

บทความวิชาการ

การส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน
ในเด็กนักเรียนเขตเมือง: บทบาทพยาบาล
กับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

Promoting Health Literacy for Obesity Prevention
among School Students in Urban Area: Nursing Role
and Evidence-Based Practice

ลดาพร ทองสง*

Ladaporn Thongsong

*คณะพยาบาลศาสตร์การสาธารณสุข มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300

*Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok 10300 Thailand

Corresponding author, E-mail: ladaporn@nmu.ac.th

Received: June 29, 2020; Revised: October 29, 2020; Accepted: November 2, 2020

บทคัดย่อ

ปัญหาน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กทุกกลุ่มอายุของประเทศไทยมีความชุกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะกลุ่มเด็กนักเรียน 6-14 ปี ในเขตเมือง ปัญหานี้นอกจากจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัวในปัจจุบัน และในอนาคตแล้ว ยังส่งผลเชิงลบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ การแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืนจึงต้องมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาความสามารถของประชาชนให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยการส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรู้ด้านสุขภาพดังที่ได้ถูกกำหนดไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 ปี พ.ศ. 2560-2564 พยาบาลเป็นบุคลากรที่สำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายและแผนงานดังกล่าว ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจในแนวคิด ทฤษฎีของความรู้ทางสุขภาพ แนวคิดและกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และมีสมรรถนะในการสืบค้น วิเคราะห์และประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ของความรู้ทางสุขภาพที่เหมาะสมกับเด็กนักเรียนเขตเมือง ที่สำคัญต้องมีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การประยุกต์ใช้ในบทบาทพยาบาลการส่งเสริม

ความรู้ทางสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคอ้วนให้กับเด็กนักเรียนในเขตเมือง ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาลได้ใน 4 ขั้นตอน คือ (1) การประเมินความรู้ทางสุขภาพ (2) การวินิจฉัยปัญหา (3) การวางแผนสู่ปฏิบัติการ (4) การประเมินผลลัพธ์และทบทวน

คำสำคัญ: ความรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน เด็กนักเรียน เขตเมือง บทบาทพยาบาล หลักฐานเชิงประจักษ์

Abstract

Overweight and obesity among children of all ages in Thailand have rapidly high prevalence. Especially for children 6-14 years in urban areas. This problems impact on the health and wellbeing of children and families at now and the future. It also negative impact on economic development of country. The sustainable solutions must focus on develop the ability of people to take care of their own health and promoting of all age groups to gained more health literacy, which were important component in development of Thai Health Care System as has been specified in the 12th National Health Development Plan 2017-2021. Nurses are important personnel in driving the policies and plans. Therefore, nurses should understand the theoretical concepts of health literacy, concepts and processes of evidence-based practice and has competence to search, analyze and assess evidence-based practice of health literacy appropriately for school students in urban areas. More importantly, applying Evidence-based Practice to the role of nurses in promoting health literacy for Obesity Prevention among school students in urban areas. Which can be applied in nursing process in 4 steps (1) Health Literacy Assessment (2) Diagnosis (3) Planning and Intervention (4) Evaluation and revision.

Keyword: Health Literacy for Obesity Prevention, school students, Urban Area, Nursing Role, Evidence-Based Practice

บทนำ

โรคอ้วนในเด็กเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทำนายในศตวรรษที่ 21 โดยเฉพาะในเขตเมือง และกำลังลุกลามไปทุกที่ หลักฐานทางการแพทย์ระบุชัดเจนว่าโรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกินในเด็กมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases: NCD)

ทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และความพิการในวัยผู้ใหญ่ ขณะเดียวกันยังก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพกายและจิตใจในวัยเด็กอย่างมากมายด้วย¹⁻² สาเหตุสำคัญคือ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม

สังคม และการขาดนโยบายสนับสนุนในหน่วยงานภาครัฐ เช่น สุขภาพ การเกษตร การวางผังเมือง สิ่งแวดล้อม การกระจายและการแปรรูปอาหาร การตลาด และ การศึกษา องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ความชุกทั่วโลก ของภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วนในเด็ก และวัยรุ่นอายุ ระหว่าง 5-19 ปีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4 ในปี 1975 เป็น ร้อยละ 18 ในปี 2016 และพบเพิ่มขึ้นทั้งเด็กชายและ เด็กหญิง โดยพบร้อยละ 18 ในเด็กหญิง และร้อยละ 19 ในเด็กชาย กลยุทธ์ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านสุขภาพถูกกำหนดขึ้นเป็นกลยุทธ์ระดับโลกใน การแก้ปัญหา และลดความเสี่ยงของโรค³ สำหรับ ประเทศไทยพบว่า ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนของเด็กวัย เรียนมีอัตราสูง ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีในเขตเมืองของ ทุกภูมิภาค โดยเฉพาะเมืองหลวงคือ กรุงเทพมหานคร⁴⁻⁶ ปัญหา น้ำหนักเกินและอ้วนในเด็กไทยเพิ่มขึ้นสูงเมื่อ เปรียบเทียบกับแนวโน้มทั่วโลก โดยเฉพาะความชุกกลุ่ม อายุ 6-14 ปี เพิ่มขึ้นสูงมาก โดยเด็กชายเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 16.7 ในปี พ.ศ. 2551-2552 เป็นร้อยละ 26.10 ในปี พ.ศ. 2557 หรือเท่ากับ เพิ่มขึ้นร้อยละ 56 ในช่วง 5 ปี ส่วนในเด็กหญิงเพิ่มจากร้อยละ 15.20 เป็นร้อยละ 19 หรือเท่ากับเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 ในช่วง 5 ปี ซึ่งสูงกว่า อัตราเพิ่มของความชุกทั่วโลก การสำรวจภาวะสุขภาพ ของเด็กไทยอายุ 1-14 ปี ทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2557 พบปัญหาน้ำหนักเกิน และอ้วนในเด็กทุกกลุ่มอายุใน เขตเมืองสูงกว่านอกเขตเมือง ในเขตกรุงเทพมหานคร มีความชุกของเด็กอ้วนอายุ 6-11 ปีสูงสุด เช่นเดียวกับ กลุ่มเด็กไทยอายุ 12-14 ปี ที่มีความชุกสูงมากถึงร้อยละ 12.90 และน้ำหนักเกินร้อยละ 12.10 รวมแล้วสูงสุดในประเทศ⁶ ในปี พ.ศ. 2559 พบว่า เด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 13.10 การศึกษาด้านพฤติกรรมสุขภาพพบประเด็นที่สำคัญคือ กลุ่มเด็กอายุ 12 ปี พบว่า ร้อยละ 69.90 กินขนม เครื่องดื่ม ลูกอมระหว่างมื้อ ร้อยละ 38.90 ดื่มน้ำหวาน มากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 26.60 ดื่มน้ำอัดลม

มากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 76.90 กินขนมกรุบกรอบ และร้อยละ 58.60 กินลูกอม⁷ เด็กอายุ 10-14 ปี พบเพียง ร้อยละ 27 ที่ออกกำลังกายได้ตามคำแนะนำ ใช้สมาร์ทโฟน ร้อยละ 72.30 โดยเด็กในเขตกรุงเทพมหานครมีการ ใช้คอมพิวเตอร์และสมาร์ทโฟนมากกว่าภูมิภาคอื่น และ ใช้เวลาเล่นเกมคอมพิวเตอร์มากที่สุดถึงร้อยละ 55.50 แต่ขณะที่บริโภคผักและผลไม้ในปริมาณที่เพียงพอ น้อยกว่าภูมิภาคอื่น⁶⁻⁸ โรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกิน ในเด็กไทยเขตเมือง จึงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ที่จะต้องเร่งแก้ไข เพราะจะส่งผลกระทบต่อ สุขภาพ และยังส่งผลกระทบต่อพัฒนาเศรษฐกิจ ของประเทศอีกด้วย ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับ การส่งเสริมให้ประชาชนเกิดความรู้ทางสุขภาพใน ทุกกลุ่มวัย มีการกำหนดเป้าหมายในแผนพัฒนาสุขภาพ แห่งชาติฉบับที่ 12 ปี พ.ศ. 2560-2564 ว่าต้องยกระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ของคนไทยในเรื่องการออกกำลังกาย บริโภคผัก ผลไม้ การรับประทานอาหารหวาน มัน เค็มลดลง เลือกซื้อ ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีมาตรฐาน สุบะหรี และดื่มสุรา ลดลง⁹ การส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกัน โรคอ้วนในเด็กนักเรียนเขตเมือง จึงเป็นหน้าที่รับผิดชอบ ที่สำคัญของพยาบาล และทีมสุขภาพทุกคนที่ต้องยึดถือ ปฏิบัติ เพราะความรู้ทางสุขภาพเป็นทักษะทาง ปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ รวมถึง ความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึงเข้าใจ และใช้ข้อมูล ข่าวสารเพื่อส่งเสริม และดำรงรักษาสุขภาพที่ดีได้ บทความนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อนำเสนอแนวคิดทฤษฎีของ ความรู้ทางสุขภาพ บทบาทพยาบาลกับการใช้ หลักฐานเชิงประจักษ์ แนวคิดและกระบวนการใช้หลักฐาน เชิงประจักษ์ หลักฐานเชิงประจักษ์ของความรู้ทาง สุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กไทย และนำเสนอ แนวทางการนำหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การประยุกต์ใช้ใน บทบาทพยาบาลคือ การส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคอ้วนให้กับเด็กนักเรียนในเขตเมือง

แนวคิดทฤษฎีและความสำคัญของความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy)

องค์การอนามัยโลก¹⁰ ได้ให้ความหมายของความรอบรู้ทางสุขภาพว่าเป็นกระบวนการทางปัญญา (cognitive skill) และทักษะทางสังคม (social skill) ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อยู่เสมอ การพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ทางสุขภาพ (health literacy) มีความสำคัญเพราะเป็นการสร้าง และพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลในการดำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน ก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการ ทำให้สามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ ความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการจัดการโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อที่กำลังเป็นปัญหาระดับโลก ดังนั้น หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรู้ทางสุขภาพต่ำ ย่อมจะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพในภาพรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์ และยารักษาโรคที่มีราคาแพง โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพจะต้องมีภาระหนักในด้านการรักษาพยาบาล จนทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงานส่งเสริมสุขภาพ และไม่อาจสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างสมบูรณ์

ปัจจุบันมีแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางสุขภาพที่หลากหลาย แต่พบที่เกี่ยวข้องและใช้ได้ดีกับกลุ่มเด็กนักเรียน ดังนี้

ดอน นัทบีม (Nutbeam)¹¹⁻¹² ให้ความหมายของความรอบรู้ทางสุขภาพว่าเป็นทักษะทางปัญญา (cognitive skill) และทางสังคม (social skill) ที่ขึ้นนำ ก่อเกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อการส่งเสริม และ

รักษาสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง โดยแนวคิดของดอน นัทบีม¹¹ ได้แบ่งความรู้ทางสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (basic/functional literacy) เป็นทักษะพื้นฐานด้านการอ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อสุขภาพ ได้แก่ สมรรถนะในการอ่านและเขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ เช่น การอ่านใบยินยอม (consent form) ฉลากยา (medical label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ การทำความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียน และวาจาจากบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำ

ระดับ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์กับบุคคล (communicative/interactive literacy) ได้แก่ สมรรถนะในการใช้ความรู้ และการสื่อสารในการดูแลสุขภาพ จัดเป็นการรู้คิดทางปัญญา (cognitive skill) และทักษะทางสังคม (social skill) ที่ทำให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การรู้จักซักถามผู้รู้ การถ่ายทอดความรู้ที่ตนเองมีอยู่ให้ผู้อื่นได้เข้าใจ เพื่อนำมาสู่การเพิ่มพูนความสามารถทางสุขภาพมากขึ้น

ระดับ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ (critical literacy) ได้แก่ สมรรถนะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติในการสร้างเสริม และรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อย่างต่อเนื่อง

ความรู้ทางสุขภาพทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อบุคคล ได้แก่ 1) ได้พัฒนาความรู้เพื่อป้องกันความเสี่ยง 2) มีมาตรฐานต่อการดูแลตนเอง 3) ได้เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติตนภายใต้ความรู้ 4) สร้างแรงจูงใจให้เกิดความมั่นใจในตนเอง 5) เพิ่มความทนทานต่อการเผชิญปัญหา มีประโยชน์ต่อชุมชน/สังคม ได้แก่ 1) เพิ่มการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชากร 2) พัฒนาปัจจัยเพื่อปรับปรุงบรรทัดฐานทาง

สังคม และการสื่อสารทางสังคม 3) เข้าถึงปัจจัยทางสุขภาพที่นำไปสู่การพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจ 4) เพิ่มขีดความสามารถชุมชน โดยต่อมาคอน นัทปีม¹² ได้เสนอรูปแบบของความรู้ทางสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง (conceptual model of health literacy as a risk) แนวคิดนี้พัฒนามาจากสองประเด็นคือ การดูแลรักษาทางคลินิก (clinical care) และการพัฒนาสุขภาพของประชาชน (public health) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง “ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค” ในกรณีบุคคลมีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ จะส่งผลต่อการปฏิบัติตัว และการจัดการทางสุขภาพ โดยแนวความคิดนี้มีรากฐานมาจากการวิจัยการรู้เท่าทัน (literacy) ที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ และการส่งเสริมสุขภาพ จะให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพที่ส่งผลให้บุคคลมีการควบคุมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น โดยสรุปความรู้ทางสุขภาพมี 6 องค์ประกอบคือ 1) การเข้าถึงข้อมูล (access) 2) ความรู้ความเข้าใจ (cognitive) 3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) 4) ทักษะการตัดสินใจ (communication skill) 5) การจัดการตนเอง (self-management) 6) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy)

Manganello¹³ นำเสนอกรอบแนวคิดในการศึกษาความรู้ทางสุขภาพของวัยรุ่น (a framework for studying adolescent health literacy) เนื่องจากวัยรุ่นมีพัฒนาการตามวัยในด้านต่าง ๆ ของร่างกายและจิตใจที่เปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ วัยรุ่นจะเข้ารับบริการในระบบสุขภาพน้อย จึงมีรูปแบบด้านเหตุ และผลของความรู้ทางสุขภาพที่แตกต่างจากผู้ใหญ่ จะเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพในรูปแบบของสื่อสารมวลชน กลุ่มเพื่อน สื่อออนไลน์และเทคโนโลยี ได้แบ่งองค์ประกอบของความรู้ทางสุขภาพในวัยรุ่นเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับพื้นฐาน (functional) คือ ความสามารถในการอ่านเขียนเพื่อเข้าถึงข้อมูล 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ (interactive) คือ

ความสามารถในการอ่านเขียนได้ มีทักษะการสื่อสาร ข้อมูลด้านสุขภาพ และการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ 3) ระดับวิจารณ์ญาณ (critical) คือ ความสามารถในการประเมินข้อมูลด้านสุขภาพ 4) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) คือ ความสามารถในการวิเคราะห์และประเมินข้อมูลจากสื่อสารมวลชน การส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพของวัยรุ่นทั้ง 4 องค์ประกอบนั้น ต้องคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ คือ คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา เชื้อชาติ ทักษะทางสังคม ทักษะทางปัญญา ความสามารถทางกาย การใช้สื่อ อิทธิพลจากเพื่อนและครอบครัว บริบทของระบบสื่อสารมวลชน ระบบการศึกษา และระบบสุขภาพ ทั้งนี้รูปแบบของการพัฒนาต้องมีความหลากหลายเป็นพหุวิธี จึงจะส่งผลดีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ครอบคลุมถึง พฤติกรรมสุขภาพ ต้นทุนทางสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพ

สำหรับประเทศไทย กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข¹⁴ ศึกษาวิจัยความรู้ทางสุขภาพของประชาชนในหลายกลุ่มวัย สรุปว่า ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) คือ ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และการจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพได้ ส่งผลให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพที่ดี ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลักคือ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access skill) หมายถึง การใช้ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่ง จนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ 2) ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive skill) หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติ 3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจ และยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน 4) ทักษะการจัดการตนเอง (self-management skill)

