบัน องค์การอนามัยโลก (WHO) และนักวิชาการอย่าง Green & Kreuter ได้ให้คำจำกัดความที่กว้างขึ้นว่า สุขศึกษาคือ "กระบวนการเรียนรู้ที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อให้บุคคลและกลุ่มคนมีความรู้ ทักษะ และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน"

#### ความสำคัญ (Importance)

1. การป้องกันดีกว่ารักษา ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประเทศ
2. การสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ทำให้ประชาชนตัดสินใจเลือกวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพได้ด้วยตนเอง
3. การจัดการปัจจัยเสี่ยง ช่วยลดความเสี่ยงจากพฤติกรรม เช่น การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย หรือการป้องกันโรคระบาด

**ขอบข่าย (Scope)** สุขศึกษาครอบคลุมการดำเนินงานใน 5 สถานที่หลัก (Settings Approach) ได้แก่

1. สถานบริการสาธารณสุข การสอนผู้ป่วยเบาหวานฉีดอินซูลิน
2. สถานศึกษา การสอนเพศวิถีศึกษาหรือโภชนาการในโรงเรียน

3. **สถานประกอบการ** การยศาสตร์ (Ergonomics) และความปลอดภัยในการทำงาน
4. **ชุมชน** การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อมชุมชน
5. **ครอบครัว** การวางแผนครอบครัวและการดูแลผู้สูงอายุ

**สถานการณ์จริง** ในช่วงการระบาดของไข้เลือดออก ชาวสวนยางพารามักมีความเชื่อว่า "ยุ่งกัดเป็นเรื่องปกติของการทำงาน" นักสุขศึกษาจึงไม่สามารถเพียงแค่แจกแผ่นพับเรื่องวงจรชีวิตยุง แต่ต้องเข้าไปทำความเข้าใจวิถีชีวิตการกรีดยางตอนกลางคืน และแนะนำวิธีการป้องกันที่ "ทำได้จริง" เช่น การทายากันยุง หรือการจัดการภาชนะขังสวนยางที่ไม่ขัดต่อการประกอบอาชีพ

ผู้เขียนจะขยายความในประเด็นนี้เนื่องจากมีความสำคัญมาก เพราะเป็นตัวอย่างที่ชัดเจนที่สุดของการนำ "สังคมและวัฒนธรรม (Social and Cultural Context)" มาจับกับงานสาธารณสุข หากนักสุขศึกษาไม่เข้าใจบริบทนี้ โครงการรณรงค์มักจะล้มเหลว

## 1. เจาะลึกสถานการณ์ ทำไม "แผ่นพับ" ถึงสู้ "ยุ่งในสวนยาง" ไม่ได้?

### 1.1 บริบทของเวลาและพฤติกรรม (Time & Behavior)

**วิถีชีวิตชาวสวนยาง** การกรีดยางมักทำในช่วงเช้ามืด (01.00 – 05.00 น.) หรือช่วงเช้าตรู่ ซึ่งเป็นช่วงที่อากาศเย็น น້ายางไหลดี แต่ช่วงเวลานี้คาบเกี่ยวกับเวลาหากินของยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) ที่ชอบหากินในที่ร่มครึ้มและช่วงแสงน้อย

**ความเชื่อ "ความชินชา" (Normalization of Risk)** ชาวสวนยางมักถูกยุ่งกัดจนชิน และมองว่าเป็นส่วนหนึ่งของความลำบากในการทำมาหากิน (Occupational Hazard) เมื่อนักสุขศึกษาไปบอกว่า "อย่าให้ยุ่งกัด" ชาวสวนจะรู้สึกว่าเป็นคำแนะนำที่ *เพ้อฝัน* และ *เป็นไปไม่ได้* ในทางปฏิบัติ

### 1.2 ปัญหาเชิงกายภาพ "จอกยาง" คือแหล่งเพาะพันธุ์มหาศาล



ในสวนยางมีต้นยางเป็นร้อยเป็นพันต้น แต่ละต้นมี "ถ้วยรองน้ำยาง (จอกยาง)"



**ปัญหา** เมื่อเก็บน้ำยางเสร็จ หรือในช่วงปิดกรีต (ฤดูผลัดใบ/หน้าฝน) จอกยางเหล่านี้มักจะถูกทิ้งหงายไว้ เมื่อฝนตกน้ำจะขัง กลายเป็นคอนโดมิเนียมชั้นดีให้ลูกน้ำยุงลาย



**ทำไมแก้ไม่ได้** การให้นักวิชาการบอกว่า "ให้คว่ำกะลา/จอกยางทุกใบ" เป็นเรื่องที่สร้างภาระงาน (Burden) มหาศาลแก่ชาวสวนที่มีต้นยาง 1,000 ต้น ใครจะเดินไปคว่ำได้ทุกวัน?

## 2. สรุปงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Research Summary)

มีงานวิจัยจำนวนมากในประเทศไทย (โดยเฉพาะภาคใต้และภาคอีสาน) และในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่ยืนยันเรื่องนี้

### ประเด็นวิจัยที่ 1 สวนยางพาราเป็นพื้นที่เสี่ยงสูงกว่าพื้นที่อยู่อาศัย

งานวิจัยพบว่า ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (Larval Indices) ในสวนยางพารา มักจะสูงกว่าในหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญ

 **พาหะหลัก** ยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) เป็นพระเอกในพื้นที่นี้ ต่างจากยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) ในเมือง ยุงลายสวนมีความทนทานกว่า บินไกลกว่า และปรับตัวเก่ง

 **อ้างอิงแนวทาง** การศึกษาในจังหวัดสงขลาและนครศรีธรรมราช พบว่าจอกยางพลาสติกและกะลามะพร้าวที่ใช้รองน้ำยาง เป็นภาชนะที่พบลูกน้ำมากที่สุด (สูงถึง 40-50% ของภาชนะทั้งหมดในสวน)

## ประเด็นวิจัยที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันตัว (KAP Gap)

 **ช่องว่างความรู้-ปฏิบัติ** งานวิจัยระบุว่า ชาวสวนยางมีความรู้เรื่องไข่เลือดออกดี (รู้ว่ายุงกัดทำให้ป่วย) แต่ **คะแนนการปฏิบัติ (Practice) ต่ำ**

 **สาเหตุ**

-  **อุปสรรค (Barriers)** เสื้อผ้าที่รัดกุมทำให้ร้อนและทำงานไม่ถนัด
-  **เศรษฐกิจ** การซื้อยากันยุงทาทุกวันเป็นการเพิ่มต้นทุน
-  **ความเชื่อผิด** เชื่อว่ายุงลายกัดเฉพาะกลางวัน แต่ในสวนยางที่รมครีมน้ำยุงลายสวนหา กินได้ตลอดทั้งวัน

