

การศึกษาทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับให้บริการอนามัยโรงเรียนระดับประถมศึกษาในประเทศไทย

อรพรรณ อ่อนจ*

นิริเจน กิตติรัชกุล*

ณัย ชินคำ*

นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร[†]

ยศ ติระวัฒนานนท์*

ศรีเพ็ญ ตันติเวสส*

ผู้รับผิดชอบบทความ: นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร

บทคัดย่อ

ในประเทศไทยมีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเด็กวัยเรียนผ่านโครงการอนามัยโรงเรียนโดยความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิกับโรงเรียน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทรัพยากรในการให้บริการอนามัยโรงเรียนระดับประถมศึกษา โดยใช้วิธีการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ใน 2 จังหวัดที่เป็นกรณีศึกษา คัดเลือกจังหวัดด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง โดยเป็นจังหวัดที่มีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรและทองแดง และทั้ง 2 จังหวัดอยู่ต่างภูมิภาคกัน คัดเลือกโรงเรียนในแต่ละจังหวัดด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรและทองแดง ในสองจังหวัดนี้ คณะวิจัยได้เก็บข้อมูลในโรงเรียนระดับประถมศึกษาจำนวน 9 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 3 แห่ง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้อำนวยการโรงเรียน 9 คน ครูอนามัย 9 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 คน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม และการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการศึกษา พบว่า ครูอนามัยส่วนใหญ่เป็นครูที่บรรจุใหม่ ยังขาดความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพแก่นักเรียน งบประมาณที่โรงเรียนได้รับจากหน่วยงานภาครัฐยังไม่เพียงพอต่อการให้บริการอนามัยโรงเรียน เครื่องมือที่ใช้ตรวจสอบสุขภาพนักเรียน เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดส่วนสูง ไม่ได้รับการสอบเทียบมาตรฐานด้วยวิธีที่ถูกต้อง ส่งผลให้ข้อมูลการเจริญเติบโตของนักเรียนไม่ตรงกับความเป็นจริง ไม่สามารถสะท้อนถึงปัญหาที่แท้จริงได้ นอกจากนี้ยังพบว่าการดำเนินงานบริการอนามัยโรงเรียนนั้น ยังขาดการบริหารจัดการที่เป็นระบบและขาดการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน

สรุปได้ว่า การดำเนินงานบริการอนามัยโรงเรียนยังขาดแคลนทรัพยากรที่จำเป็นในทุกๆ ด้าน เพื่อสุขภาพที่ดีของเด็กนักเรียน จำเป็นจะต้องมีการพัฒนาในเรื่องความรู้ของบุคลากร มีการจัดสรรงบประมาณและสนับสนุนเครื่องมือในการตรวจสอบสุขภาพอย่างเหมาะสม และมีการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบในการให้บริการอนามัยโรงเรียน

คำสำคัญ: ทรัพยากร บริการอนามัยโรงเรียน โรงเรียนระดับประถมศึกษา

Resources for the Elementary School Health Services in Thailand

Orapan Onjon*, Nitichen Kittirachakool*, Danai Chinnacom*, Naiyana Praditsithikorn[†], Yot Teerawattananon*, Sripen Tantivess*

* Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP), Ministry of Public Health

[†] Institute of Research, Knowledge Management and Standards for Disease Control (IReM), Department of Disease Control, Ministry of Public Health

Corresponding author: Naiyana Praditsithikorn, naiyana.pr@gmail.com

* โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

[†] สถาบันวิจัย จัดการความรู้ และมาตรฐานการควบคุมโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

Abstract

In Thailand, health promotion and disease prevention in children have been operated through school health programs with the collaboration between primary health care units and schools. This study aimed to explore the availability and quality of essential resources at school level of the Elementary School Health Services (ESHS) in Thailand. The methods used in this study were semi-structure interviews and in-depth interviews. Two provinces were purposively selected with specific sampling method, while schools were selected using simple random method. The informants included school directors and school-health teachers from 9 schools and health care workers from 3 health promoting hospitals at the subdistrict level.

Although school-health teachers played an important role in this program, this study showed that most of the teachers were newly recruited with little or no experience in providing school health services and that the turn-over rate was high. This was because the unclear career path for such a position also due to inadequate training provided. Moreover, school directors mentioned about shortages of ESHS budget. Devices and equipment for health checks in most study settings were not properly maintained or regularly calibrated. As a result, health information of students was likely not accurate. Also, it was found that a lack of management and linkage between the agencies were the problems in school health services.

To sum up, the school health services lacked the necessary resources in all aspects. Therefore, there was a need for knowledge development of human resources, supported budget and materials for health checks, and better management of school health services.

Keywords: resources, school health services, elementary schools

ภูมิหลังและเหตุผล

เด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาจำนวนมากมีปัญหาทางด้านสุขภาพ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการศึกษาเล่าเรียนทั้งในปัจจุบันและในระดับชั้นที่สูงขึ้น รวมถึงการเกิดผลเสียต่อเนื่องไปจนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ จากการสำรวจภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียนในปี พ.ศ. 2551-2552⁽¹⁾ รายงานว่า การเจริญเติบโตของเด็กไทยอายุ 6-11 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ พบว่ามีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 13 และน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ร้อยละ 11.9 แต่หากเปรียบเทียบส่วนสูงตามเกณฑ์อายุจะพบว่ามีส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 9.6 ซึ่งปัญหาที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการและพัฒนาการทางกายนี้อาจนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยในระยะสั้นเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการมักจะมีระดับสติปัญญาต่ำกว่าและการเรียนรู้ช้ากว่าเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ และเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค

เรื้อรัง⁽¹⁾ นอกจากนี้ ยังพบว่าเด็กไทยอายุ 6-12 ปี มีภาวะสายตาสั้นผิดปกติร้อยละ 6.6⁽²⁾ และมีปัญหาด้านการได้ยินร้อยละ 2.1⁽³⁾ การทดสอบระดับสติปัญญาในเด็กไทยอายุ 6-14 ปี ในปี พ.ศ. 2551-2552⁽⁴⁾ พบว่าเด็กไทยมีระดับสติปัญญาต่ำกว่าปกติมากถึงร้อยละ 49.9 ซึ่งตามเกณฑ์ทฤษฎีแล้วควรมีความบกพร่องนี้ไม่เกินร้อยละ 25

ปัญหาสุขภาพที่กล่าวข้างต้นสามารถป้องกันและแก้ไขได้โดยใช้มาตรการที่เหมาะสม การดำเนินงานอนามัยโรงเรียนในประเทศไทยอยู่ภายใต้ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขกับโรงเรียน มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดบริการสุขภาพให้แก่เด็กนักเรียนในโรงเรียน มี 4 เรื่องหลัก ได้แก่ สุขศึกษาในโรงเรียน อนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน บริการอนามัยโรงเรียน และความสัมพันธ์ระหว่างบ้านกับโรงเรียน⁽⁵⁾ โดยบริการอนามัยโรงเรียนมี 3 เรื่อง ได้แก่ การตรวจสุขภาพนักเรียน การเฝ้าระวังสุขภาพ และการรักษาพยาบาล ยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข



ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 ได้กำหนดตัวชี้วัดการให้บริการ กลุ่มเด็กวัยเรียน (5-14 ปี) เกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพ ร่วมกับโรงเรียนในหัวข้อบริการสุขภาพอนามัยนักเรียน และการช่วยเหลือ ติดตามและส่งต่อนักเรียน โดยมีเป้าหมายให้เด็กนักเรียนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน และมีระบบติดตามและส่งต่อการบริการสุขภาพด้วย⁽⁶⁾

