



บทบรรณาธิการ

มุมมองของการสุศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ

Perspective of Health Education and Health Promotion

“สุศึกษากับการส่งเสริมสุขภาพ” เป็นประเด็นสำคัญที่นักวิชาการด้านสุขภาพมีมุมมองที่แตกต่างกัน โดยความเป็นจริงแล้ว สุศึกษาและส่งเสริมสุขภาพนั้นมีความสำคัญและมีความสัมพันธ์เกี่ยวพันกันไม่สามารถแยกจากกันได้ ความเป็นมาของสุศึกษาและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพมีพัฒนาการทางวิชาการและวิชาชีพที่มุ่งเน้นในจุดเดียวกัน คือ การมีสุขภาพที่ดีหรือมีภาวะที่ไม่เสี่ยงต่อสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายโดยผ่านการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งเป็นปัจจัยหลักของการมีสุขภาพะที่พึงประสงค์¹ อย่างไรก็ตามงานด้านสุศึกษามีขอบเขตที่เน้นปัจจัยของพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพที่พิจารณาปัจจัยของพฤติกรรมสุขภาพในหลายระดับโดยเฉพาะปัจจัยแวดล้อมระดับองค์กรและระดับสังคม และการดำเนินงานด้านสุศึกษาถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ^{2,3} ปราศจากงานด้านสุศึกษาแล้ว การดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพก็เปรียบเสมือนการจัดการทางวิศวกรรมที่กระทำในงานด้านสังคม “Without health education, health promotion would be a manipulative social engineering enterprise.”⁴ การดำเนินงานสุศึกษานั้นเป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้ที่ต้องผสมผสานความรู้และทักษะทางวิทยาศาสตร์และศิลปะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายให้เป็นไปในทางที่พึงประสงค์ โดยใช้หลักการและวิธีการทางการศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ และวิธีการอื่นๆ ร่วมด้วย³ รวมทั้งต้องได้รับการยอมรับและความร่วมมือจากบุคคล ครอบครัวและชุมชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้วย⁵

ความหมายของคำว่า “สุศึกษา” ที่เป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวาง ได้แก่ ความหมายของคณะกรรมการร่วมในการกำหนดความหมายของคำว่า สุศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ (Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology)⁵ ที่ให้ความหมายไว้ว่า “สุศึกษา” หมายถึง “การวางแผนจัดกลุ่มประสบการณ์การเรียนรู้บนพื้นฐานของทฤษฎีเชิงปฏิบัติ สำหรับบุคคล กลุ่มบุคคล และชุมชน ได้มีโอกาสรับข้อมูลข่าวสารและมีทักษะที่จำเป็นในการตัดสินใจเพื่อสุขภาพะที่ดี: Any combination of planned learning experiences based on sound theories that provide individuals, groups, and communities the opportunity to acquire information and the skills needed to make quality health decisions”. และ กรีน และ ครูเตอร์ (Green and Kreuter)⁶ ให้คำจำกัดความของคำว่า “สุศึกษา” หมายถึง “กลุ่มประสบการณ์การเรียนรู้ที่ออกแบบเพื่อให้การปฏิบัติเพื่อสุขภาพกระทำได้ง่ายขึ้นและกระทำด้วยความสมัครใจ: Any combination of learning experiences designed to facilitate voluntary actions conducive to health”. จะเห็นได้ว่า ทั้งคณะกรรมการร่วมในการกำหนดความหมาย

ของคำว่า สุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ และ กรีน และ ครูเตอร์ ได้ให้ความหมายของคำว่า “สุขศึกษา” ที่ใกล้เคียงกัน

ส่วน “การส่งเสริมสุขภาพ” เป็นคำที่กว้างกว่าสุขศึกษา ซึ่งคณะกรรมการร่วมในการกำหนดความหมายของคำว่า สุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง “กลุ่มกลไกด้านการศึกษา การเมือง สิ่งแวดล้อม กฎระเบียบ หรือองค์กร ที่ได้รับการวางแผนเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติและเงื่อนไขในการดำรงชีวิตด้านสุขภาพให้ง่ายขึ้นสำหรับบุคคล กลุ่มบุคคล และชุมชน” : Any planned combination of educational, political, environmental, regulatory or organizational mechanisms that support actions and conditions of living conducive to the health of individuals, groups, and communities”⁵ ในขณะที่ กรีน และ ครูเตอร์⁶ ให้คำจำกัดความ หมายถึง “กลุ่มการสนับสนุนด้านการศึกษาและนิเวศเพื่อการปฏิบัติและเพื่อทำให้เงื่อนไขในการดำรงชีวิตด้านสุขภาพง่ายขึ้น: The combination of educational and ecological supports for actions and conditions of living conducive to health”