## 3. ตัวอย่าง "วิธีการที่ได้จริง" (Practical Interventions)

จากการถอดบทเรียนงานวิจัย สู่วิธีการที่นักสุขศึกษาควรแนะนำ (Solution Focus)

### 3.1 การจัดการสิ่งแวดล้อม (Environmental Management)

-  **แทนที่จะบอกให้ "คว่ำจอกทุกวัน"** แนะนำให้ **"คว่ำจอกเมื่อปิดหน้ากรีต"** (ทำครั้งเดียวตอนหยุดพักสวน)
-  **นวัตกรรมชาวบ้าน** การใช้ "ฝาปิดถ้วยน้ำยาง" (Rubber cup lid) ซึ่งปัจจุบันมีการประดิษฐ์จากวัสดุเหลือใช้ ช่วยกันน้ำฝนลงถ้วยได้ และลดการเกิดลูกน้ำได้จริง โดยไม่เพิ่มภาระงานมากเกินไป

### 3.2 การป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protection)

-  **ยาทากันยุงแบบทำเอง** ส่งเสริมกลุ่มแม่บ้านเกษตรกรผลิตโลชั่นกันยุงจากตะไคร้หอมในท้องถิ่น เพื่อลดต้นทุน
-  **เสื้อผ้า** แนะนำให้สวมเสื้อแขนยาวสีอ่อน (เท่าที่ทำได้) หรือใช้ปกอกแขน (Arm sleeves) ซึ่งเกษตรกรคุ้นเคยอยู่แล้ว แต่เน้นย้ำเรื่องความหนา

### 3.3 การสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communication)

- เปลี่ยนจาก "ระวางตาย" เป็น "ระวางขาดรายได้" นักสุขศึกษาต้องชี้ให้เห็นว่า หากป่วยเป็นไข้เลือดออก ต้องหยุดกรีดยาง 14 วัน สูญเสียรายได้ไปเท่าไร (เช่น วันละ 1,000 บาท x 14 วัน = หายไป 14,000 บาท) ตัวเลขนี้จะกระตุ้น (Trigger) ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีกว่าความกลัวตาย

#### ตัวอย่างสถานการณ์จำลอง กรณีศึกษา ลุงบุญมีกับสวนยางพารา

ลุงบุญมี เกษตรกรสวนยางวัย 50 ปี ในจังหวัดอุบลราชธานี มักมีอาการไข้สูงปวดข้อในช่วงฤดูฝน แก่เชื่อว่า "เป็นไข้ป่าธรรมดา" และไม่ชอบทายากันยุงเพราะ "เหนียวตัว" อีกทั้งสวนยางของแกมีต้นยาง 800 ต้น ใช้ถ้วยพลาสติกรองน้ำยาง ซึ่งถูกทิ้งหยาบไว้ตลอดปี

สิ่งที่นักสุขศึกษาทั่วไปทำ (แล้วล้มเหลว) แจกแผ่นพับเรื่องวงจรชีวิตยุงลาย และบอกให้ลุงบุญมี "เดินคว่ำถ้วยยางทุกใบหลังฝนตก" -> ลุงบุญมีรับแผ่นพับไปวางทิ้ง และคิดในใจว่า "ใครจะไปทำไหวปวดหลังตายพอดี"

#### สิ่งที่นักสุขศึกษาแนวใหม่ทำ (ได้ผล)

1. **Empathy** เข้าใจว่าลุงต้องกรีดยางตอนตี 2 ซึ่งยุ่งเยอะ
2. **Economic Motivation** คำนวณให้ลุงดูว่า ถ้าป่วยลุงจะเสียรายได้ปีละหมื่นกว่าบาท
3. **Feasible Solution** แนะนำให้ลุง "ผสมน้ำส้มควันไม้" (ซึ่งลุงมีอยู่แล้วจากการเผาถ่าน) ฉีดพ่นรอบๆ บ้านพักในสวนเพื่อไล่ยุง และแนะนำให้ "คว่ำถ้วยเฉพาะช่วงปิดหน้ายาง" ส่วนช่วงกรีดให้ใช้ "เกลือแกง" ใส่ในถ้วยดักยุง ซึ่งช่วยฆ่าลูกน้ำได้ทางอ้อมในระดับหนึ่ง

**ผลลัพธ์** ลุงบุญมีรู้สึก่ววิธีนี้ไม่เพิ่มภาระงาน และเห็นประโยชน์เรื่องการประหยัดเงิน จึงยอมทำตาม

**ข้อสรุป** ในหัวข้อนี้สะท้อนให้เห็นว่า "บริบทกำหนดพฤติกรรม" นักสุขศึกษาต้องเลิกใช้แนวทาง "One size fits all" (ตัดเสื้อโหล) แต่ต้องเป็น "Tailor-made" (ตัดสูทให้พอดีตัว) โดยอาศัยข้อมูลวิจัยและภูมิปัญญาชาวบ้านมาผสมผสานกัน



**คำถามชวนคิด** ท่านคิดว่า "การให้ความรู้" (Giving Knowledge) เพียงอย่างเดียวเพียงพอที่จะทำให้คนเลิกสูบบุหรี่หรือสวมหมวกกันน็อกได้หรือไม่? หากไม่พอ ยังขาดปัจจัยใดอีก?

เมื่อพิจารณาถึงพลวัตการดำเนินงานสาธารณสุขในบริบททางสังคมที่หลากหลายสามารถแสดงด้วยภาพที่ 1.3 ที่แสดงถึงการบูรณาการงานสาธารณสุขใน 3 มิติสำคัญ ได้แก่ 1) การสื่อสารทางสุขภาพและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในงานเวชปฏิบัติ (Health Communication & Health IT) 2) การปลูกฝังสุขนิสัยและการป้องกันโรคในสถานศึกษา (School Health Promotion) และ 3) มาตรฐานความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ (Occupational Health and Safety) เพื่อสะท้อนถึงการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมในทุกช่วงวัย



ภาพที่ 1.1 พลวัตการดำเนินงานสาธารณสุขในบริบททางสังคมที่หลากหลาย (Public Health Dynamics in Various Social Settings)