นอกจากนี้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (health promotion and disease prevention: P&P) ในกลุ่มเด็กวัยเรียน (อายุ 6-12 ปี) ตามชุดสิทธิประโยชน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)⁽⁷⁾ ได้กำหนดกิจกรรมที่ต้องได้รับเป็นเป้าหมายร้อยละ 100 ทั้งหมด 32 กิจกรรม ภายใต้ 3 กลุ่มงาน ได้แก่ 1) การชักชวน ประวัติ การประเมินพฤติกรรม และการตรวจร่างกาย เช่น การตรวจร่างกายทุกระบบ การวัดสายตา การตรวจการได้ยิน การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง 2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการให้คำปรึกษาแนะนำ และการให้ความรู้ (รวมทั้งพ่อแม่และผู้ปกครอง) เช่น การปฏิบัติตามสุขบัญญัติ การส่งเสริมความปลอดภัยและการป้องกันอุบัติเหตุ การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพช่องปากตามกลุ่มวัย และ 3) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน เช่น การให้ฟลูออไรด์เคลือบฟัน การให้ยาเสริมธาตุเหล็ก และการให้วัคซีน

ในปี พ.ศ. 2541 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการได้ริเริ่มโครงการ “โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนางานอนามัยโรงเรียนให้มีความครอบคลุมทุกมิติในด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม โรงเรียนทุกระดับชั้นทั้งในภาครัฐและภาคเอกชนเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ ทั้งนี้ ในปี พ.ศ. 2556 มีโรงเรียนระดับประถมศึกษาภายใต้สังกัด สพฐ. ร้อยละ 94 เข้าร่วมโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเกณฑ์การประเมินโรงเรียนมีทั้งหมด 4 ระดับ ได้แก่ ระดับเพชร ทอง เงิน และทองแดง ผลการประเมินมีอายุ 3 ปี สำหรับหัวข้อการประเมินประกอบด้วย 10 องค์ประกอบ⁽⁸⁾ ในองค์ประกอบที่ 5 เป็นหัวข้อเกี่ยวกับบริการอนามัย

โรงเรียนซึ่งครอบคลุมบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเด็กวัยเรียนตามชุดสิทธิประโยชน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) นอกจากนี้ คู่มือโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพได้กล่าวถึงความหมายของบริการอนามัยโรงเรียนไว้ว่า “โรงเรียนจัดให้มีบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับนักเรียนทุกคน เพื่อเฝ้าระวังและค้นหาอาการผิดปกติหรือความบกพร่องด้านสุขภาพเบื้องต้น ทำให้ทราบภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป และเป็นการป้องกันมิให้เกิดความรุนแรงของโรค หรือเกิดความพิการในภายหลัง” สำหรับแนวทางการดำเนินงานในองค์ประกอบที่ 5 บริการอนามัยโรงเรียน ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) การตรวจสุขภาพนักเรียน เป็นการให้บริการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเป็นบริการขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช. ครูอนามัยมีบทบาทเป็นผู้ประสานงานและตรวจสุขภาพนักเรียนเบื้องต้น เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินภาวะการเจริญเติบโต ทดสอบสายตา และบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกการตรวจสุขภาพประจำตัวนักเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทในการตรวจสุขภาพนักเรียนและสรุปผลการตรวจสุขภาพให้โรงเรียนทราบ เพื่อช่วยเหลือและแก่นักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพ 2) การเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ ครูอนามัยมีบทบาทในการประสานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อขอรับแบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเองประจำตัวนักเรียน สอนและสาธิตการประเมินสุขภาพเบื้องต้นให้แก่ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทในการทดสอบการได้ยิน ตรวจภาวะขาดสารไอโอดีนและความผิดปกติทางคอ และตรวจสุขภาพช่องปาก และ 3) การจัดบริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การจัดห้องพยาบาลในโรงเรียนเป็นบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่โรงเรียนทุกแห่งต้องจัดให้นักเรียน ครูอนามัยมีบทบาทในการจัดหาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ให้การดูแลรักษาเบื้องต้นและบันทึกหลักฐานการให้บริการ นำข้อมูลการเจ็บป่วยมาวิเคราะห์ และส่งต่อนักเรียนที่เจ็บป่วยเกินขอบเขตการให้บริการของห้องพยาบาล⁽⁵⁾

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่านักเรียนทุกคน ไม่ว่าจะ

เรียนในโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพหรือไม่ จะได้รับการดูแลด้านสุขภาพ และการที่โรงเรียนเข้าร่วมโครงการดังกล่าวน่าจะเป็นโอกาสให้บริการอนามัยโรงเรียนได้รับการติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพอย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตาม ปัญหาสุขภาพที่เด็กวัยเรียนเผชิญอยู่ชี้ให้เห็นว่า การดำเนินงานบริการอนามัยโรงเรียนไม่บรรลุเป้าประสงค์ ซึ่งอาจเกิดจากหลายสาเหตุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขาดแคลนทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อขับเคลื่อนงานให้บรรลุถึงเป้าหมาย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทรัพยากรในการดำเนินงานด้านบริการอนามัยโรงเรียนระดับประถมศึกษาทั้งในด้านบุคคล งบประมาณ เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ และการบริหารจัดการ ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการให้บริการต่อไป

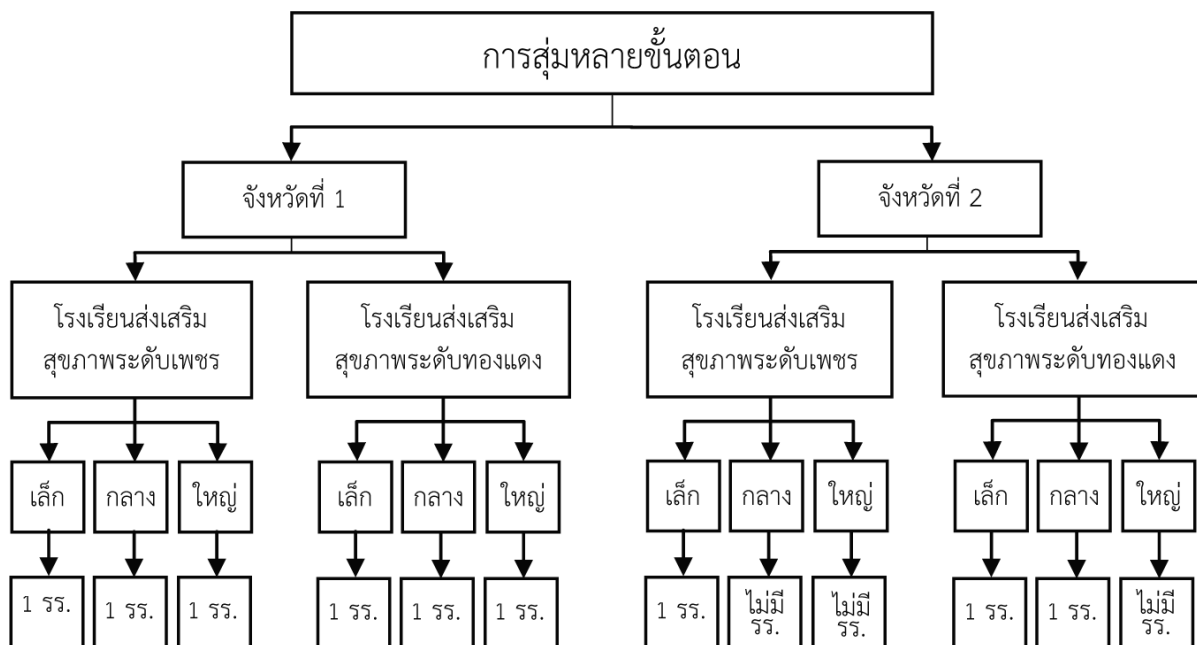
ระเบียบวิธีศึกษา

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเกี่ยว

กับบุคลากร งบประมาณ เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ และการบริหารจัดการในโรงเรียนระดับประถมศึกษาในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) เนื่องจากโรงเรียนส่วนใหญ่อยู่ในสังกัด สพฐ. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) ดังภาพที่ 1 เริ่มจากการสุ่มแบบเจาะจง 2 จังหวัดโดยจังหวัดดังกล่าวตั้งอยู่ในพื้นที่ต่างภูมิภาคกัน และหน่วยงานของกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล รวมถึงต้องมีโรงเรียนที่ผ่านการประเมินและรับรองเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรและทองแดงในระยะเวลาไม่เกิน 3 ปี อย่างน้อย 1 แห่ง