หมายถึง ความสามารถในการกำหนด เป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติพร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมาย เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง 5) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดีผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/ หลีกเลี่ยง พร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 6) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy skill) หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชน และสังคม

สรุปได้ว่าความรู้ทางสุขภาพเป็นทักษะทางปัญญาและสังคมทำให้บุคคลมีแรงจูงใจมีความสามารถในการเข้าถึงเข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดี มีองค์ประกอบที่ต้องตระหนักถึงในการยกระดับให้มีเพิ่มขึ้นคือ 1) ระดับพื้นฐาน 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ 3) ระดับวิจารณ์ญาณ การส่งเสริมให้มีความรู้ทางสุขภาพที่มากขึ้นทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์สุขภาพต่อบุคคล ชุมชน สังคมประเทศชาติในเชิงบวก ดังนั้นในการปฏิบัติงานพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจ และเลือกใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความรู้ของทางสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มเด็กนักเรียน มีการพิจารณาถึงหลักฐานเชิงประจักษ์จากการใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีเหล่านั้น ดังต่อไปนี้

บทบาทพยาบาลกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice: EBP)

ปัจจุบันการดูแลสุขภาพของประชาชนต้องพัฒนาให้ทันต่อสถานการณ์ และวิทยาการความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ในยุคการสื่อสารไร้พรมแดนประชาชน

มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพจากช่องทาง และสื่อต่าง ๆ มากขึ้น ทำให้มีความคาดหวังสูงต่อการบริการ และมีการปกป้องสิทธิของตนเองมากขึ้น พยาบาลจึงต้องให้บริการในสิ่งที่ดีที่สุด การปฏิบัติในสิ่งที่ดีที่สุดนั้นต้องได้ข้อมูลมาจากการพิสูจน์จากการวิจัยแล้วว่าก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีนั่นคือ การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice: EBP)¹⁵

แนวคิดและกระบวนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ คือ การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาหรือการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โดยพิจารณาจากหลักฐานที่ดีที่สุดซึ่งมีความชัดเจน มีเหตุมีผลที่มีอยู่ในขณะนั้นอย่างรอบคอบ เป็นการบูรณาการ 3 ส่วน คือ 1) ความเชี่ยวชาญของบุคลากรด้านสุขภาพ 2) ค่านิยมของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ 3) หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด และนำมาใช้ในการตัดสินใจถึงวิธีการหรือกระบวนการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับบริการโดยความเชี่ยวชาญของบุคลากรสุขภาพ เกิดจากการสังสมประสบการณ์จากการทำงาน การศึกษาและฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่เฉพาะด้าน ในขณะที่ตัวผู้ป่วย/ผู้รับบริการจะเกี่ยวข้องกับการกำหนดสิ่งที่ตนให้ความสำคัญ/คาดหวังและเห็นว่าคุณค่า ส่วนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด จะเกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้องโดยใช้วิธีการศึกษาหรือวิจัยที่เชื่อถือได้อย่างเป็นระบบ ทั้งนี้กระบวนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ สรุปได้ดังนี้¹⁵⁻¹⁷

1. การประเมินผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (assess the patient) เริ่มจากการประเมินปัญหาของผู้ป่วยหรือกำหนดปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยหรือการให้บริการที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง

2. การตั้งคำถาม (ask the question) เป็นการตั้งคำถามเพื่อใช้ในการหาคำตอบต่อปัญหาในข้อ 1 ซึ่งอาจเป็นคำถามเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุด

ในด้านกรวินิจฉัยโรค วิธีการรักษา การพยากรณ์โรค ต้นเหตุของการเกิดโรคและการป้องกัน ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ เป็นต้น

3. การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (acquire the evidence) เป็นการเลือกแหล่งสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น ใช้เว็บไซต์และฐานข้อมูลค้นคว้า และหรือทำการค้นคว้า/ศึกษาวิจัยด้วยวิธีที่เหมาะสม ที่นิยมใช้กันคือ วิธีการ PICO เพื่อช่วยสืบค้นในการกำหนดคำสำคัญ ดังนี้ P – Population/Patient/Problem ใช้สำหรับเลือกผู้ป่วยหรือปัญหา เช่น โรค หรือสภาวะการณ หรือประชากรที่สนใจ I – Intervention (s) ใช้สำหรับเรื่องการจัดการหรือการกระทำ เช่น การรักษา ความเสี่ยง การทดสอบ กลยุทธ์ที่ใช้ วิธีการศึกษาวิจัยที่ใช้หรือข้อบ่งชี้ C– Comparison ใช้สำหรับการเปรียบเทียบ เช่น เปรียบเทียบกับทางเลือกอื่น ๆ หรือสิ่งที่ควบคุมในการศึกษาวิจัยการทดลอง O – Outcome ใช้สำหรับผลลัพธ์ เช่น ผลที่เกิดขึ้น ผลลัพธ์หรือสิ่งที่ดีขึ้นของสิ่งที่วัดได้จากการจัดกระทำหรือการศึกษาวิจัย

4. การประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (appraise the evidence) เป็นการประเมินด้านความแม่นยำและความสามารถในการประยุกต์ใช้ได้จริง ซึ่งวิธีการศึกษาวิจัยมีหลายรูปแบบ แต่ละรูปแบบมีความแม่นยำ และความลำเอียงของหลักฐานเชิงประจักษ์นั้นแตกต่างกัน ซึ่งสามารถแบ่งระดับความเชื่อถือได้เป็น 7 ระดับ จากเชื่อถือได้มากไปน้อยคือ ระดับที่ 1 จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) หรือการวิจัยแบบ meta-analysis ของงานวิจัยทั้งหมดที่เป็นการทดลองแบบสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (randomized controlled trials) ระดับที่ 2 หลักฐานที่มาจากงานวิจัยแบบทดลอง แบบสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (randomized controlled trials) ระดับที่ 3 หลักฐานที่มาจากงานวิจัยแบบทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม ที่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (well-designed controlled trials without randomization) ระดับที่ 4 หลักฐานที่มาจากงานวิจัยแบบติดตามกลุ่มตัวอย่าง (well-designed

case-control and cohort studies) ระดับที่ 5 หลักฐานที่มาจากทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ของงานวิจัยแบบบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ (descriptive and qualitative studies) ระดับที่ 6 หลักฐานที่มาจากงานวิจัยแบบบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ (descriptive and qualitative studies) ระดับที่ 7 หลักฐานที่มาจากรายงานความคิดเห็นของคณะผู้เชี่ยวชาญ (reports of expert committees)

5. การนำไปใช้ (apply: talk with the patient) เป็นขั้นตอนที่บุคลากรด้านสุขภาพนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการพิจารณาว่าดีที่สุดไปใช้ในการดูแล และให้บริการ เพื่อแก้ไขปัญหาโดยสิ่งนั้นต้องตรงกับความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับบริการด้วย

6. การประเมินผล (evaluation) เป็นขั้นตอนที่บุคลากรสุขภาพประเมินผลการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เพื่อที่จะก่อให้เกิดการปรับปรุงพัฒนาหรือยึดเป็นแนวปฏิบัติหรือมาตรฐานการปฏิบัติต่อไป

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ถือเป็นสมรรถนะหลักของบุคลากรทีมสุขภาพ ในการบูรณาการงานวิจัยที่เป็นหลักฐานที่ดีที่สุดกับความเชี่ยวชาญทางคลินิกและคำนึงถึงความพึงพอใจ ค่านิยมของผู้รับบริการ จะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีที่สุด เป็นแนวทางสำคัญที่พยาบาลใช้ในการประเมินสภาพปัญหา และประเมินคุณภาพหลักฐานต่าง ๆ ก่อนนำไปปฏิบัติในคลินิกกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ จากแนวคิดและกระบวนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ สรุปได้ว่าพยาบาลจะต้องมีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในบทบาทการทำงานทั้ง 4 มิติคือ การป้องกัน ดูแล ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ การแก้ไขปัญหาเด็กนักเรียนอ่อนแอในเขตเมือง ควรเริ่มจากการอ่านทบทวนวรรณกรรมในการวิจัยให้มากขึ้นทั้งในประเทศ และต่างประเทศ โดยมีหลักในการพิจารณาคุณภาพ และความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย เพื่อที่จะนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการศึกษาวิจัยเหล่านั้นไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนปฏิบัติงาน

หรือทำการวิจัยต่อยอดจากงานวิจัยที่ผ่านมา นำหลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาเป็นแนวทางมาตรฐานในการปฏิบัติพยาบาล โดยมีการประเมินผลการใช้ และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

หลักฐานเชิงประจักษ์ของความรอบรู้ทางสุขภาพ

การศึกษาทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และโรคอ้วนของเด็กนักเรียนเขตเมืองอันในทศวรรษที่ผ่านมาของประเทศไทย สรุปได้ดังนี้

1. กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสถาบันพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร¹⁴ ศึกษาเรื่องการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ในกลุ่มเด็กวัยเรียน (อายุ 7-14 ปี) 2,500 คน ที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนในชุมชนหรือใกล้เคียงหมู่บ้านจัดการสุขภาพ วิธีการศึกษาเชิงพรรณนา โดยมีกระบวนการหาคุณภาพของเครื่องมือตามหลักการวิจัย ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพของ Nutbeam¹¹⁻¹² ใน 3 ระดับ และ 6 องค์ประกอบ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มเด็กวัยเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ (ร้อยละ 59.94) ระดับดีมาก (ร้อยละ 36.97) และระดับไม่ดี (ร้อยละ 3.09) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติพบว่า มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีมาก (ร้อยละ 45.08) ระดับพอใช้ (ร้อยละ 36.72) ระดับไม่ดี (ร้อยละ 18.20)

2. อารยา ทิพย์วงศ์ และจารุณี นุ่มพูล¹⁸ ศึกษาวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนกับพฤติกรรมการบริโภค

อาหาร และการออกกำลังกายในเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 คน วิธีการศึกษาเชิงพรรณนา โดยมีกระบวนการหาคุณภาพของเครื่องมือตามหลักการวิจัย ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพของ ดอน นัทบีม¹² ใน 6 ประกอบ ผลการศึกษาพบคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ มีค่าสูงสุด รองลงมาคือ ทักษะการตัดสินใจ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายอยู่ในระดับมาก ความฉลาดทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วน ด้านทักษะการตัดสินใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามลำดับ

3. อังศิรินทร์ อินทรกำแหง และปชาวุธ อินทรกำแหง¹⁹ ศึกษาวิจัยเรื่องการประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ และโมเดลเชิงสาเหตุของเด็กไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกิน วัตถุประสงค์เพื่อสร้างและพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ทางสุขภาพและประเมินระดับความรอบรู้ และพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในเด็กไทย กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กและเยาวชนที่มีอายุ 9-14 ปี และมีภาวะน้ำหนักเกินหรือมีรูปร่างท้วม จำนวน 2,000 คน วิธีการศึกษาเชิงพรรณนา โดยมีกระบวนการหาคุณภาพของเครื่องมือตามหลักการวิจัย ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพของ ดอน นัทบีม¹¹⁻¹² ใน 3 ระดับ และ 6 องค์ประกอบ ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดีพอร้อยละ 60.40 ระดับพอใช้ร้อยละ 38.30 และระดับดีมากเพียงร้อยละ 1.30 พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนอยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 58.40 รองลงมาอยู่ในระดับไม่ดีพอร้อยละ 39 และมีระดับดีมากเพียงร้อยละ 2.60 ทักษะทางปัญญาระดับพื้นฐานที่วัดจากความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลและบริการ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน โดยส่งผ่านทักษะทางสังคมระดับ

ปฏิสัมพันธ์ และทักษะทางปัญญาในระดับวิจารณ์ด้วย
น้ำหนักอิทธิพลเท่ากับ .76, .97 และ .55

4. ลดาพร ทองสง และวนิดา เณรานนท์²⁰
ศึกษาวิจัยเรื่องความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรค
อ้วนของเด็กวัยเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร วัตถุประสงค์
เพื่อพัฒนาเครื่องมือและศึกษาความสัมพันธ์โครงสร้าง
เชิงสาเหตุ ของความรอบรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรม
สุขภาพในการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนประถมศึกษา
ในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนประถม
ศึกษา 4-6 ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 600 คน วิธี
การศึกษาเชิงพรรณนา โดยมีกระบวนการหาคุณภาพของ
เครื่องมือตามหลักการวิจัย ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้
ทางสุขภาพของ ดอน นัทปีม¹¹ ใน 3 ระดับร่วมกับแนวคิด
ในการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพของวัยรุ่นของ
แมนกาเนลโล¹³ ใน 4 ระดับ ผลการศึกษา พบว่าความรอบรู้
ทางสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วนประกอบด้วย 3 องค์
ประกอบคือ ทักษะระดับพื้นฐาน ประกอบด้วย การเข้า
ถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน ทักษะ
ระดับปฏิสัมพันธ์ ประกอบด้วย การสื่อสารในการป้องกัน
โรคอ้วนและทักษะระดับวิจารณ์ประกอบด้วย การ
รู้เท่าทันสื่อและการจัดการตนเองในการป้องกันโรคอ้วน
และองค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกัน
โรคอ้วน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ การรับ
ประทาน การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์
พบว่าพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วนได้รับอิทธิพล
ทางตรงจากความรอบรู้ทางสุขภาพในทักษะระดับ
วิจารณ์ โดยมีความอิทธิพล .65 และได้รับอิทธิพล
ทางอ้อมจากความรอบรู้ทางสุขภาพในทักษะระดับ
พื้นฐาน และทักษะระดับปฏิสัมพันธ์ผ่านทักษะระดับ
วิจารณ์ โดยมีความอิทธิพล .46, .58 ตามลำดับ
สรุปได้ว่าหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากผล
การศึกษาวิจัยในตัวอย่างข้างต้นของประเทศไทย
ส่วนใหญ่จะใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพของ
ดอน นัทปีม¹¹⁻¹² และแมนกาเนลโล¹³ ความรอบรู้ทาง

สุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนที่เป็นทักษะพื้นฐาน ทักษะ
ระดับปฏิสัมพันธ์ ทักษะระดับวิจารณ์ของ
เด็กนักเรียนไทยทั้งกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มปกติ จะมี
ความสัมพันธ์และส่งผลทำให้เกิดสุขภาพที่ดีในเชิงบวก
นั่นคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 คือ อาหาร
ออกกำลังกาย และอารมณ์ ผลการศึกษาที่มีความสอดคล้อง
กันว่าเด็กนักเรียนไทยยังมีความรอบรู้ทางสุขภาพ และ
พฤติกรรมสุขภาพยังไม่ดีพอ ดังนั้นพยาบาลผู้มีบทบาท
รับผิดชอบด้านสุขภาพนักเรียนโดยตรง สามารถนำ
หลักฐานเชิงประจักษ์ในข้างต้นไปประยุกต์ใช้ในการเลือก
ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีของความรอบรู้ทางสุขภาพ
ที่เหมาะสม และนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากผล
การศึกษาวิจัยไปเป็นแนวทางในวางแผน และประยุกต์
ใช้ในการปฏิบัติงานนั่นคือ การส่งเสริมความรอบรู้
ทางสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคอ้วนให้กับเด็กนักเรียนเขตเมือง

แนวทางการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์สู่บทบาทพยาบาล ในการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกัน โรคอ้วนในเด็กนักเรียนเขตเมือง