## 1.2 วิวัฒนาการและแนวคิดสุขศึกษาสมัยใหม่

### จากสุขบัญญัติ สู่การสร้างเสริมสุขภาพ (From Hygiene to Health Promotion)

1. ยุคสุขบัญญัติ (Hygiene Era) เน้นความสะอาดส่วนบุคคล การล้างมือ การขับถ่าย (เน้นท่องจำ)
2. ยุคสุขศึกษา (Health Education Era) เน้นการเปลี่ยนแปลง KAP (Knowledge, Attitude, Practice)
3. ยุคการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Era - Ottawa Charter 1986) มองสุขภาพในมิติองค์รวม (Holistic) ไม่ได้แก้ที่ตัวบุคคลอย่างเดียว แต่ต้องแก้ที่นโยบายและสิ่งแวดล้อมด้วย

### วิวัฒนาการในบริบทไทย จุดเปลี่ยนภูมิทัศน์ด้วยกองทุน สสส. (Thai Health Promotion Landscape)

ในบริบทของประเทศไทย จุดเปลี่ยนสำคัญที่ยกระดับงานสุขศึกษาจากการ "สอนหน้าชั้น" สู่การ "ขับเคลื่อนสังคม" คือการเกิดขึ้นของ พ.ร.บ.กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 (สสส.) ซึ่งใช้นวัตกรรมทางการคลัง (Fiscal Innovation) โดยนำภาษีจากสินค้าทำลายสุขภาพ (เหล้าและบุหรี่) หรือที่เรียกว่า "ภาษีบาป (Sin Tax)" มาใช้ในการรณรงค์

การเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้งานสุขศึกษาขยายขอบเขตจากโรงพยาบาลและโรงเรียน ไปสู่พื้นที่สาธารณะและสื่อมวลชน ตัวอย่างที่ชัดเจนคือการใช้ การตลาดเพื่อสังคม (Social Marketing) เช่น แคมเปญ "ให้เหล้า เท่ากับ แชนง" หรือ "จน เครียด กินเหล้า" ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการแก้ปัญหาสุขภาพในยุคใหม่ ไม่ได้พึ่งพาเพียงความรู้ทางการแพทย์ แต่ต้องอาศัยการจัดการเชิงนโยบายและอำนาจทางสังคมควบคู่กันไป

**แนวคิดสุขศึกษาสมัยใหม่ (Modern Concepts)** ปัจจุบัน นักวิชาการทั่วโลกให้ความสนใจกับเรื่อง "ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy)" ซึ่งหมายถึงความสามารถในการ เข้าถึง เข้าใจ ได้ตอบ ชักถาม และตัดสินใจ ข้อมูลสุขภาพได้ ไม่ใช่แค่การ "อ่านออกเขียนได้" แต่ต้อง "รู้เท่าทันสื่อ" (Media Literacy) โดยเฉพาะในยุค Fake News บนโลกออนไลน์

### บทวิเคราะห์เชิงวิพากษ์ กับดักของความรอบรู้ทางสุขภาพในบริบทไทย (Critical Analysis of Thai Health Literacy)

แม้แนวคิดเรื่องความรอบรู้ทางสุขภาพจะเป็นมาตรฐานสากล แต่เมื่อนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบางหรือเกษตรกรในชนบท เราพบข้อจำกัดของ "เครื่องมือวัด" ที่น่ากังวล กล่าวคือ เครื่องมือส่วนใหญ่มักเน้นการวัด "ทักษะทางภาษา" (Functional Literacy) เช่น การอ่านฉลากยาหรือใบนัดแพทย์ได้ ซึ่งอาจไม่สะท้อนความสามารถในการตัดสินใจจริง

ปัญหาที่พบบ่อยในงานวิจัยชุมชนคือ "กับดักของการเกรงใจ (Social Desirability Bias)" ในแบบประเมินตนเอง ผู้สูงอายุหรือชาวบ้านมักตอบว่า "เข้าใจ" ข้อมูลที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพราะความเกรงใจ ทั้งที่ในทางปฏิบัติยังไม่สามารถนำข้อมูลนั้นไปประยุกต์ใช้ได้ ดังนั้น ในฐานะนักสุขศึกษา การประเมินความรอบรู้ฯ จึงไม่ควรดูเพียงแค่คะแนนจากแบบสอบถาม แต่ต้องพิจารณา "ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcomes)" และบริบททางสังคมวัฒนธรรมประกอบด้วย เพื่อไม่ให้เกิดภาวะ "สอบผ่านทฤษฎี แต่ล้มเหลวในวิถีชีวิตจริง"

**ประเด็นที่น่าสนใจ (Trend)** งานวิจัยปัจจุบันกำลังสนใจเรื่อง "Nudge Theory" (ทฤษฎีการสะกิด) ซึ่งเป็นการออกแบบสิ่งแวดล้อมให้คนเลือกพฤติกรรมสุขภาพได้ง่ายขึ้นโดยไม่บังคับ เช่น การวางผักผลไม้ไว้ในระดับสายตาที่ร้านอาหาร หรือการทำทางเดินเท้าให้นำเดินเพื่อกระตุ้นกิจกรรมทางกาย

**ผู้เขียนต้องการเน้นหัวข้อ "Nudge Theory (ทฤษฎีการสะกิด)"** ซึ่งเป็นหัวข้อที่มีความสำคัญมากในวงการสาธารณสุขยุคใหม่ เพราะเป็นการเชื่อมโยง เศรษฐศาสตร์พฤติกรรม (Behavioral Economics) เข้ากับ การสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งช่วยแก้ปัญหาที่วิธีการ "สอนสั่ง" แบบเดิมทำไม่ได้ผล

## 1. นิยามและแนวคิดพื้นฐาน (Definition & Core Concept)

**Nudge Theory** ริเริ่มโดย Richard Thaler (เจ้าของรางวัลโนเบลสาขาเศรษฐศาสตร์) และ Cass Sunstein แนวคิดนี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่า "มนุษย์ไม่ได้ตัดสินใจด้วยเหตุผลเสมอไป" (Irrational) แต่เรามักตัดสินใจด้วยความเคยชิน อารมณ์ หรือความขี้เกียจ

### หัวใจสำคัญ

-  **สถาปัตยกรรมทางเลือก (Choice Architecture)** คือการออกแบบสภาพแวดล้อมหรือวิธีการนำเสนอทางเลือก ที่ทำให้ผู้คนมีแนวโน้มจะเลือกสิ่ง "ดีต่อสุขภาพ" มากที่สุด
-  **เสรีนิยมที่แฝงความห่วงใย (Libertarian Paternalism)** การสะกิด **ต้องไม่มีการบังคับ (No Mandate)** และ **ไม่ตัดทางเลือกเดิมทิ้ง**
  -  **ตัวอย่าง** เราอยากให้คุณกินผลไม้ เราจึงวางผลไม้ไว้ใกล้มือ (Nudge) แต่เรา **ไม่ได้ห้าม** ขายขนมหวาน หรือขึ้นภาษีขนมหวาน (ถ้าห้ามหรือขึ้นภาษี จะไม่ใช่ Nudge แต่เป็นมาตรการบังคับ)