จังหวัดที่ 1 มีโรงเรียนระดับเพชรและทองแดงจำนวน 10 และ 23 แห่งตามลำดับ และจังหวัดที่ 2 มีโรงเรียนระดับเพชรและทองแดงจำนวน 2 และ 27 แห่งตามลำดับ ต่อมาแบ่งโรงเรียนเป็นโรงเรียนขนาดเล็ก (จำนวนนักเรียนน้อยกว่า 95 คน) ขนาดกลาง (จำนวนนักเรียน 95-354 คน) และขนาดใหญ่ (จำนวนนักเรียนมากกว่า 355 คน) จากนั้นสุ่มโรงเรียนระดับเพชรและทองแดงโดยการสุ่มตัวอย่างแบบ



ภาพที่ 1 วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง



ง่าย (simple random sampling) ได้จำนวน 9 แห่ง และ
สุ่ม รพ.สต. ที่มีโรงเรียนตัวอย่างในพื้นที่รับผิดชอบจำนวน
3 แห่ง

วิธีการเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์และการสังเกต
ระหว่างเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม พ.ศ. 2558 ผู้ให้ข้อมูล
ประกอบด้วยผู้บริหารและครูอนามัย โรงเรียนละ 1 คน
และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ รพ.สต. โรงพยาบาลละ 1
คน เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลมีทั้งหมด 4 ชิ้น คือ 1) แบบ
สัมภาษณ์ครูอนามัย ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ความเพียงพอ
ของบุคลากรและวัสดุอุปกรณ์ และความรู้ในการตรวจ
สุขภาพ 2) แบบสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประกอบด้วย
ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสถานพยาบาล และความเพียงพอ
ของบุคลากร 3) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้
อำนวยการโรงเรียน และ 4) แบบสังเกตโรงเรียน ประกอบด้วย
การสังเกตห้องพยาบาล และเครื่องมือที่ใช้ตรวจ
สุขภาพนักเรียน เครื่องมือทั้ง 4 ชิ้นนี้อ้างอิงเนื้อหาจาก
คู่มือการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพปี 2556⁽⁸⁾ วิธี
การสอบเทียบเครื่องมือที่ใช้ตรวจสุขภาพนักเรียน กำหนด
ให้คณะวิจัยแต่ละคนทดสอบเครื่องมือคนละ 1 ชนิด โดยใช้
เครื่องมือที่ได้รับการรับรองจากมาตรฐานผลิตภัณฑ์
อุตสาหกรรม (มอก.) ในการสอบเทียบสเกล และใช้วิธี
การสังเกตเพื่อตรวจสอบความชำรุด และตำแหน่งที่ติดตั้ง
เครื่องมือ คณะวิจัยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างและ
สังเกตโรงเรียนได้รับการอบรมก่อนการเก็บข้อมูลเพื่อลด
อคติในการเก็บข้อมูล และคณะวิจัยได้ให้ความหมายของ
คำว่า “สภาพสมบูรณ์” ของเครื่องมือที่ใช้ตรวจสุขภาพ
นักเรียนว่า “เครื่องมือไม่มีสภาพชำรุด เสียหาย และเมื่อ
ทำการสอบเทียบจากเครื่องมือที่ได้รับมาตรฐานต้องม
ความเที่ยงตรง” ทั้งนี้ คณะวิจัยได้พัฒนาเครื่องมือโดย
ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญจากสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
สำนักพัฒนากิจกรรมนักเรียน สำนักงานคณะกรรมการ
การศึกษาขั้นพื้นฐาน และภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะ

แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และได้ทดสอบ
เก็บข้อมูล โดยใช้เครื่องมือทั้ง 4 ชิ้น เก็บข้อมูลในโรงเรียน
ระดับประถมศึกษาจำนวน 2 แห่ง จาก 1 จังหวัด การ
ทดสอบเครื่องมือมีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบความเข้าใจ
ของผู้ตอบข้อคำถามและข้อความคำอธิบายต่างๆ รวมทั้ง
ขอคำแนะนำด้านความถูกต้องของถ้อยคำและคำศัพท์
ที่เกี่ยวข้องกับบริการอนามัยโรงเรียนที่นำมาใช้ในแบบเก็บ
ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลจากการทดสอบเครื่องมือใช้การ
วิเคราะห์ทางกายภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อคำถาม ภาษา
ที่ใช้ ว่ามีความชัดเจน รัดกุม และเหมาะสมหรือไม่ แต่ไม่
ได้ใช้การวิเคราะห์ทางสถิติ เนื่องจากแบบเก็บข้อมูลเชิง
ปริมาณ มีคำตอบเป็นข้อมูลทั่วไปของบุคคล โรงเรียนและ
สถานพยาบาล จากนั้นนำปัญหาที่พบจากการทดสอบใช้
แบบสอบถามและข้อคิดเห็นจากพื้นที่มาปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ
เพื่อปรับปรุงเครื่องมือก่อนนำไปใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา
นำเสนอข้อมูลในรูปแบบความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์
ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา คณะวิจัยได้
รับการอนุมัติการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์
โดยคณะกรรมการจากสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัย
ในมนุษย์ (สคม.) เมื่อวันที่ 8 มิถุนายน พ.ศ. 2558 เลขที่
สคม. 803/2558 และได้รับการยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลทุก
ท่าน

ผลการศึกษา

โรงเรียนตัวอย่าง 9 แห่ง แบ่งเป็นโรงเรียนขนาดเล็ก
4 แห่ง ขนาดกลาง 3 แห่ง และขนาดใหญ่ 2 แห่ง มีจำนวน
นักเรียนต่ำสุด 30 คน และสูงสุด 1,000 คน แบ่งเป็น
โรงเรียนที่เปิดการเรียนการสอนระดับชั้นอนุบาลถึงประถม
ศึกษา 5 แห่ง และระดับชั้นอนุบาลถึงมัธยมศึกษาตอนต้น
4 แห่ง ในจำนวนนี้เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร
4 แห่ง และระดับทองแดง 5 แห่ง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลโรงเรียน ครูอนามัย และเครื่องมือที่ใช้ในการให้บริการอนามัยโรงเรียน

