

การประเมินระบบข้อมูลและรายงานสุขภาพนักเรียน ในงานบริการอนามัยโรงเรียนระดับประถมศึกษา: กรณีศึกษาสองจังหวัดในประเทศไทย

นิธิน กิตติรัชกุล*
อพรพรรณ โพธิ์ทัง*
ยศ ติระวัฒนานนท์*

ตัญย ชินคำ*
นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร†
ศรีเพ็ญ ตันติเวสส*

ผู้รับผิดชอบบทความ: นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร

บทคัดย่อ

กระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมกันดำเนินโครงการ “โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเด็กและเยาวชนด้านสุขภาพควบคู่ไปกับการศึกษา โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานตามมาตรฐาน และจัดทำเกณฑ์การประเมินเพื่อรับรองเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพใน 4 ระดับ (จากต่ำไปสูง) คือ ทองแดง เงิน ทอง และเพชร โดยหนึ่งในมาตรฐานการดำเนินงานที่สำคัญคือ บริการอนามัยโรงเรียน และมาตรฐานการดำเนินงานดังกล่าวกำหนดให้บันทึกและรายงานข้อมูลสุขภาพนักเรียน เพื่อใช้ในการประเมินผลการดำเนินงานของโรงเรียน อย่างไรก็ตาม ไม่มีการประเมินคุณภาพและการใช้งานข้อมูลที่ได้มาจากการให้บริการอนามัยโรงเรียน การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานการณ์ระบบบริหารจัดการข้อมูลภายใต้บริการอนามัยโรงเรียน ในขอบเขตของการตรวจสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ การประเมินภาวะการเจริญเติบโต การทดสอบสายตา การทดสอบการได้ยิน และการตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน รวมถึงการให้วัคซีนแก่นักเรียนระดับประถมศึกษา รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ใช้กระบวนการวิจัยแบบผสม (mixed-methods) และใช้การสุ่มแบบชั้นภูมิ ประกอบด้วย ชั้นภูมิที่ 1 คือหน่วยจังหวัด จำนวน 2 จังหวัด ชั้นภูมิที่ 2 คือหน่วยโรงเรียน จำนวน 9 โรงเรียน และชั้นภูมิที่ 3 คือหน่วยผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วยบุคลากรจากภาคการศึกษาและภาคสาธารณสุข รวมถึงผู้ปกครองและเด็กนักเรียน รวม 118 คน วิธีการเก็บข้อมูล ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม การทบทวนข้อมูลสุขภาพนักเรียน และการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลสุขภาพนักเรียนที่เก็บไว้ในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรและทองแดงนั้น ต่างก็ขาดความสมบูรณ์ เนื่องจากโรงเรียนกลุ่มตัวอย่างมีการใช้เครื่องมือบันทึกและรายงานสุขภาพนักเรียนที่หลากหลาย โดยเครื่องมือเหล่านี้มีความซ้ำซ้อนของสิ่งที่ต้องบันทึก ซึ่งเป็นการสร้างภาระงานให้แก่ผู้รับผิดชอบ อีกทั้งหลังจากได้รับการรับรองแล้ว โรงเรียนไม่ได้จัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง นอกจากนี้ การให้ความสำคัญกับข้อมูลสุขภาพนักเรียนในแต่ละเรื่องของบุคลากรของโรงเรียนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความแตกต่างกัน โดยบุคลากรของโรงเรียนบันทึกเฉพาะข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงเพื่อส่งต่อไปยังกระทรวงศึกษาธิการ ขณะที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมุ่งเน้นการบันทึกข้อมูลตามตัวชี้วัด ซึ่งไม่สัมพันธ์กับข้อกำหนดของมาตรฐานการดำเนินงานโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ การสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพนักเรียนระหว่างภาคการศึกษาและภาคสาธารณสุขที่ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพยังขาดระบบบริหารจัดการข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ขาดการติดตามเก็บข้อมูลสุขภาพนักเรียนอย่างเป็นระบบ

คำสำคัญ: ระบบข้อมูล, ระบบรายงาน, สุขภาพ, นักเรียน, เครื่องมือ, แบบบันทึก, โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

*โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

†สถาบันวิจัย จัดการความรู้ และมาตรฐานการควบคุมโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

An Evaluation of Data and Report Systems in the Elementary School Health Services: A Case Study in Two Provinces of Thailand

Nitichen Kittiratchakool*, Danai Chinnacom*, Orapan Phothihang*, Naiyana Praditsitthikorn[†]
Yot Teerawattananon*, Sripen Tantivess*

*Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP)

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

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

Abstract

The Ministry of Education (MoE) and Ministry of Public Health (MoPH) have been jointly implementing the health-promoting school (HPS) program since 1998. This program aimed to improve students' health and education simultaneously. The Department of Health established operating standards and evaluation processes for accrediting schools in four categories (from lowest to highest): bronze, silver, gold and diamond. One of the operating standards, School Health Services (SHS), required schools to maintain student health records and reports used to evaluate the performance of the schools. However, the quality and use of the health data collected as a result of implementing the SHS had not been assessed since the inception of the program. The purpose of this study was to evaluate the situation of students' health data management system in the SHS. The study focused on data collected from four physical exams namely, growth assessment, vision testing, hearing testing and dental examination, and vaccinations for primary school students. The study design was a descriptive in nature and applied mixed-methods. A stratified sampling approach was used with three strata: the first strata comprised two provinces; the second, nine schools; and the third, 118 informants from the education and health sectors, parents, and students. The data collection approach included in-depth interviews, a questionnaire, reviews of students' health data and related documents. Descriptive statistics and content analysis were employed for data analysis. The results indicated that the students' health data collected in both, diamond and bronze level HPSs, was incomplete. This may be because multiple tools were used for recording and reporting students' health data in sample schools. Furthermore, many of these tools had overlapping content thus increasing the burden of the staff. In addition, it was found that schools did not maintain students' health data systematically and continuously after receiving the accreditation. Finally, a difference in the priorities of the data collected by the school staff and health workers was observed. While school staff only recorded weight and height data by the MoE, health workers focused on recording health data related their key performance indicators and not those specified by the operating standards of the program. Therefore, students' health data was not clearly communicated and exchanged between the education and health sectors. This shows that there was no system for managing the data under this program, especially the system for monitoring and collecting data.

Keywords: data system, report system, health, students, tools, record forms, health-promoting school

ภูมิหลังและเหตุผล

นับแต่ปี พ.ศ. 2541 กระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมกันดำเนินโครงการ “โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ” ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเด็กและเยาวชน

ด้านสุขภาพควบคู่ไปกับการศึกษา ด้วยการพัฒนาศักยภาพของโรงเรียนให้เป็นจุดเริ่มต้นของศูนย์กลางการพัฒนาสุขภาพ รวมทั้งการพัฒนาชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของนักเรียนและสมาชิกในครอบครัว โครงการดัง



กล่าวมีการกำหนดแนวทางการดำเนินงานที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และจัดทำเกณฑ์มาตรฐานการประเมินเพื่อรับรองเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในระดับทองแดง ทอง และเพชรซึ่งเป็นระดับที่สูงที่สุด โดยแนวทางการดำเนินงานครอบคลุม 10 มาตรฐานสำคัญ ได้แก่ 1) นโยบายของโรงเรียน 2) การบริหารจัดการในโรงเรียน 3) โครงการร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน 4) การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ 5) บริการอนามัยโรงเรียน 6) สุขศึกษาในโรงเรียน 7) โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย 8) การออกกำลังกาย กีฬาและนันทนาการ 9) การให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางสังคม และ 10) การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน ทั้งนี้โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรต้องผ่านเกณฑ์การประเมินเพิ่มเติมอีก 3 มาตรฐาน (19 ตัวชี้วัด) ได้แก่ 1) การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ 2) การดำเนินงานสุขภาพของนักเรียนแกนนำ และ 3) ผลสำเร็จของการดำเนินงานในภาพรวม⁽¹⁻³⁾