## 2. กลไกการทำงาน ทำไม Nudge ถึงได้ผล? มนุษย์มีระบบการคิด 2 แบบ (Dual Process Theory)

1. **System 1 (ใช้สัญชาตญาณ/เร็ว)** ทำตามความเคยชิน เห็นปุ๊บหยิบปั๊บ ขี้เกียจคิด
2. **System 2 (ใช้เหตุผล/ช้า)** คิดวิเคราะห์ คำนวณแคลอรี

การให้สุขศึกษาแบบเดิม (การสอน บรรยาย) มุ่งเน้นไปที่ **System 2** (หวังให้คนคิดได้) แต่ในชีวิตจริง คนเราใช้ **System 1** ดำเนินชีวิตถึง 90% Nudge จึงเข้าไปจัดการที่ System 1 คือทำให้พฤติกรรมสุขภาพเป็นเรื่องที่ "ง่ายกว่า สะดวกกว่า และน่าสนใจกว่า"

## 3. กรอบแนวคิด EAST Framework (เครื่องมือสำหรับนักสุขศึกษา)

กรอบแนวคิด EAST (พัฒนาโดย Behavioral Insights Team ของอังกฤษ) เพื่อให้ นักศึกษานำไปประยุกต์ใช้ได้จริง

-  **E - Easy (ทำให้ง่าย)** ลดความยุ่งยากของพฤติกรรมสุขภาพ
  -  **ตัวอย่าง** การจัดยาเป็นชุด (Blister pack) ให้ผู้ป่วยวัณโรคที่ต้องกินยาวันละหลายเม็ด แทนที่จะให้เป็นกระปุกรวมๆ
-  **A - Attractive (ทำให้น่าสนใจ)** ดึงดูดความสนใจ
  -  **ตัวอย่าง** การทำบันไดให้เป็นเสียงดนตรี (Piano Stairs) เพื่อจูงใจให้คนเดินขึ้นบันไดแทนลิฟต์
-  **S - Social (ใช้สังคมกระตุ้น)** มนุษย์ชอบทำตามคนอื่น

- ☞ ตัวอย่าง การแจ้งข้อความว่า "90% ของเพื่อนบ้านในซอยนี้ ไปฉีดวัคซีนแล้ว" (Social Norms) จะกระตุ้นให้คนที่เหลืออยากไปฉีดบ้าง
- ✎ T - Timely (ถูกที่ถูกลงเวลา) เตือนในช่วงที่กำลังจะตัดสินใจ
  - ☞ ตัวอย่าง การแปะสติ๊กเกอร์ณรงค์ล้างมือ "ที่กระจกหน้าอ่างล้างมือ" (ไม่ใช่แปะที่บอร์ดหน้าห้องน้ำ)

#### 4. ตัวอย่างสถานการณ์จริงและการวิจัย (Real-world Cases)

##### กรณีศึกษาที่ 1 การจัดวางอาหาร (Cafeteria Layout)

-  **งานวิจัย** การทดลองในโรงอาหารโรงเรียนในสหรัฐฯ พบว่าการย้ายถาดผักสลัดมาไว้ที่ "ต้นทาง" ของไลน์อาหาร และย้ายนมจืดมาวางในระดับสายตา (แทนที่นมช็อกโกแลต) สามารถเพิ่มยอดการตักผักและลดการบริโภคน้ำตาลได้ถึง 25% โดยไม่ต้องรณรงค์พูดคุยเลย
-  **การนำไปใช้** ร้านค้าสวัสดิการในโรงพยาบาล ควรวางน้ำเปล่าไว้ในระดับสายตา และวางน้ำอัดลมไว้ชั้นล่างสุดที่ต้องก้มหยิบ

##### กรณีศึกษาที่ 2 ทางเลือกตั้งต้น (Default Option)

-  **งานวิจัย** เรื่องการบริจาคอวัยวะ ประเทศที่มีนโยบายแบบ Opt-out (ถือว่าทุกคนยินยอมบริจาคโดยอัตโนมัติ ใครไม่บริจาคต้องไปทำเรื่องแจ้งออก) มีผู้บริจาคสูงกว่าประเทศที่เป็น Opt-in (ต้องไปทำเรื่องแจ้งเข้า) เกือบเท่าตัว
-  **การนำไปใช้** ในการลงทะเบียนประชุมวิชาการ อาหารว่างมีเบรกกูกตั้งค่าเริ่มต้นเป็น "ผลไม้และน้ำสมุนไพรหวานน้อย" หากใครอยากกินขนมเบเกอรี่ ต้องตักเลือกเอง (คนส่วนใหญ่จะขี้เกียจเปลี่ยน และยอมรับค่าเริ่มต้นที่ดีต่อสุขภาพ)

##### กรณีศึกษาที่ 3 รอยเท้าและระยะทาง (Visual Cues)

-  **สถานการณ์** การทำทางเดินเท้าในโรงพยาบาลหรือสวนสาธารณะ
-  **Nudge** การทาสีพื้นเป็นรูปรอยเท้า หรือบอกแคลอรีที่เผาผลาญได้ในแต่ละระยะทาง (เช่น "เดินถึงตรงนี้ เผาผลาญไป 50 kcal") เป็นการให้ Feedback ทันทีที่กระตุ้นให้คนอยากเดินต่อไปให้ครบเป้าหมาย

#### 5. ข้อควรระวังและจริยธรรม (Ethical Considerations)

1. Nudge ไม่ใช่ยาวิเศษ ใช้ได้ผลดีกับพฤติกรรมระยะสั้น แต่พฤติกรรมระยะยาวต้องอาศัยความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ควบคู่กัน

- จริยธรรม การสะกดต้องโปร่งใส ไม่ใช่การหลอกลวง (Manipulation) และต้องทำเพื่อประโยชน์ของผู้ถูกสะกดจริงๆ ไม่ใช่เพื่อผลประโยชน์ทางการค้า