หัวข้อ	โรงเรียน								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
ระดับการประเมิน	D	D	D	B	B	B	D	B	B
จำนวนนักเรียน (คน)	30	180	1000	90	160	560	70	40	150
ครูอนามัย									
จำนวนครู (คน)	1	1	2	1	1	2	1	1	1
จำนวนนักเรียนที่รับผิดชอบต่อครู 1 คน	30	180	500	90	160	280	70	40	150
ระยะเวลาที่ทำงานในโรงเรียนปัจจุบัน (ปี)	3.9	1.3	1.5	4	4.1	1.8	19	3.4	4.2
รวมระยะเวลาที่ทำงานด้านบริการอนามัยโรงเรียน (ปี)	3.9	1.3	1.5	2	1	4	21	0.2	3
ใน 5 ปีที่ผ่านมาเคยได้รับการอบรมเรื่องบริการอนามัยโรงเรียน	X	✓	X	X	X	✓	✓	✓	X
เครื่องมือและอุปกรณ์									
เครื่องชั่งน้ำหนัก									
จำนวนทั้งหมด (เครื่อง)	1	5	4	5	3	10	2	1	3
สภาพสมบูรณ์ (เครื่อง)	1	4	1	5	3	10	2	1	3
เครื่องวัดส่วนสูง									
จำนวนทั้งหมด (เครื่อง)	1	2	2	10	3	22	1	1	1
สภาพสมบูรณ์ (เครื่อง)	0	2	0	10	3	22	1	1	1
แผ่นวัดสายตา									
จำนวนทั้งหมด (แผ่น)	0	2	3	1	1	5	3	1	2
สภาพสมบูรณ์ (แผ่น)	0	0	0	1	0	0	1	1	2

หมายเหตุ: D หมายถึง โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร
 B หมายถึง โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง
 เครื่องหมาย ✓ หมายถึง เคย
 เครื่องหมาย X หมายถึง ไม่เคย

1. บุคลากรที่มีบทบาทในการให้บริการอนามัยโรงเรียน

ผู้บริหารโรงเรียน

ผู้บริหารโรงเรียนมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานบริการอนามัยโรงเรียน เนื่องจากเป็นผู้กำหนดนโยบายและจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงาน จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้บริหารฯ เห็นว่าเรื่องสุขภาพมีความสำคัญสำหรับนักเรียน แต่โรงเรียนขาดงบประมาณในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การจัดกิจกรรมดังกล่าวจึงทำได้ตามศักยภาพของโรงเรียน ในการมอบหมายให้ครูทำหน้าที่เป็นครูอนามัยซึ่งรับผิดชอบหลักในการดูแลสุขภาพ

นักเรียนนั้น มีทั้งมอบหมายให้ครูประจำชั้น และครูที่สอนวิชาพลศึกษา มีเพียงบางโรงเรียนที่มอบหมายให้ครูประจำชั้นคอยช่วยเหลือครูอนามัย อย่างไรก็ตาม ผู้บริหารฯ บางส่วนเห็นว่าการให้บริการอนามัยโรงเรียนเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับครูเนื่องจากครูมีภาระงานสอนมาก และบางโรงเรียนมีครูประจำชั้นไม่เพียงพอ โรงเรียนขาดบุคลากรที่มีความรู้ด้านสุขภาพ และการเมืองในท้องถิ่นเป็นอุปสรรคในการประสานงานกับหน่วยงานในพื้นที่ของโรงเรียน สำหรับกิจกรรมการตรวจสุขภาพนักเรียน ผู้บริหารฯ 5 คน เห็นว่าครูอนามัยมีหน้าที่ตรวจสุขภาพนักเรียนเบื้องต้นเท่านั้น ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง การตรวจหาเหา และ



การตรวจเล็บ และการตรวจสุขภาพอื่นๆ เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ครูอนามัย

ในโรงเรียนตัวอย่าง 9 แห่ง ส่วนใหญ่มีครูอนามัยโรงเรียนละ 1 คน ยกเว้นโรงเรียนขนาดใหญ่ 2 แห่งที่มีครูอนามัยโรงเรียนละ 2 คน สัดส่วนครูอนามัยต่อจำนวนนักเรียนต่ำสุดคือ 1 ต่อ 500 และสูงสุดคือ 1 ต่อ 30 (ตารางที่ 1) ครูอนามัยสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีจากหลายสาขา เช่น บริหารธุรกิจ วิทยาศาสตร์ และครุศาสตร์ ครูอนามัยจำนวน 4 จาก 9 คนมีประสบการณ์การทำงานด้านบริการอนามัยโรงเรียนน้อยกว่า 2 ปี จากการประเมินตนเอง ครูอนามัยส่วนใหญ่ระบุว่า ตนยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลือกใช้ประเภทของแผ่นทดสอบสายตาที่เหมาะสม ความถี่ในการทดสอบสายตา การแปลผลจากการทดสอบสายตา การทดสอบการได้ยินจากการใช้นิ้วมือ และการประเมินภาวะโภชนาการ และยังพบว่าครูอนามัยในโรงเรียนตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องการบริการอนามัยโรงเรียน

นอกจากนี้ตำแหน่งครูอนามัยเป็นตำแหน่งงานเสริมของครูประจำชั้น ไม่มีความก้าวหน้าในสายอาชีพ อีกทั้งการเป็นครูอนามัยทำให้มีเวลาปฏิบัติงานด้านการเรียนการสอนซึ่งเป็นงานหลักของครูน้อยลง ครูส่วนหนึ่งจึงไม่ต้องการทำหน้าที่นี้ ครูประจำชั้นที่ได้รับมอบหมายให้เป็นครูอนามัยมักเป็นครูบรรจุใหม่ และเกิดการเปลี่ยนแปลงผู้ที่เป็นครูอนามัยบ่อยครั้ง ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานระหว่างโรงเรียนและสถานบริการสุขภาพ ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ข้อมูลสุขภาพของนักเรียนสูญหายจากการที่ไม่ส่งต่อข้อมูลให้กับครูอนามัยที่รับตำแหน่งใหม่ รวมทั้งขาดการส่งต่อข้อมูลให้ครูประจำชั้นเมื่อนักเรียนเลื่อนไปเรียนในชั้นที่สูงกว่าหรือออกจากโรงเรียน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า รพ.สต. แต่ละแห่งให้บริการอนามัยโรงเรียนแก่สถานศึกษา

จำนวน 2-4 แห่ง โดยแต่ละ รพ.สต. มีเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบหลักในเรื่องงานอนามัยโรงเรียนเพียง 1 คน ในพื้นที่ตัวอย่างเจ้าหน้าที่ดังกล่าวสำเร็จการศึกษาสาขาสาธารณสุข 2 คน และพยาบาล 1 คน การให้บริการอนามัยโรงเรียนมี 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) การส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพ และประเมินภาวะการเจริญเติบโต 2) การป้องกันโรค เช่น การให้วัคซีน และ 3) การรักษาพยาบาล เช่น บริการทันตกรรม นอกจากนี้ ในเวลา 5 ปีที่ผ่านมา มีเจ้าหน้าที่เพียง 1 จาก 3 คนที่เคยจัดกิจกรรมอบรมเกี่ยวกับการให้บริการอนามัยโรงเรียนแก่ครูอนามัยในพื้นที่ที่รับผิดชอบ (ตารางที่ 1) ปัญหาที่พบในการดำเนินงานบริการอนามัยโรงเรียนร่วมกับสถานศึกษา ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. มีจำนวนน้อย (4-5 คน) ในการลงพื้นที่เพื่อให้บริการอนามัยโรงเรียนซึ่งมีความจำเป็นต้องใช้เจ้าหน้าที่หลายคน ส่งผลให้ รพ.สต. บางแห่งต้องปิดการให้บริการในวันนั้น การประสานงานกับครูอนามัยในเรื่องการเตรียมนักเรียนและสถานที่ในการให้บริการ และความซ้ำซ้อนของการบันทึกข้อมูลสุขภาพนักเรียนลงในแบบฟอร์มต่างๆ

2. งบประมาณสำหรับการให้บริการอนามัยโรงเรียน

ในการดำเนินงานบริการอนามัยโรงเรียน ไม่มีการจัดสรรงบประมาณให้กับโรงเรียนโดยตรง แต่มีงบประมาณจากหลายภาคส่วนที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับสุขภาพเด็กนักเรียน ได้แก่