จากการสืบค้น และวิเคราะห์ศึกษาหลักฐาน
เชิงประจักษ์คือ ผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ
ความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็ก
นักเรียน และประสบการณ์การศึกษางานวิจัยของผู้เขียน
ในข้างต้น ทำให้เห็นถึงแนวทางในการส่งเสริมความรอบรู้
ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคอ้วน
ในกลุ่มเสี่ยงคือ เด็กนักเรียนเขตเมือง ภายใต้การผนวก
กรอบการพยาบาล และนำแนวคิดทฤษฎีของ
ความรอบรู้ทางสุขภาพ และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้
จากผลการวิจัยไปสู่การประยุกต์ใช้ในบทบาทพยาบาล
คือ การส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกัน
โรคอ้วนในเด็กนักเรียนเขตเมืองตามกระบวนการ
พยาบาลใน 4 ขั้นตอน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กนักเรียนเขตเมือง

กระบวนการใช้ หลักฐานเชิงประจักษ์	บทบาทพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล
<p>ขั้นตอนที่ 1-5</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินผู้ป่วย/ผู้รับบริการ (assess the patient) 2. การตั้งคำถาม (ask the question) 3. การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (acquire the evidence) 4. การประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (appraise the evidence) 5. การนำไปใช้ (apply: talk with the patient) 	<p>ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ (health literacy assessment)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคอ้วนในกลุ่มเป้าหมายต้องวางแผนงานจำแนกกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มเสี่ยงมากกลุ่มเสี่ยงน้อย อาจประเมินเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม หรือรายชั้นเรียนหรือตามช่วงวัย 2. พยาบาลต้องตระหนักถึงอายุ พัฒนาการที่แตกต่างกันไปตามช่วงวัย โรคประจำตัว และความสามารถด้านทักษะพื้นฐานในการพูด อ่าน เขียน ได้อย่างเข้าใจ รวมถึงสิทธิเด็ก ความยินยอมจากตัวเด็กและผู้ปกครอง 3. พิจารณาเลือกองค์ประกอบของกรอบแนวคิดทฤษฎีของความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ อายุ และช่วงวัยของเด็กนักเรียน 4. พัฒนาเครื่องมือ หรือแบบวัดในการประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคอ้วน หรือเลือกใช้เครื่องมือที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ และมีคุณภาพของเครื่องมือที่เหมาะสมกับบริบท และช่วงวัยของเด็กนักเรียนเขตเมือง 5. ประสานงานกับโรงเรียน ผู้ปกครองในการเข้าไปประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคอ้วนในกลุ่มเป้าหมาย 6. กำหนดกรอบเวลาของกระบวนการทั้งหมด
	<p>ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยปัญหา (diagnosis)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. วิเคราะห์ปัญหาจากผลของการใช้เครื่องมือ หรือแบบวัดหรือแบบประเมิน โดยสรุปผลระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคอ้วนในกลุ่มเป้าหมายโดยรวม และรายด้านตามองค์ประกอบของกรอบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ 2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคอ้วนหรือปัญหาที่ค้นพบ เช่นบริบทของสิ่งแวดล้อมที่บ้าน และโรงเรียน นโยบาย และแผนงานด้านสุขภาพของโรงเรียน เป็นต้น 3. นำเสนอผลสรุปการวิเคราะห์ และการวินิจฉัยปัญหาที่ค้นพบต่อทีมงานสุขภาพ ผู้บริหารโรงเรียน ชุมชนผู้ปกครอง และนักเรียน

กระบวนการใช้
หลักฐานเชิงประจักษ์

บทบาทพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนสู่ปฏิบัติการ (planning and intervention)

1. สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงรูปแบบ และวิธีการแก้ไขปัญหาความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีประสิทธิภาพตามองค์ประกอบของกรอบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้
2. วางแผนการดำเนินงาน เขียนแผนงาน เพื่อแก้ไขปัญหา
3. จัดประชุมร่วมกันในฐานะผู้จัดการของทีมงาน ซึ่งควรประกอบไปด้วย ทีมสุขภาพสหสาขา ทีมครูอาจารย์ ผู้บริหารโรงเรียน และทีมตัวแทนของผู้ปกครอง
4. พยาบาลนำเสนอแผนงาน และดำเนินการระดมความคิดเห็นร่วมกันในการ
 - 4.1 กำหนดเป้าหมาย
 - 4.2 กำหนดเกณฑ์ประเมินผลลัพธ์/วิธีการประเมินผลลัพธ์
 - 4.3 กำหนดรูปแบบกิจกรรมหรือวิธีการ เพื่อแก้ปัญหาและส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคอ้วน
 - 4.4 กำหนดระยะเวลาในการดำเนินการปฏิบัติ และระยะเวลาในการติดตามประเมินผล

ขั้นตอนที่ 6

6. การประเมินผล (evaluation)

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลลัพธ์และทบทวน (evaluation and revision)

1. ประเมินผลลัพธ์ และตรวจสอบผลลัพธ์ย่อยตามที่ได้กำหนดเป้าหมาย กำหนดเกณฑ์ประเมินผลลัพธ์ และวิธีการประเมินผลลัพธ์ในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ
2. ประเมินผลลัพธ์ และตรวจสอบผลลัพธ์หลักคือ ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนโดยรวม และรายด้านตามองค์ประกอบของกรอบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ วิธีการประเมินอาจใช้แบบประเมินเดิม หรือแบบประเมินคู่ขนานหรือใช้แบบการประเมินทักษะทางปัญญา และส่งผ่านการพูด อ่าน เขียน ตอบคำถาม และการแสดงความคิดเห็น
3. ประเมินผลลัพธ์ และตรวจสอบผลลัพธ์หลักที่เป็นผลมาจากการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพนั้นคือ
 - 3.1 ภาวะอ้วนโดยการติดตามชั่งน้ำหนัก ส่วนสูง และภาวะโภชนาการ
 - 3.2 ติดตามพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคอ้วน (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) โดยกำหนดรูปแบบการประเมินติดตาม และระยะเวลาที่เหมาะสม
4. สรุปความสำเร็จของการแก้ไขปัญหา ทบทวนกระบวนการปัญหา และอุปสรรค
5. ถอดบทเรียน ผลการดำเนินการจากการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ สรุปเป็นข้อค้นพบใหม่
6. สร้างเป็นแนวปฏิบัติของทีมสุขภาพ และแนวปฏิบัติของโรงเรียนในการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กนักเรียนเขตเมือง