พัฒนาการของการส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทยระหว่างรูปแบบเดิมกับปัจจุบันนั้นไม่สามารถจะแบ่งให้ชัดเจนโดยใช้ระยะเวลาหรือใช้แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ⁷ หรือแม้กระทั่งการใช้การประชุมการส่งเสริมสุขภาพระดับโลก (Global Health Promotion Conference) ที่เริ่มจากการประชุมครั้งที่ 1 ที่เมืองออกตาวา ประเทศแคนาดา ในปี พ.ศ.2529 และมีคำประกาศ Ottawa Charter ที่ได้ให้นิยามการสร้างเสริมสุขภาพคือ “Health Promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health” และ เสนอกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Strategies) 3 ข้อ คือ Advocacy for Health, Enable, and Mediate รวมทั้งแนะนำกิจกรรมที่มีผลต่อความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพ (Strategic Actions) 5 กลุ่มกิจกรรม คือ Build Healthy Public Policy, Create Supportive Environments, Strengthen Community Actions, Develop Personal Skills, and Reorient Health Services⁸

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันจึงมีการปรับเปลี่ยนไปตามบริบทของปัญหาสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และสังคมโลก^{7, 8, 9, 10} ซึ่งสรุปได้เป็น 4 ประเด็นหลักที่สำคัญคือ

1. การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทยในอดีต เป็นกิจกรรมส่งเสริมอนามัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมเป็นหลัก ซึ่งเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลโดยทั่วไป หรือเฉพาะกลุ่มบุคคลเพื่อป้องกันการเกิดโรค ที่เห็นได้ชัดคือ การรณรงค์เรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ หรือการประกาศนโยบายปีการรวมพลังสร้างสุขภาพตามกรอบการรณรงค์ 5 อ. ในปี พ.ศ. 2545 เป็นต้น แต่ปัจจุบันมุ่งเน้นที่พฤติกรรมเสี่ยงเพื่อควบคุมภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ (Health Risk Conditions) เช่น ภาวะอ้วน ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต เป็นต้น ซึ่งเป็นการมองถึงภาวะสุขภาพที่พึงประสงค์ (Positive Health) ส่วนงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในอดีตเน้นการควบคุมสิ่งแวดล้อมที่มีผลโดยตรงต่อการเกิดโรค เช่น น้ำสะอาด ล้างมือ การกำจัดขยะ และแมลงนำโรค เป็นต้น แตกต่างจากปัจจุบันที่เน้นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Create Supportive Environments)



2. บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทยในอดีต บทบาท ผู้ให้บริการหลักอยู่ที่ กระทรวงสาธารณสุข แต่ปัจจุบันได้ขยายความรับผิดชอบไปสู่ บุคคล ครอบครัว ชุมชน และเครือข่าย เช่น การพัฒนากิจกรรมการดำเนินงานของชุมชนให้เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Strengthen Community Actions, Develop Personal Skills) รวมทั้งผลักดัน ให้ประเด็นด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายขององค์กร หรือหน่วยงานอื่น ๆ ในการส่งเสริมสุขภาพ (Health in All Policies)

3. กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานในอดีตเน้นที่ปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มบุคคล เช่น เด็กวัยเรียน หญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น แต่ในปัจจุบันได้ขยายเป้าหมายในลักษณะพื้นที่ (Setting) และดำเนินการแบบบูรณาการ เบ็ดเสร็จ (Integrated and Comprehensive) เช่น โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ชุมชนส่งเสริมสุขภาพ สถานที่ ทำงานส่งเสริมสุขภาพ (Healthy Workplace) และ เมืองส่งเสริมสุขภาพ (Healthy City) เป็นต้น