ในปี พ.ศ. 2557 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มอบหมายให้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ดำเนินการศึกษาเพื่อประเมินบริการอนามัยโรงเรียนระดับประถมศึกษา ในด้านการเข้าถึงบริการ ความเหมาะสมของตัวชี้วัด และปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึง เนื่องจากบริการอนามัยโรงเรียนภายใต้โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยแนวทางการดำเนินงาน 3 ส่วนหลัก คือ 1) การตรวจสุขภาพนักเรียน 2) การเฝ้าระวังสุขภาพ และ 3) การจัดบริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น⁽¹⁻³⁾ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับชุดสิทธิประโยชน์ตามกลุ่มวัยของ สปสช. ต่อมาคณะผู้ศึกษาได้จัดการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder meeting)⁽⁴⁾ เพื่อกำหนดขอบเขตการศึกษา และที่ประชุมมีมติให้ศึกษาในขอบเขตของการตรวจสุขภาพ (การประเมินภาวะการเจริญเติบโต การทดสอบสายตา การทดสอบการได้ยิน และการตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน) และการให้วัคซีนเป็นลำดับต้น ซึ่งขอบเขตดังกล่าวนี้อยู่ภายใต้แนวทางการดำเนินงานบริการอนามัยโรงเรียนในส่วนที่ 1) การตรวจ

สุขภาพนักเรียน และส่วนที่ 2) การเฝ้าระวังสุขภาพ เท่านั้น โดยเบื้องต้นให้พิจารณาเฉพาะโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) เนื่องจากทำหน้าที่ดูแลนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาส่วนใหญ่ของประเทศ (ร้อยละ 68)⁽⁵⁾

จากการทบทวนเอกสารคู่มือการดำเนินงานและคู่มือการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ในองค์ประกอบที่ 5 บริการอนามัยโรงเรียน ส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 พบว่า แบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเอง สมุดบันทึกกิจกรรมอนามัยโรงเรียน (อร.14) บัตรบันทึกสุขภาพประจำตัวนักเรียน (สามัญศึกษา 3; สศ.3) และระเบียบสะสม (ปพ.8) เป็นตัวชี้วัดและแหล่งข้อมูล/วิธีพิสูจน์การดำเนินงานของโรงเรียน⁽¹⁻³⁾ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบรายงานการประเมินผลการใช้เครื่องมือเหล่านี้ในการดำเนินงานบริการอนามัยโรงเรียน รวมถึงไม่พบข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางหรือระบบบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพนักเรียนของโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการฯ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพนักเรียนในงานบริการอนามัยโรงเรียนระดับประถมศึกษาภายใต้โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ครอบคลุม 2 ด้าน ได้แก่ 1) สถานการณ์การใช้งานเครื่องมือบันทึกและรายงานข้อมูลสุขภาพนักเรียนตามเกณฑ์มาตรฐานการดำเนินงานโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพและเครื่องมือชนิดอื่นที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ตัวอย่าง และ 2) สถานการณ์การบันทึก การแลกเปลี่ยน และการส่งต่อข้อมูลสุขภาพนักเรียน รวมถึงการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ตามประสบการณ์และมุมมองของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยการศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของโครงการประเมินบริการอนามัยโรงเรียนระดับประถมศึกษา⁽⁶⁾

ระเบียบวิธีศึกษา

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้มีขอบเขตเพื่อศึกษาแนวทางหรือระบบบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพนักเรียนในงานบริการอนามัยโรงเรียน ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ 5 ภายใต้การดำเนินงาน

โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โดยศึกษาเฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสุขภาพ (การประเมินภาวะการเจริญเติบโต การทดสอบสายตา การทดสอบการได้ยิน และการตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน) และการให้วัคซีน โดยกำหนดขอบเขตเฉพาะโรงเรียนระดับประถมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.)