ภาคสาธารณสุข โดยสถานพยาบาลใช้งบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) จาก สปสช. ในการจัดบริการอนามัยโรงเรียนให้แก่เด็กอายุ 6-12 ปี งบประมาณดังกล่าวถูกจัดสรรผ่านระบบคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (contracting unit for primary care: CUP) ซึ่งงบประมาณที่ถูกจัดสรรมานั้นไม่สามารถระบุได้ว่า เป็นงบประมาณสำหรับการให้บริการอนามัยโรงเรียนเท่าไร ทั้งๆ ที่การตั้งงบประมาณจาก สปสช. ส่งไปที่สำนักงบประมาณมีการแจกแจงรายละเอียดของงบประมาณอย่างชัดเจน นอกจากนี้ สปสช. ยังได้จัดสรรงบประมาณ

ผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในรูปของกองทุนสุขภาพระดับตำบล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (P&P community: PPC) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ หรือสถานบริการ หรือหน่วยงานอื่น หรือสนับสนุนและส่งเสริมให้กลุ่มหรือองค์กรประชาชนดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุขในพื้นที่ โดยผู้ที่ขอรับการสนับสนุนงบประมาณต้องนำเสนอแผนงานโครงการหรือกิจกรรมให้คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลพิจารณาอนุมัติ จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงเรียน พบว่า ผู้บริหารบางโรงเรียนไม่ทราบว่า สามารถขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ ขณะที่ผู้บริหารบางโรงเรียนทราบเรื่องการขอรับการสนับสนุนงบประมาณดังกล่าว แต่ไม่ยื่นคำขอเรื่องด้วยในพื้นที่นั้นๆ ให้ความสนใจและสนับสนุนการจัดกิจกรรมสุขภาพแก่กลุ่มอายุอื่นมากกว่า

ในส่วนภาคการศึกษา โรงเรียนระดับประถมศึกษาได้รับเงินอุดหนุนจากกระทรวงศึกษาธิการ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานรายคนของผู้เรียน แบ่งเป็น 5 หมวด คือ 1) ค่าจัดการเรียนการสอน 1,900 บาท/คน/ปี 2) ค่าหนังสือเรียน 561–818 บาท/คน/ปี 3) ค่าอุปกรณ์การเรียน 390 บาท/คน/ปี 4) ค่าเครื่องแบบนักเรียน 360 บาท/คน/ปี และ 5) ค่ากิจกรรมพัฒนาคุณภาพผู้เรียน 480 บาท/คน/ปี⁽⁹⁾ การใช้จ่ายเงินแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ 1) งบบุคลากรและค่าจ้างชั่วคราว เช่น ค่าจ้างครูอัตราจ้าง 2) งบดำเนินงาน ได้แก่ ค่าตอบแทน ค่าใช้สอย ค่าวัสดุ และ 3) งบลงทุน ได้แก่ ค่าครุภัณฑ์ ค่าที่ดินและสิ่งก่อสร้าง จะเห็นได้ว่า งบประมาณบางส่วนของภาคการศึกษาสามารถนำมาใช้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเด็กนักเรียนได้ในบางเรื่อง เช่น การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ การจัดซื้อครุภัณฑ์ด้านสุขภาพ ซึ่งการจัดสรรสัดส่วนงบประมาณเพื่อนำมาใช้ในแต่ละด้านขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้บริหาร

อย่างไรก็ตาม แม้โรงเรียนจะได้รับงบประมาณจากภาคส่วนต่างๆ แต่ผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ยังมีความ

เห็นว่า งบประมาณเหล่านี้ไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กนักเรียน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น การจัดห้องพยาบาล การจัดสถานที่สำหรับแปรงฟัน โดยหลายโรงเรียนมีแนวทางการแก้ไขปัญหาด้วยการจัดหางบประมาณเพิ่มเติม เช่น การทอดผ้าป่าการศึกษา การขอรับการสนับสนุนงบประมาณเพื่อใช้จัดกิจกรรมจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ซึ่งงบประมาณส่วนนี้ใช้ดำเนินงานกิจกรรมต่างๆ ของโรงเรียน โดยมีบางส่วนที่ถูกจัดสรรมาใช้ในงานบริการอนามัยโรงเรียน

3. เครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับบริการอนามัยโรงเรียน

โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพได้กำหนดให้มีการตรวจสุขภาพนักเรียนเบื้องต้น สำหรับการตรวจสุขภาพที่ต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์มี 2 รายการ ได้แก่ การประเมินภาวะโภชนาการภาคเรียนละ 1 ครั้ง ด้วยการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงนักเรียน จากนั้นจึงนำค่าที่ได้มาคำนวณและการทดสอบสายตาปีละ 1 ครั้ง จากการสัมภาษณ์ครูอนามัยและการสังเกตของคณะวิจัย พบว่าโรงเรียน 7 จาก 9 แห่ง มีเครื่องวัดส่วนสูงอยู่ในสภาพสมบูรณ์ โรงเรียน 4 จาก 9 แห่ง มีแผ่นทดสอบสายตา (E-chart) ที่มีสภาพสมบูรณ์ (ตารางที่ 1) อย่างไรก็ตาม โรงเรียนส่วนใหญ่ไม่มีการสอบเทียบมาตรฐานของเครื่องมือ หรือหากมีการสอบเทียบมาตรฐาน ก็ใช้วิธีสอบเทียบที่ไม่ถูกต้อง ตัวอย่างเช่นใช้น้ำหนักครูอนามัยแทนลูกตุ้มในการสอบเทียบเครื่องชั่งน้ำหนัก นอกจากนี้ยังพบว่ามีการจัดทำเครื่องมือวัดส่วนสูงขึ้นเองโดยกำหนดสเกลเครื่องมือวัดส่วนสูงด้วยมือเทียบกับไม้บรรทัด และพบว่าสเกลของเครื่องมือวัดส่วนสูงในบางช่วงมีระยะห่างไม่เท่ากัน

การสังเกตห้องพยาบาลตามข้อกำหนดในโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ พบว่าโรงเรียน 5 ใน 9 แห่ง จัดห้องพยาบาลไม่เป็นสัดส่วน ไม่แยกห้องพักหรือแยกเตียงพักสำหรับนักเรียนชาย-หญิง มีการจัดเก็บยาและเวชภัณฑ์



ที่ไม่ถูกต้อง เช่น จัดเก็บยาและเวชภัณฑ์ในที่ชื้น จัดเก็บยานอกบรรจุภัณฑ์ ไม่แยกประเภทยาใช้ภายในและยาใช้ภายนอก ไม่มีป้ายชื่อยากำกับ รวมถึงขาดยาและเวชภัณฑ์และอุปกรณ์การรักษาพยาบาลเบื้องต้นที่จำเป็นตามที่ระบุในคู่มือฯ นอกจากนี้ยังพบยาหมดอายุในห้องพยาบาล ครูอนามัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ส่วนใหญ่โรงเรียนมีการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์โดยไม่ได้ปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และมีโรงเรียนส่วนน้อยเท่านั้นที่ได้รับการสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์จาก รพ.สต.