4. แนวคิดเรื่องปัจจัยกำหนดการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ (Determinants of Health Behavior) ในอดีตเน้นที่การแก้ไขปัจจัยภายในของปัจเจกบุคคล (Internal Factors) เช่น ปัจจัยนำ ตามแนวคิดของ Green และคณะ³ ที่พัฒนา PRECEDE Framework (Predisposing, Reinforcing, and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation) และพิจารณาปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ 3 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) และ ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) ขณะที่ปัจจุบันให้ความสำคัญต่อปัจจัยภายนอก (External Factors) ที่เป็นปัจจัย ทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริม สนับสนุน และเอื้อต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การสร้าง นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Building Healthy public Policy) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) เป็นต้น ดังกรอบการวางแผนส่งเสริมสุขภาพของ Green และ Kreuter² (Health Promotion Planning: PROCEED Framework ซึ่งย่อมาจาก Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development) ดังนั้นการดำเนินงาน ด้านสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพให้ประสบความสำเร็จต้องเริ่มต้นจากการวางแผนโครงการที่ดี ซึ่งควรนำ แนวคิดของ Green และ Kreuter ทั้ง 2 กรอบ คือ PRECEED-PROCEDE Framework มาเป็นกรอบ ในการจัดทำแผนเพื่อให้มีความชัดเจน สอดคล้องกันระหว่างกลวิธีและกิจกรรมการดำเนินงานกับตัวกำหนด การกระทำพฤติกรรม (Determinants of Behavior) และช่วยให้การตัดสินใจเป็นไปอย่างมีเหตุผลบนพื้นฐาน ของทฤษฎีเชิงปฏิบัติ เนื่องจากการออกแบบจัดประสบการณ์การเรียนรู้เกิดขึ้นบนพื้นฐานของทฤษฎีเชิงปฏิบัติ สำหรับบุคคล กลุ่มบุคคล และชุมชน ได้มีโอกาสรับข้อมูลข่าวสารและมีทักษะที่จำเป็นในการตัดสินใจปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพที่ดี¹⁰

โดยสรุปแล้วจะเห็นว่า “**สุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพเป็นเรื่องของพัฒนาการทางวิชาการและ วิชาชีพที่มุ่งเน้นในจุดเดียวกัน คือ การมีสุขภาพที่ดีหรือมีภาวะที่ไม่เสี่ยงต่อสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ผ่านการพัฒนาและหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยสำคัญและเป็นปัจจัยหลักของการมีสุขภาพ ที่พึงประสงค์**” สุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์เกี่ยวพันกัน ไม่สามารถแยกจากกันได้ โดยที่

สุขศึกษาเน้นปัจจัยของพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ ที่พิจารณาปัจจัยของพฤติกรรมสุขภาพในหลายระดับโดยเฉพาะปัจจัยแวดล้อมระดับองค์กรและระดับสังคม

มณีนรัตน์ วีระวิวัฒน์

ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารอ้างอิง

112

1. Imamee N. Technique for Planning Program and Project in Public Health and Health Education. Bangkok: Bangkok: Printing and shipping organization. 2000.
2. Green LW, Kreuter MW, Deeds SG, Partridge KB. Health education planning: A diagnostic approach. Palo Alto, CA: Mayfield. 1980.
3. Glanz K, Lewis MF, Rimer KB. Health Behavior and Health Education Theory, Research, and Practice. San Francisco: Jossey – Bass Publisher. 1997.
4. McKenzie JF, Neiger BL, Smeltzer JL. Planning, implementing, and evaluating health promotion programs (4th ed.). Pearson, NY: Daryl Fox. 2005.
5. Joint Committee on Terminology. Report of the 2000 joint committee on health education and promotion terminology. American Journal of Health Education 2001; 32(2), 89-103.
6. Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning: An educational and ecological approach (3rd ed.). Mountain View, CA: Mayfield. 1999.
7. Ministry of Public Health Thailand and World Health Organization. The Bangkok Charter for Health Promotion in a globalized world. Geneva. WHO Document Production Services. 2006.
8. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion; 21 Nov 1986; Ottawa, Canada. (WHO/HPR/HEP/95.1). 1986.
9. Welle HM, Russell RD, Kittleson MJ. Philosophical trends in health education: Implication for the 21st century. Journal of Health Education 1995; 26(6), 326-33.
10. Therawiwat M, Imamee N. Program planning in Health education and health promotion. Nakhon Pathom: Petchkasem Printing Group CoLimited. 2013.