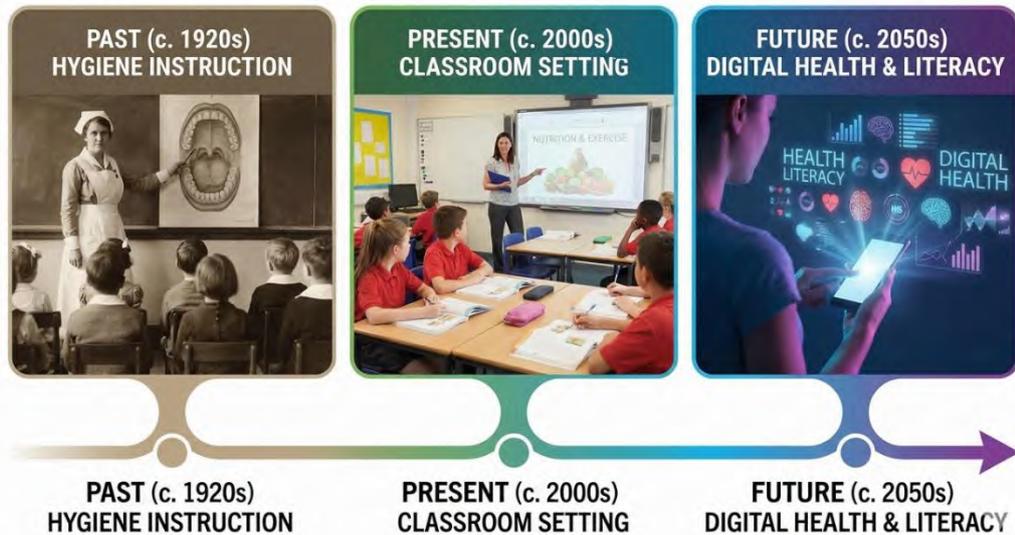
### มุมมองใหม่ จากการ "บังคับ" สู่การ "สะกด" (Nudge Theory)

ในอดีต นักสุขศึกษามักมุ่งเน้นการให้ความรู้เพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนัก (Awareness) แต่บ่อยครั้งเราพบว่า "รู้แต่ไม่ทำ" ทฤษฎี Nudge จึงเข้ามาปิดช่องว่างนี้

**ลองจินตนาการดู** หากท่านต้องการให้นักศึกษาเลิกดื่มน้ำอัดลม

- ❗ **วิธีแบบเก่า** ติดป้ายไว้นิลงขนาดใหญ่หน้าโรงอาหารว่า "น้ำอัดลมมีน้ำตาลสูง เสี่ยงเบาหวาน" (ให้ข้อมูล)
- ❗ **วิธีแบบ Nudge** จัดวางน้ำเปล่าและน้ำผลไม้ไม่หวานไว้ในตู้แช่ระดับสายตา และย้ายน้ำอัดลมไปไว้ชั้นล่างสุดหรือในตู้ที่เปิดยากกว่า โดยไม่ต้องห้ามขาย

วิธีหลังนี้เรียกว่า "การออกแบบสถาปัตยกรรมทางเลือก (Choice Architecture)" ซึ่งทำให้พฤติกรรมสุขภาพกลายเป็น "ทางเลือกที่ง่ายที่สุด (The Easy Choice)" โดยที่ผู้คนอาจไม่รู้ตัวด้วยซ้ำว่าถูกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นี่คือนวัตกรรมทางสุขศึกษาที่กำลังได้รับความสนใจทั่วโลก



**ภาพที่ 1.2** พัฒนาการของกระบวนทัศน์และเครื่องมือทางสุขศึกษา (Evolution of Health Education Paradigms and Tools)

ดังนั้นความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งในอดีตจนถึงปัจจุบันและอนาคตแสดงให้เห็นได้ดังในภาพที่ 1.2 เป็นแผนภาพแสดงลำดับการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเรียนรู้ด้านสุขภาพ 3 ระยะ ได้แก่ 1) ยุคสุขวิทยาดั้งเดิม (Traditional Hygiene Instruction) ซึ่งเน้นการสอนสุขบัญญัติพื้นฐาน 2) ยุคสุขศึกษาในสถานศึกษา (School-based Health Education) ที่เน้นกระบวนการเรียนรู้ในระบบ และ 3) ยุคความรอบรู้ทางสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Literacy) ที่มีการบูรณา

การเทคโนโลยีแอปพลิเคชันและการวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analytics) เพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

### แนวโน้มอนาคต AI จะมาแทนที่นักศึกษาหรือไม่? (AI in Health Education Replacement or Augmentation?)

ในยุคที่ปัญญาประดิษฐ์ (AI) สามารถให้ข้อมูลสุขภาพได้แม่นยำและรวดเร็ว (Digital Health Literacy) คำถามสำคัญคือบทบาทของนักศึกษาจะยังจำเป็นอยู่หรือไม่? คำตอบคือ "จำเป็นมากยิ่งขึ้น" แต่ในมิติที่เปลี่ยนไป

AI มีจุดแข็งในการจัดการ "ข้อมูล (Data)" แต่ยังขาดจุดแข็งเรื่อง "ความเห็นอกเห็นใจ (Empathy)" และ "ความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรม (Cultural Sensitivity)" AI อาจบอกเกษตรกรได้ว่า "วิธีกำจัดลูกน้ำยุงลายอย่างไร" แต่ไม่สามารถเข้าใจบริบทความเชื่อ หรือเจรจาต่อรองให้ชาวบ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยไม่รู้สึกรังเกียจได้เหมือนมนุษย์

ดังนั้น ในอนาคต AI จะเข้ามาทำหน้าที่เป็น "ผู้ช่วย (Assistant)" ในการค้นหาข้อมูลและออกแบบสื่อ แต่นักศึกษาต้องยกระดับตนเองเป็น "ผู้จัดการความจริง (Fact Checker)" เพื่อคัดกรองข้อมูล และเป็น "ผู้เชื่อมโยงทางจิตวิญญาณ (Human connector)" ที่ใช้ศิลปะการโน้มน้าวใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ซับซ้อน ซึ่งเป็นสิ่งที่เทคโนโลยียังไม่สามารถทดแทนได้

### 1.3 บทบาทของนักศึกษาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

บทบาทของนักศึกษา จาก "ผู้สั่งการ" สู่ "ผู้เอื้ออำนวย" (The Shifting Role From Authority to Facilitator) ในอดีต การดำเนินงานศึกษามักยึดรูปแบบ "Paternalistic Model" หรือรูปแบบพ่อปกครองลูก ที่บุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ถือครองความรู้และมีอำนาจสั่งการ (Authority) ส่วนประชาชนเป็นผู้รับคำสั่ง แต่ในศตวรรษที่ 21 ซึ่งข้อมูลข่าวสารเข้าถึงได้ง่าย บทบาทนี้จึงเปลี่ยนไปสู่ "Partnership Model" หรือการเป็นหุ้นส่วนทางสุขภาพ โดยนักศึกษาทำหน้าที่เป็น "ผู้เอื้ออำนวย" (Facilitator) ที่ช่วยให้ประชาชนค้นพบศักยภาพในการดูแลตนเอง ผ่าน 4 บทบาทหลัก ดังนี้