4. การบริหารจัดการงานบริการอนามัยโรงเรียน

ดังที่ได้กล่าวในตอนต้น การจัดสรรบุคลากรมาทำหน้าที่ครูอนามัย ไม่ได้มีการกำหนดตำแหน่งงานและภาระหน้าที่ไว้อย่างชัดเจน รวมถึงการพิจารณาความพร้อมของครูอนามัย ซึ่งผู้บริหารโรงเรียนมักให้ความสำคัญเรื่องเรียนการสอนเป็นลำดับแรก งบประมาณของโรงเรียนจึงถูกจัดสรรให้กิจกรรมการเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางเรียนการสอน และการต่อเติมอาคารสถานที่ งบประมาณของงานบริการอนามัยโรงเรียนมักไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณไว้ตั้งแต่แรก จึงไม่เพียงพอในการดำเนินงาน ประกอบกับผู้บริหารโรงเรียนมักเห็นว่าการให้บริการอนามัยโรงเรียนเป็นหน้าที่หลักของภาคสาธารณสุข นอกจากนี้โรงเรียนยังขาดการประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวมอีกด้วย

ในการดำเนินงานระหว่างภาคสาธารณสุขกับภาคการศึกษา ทั้ง 2 ฝ่ายไม่ได้กำหนดนโยบายงบประมาณและรูปแบบการดำเนินงานร่วมกันไว้อย่างชัดเจน หน่วยงานของภาคสาธารณสุขและภาคการศึกษาในแต่ละพื้นที่มีแนวทางการปฏิบัติงานที่ต่างกัน เช่น การประเมินภาวะโภชนาการของนักเรียน บางโรงเรียนครูอนามัยเป็นผู้ประเมิน บางโรงเรียนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ประเมิน และบางโรงเรียนไม่มีผู้ประเมินแต่มีเพียงการเก็บข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงของนักเรียน การตรวจสุขภาพเด็กนักเรียนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บางโรงเรียนได้รับการตรวจสุขภาพครบตามเกณฑ์ บางโรงเรียนได้รับการตรวจ

สุขภาพเป็นบางปี เป็นต้น ปัญหาที่พบคือ เด็กนักเรียนไม่ได้รับการตรวจสุขภาพครบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ขาดการส่งต่อข้อมูลสุขภาพนักเรียนระหว่างโรงเรียน สถานบริการสุขภาพ และชุมชน ข้อมูลสุขภาพนักเรียนไม่ถูกนำไปใช้คัดกรองเพื่อค้นหาภาวะสุขภาพต่างๆ ส่งผลให้นักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพบางส่วนไม่ได้รับการส่งต่อไปรับบริการที่สถานพยาบาลอย่างเหมาะสม

วิจารณ์

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงสถานการณ์การดำเนินงานบริการอนามัยโรงเรียนระดับชั้นประถมศึกษา 9 แห่ง โดยพบว่า บุคลากรในโรงเรียนยังขาดความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในโรงเรียน การจัดสรรงบประมาณไม่เพียงพอสำหรับการดำเนินงาน ขาดเครื่องมือที่มีมาตรฐานในการตรวจสุขภาพนักเรียน และขาดระบบบริหารจัดการที่ดี การศึกษานี้มีข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณและระยะเวลาในการทำการศึกษา และการมุ่งให้ได้ข้อมูลเชิงลึก จึงทำให้นักวิจัยเก็บข้อมูลได้เพียง 2 จังหวัด นอกจากนี้การศึกษานี้ยังมุ่งเน้นเฉพาะโรงเรียนระดับประถมศึกษาภายใต้สังกัดคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) เนื่องจากเป็นต้นสังกัดของโรงเรียนส่วนใหญ่ของประเทศ นอกจากนี้ยังเลือกศึกษาเฉพาะโรงเรียนในโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาจึงไม่สามารถสะท้อนสถานการณ์ในภาพรวมของประเทศได้อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ได้นำเสนอภาพของทรัพยากรในการให้บริการอนามัยโรงเรียนในหลายประเด็น ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการศึกษาในอนาคตได้

บุคคลที่สำคัญในการดำเนินงานบริการอนามัยโรงเรียนในระดับพื้นที่ คือ ผู้บริหารโรงเรียน เนื่องจากเป็นผู้กำหนดนโยบายว่าจะแสวงหาและจัดสรรทรัพยากรที่โรงเรียนมีอยู่ให้กับโครงการหรือกิจกรรมใด รวมทั้งบริหารโครงการหรือกิจกรรมให้บรรลุเป้าประสงค์ ในขณะเดียวกัน ผู้ปฏิบัติงานซึ่งได้แก่ครูอนามัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่างก็มีความสำคัญในการให้บริการแก่นักเรียนโดยตรง

รวมทั้งประสานงานกับสถานพยาบาลและผู้ปกครองเพื่อ การส่งต่อและดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำนักส่งเสริมสุขภาพ⁽¹⁰⁾ ได้ทำการประเมินโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย พ.ศ. 2550 พบ ว่า ปัจจัยด้านบุคลากรเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพนักเรียนในโรงเรียน โดยการดำเนินงานจะสำเร็จได้ถ้า บุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับผู้บริหารและระดับปฏิบัติ การมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค และในพื้นที่ที่ไม่ประสบความสำเร็จนั้นเกิดจาก ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญและไม่ให้การสนับสนุน

คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ⁽⁸⁾ ได้กล่าวถึงบทบาทของบุคลากรในการให้บริการอนามัย โรงเรียนว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการทดสอบ การได้ยิน ตรวจสุขภาพช่องปาก และการให้วัคซีน ส่วน ครูอนามัยเป็นผู้ประสานงานและรับผิดชอบการตรวจ สุขภาพนักเรียนเบื้องต้น ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วน สูง การประเมินภาวะโภชนาการ และการทดสอบสายตา ด้วย E-chart แต่จากผลการศึกษาพบว่าครูอนามัยยังขาด ความรู้เกี่ยวกับความเข้าใจเกี่ยวกับการทดสอบสายตา การ ทดสอบการได้ยินจากการใช้นิ้วมือ และการประเมินภาวะ โภชนาการ ซึ่งหากพิจารณาถึงภูมิหลังของครูอนามัย จะ เห็นได้ว่าครูอนามัยทั้ง 9 คน ไม่ได้สำเร็จการศึกษาใน สาขาสาธารณสุขศาสตร์ หรือสาขาพยาบาลศาสตร์ อีกทั้งครูอนามัยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรมในเรื่องการ บริการอนามัยโรงเรียน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรอนงค์ และคณะ⁽¹¹⁾ เกี่ยวกับการดำเนินงานอนามัย โรงเรียนในสถานศึกษาขั้นพื้นฐานจังหวัดนนทบุรี จำนวน 159 โรงเรียน ผลการศึกษา พบว่าครูอนามัยที่รับผิดชอบ งานบริการสุขภาพอนามัยไม่ได้สำเร็จการศึกษาในสาขา พยาบาลศาสตร์โดยตรง นอกจากนี้การศึกษาของณัฐนันท์⁽¹²⁾ เรื่องการพัฒนากระบวนการบริหารงานโรงเรียนประถมศึกษา เพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัยแบบองค์รวม พบว่า ขาด บุคลากรที่มีความรู้เฉพาะทางในด้านอนามัยและสุขภาพศึกษา ในการทำหน้าที่เป็นครูอนามัยดูแลสุขภาพนักเรียนใน

โรงเรียน ซึ่งการที่ครูอนามัยขาดความรู้ความเชี่ยวชาญ ในการตรวจสุขภาพนักเรียนนั้นอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพและ ความถูกต้องของข้อมูลสุขภาพนักเรียน ทำให้นักเรียนเสีย โอกาสที่จะได้รับการให้คำปรึกษา หรือไม่ได้รับการแก้ไข ปัญหาสุขภาพ