สรุป

สถานการณ์โรคอ้วนในเด็กนักเรียนไทยในเขตเมืองมีอัตราความชุกสูงชันอย่างรวดเร็ว สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นอย่างเร่งด่วนในการยกระดับความรู้ทางสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กนักเรียนในเขตเมือง ให้เป็นไปตามเป้าหมายของในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญยิ่ง การป้องกันโรคอ้วนแก่เด็กนักเรียนเขตเมืองได้อย่างยั่งยืนนั้น พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจในแนวคิดทฤษฎีของความรู้ทางสุขภาพ แนวคิดและกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และมีสมรรถนะในการสืบค้นวิเคราะห์ ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อสามารถเลือกใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีของความรู้ทางสุขภาพที่เหมาะสมกับเด็กนักเรียน

เขตเมือง และที่สำคัญต้องมีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากผลการศึกษาวิจัยไปเป็นแนวทาง และประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานนั้นคือ การส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคอ้วนตามกระบวนการพยาบาลได้ใน 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินความรู้ทางสุขภาพ 2) การวินิจฉัยปัญหา 3) การวางแผนสู่ปฏิบัติการ 4) การประเมินผลลัพธ์และทบทวน โดยยึดหลักการการทำงานเป็นทีม การดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมร่วมกับโรงเรียน ชุมชน ผู้ปกครอง และทีมสุขภาพสหสาขา เพื่อให้เกิดการปรับปรุง และพัฒนาคุณภาพงานพยาบาลด้านป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีที่สุดต่อเด็กนักเรียนเขตเมือง และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพให้กับประเทศไทยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization Consultation. Obesity : preventing and managing the global epidemic. Geneva: E-Publishing Inc; 2000.
2. Society of Pediatric Nutrition of Thailand. Guidelines for prevention and treatment of obesity in children 2014 [Internet]. 2014 [cited 2020 may 5]. Available from: <http://www.thaipediatrics.org/Media/media-20161208151655.pdf> (in Thai)
3. World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. 2019 [cited 2020 may 5]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
4. Ministry of Public Health, Department of Health. Department of Health Annual Report, Thailand 2017 [Internet]. 2018 [cited 2020 may 6]. Available from: http://planning.anamai.moph.go.th/download/D_report_year/Report_DoH61.pdf (in Thai)
5. Ekphlakron V. Thai public health survey report by physical examination 4th 2008-2009, National Health Examination Survey Office. Bangkok: Graphico Systems; 2011. (in Thai)
6. Ekphlakron V. Thai public health survey report by physical examination 5th 2014. Bangkok: Graphico Systems; 2016. (in Thai)
7. Ministry of Public Health, Strategy and Planning Division. Statistical Thailand 2016 [Internet]. 2016 [cited 2020 may 6]. Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/For%20Website_Statistical%20Thailand%202016.pdf (in Thai)

8. Ministry of Public Health, Division of Non Communicable Diseases. Annual report 2017. Bangkok: Aksorn Graphic & Design; 2017. (in Thai)
9. Ministry of Public Health, National Committee for the Development of the 12th National Health Development Plan. National health development plan 12th ed (2017-2021). Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2016. (in Thai)
10. World Health Organization. Health literacy and health promotion. Definitions, concepts and examples in the eastern mediterranean region. Individual empowerment conference working: document. 7th global conference on health promotion promoting health and development. Nairobi, Kenya [Internet]. 2009 [cited 2020 may 5]. Available from: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf
11. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 2000;15(3):259-67.
12. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine* 2008;67(12): 2072-8.
13. Manganello JA. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research* 2008;23(5):840-7.
14. Department of Health Service Support, Health Education Division. The results of the assessment of health literacy and health behavior among Thai children and youth according to the national health act. Nonthaburi: Health Education Division; 2016. (in Thai)
15. Picheansathian W. Searching for evidence: essential skills of nurses in Thailand 4.0. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice* 2018;5(1):136-48. (in Thai)
16. Kanhadilok S, Punsumreung T, Malai C. Evidence based teaching strategies in nursing. *Journal of Nursing and Health Care* 2017;35(4):34-41. (in Thai)
17. Kummatid A, Markrat M. Using the systematic review to provide a complete summary on a research question in evidence-based practice: a 3-step method. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2017;3(3):246-59. (in Thai)
18. Thipwong A, Numphol J. The associations between health literacy related to obesity and health behaviour : eating and exercise in overnutritional children, Bangkok. *Journal of Public Health Nursing* 2014;28(2):1-11. (in Thai)
19. Intarakamhang U, Intarakamhang P. Health literacy scale and causal model of childhood overweight. *Journal of Research in Health Sciences* 2017;17(1):e00368.
20. Thongsong L, Neranon W. Health literacy for obesity prevention of school-age children in Bangkok Metropolitan [research report]. Bangkok: Navamindradhiraj University; 2020. (in Thai)