#### 1. นักสื่อสารสุขภาพ (Health Communicator)

**นิยาม** ไม่ใช่แค่การ "บอกข้อมูล" แต่คือการ "แปลความ" (Translation) ข้อมูลทางการแพทย์ที่ซับซ้อน ศัพท์เทคนิค (Medical Jargon) ให้กลายเป็นภาษาที่เรียบง่าย เข้าใจได้ และนำไปปฏิบัติได้จริง

**ทักษะสำคัญ** การใช้เทคนิคเปรียบเทียบ (Analogy) การตรวจสอบความเข้าใจกลับ (Teach-back technique) และการเลือกใช้สื่อที่เหมาะสมกับวัยและวัฒนธรรม

### สถานการณ์จริง



แพทย์บอก "ผู้ป่วยมีค่า HbA1c อยู่ที่ 9% เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด"



นักสุขศึกษาแปลความ "น้ำตาลในเลือดของคุณบ่าตอนนี้เหมือน 'น้ำเชื่อมที่ข้นหนืด' พอเลือดหนืดหัวใจก็ต้องบีบตัวแรง เหมือนปั้มน้ำที่ทำงานหนัก ท่อน้ำ (หลอดเลือด) ก็จะพังง่าย ถ้าเราลดหวานลงได้ เลือดจะใสขึ้น หัวใจก็จะทำงานเบาลง"

### 2. ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent)

**นิยาม** ผู้ที่เข้าไปจุดประกายความคิดและกระตุ้นให้เกิดการรวมกลุ่มในชุมชน เพื่อจัดการปัญหาสุขภาพด้วยตนเอง (Community Empowerment) ไม่ใช่การรอคอยความช่วยเหลือจากภาครัฐเพียงอย่างเดียว

**ทักษะสำคัญ** การสร้างแรงบันดาลใจ การบริหารความขัดแย้ง และการทำงานเป็นทีม

### สถานการณ์จริง



ในหมู่บ้านที่มีขยะล้นเมือง นักสุขศึกษาไม่ได้เข้าไปเก็บขยะให้ แต่เข้าไปจัดเวทีประชาคม ชี้ให้เห็นผลกระทบของเชื้อโรค และกระตุ้นให้ชาวบ้านตกลงกติกาชุมชนร่วมกัน เช่น "ผ้าป่าขยะรีไซเคิล" นำเงินเข้ากองทุนหมู่บ้าน ทำให้ชาวบ้านรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการและทำต่อเองได้แม้เจ้าหน้าที่ไม่อยู่

### 3. นักรณรงค์ (Health Advocate)

**นิยาม** การเป็นกระบอกเสียงแทนประชาชน (Voice for the voiceless) เพื่อผลักดันให้เกิดนโยบาย หรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เพราะพฤติกรรมส่วนบุคคลมักถูกกำหนดโดยสภาพแวดล้อม

**ทักษะสำคัญ** การเจรจาต่อรอง (Negotiation), การใช้ข้อมูลเพื่อผลักดันนโยบาย (Evidence-based advocacy)

### สถานการณ์จริง



นักสุขศึกษาพบว่าเด็กนักเรียนอ้วนเพราะร้านค้าหน้าโรงเรียนขายแต่น้ำอัดลมและของทอด จึงทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลภาวะโภชนาการเด็ก เสนอต่อ ผอ.โรงเรียน และอบต. เพื่อผลักดัน "นโยบายโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม" และของบประมาณสนับสนุนแม่ค้าให้เปลี่ยนมาขายผลไม้ตัดแต่งแทน

### 4. ผู้ให้คำปรึกษา (Counselor)

**นิยาม** บทบาทนี้สำคัญที่สุดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล เปลี่ยนจากการ "สอนสั่ง/ตำหนิ" มาเป็นการ "รับฟังอย่างเข้าใจ" (Empathy) เพื่อค้นหาปัญหาหรืออุปสรรคที่แท้จริงของผู้รับบริการ

**ทักษะสำคัญ** การฟังเชิงรุก (Active Listening) การไม่ตัดสิน (Non-judgmental attitude)  
จิตวิทยาการให้คำปรึกษา

### กรณีศึกษา คลินิกฟ้าใส (คลินิกเลิกบุหรี่)

#### การประยุกต์ใช้ Motivational Interviewing (MI) ในสถานการณ์จริง

ในอดีต การช่วยคนเลิกบุหรี่ยังใช้ "ความกลัว" (Fear Appeal) เป็นตัวขับเคลื่อน เช่น เอารูปปอดดำให้ดู แล้วบอกว่า "ถ้าไม่เลิก ตายนะ" ซึ่งมักได้ผลน้อยและทำให้ผู้สูบต่อต้าน (Resistance)

ในปัจจุบัน นักสุขศึกษาใช้เทคนิค การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing - MI) ซึ่งมีหัวใจสำคัญดังนี้

#### 1. เปลี่ยน "การสั่ง" เป็น "การถาม" (Ask, don't tell)

แบบเดิม "คุณต้องเลิกสูบนะ บุหรี่มันไม่ดี ลูกเมียเหม็นหมดแล้ว"

แบบ MI "หมอขอถามได้ไหมว่า อะไรคือ 'ข้อดี' ของการสูบบุหรี่ที่คุณลูยังชอบอยู่? และอะไรคือ 'ข้อเสีย' ที่เริ่มทำให้ยุ่งกังวลใจในช่วงนี้?"

☞ (การถามถึงข้อดี ทำให้ผู้ป่วยเปิดใจ ไม่รู้สึกถูกโจมตี จากนั้นค่อยชวนคุยเรื่องข้อเสียเพื่อให้เขาเปรียบเทียบเอง)

#### 2. หา "แรงจูงใจภายใน" (Find Internal Motivation)

แรงจูงใจที่ดีที่สุดไม่ใช่คำสั่งหมอ แต่คือสิ่งที่เขารัก นักสุขศึกษาต้องขุดหาให้เจอ (Change Talk)

#### บทสนทนา

☞ **นักสุขศึกษา** "ถ้าสมมติว่าลุงเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ชีวิตลุงจะเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้นอย่างไรบ้าง?"

☞ **ลุงผู้รับบริการ** "อืม... ก็คงจะมีเงินเหลือเก็บเดือนละพัน เอาไปซื้อขนมให้หลานได้ แล้วก็คงอุ้มหลานได้นานขึ้น ไม่หอบ"

☞ **นักสุขศึกษา** (สะท้อนความรู้สึก) "ฟังดูแล้ว 'หลาน' เป็นกำลังใจสำคัญของคุณลุงเลยนะ ลุงอยากแข็งแรงเพื่อที่จะได้ดูแลเขาให้ดีที่สุดใช่ไหม?"