เนื่องจากภาคการศึกษาไม่ได้กำหนดตำแหน่งครู อนามัยอย่างเป็นทางการในโรงเรียน บทบาทของครูอนามัย ในโรงเรียนแต่ละแห่งจึงขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้บริหาร ครู อนามัยก็คือครูประจำชั้นซึ่งมีหน้าที่หลักในการพัฒนาการ เรียนการสอน หากครูอนามัยให้ความสำคัญกับหน้าที่ด้าน วิชาการก็จะทำให้มีเวลาดูแลงานบริการอนามัยโรงเรียน น้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทิพวรรณ⁽¹³⁾ เรื่อง สภาพปัญหาการบริการอนามัยของโรงเรียนประถมศึกษา ในเขตบางเขน ที่พบว่า ครูที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน มีจำนวนชั่วโมงสอนมากจนไม่มีเวลาดูแลงานบริการอนามัย โรงเรียน และในกรณีที่มีภาระงานมาก ครูที่รับผิดชอบงาน อนามัยโรงเรียนจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการเรียนการ สอนเป็นอันดับแรก เนื่องจากเป็นหน้าที่หลักและมีความ สัมพันธ์กับความก้าวหน้าทางวิชาชีพ เมื่อพิจารณาสัดส่วน ครูอนามัยต่อจำนวนนักเรียนที่รับผิดชอบนั้น จะเห็นได้ว่า มีความแตกต่างกันมากระหว่างโรงเรียนกลุ่มตัวอย่าง ใน บางโรงเรียนครูอนามัยอาจดูแลสุขภาพนักเรียนได้ไม่ทั่วถึง แม้ว่าโรงเรียนขนาดใหญ่จะมีครูอนามัยถึง 2 คน แต่จำนวน นักเรียนที่ครูอนามัยต้องรับผิดชอบนั้นก็ยิ่งมากกว่าโรงเรียน ขนาดกลางและขนาดเล็ก

หากมองถึงโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ครู อนามัยในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรทั้ง 4 แห่ง สำเร็จการศึกษาในสาขาอื่นที่ไม่ใช่สาขาด้านสาธารณสุข มีอายุงานหรือประสบการณ์การทำงานด้านบริการอนามัย โรงเรียน และได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริการอนามัย โรงเรียนไม่แตกต่างจากโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับ ทองแดง

งบประมาณที่ใช้ในการจัดบริการอนามัยโรงเรียนจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ การให้วัคซีน บริการทันต-



กรรม เป็นงบประมาณการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) จาก สปสช. ส่วนงบประมาณที่โรงเรียนใช้จัดบริการอนามัยโรงเรียนในเรื่องการตรวจสุขภาพเบื้องต้นและการจัดบริการห้องพยาบาลนั้น ต้องขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้บริหาร หากพิจารณาถึงเงินอุดหนุนค่าใช้จ่ายในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานรายคนจากกระทรวงศึกษาธิการ จะเห็นได้ว่าไม่มีการกำหนดขอบเขตการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการอนามัยโรงเรียน การจัดสรรงบประมาณในส่วนนี้จึงถูกมองเป็นเรื่องรองจากการจัดการเรียนการสอนและการต่อเติมอาคารสถานที่ ปัญหาการขาดแคลนงบประมาณในการจัดบริการอนามัยโรงเรียนสอดคล้องกับการศึกษาของลักษณะ⁽¹⁴⁾ เรื่องการศึกษาสภาพและปัญหาการบริหารงานอนามัยโรงเรียนของโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 1 ที่พบว่า ปัญหาในการบริหารงานอนามัยโรงเรียน คือการขาดงบประมาณในการจัดบริการสุขภาพให้แก่นักเรียนในโรงเรียน ทั้งนี้หากโรงเรียนมีการบริหารจัดการและกำหนดขอบเขตของการใช้งบประมาณสำหรับบริการอนามัยโรงเรียนก็จะทำให้โรงเรียนสามารถจัดบริการสุขภาพแก่นักเรียนได้อย่างมีคุณภาพ และช่วยลดปัญหาสุขภาพของเด็กนักเรียนได้

คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพได้กล่าวถึงการจัดห้องพยาบาลในโรงเรียนและการให้การรักษายาบาลเบื้องต้นโดยครูอนามัย ว่าเป็นบริการสุขภาพพื้นฐานที่โรงเรียนทุกแห่งต้องจัดให้กับนักเรียน แต่จากผลการศึกษา พบว่า โรงเรียนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ซึ่งเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดงขาดแคลนยาและเวชภัณฑ์จำเป็นที่ต้องมีในโรงเรียน รวมถึงโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรและระดับทองแดง ซึ่งมีเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสุขภาพนักเรียนที่มีสภาพชำรุด แม้คู่มือแนวทางการบริหารงานบริการอนามัยโรงเรียนด้านงบประมาณของกรมพลศึกษา⁽¹⁵⁾ ได้กล่าวไว้ว่า ต้องจัดให้มีการสนับสนุนและจัดสรรงบประมาณสำหรับเครื่องมือในการตรวจสุขภาพ เครื่องใช้ในห้องพยาบาล การใช้เครื่องมือที่มีสภาพไม่สมบูรณ์ตรวจสุขภาพนักเรียน อาจทำได้

ข้อมูลที่วัดได้ไม่มีความเที่ยงตรง หากพิจารณาถึงการแปลผลข้อมูลสุขภาพของเด็กแล้ว ข้อมูลสุขภาพที่คลาดเคลื่อนเพียงเล็กน้อย อาจทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพเปลี่ยนไป ผลกระทบที่ตามมาคือเด็กนักเรียนที่มีปัญหาทางสุขภาพจะไม่ได้รับการแก้ไข ผู้บริหารโรงเรียนจึงควรให้ความสำคัญในเรื่องดังกล่าว

ในการดำเนินงานบริการอนามัยนั้น ผู้บริหารโรงเรียนมักมองว่าเรื่องของสุขภาพเป็นหน้าที่หลักของสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐนันท์⁽¹²⁾ ที่พบว่าปัญหาการบริหารงานโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ผู้บริหารของโรงเรียนมีความเข้าใจว่า การส่งเสริมสุขภาพนักเรียนเป็นงานที่กระทรวงสาธารณสุขฝากให้ทำ จึงไม่ได้ให้ความสำคัญเท่าที่ควร สอดคล้องกับการศึกษาของเพชรรัตน์⁽¹⁶⁾ ที่ทำการศึกษารื่องสถานการณ์การปฏิบัติงานด้านอนามัยโรงเรียนในประเทศไทย พบว่าผู้บริหารโรงเรียนไม่ให้ความสำคัญกับงานอนามัยโรงเรียน เนื่องด้วยขาดความรู้ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในเรื่องงานอนามัยโรงเรียน ประกอบกับมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนว่างานอนามัยโรงเรียนเป็นงานของสาธารณสุขที่เอามาฝากให้โรงเรียนทำ ซึ่งก่อให้เกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่องานอนามัยโรงเรียน จึงไม่สนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติงานดังกล่าวในโรงเรียน ถึงแม้ว่า สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (สมศ.) จะกำหนดเกณฑ์เกี่ยวกับสุขภาพนักเรียนให้เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของการประเมินโรงเรียน คือ ร้อยละของนักเรียนที่มีน้ำหนัก ส่วนสูง และสมรรถภาพทางกายตามเกณฑ์⁽¹⁷⁾ แต่หากพิจารณาถึงการให้บริการอนามัยโรงเรียนจะพบว่า ตัวชี้วัดในส่วนนี้ครอบคลุมเรื่องสุขภาพนักเรียนน้อยมาก นอกจากนี้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา กระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำบันทึกข้อตกลงร่วมกัน (memorandum of understanding: MoU) เกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพเด็กนักเรียนหลายฉบับ แต่ในปัจจุบันการดำเนินงานระหว่าง 2 หน่วยงานก็ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจน

หากมองถึงผลกระทบต่อเด็กนักเรียนแล้ว การศึกษา

ชี้ว่า การขาดแคลนทรัพยากรด้านบุคลากรที่มีคุณภาพอาจเป็นปัญหาสำคัญที่สุด เนื่องจากพบว่า ครูอนามัยซึ่งเป็นผู้ขับเคลื่อนการดำเนินงานบริการอนามัยโรงเรียนขาดความพร้อม โดยเฉพาะขาดความรู้ด้านสุขภาพ และขาดทักษะในการให้บริการตรวจสุขภาพบางอย่าง อีกทั้งการจัดสรรงบประมาณและเครื่องมือที่จำเป็นยังขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้บริหารโรงเรียน อย่างไรก็ตาม รายงานการประชุมอนามัยโรงเรียนระดับโลกโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้กล่าวถึงบทเรียนจากงานอนามัยโรงเรียนที่ประสบความสำเร็จว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้การดำเนินงานอนามัยโรงเรียนมีประสิทธิภาพได้แก่ 1) การสร้างระบบการเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการตรวจสอบ การรายงาน การวางแผนการดำเนินงาน และการพัฒนานโยบาย โดยให้ความสำคัญในเรื่องการติดตามและประเมินผลระบบการเก็บข้อมูลสุขภาพนักเรียน 2) การพัฒนาทรัพยากรบุคคลอย่างเป็นระบบ การสร้างความรู้และทักษะวิชาชีพเป็นสิ่งที่จำเป็นในบุคลากรทุกระดับ (ผู้บริหาร ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน) 3) การวางแผนการจัดหางบประมาณในระยะยาว 4) การสร้างความเข้มแข็งและความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ และ 5) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง เด็กนักเรียน และครู⁽¹⁸⁾ ดังนั้นการแก้ไขปัญหาการให้บริการอนามัยโรงเรียนในประเทศไทย จึงควรให้ความสำคัญกับการสร้างแรงจูงใจและพัฒนาศักยภาพให้กับบุคลากร เช่น กำหนดภาระงานของตำแหน่งครูอนามัย และสนับสนุนการฝึกอบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพและเพิ่มทักษะที่จำเป็นแก่ครูอนามัย นอกจากนี้ยังควรสร้างความรู้ความเข้าใจกับผู้บริหาร ผู้ปกครองและผู้นำชุมชนเพื่อให้เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพนักเรียน โดยจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ในการดำเนินงานอย่างเพียงพอ มีระบบการส่งต่อนักเรียนที่พบปัญหาสุขภาพ และการติดตามประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวม ภายใต้ความร่วมมือกับกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อยุติ

จากผลการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรร่วมมือกันพัฒนาระบบบริการอนามัยโรงเรียนระดับประถมศึกษา โดยกำหนดตำแหน่งงานและภาระหน้าที่ของครูอนามัยให้ชัดเจนและใช้เป็นแนวทางเดียวกันทั่วประเทศ จัดการอบรมความรู้ให้แก่ครูอนามัย และสร้างระบบการให้บริการแก่นักเรียน รวมถึงการบันทึกข้อมูลสุขภาพและการส่งต่อข้อมูลสุขภาพนักเรียนระหว่างโรงเรียน สถานบริการสุขภาพและชุมชน ให้เป็นแนวทางปฏิบัติเดียวกันทั่วประเทศ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของ “โครงการประเมินบริการอนามัยโรงเรียนระดับประถมศึกษาในประเทศไทย” โดยคณะผู้วิจัยจากโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นผู้สนับสนุนเงินทุน และขอขอบคุณผู้บริหารโรงเรียน ครูอนามัย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่านที่สละเวลาเพื่อให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

ในการนี้ HITAP ซึ่งเป็นองค์กรวิจัยกึ่งอิสระภายใต้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ภายใต้โครงการเมธีวิจัยอาวุโส (RTA5980011) โครงการวิจัยและการพัฒนาศักยภาพระหว่างประเทศของ HITAP (HITAP International Unit) ได้รับการสนับสนุนจากโครงการ international Decision Support Initiative (iDSI) โดยความร่วมมือระหว่าง มูลนิธิบิลและเมลินดาเกตส์ (Bill & Melinda Gates Foundation) กระทรวงการพัฒนาระหว่างประเทศแห่งสหราชอาณาจักร (Department for International Development: DFID) และมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ (Rockefeller Foundation) เพื่อให้ HITAP พัฒนาศักยภาพด้านการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพให้



หน่วยงานรัฐของประเทศในกลุ่มที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง (low-and middle-income countries- LMICs) ทั้งนี้ผลการศึกษา การตีความ และข้อสรุปที่ได้จากการศึกษานี้ไม่ได้แสดงทัศนะของหน่วยงานผู้ให้ทุนแต่อย่างใด

References

1. Mosuwan L. Nutritional status of children. In: Aekplakorn W, editors. Thailand health survey report by physical examination 4th in 2008-2009. Nonthaburi: The Graphico Systems; 2010. p. 103-25. (in Thai)
2. Teerawattananon K, Wongsakittirak K, Myint CY, Teerawattananon Y, Pansatiankul T, Yenjit W, et al. Evaluation of accuracy and feasibility of screening for visual impairment in Thai children kindergarten and elementary school by teachers. Nonthaburi; 2012. (in Thai)
3. Lenanan L, Wattanaburanon A. The development of indicators of the health of elementary school students. Online Journal of Education 2014;9(2):721-35. (in Thai)
4. Channarong P. Development of school age child. In: Aekplakorn W, editors. Thai National Health Examination Survey, NHES IV in 2008-2009. Nonthaburi: The Graphico Systems; 2010. p. 164-78. (in Thai)
5. Bureau of Health Promotion, Department of Health. Health promoting school operation manual 2015. Nonthaburi: Bureau of Health Promotion, Department of Health; 2015. (in Thai)
6. Ministry of Public Health. Strategic, indicators and data storage manual, Ministry of Public Health, Fiscal Year 2015. Nonthaburi: Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health; 2014. (in Thai)
7. National Health Security Office. National Health Security Fund administration manual, fiscal year 2015. Bangkok: Sangjan Pring; 2014. (in Thai)
8. Bureau of Health Promotion, Department of Health. Health promoting school operation manual 2013. Nonthaburi: Bureau of Health Promotion, Department of Health; 2013. (in Thai)
9. Ministry of Education. 15-year free education policy. Bangkok: Bureau of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Education; 2009. (in Thai)
10. Bureau of Health Promotion, Department of Health. Student health situation 2007. Nonthaburi; 2007. (in Thai)
11. Nualmanee O, Tongkow K. School health operation in school in Nonthaburi. Bangkok: DPU Graduate Studies; 2015;3(3):1378-89.
12. Panlainark N. Development of a primary school administrative system to promote holistic health and hygiene. Bangkok: Chulalongkorn University; 2010. (in Thai)
13. Tumjreanset T. A study of health status and problems of school health service in elementary school in Bangkok district. Bangkok: Kasetsart University; 2000. (in Thai)
14. Supwaree L, Siripirom W. Study of condition and problems of school health service management of schools be under Secondary Educational Service Area Office 1 (SES-AO). Online Journal of Education 2011;6(1):2188-201. (in Thai)
15. Department of Physical Education. Student health promoting manual for executives. Bangkok: Kansatsana Printing; 1998. (in Thai)
16. Kerdonfag P, Thrakul S. Situation working of school health service in Thailand. Journal of Public Health Nursing 2011;25(1):115-141. (in Thai)
17. Office for National Education Standards and Quality Assessment. Indicators and evaluation criteria Office for National Education Standards and Quality Assessment the level of basic education 2016. Available from: <http://www.kathu.ac.th/>. (in Thai)
18. World Health Organization. Global school health initiatives: achieving health and education outcomes; 2015 Nov 23-25; Bangkok, Thailand. Geneva: WHO Document Production Services; 2017.