#### 3. เสริมพลังอำนาจ (Empowerment)

☞ เชื่อมั่นว่าเขาทำได้ แม้จะเคยล้มเหลวมาก่อน

- ☞ บทสนทนา "หมอชื่นชมมากที่ลุงเคยพยายามเลิกมาแล้วตั้ง 2 ครั้ง แม้จะกลับมาสูบใหม่ แต่นั่นแสดงว่าลุงมีความตั้งใจจริง ครั้งนี้เรามาลองวางแผนใหม่ด้วยกันนะ เอาวิธีที่ลุงคิดว่าทำได้จริง"

**สรุปบทเรียน** การที่นักสุขศึกษาทำหน้าที่เป็น **Counselor** ด้วยเทคนิค MI ไม่ใช่การเอาชนะผู้ป่วยด้วยเหตุผลทางการแพทย์ แต่คือการช่วยให้ผู้ป่วย "**ชนะใจตัวเอง**" โดยใช้เป้าหมายชีวิตของเขาเป็นตัวขับเคลื่อนแสดงให้เห็นได้ด้วยแผนภาพที่ 1.3 ซึ่งได้สรุปปัจจัยและกระบวนการสำคัญ 8 ประการที่ขับเคลื่อนการให้คำปรึกษาแบบ MI ซึ่งเป็นเทคนิคที่นิยมใช้ในงานสาธารณสุขและจิตวิทยา เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความตระหนักและต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยประกอบด้วยหัวข้อหลักดังนี้

1. **Motivation (แรงจูงใจ)** การค้นหาและกระตุ้นแรงผลักดันภายใน
2. **Counselling (การให้คำปรึกษา)** กระบวนการพูดคุยทางวิชาชีพ
3. **Conscious (ความตระหนักรู้)** การสร้างความรู้ตัวและเข้าใจในปัญหา
4. **Trusting (ความไว้วางใจ)** การสร้างความเชื่อถือนระหว่างผู้ให้และผู้รับคำปรึกษา
5. **Goal-Oriented (มุ่งเน้นเป้าหมาย)** การมีทิศทางที่ชัดเจนในการเปลี่ยนแปลง
6. **Problem (ปัญหา)** การระบุและทำความเข้าใจอุปสรรค
7. **Relationship (สัมพันธภาพ)** การสร้างความสัมพันธ์ที่ดี
8. **Approach (วิธีการเข้าหา)** เทคนิคการเข้าถึงจิตใจผู้รับบริการ



ภาพที่1.3 แผนภาพแสดงองค์ประกอบของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing - MI)



**คำถามชวนคิด** ในยุคที่ AI สามารถให้ข้อมูลสุขภาพได้แม่นยำ ท่านคิดว่าบทบาทใดของนักสุขศึกษาที่ AI ยังไม่สามารถทดแทนได้?

ดังนั้นนักศึกษาจะเห็นภาพสะท้อนกระบวนการทำงานเชิงรุกในศตวรรษที่ 21 ที่นักวิชาการสาธารณสุขต้องปรับบทบาทจาก 'Health Educator' (ผู้ให้สุขศึกษา) มาเป็น 'Facilitator' (ผู้อำนวยความสะดวก) การนั่งล้อมวงในระดับสายตาเดียวกัน (Eye-level communication) ไม่ใช่แค่กิริยาทางกาย แต่คือกุศโลบายในการสร้างความไว้วางใจ (Trust) และดึงศักยภาพของชุมชนออกมามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพตนเอง ดังแสดงในภาพที่ 1.4 แสดงการปรับเปลี่ยนบทบาทจากการเป็นผู้ให้ความรู้เพียงฝ่ายเดียว (Lecturer) สู่การเป็นผู้รับฟังและผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) ซึ่งเป็นทักษะสำคัญในการสร้างความไว้วางใจ (Rapport Building) และความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) เพื่อขับเคลื่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน



**ภาพที่1.4** บทบาทของนักสาธารณสุขในฐานะวิทยากรกระบวนการ (The Role of Public Health Scholar as a Facilitator)

#### 1.4 กระบวนการทางสุขศึกษา (Health Education Process)

กระบวนการทางสุขศึกษา (Health Education Process APIE Model) คือการดำเนินงานสุขศึกษาในระดับมืออาชีพ แตกต่างจากการประชาสัมพันธ์ทั่วไปตรงที่ "ความเป็นระบบ (Systematic Approach)" นักสุขศึกษาไม่สามารถจัดกิจกรรมเพียงเพราะ "อยากจัด" หรือ "งบประมาณเหลือ" ได้ แต่ต้องอิงตามหลักวิชาการเพื่อประกันความสำเร็จและความคุ้มค่า

กระบวนการที่เป็นมาตรฐานสากลและใช้ในการสอบใบประกอบวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน คือ **วงจร APIE Model** ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนต่อเนื่องกัน ดังนี้

### ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหาและความต้องการ (Assessment)

เปรียบเสมือนการ "วินิจฉัยโรค" ของแพทย์ ก่อนที่จะจ่ายยา (จัดกิจกรรม) ต้องรู้สาเหตุที่แท้จริงก่อน

**1.1 การประเมินความต้องการ (Needs Assessment)** ต้องแยกแยะระหว่าง สิ่ง **ที่ผู้เชี่ยวชาญมองเห็น (Normative Need)** กับ **สิ่งที่ชาวบ้านอยากได้ (Felt Need)** โครงการ จะสำเร็จได้ต้องหาจุดร่วมของสองสิ่งนี้

### 1.2 การวินิจฉัยพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ใช้หลักระบาดวิทยาามาวิเคราะห์



**What** ปัญหาคืออะไร? (ใช้เลือดออกกระบาด)



**Who** ใครคือกลุ่มเสี่ยง? (ชาวสวนยางพารา อายุ 30-50 ปี)



**Why (Behavior)** ทำไมเขาถึงป่วย? (ไม่ทายากันยุงตอนกรีดยาง, ทิ้งถ้วย ยางให้มึนน้ำขัง)

**เครื่องมือที่ใช้** การสำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI, CI) การสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อ หาเหตุผลอื่นๆ ว่าทำไมไม่ป้องกันตัว

กรณีศึกษา (สวนยางพารา)

จากการลงพื้นที่ Assessment พบว่าปัญหาไม่ได้เกิดจากชาวบ้าน "ไม่รู้" (Knowledge ต่ำ) แต่ เกิดจาก "ทัศนคติ" ที่มองว่ายุ่งในป่าข้างเป็นเรื่องธรรมชาติ และ "บริบทงาน" ที่ต้องเร่งรีบแข่งกับเวลา ทำให้ไม่มีเวลาจัดการถ้วยยาง นี่คือโจทย์ที่แท้จริงที่ต้องแก้

### ขั้นตอนที่ 2 การวางแผน (Planning)

คือการนำข้อมูลจากการประเมินมากำหนดทิศทาง เปรียบเหมือนพิมพ์เขียวในการทำงาน

### 2.1 การกำหนดวัตถุประสงค์ (Setting Objectives) ต้องเขียนแบบ SMART

- 🔴 S-Specific เจาะจง (เช่น ให้ชาวสวนยางคว่ำถ้วย)
- 🔴 M-Measurable วัดผลได้ (เช่น จำนวนถ้วยยางที่มีน้ำขังลดลง 50%)
- 🔴 A-Achievable ทำได้จริง (ไม่ตั้งเป้าเกินความเป็นจริง เช่น ยุงต้องเป็น 0 ตัว)
- 🔴 R-Relevant ตรงประเด็นปัญหา
- 🔴 T-Time-bound มีกรอบเวลาชัดเจน (ภายใน 3 เดือน)

## 2.2 การเลือกทฤษฎี (Theory Selection) ขั้นตอนนี้สำคัญมากในการสอบใบประกอบฯ ต้องเลือกทฤษฎีให้เหมาะกับโจทย์

- ☞ กรณีสวนยาง เลือกใช้ Health Belief Model (แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ) เน้นการชี้ให้เห็น "ความเสี่ยง (Perceived Susceptibility)" ว่าถุงสวนยางอันตรายกว่าที่คิด และ "ความรุนแรง (Perceived Severity)" ว่าถ้าป่วยจะขาดรายได้มหาศาล เพื่อกระตุ้นให้เกิดการตระหนัก

## 2.3 การออกแบบกิจกรรม ผสมผสานระหว่าง "การให้ความรู้" และ "การจัดการสิ่งแวดล้อม" (เช่น รณรงค์ใช้นวัตกรรมฝาปิดถ้วยยาง)

### ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินงาน (Implementation)

คือการนำแผนสู่การปฏิบัติจริง หัวใจสำคัญคือการบริหารจัดการทรัพยากร (Man, Money, Material)

**3.1 การทดลองนำร่อง (Pilot Study)** ก่อนลงพื้นที่จริงทั้งหมด ควรทดลองในกลุ่มเล็กๆ เพื่อดูว่าสื่อหรือกิจกรรมที่ออกแบบมา "ลื่นไหล" หรือไม่ เช่น ลองเอาแผ่นพับภาษาถิ่นไปให้อาสาสมัครอ่านว่าเข้าใจหรือไม่

**3.2 การปฏิบัติงานตามแผน** จัดอบรมแกนนำ สาธิตวิธีการผสมน้ำส้มควันไม้ได้ยุง การรณรงค์ Big Cleaning Day ในสวนยาง

**บทบาทนักสุขศึกษา** ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง (Mentor) คอยหนุนเสริมชาวบ้าน ไม่ใช่สั่งการอย่างเดียว

### ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล (Evaluation)

ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่นักศึกษาฝึกประสบการณ์มากที่สุด ต้องแยกประเภทการประเมินให้ชัดเจน

#### 4.1 การประเมินผลผลิต (Process Evaluation) ประเมินขณะทำโครงการ

- ☞ **ตัวชี้วัด** มีคนมาร่วมงานครบตามเป้าที่ตั้งไว้หรือไม่? วิทยากรสื่อสารรู้เรื่องหรือไม่? งบประมาณเพียงพอหรือไม่?

#### 4.2 การประเมินผลลัพธ์ (Impact Evaluation) ประเมินหลังจบโครงการทันที (วัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม - KAP)

- ☞ **ตัวชี้วัด** ความรู้เรื่องยุงลายเพิ่มขึ้นหรือไม่? (Knowledge) มีการคว่ำถ้วยยางจริงหรือไม่? (Practice - สำคัญที่สุด)

### 4.3 การประเมินผลสัมฤทธิ์ (Outcome Evaluation) ประเมินระยะยาว (6 เดือน - 1 ปี)

 **ตัวชี้วัด อัตราป่วยใช้เลือดออกในพื้นที่ลดลงหรือไม่?** (Morbidity Rate) คุณภาพชีวิตชาวสวนดีขึ้นหรือไม่?

#### ข้อควรระวัง (Exam Tip)

ในการสอบใบประกอบวิชาชีพ หากโจทย์ถามถึง "Impact" ให้ตอบเรื่อง "พฤติกรรมที่เปลี่ยนไป"

แต่ถ้าโจทย์ถามถึง "Outcome" ให้ตอบเรื่อง "สถิติสุขภาพ/อัตราป่วย" ดังตารางที่1.1

ตารางที่1.1 สรุปการวิเคราะห์โครงการ "พิชิตยุงลายในสวนยาง" ตามวงจร APIE

ขั้นตอน (Stage)	กิจกรรมหลัก (Key Activities)	ตัวชี้วัดความสำเร็จ (Indicators)
A - Assessment	สำรวจดัชนีลูกน้ำ (HI/CI) ในสวนยาง และสัมภาษณ์พฤติกรรมชาวสวน	- ทราบค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำ - ทราบเหตุผลที่ไม่ป้องกันตัว
P - Planning	เขียนโครงการโดยใช้ Health Belief Model เน้นเรื่องผลกระทบทางเศรษฐกิจ	- มีแผนปฏิบัติการ (Action Plan) - มีสื่อการสอนที่ตรงใจกลุ่มเป้าหมาย
I - Implementation	อบรมเชิงปฏิบัติการ "ทำยากันยุงใช้เอง" และรณรงค์คว่ำจอกยาง	- จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ 80% ของเป้าหมาย - ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วม
E - Evaluation	<b>Impact</b> เดินสำรวจสวนยางซ้ำหลังจบโครงการ 1 เดือน  Outcome ติดตามสถิติผู้ป่วยในปีถัดไป	- จำนวนถ้วยยุงที่มีน้ำขังลดลง 50% (Impact) - อัตราป่วยลดลง 20% (Outcome)

ดังนั้นพอที่สรุปได้ว่าการดำเนินงานสุขศึกษาต้องทำเป็นระบบ ไม่ใช่การนี้ก็อยากจัดกิจกรรมก็จัด โดยยึดหลักวงจร **APIE Model** ซึ่งเป็นมาตรฐานในการสอบใบประกอบวิชาชีพหรืออาจเขียนสรุปให้เป็นแผนภาพได้ดังภาพที่1.5