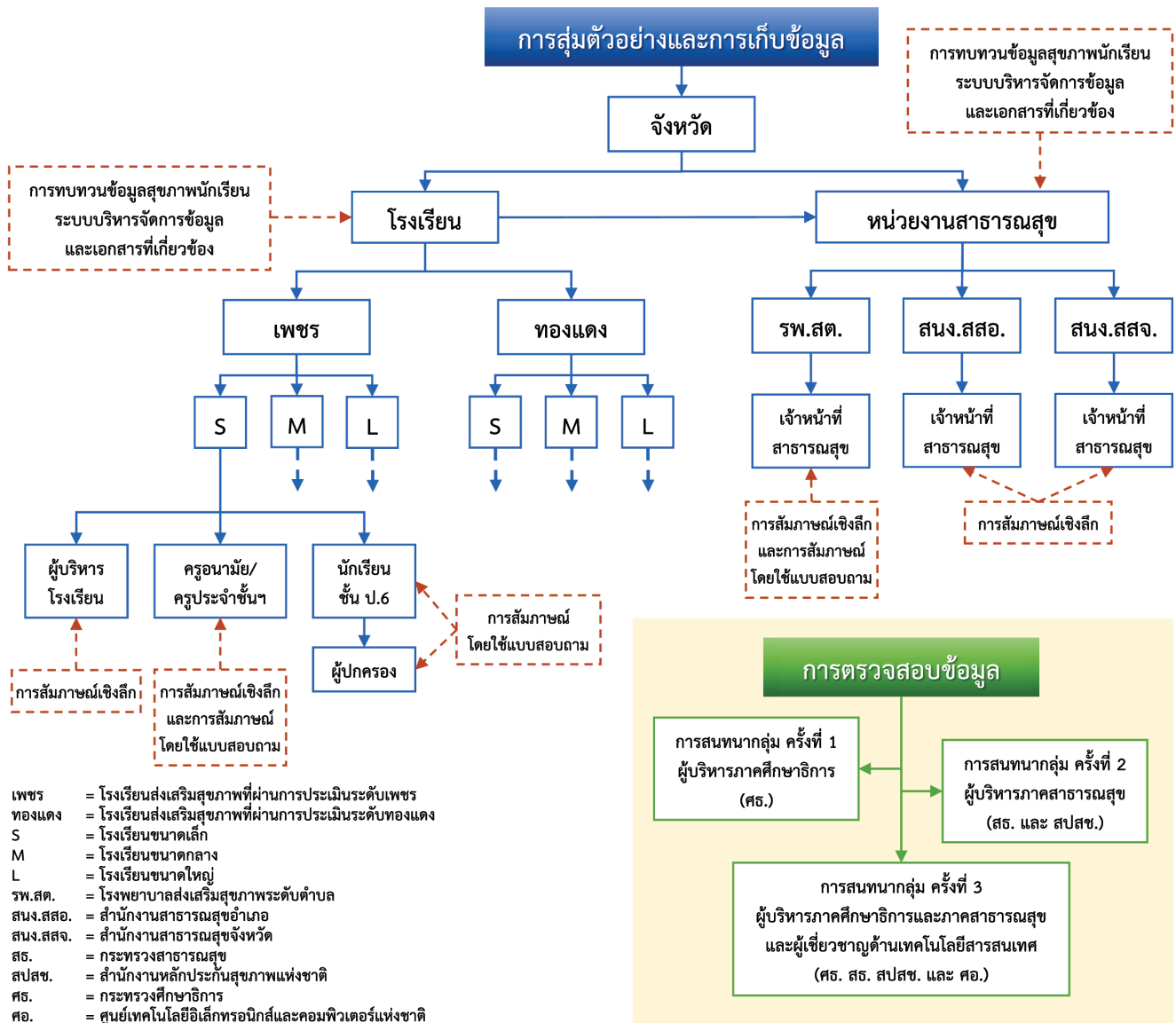
วิธีการศึกษา

การศึกษานี้มีรูปแบบเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) ใช้กระบวนการวิจัยแบบผสม (mixed-methods) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) และวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ที่ได้จากการเก็บข้อมูลหลายแหล่งร่วมกัน ได้แก่ ข้อมูลปฐมภูมิจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มผู้รับผิดชอบงานบริการอนามัยโรงเรียนประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา และการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 (ป.6) และผู้ปกครอง ข้อมูลทุติยภูมิจากระบบข้อมูลมาตรฐานที่เกี่ยวข้องทั้งที่อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งข้อมูลจากการทบทวนรายงานและเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยผลการศึกษาได้ถูกนำเสนอในกระบวนการสนทนากลุ่มเพื่อทบทวนความถูกต้องโดยผู้บริหารระดับกลางและระดับสูงของภาคการศึกษาและภาคสาธารณสุข (ภาพที่ 1)

การสุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกโรงเรียนตัวอย่างและการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลนั้น ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified sampling) ซึ่งชั้นภูมิที่ 1 คือหน่วยจังหวัด ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 2 จังหวัด เลือกเฉพาะจังหวัดที่ให้ความร่วมมือและอยู่คนละภาคของประเทศไทย ชั้นภูมิที่ 2 คือหน่วยโรงเรียน คัดเลือกเฉพาะโรงเรียนที่จัดการเรียนการสอนระดับประถมศึกษา และอยู่

ในสังกัด สพฐ. เนื่องจากมีจำนวนโรงเรียนในสังกัดมากที่สุด จัดกลุ่มโรงเรียนตามระดับการรับรองเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร (diamond: D) ซึ่งเป็นระดับการประเมินที่สูงที่สุด (จำนวนโรงเรียนฯ ระดับเพชร จังหวัดที่ 1 รวมทั้งสิ้น 10 แห่ง จังหวัดที่ 2 รวมทั้งสิ้น 23 แห่ง) และระดับทองแดง (bronze: B) ซึ่งเป็นระดับการประเมินที่ต่ำที่สุด (จำนวนโรงเรียนฯ ระดับทองแดง จังหวัดที่ 1 รวมทั้งสิ้น 24 แห่ง จังหวัดที่ 2 รวมทั้งสิ้น 33 แห่ง) โดยแต่ละโรงเรียนผ่านการประเมินเพื่อรับรองฯ มาแล้วไม่เกิน 3 ปี ในแต่ละระดับการรับรองจัดกลุ่มตามขนาดของโรงเรียน โดยแบ่งเป็นโรงเรียนขนาดเล็ก (S) คือ จำนวนนักเรียน < 95 คน ขนาดกลาง (M) มีจำนวนนักเรียน 95-354 คน และขนาดใหญ่ (L) มีจำนวนนักเรียน ≥ 355 คน จากนั้นจึงทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เพื่อเลือกโรงเรียนตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรขนาดเล็ก กลาง ใหญ่ อย่างละแห่ง และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดงขนาดเล็ก กลาง ใหญ่ อย่างละแห่ง แต่เนื่องจากในจังหวัดที่ 2 ไม่มีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรขนาดกลาง เพชรขนาดใหญ่ และทองแดงขนาดใหญ่ ทำให้มีโรงเรียนตัวอย่างในจังหวัดที่ 2 เพียง 3 แห่ง เมื่อรวมกับโรงเรียนตัวอย่างในจังหวัดที่ 1 จึงมีโรงเรียนตัวอย่างทั้งหมด 9 แห่ง ชั้นภูมิที่ 3 คือหน่วยผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลจากภาคการศึกษา ได้แก่ ผู้บริหารโรงเรียน และครูอนามัย/ครูประจำชั้นที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน จากโรงเรียนตัวอย่างทั้ง 9 แห่ง รวมทั้งสิ้น 19 คน (ผู้บริหารโรงเรียน 9 คน และครูอนามัย/ครูประจำชั้นฯ 10 คน) ผู้ให้ข้อมูลจากภาคสาธารณสุข ได้แก่ เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สนง.สสจ.) 2 แห่ง ซึ่งดูแลจังหวัดตัวอย่างแต่ละจังหวัด สำหรับเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สนง.สสอ.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายได้ สนง.สสอ. จำนวน 2 แห่ง และ รพ.สต. จำนวน 3 แห่ง รวมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งสิ้น 11 คน นอกจากนี้ยังมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเด็กนักเรียนชั้น ป.6 ด้วยการสุ่ม



ภาพที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูล วิธีเก็บข้อมูล และการตรวจสอบข้อมูล

อย่างง่ายเช่นกัน และกำหนดจำนวนนักเรียนไม่เกิน 10 คน ต่อโรงเรียน ได้นักเรียนจำนวนทั้งสิ้น 46 คน และได้ติดต่อผู้ปกครองของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างเพื่อเชิญเข้าร่วมการศึกษา ซึ่งมีผู้ปกครองตอบรับเข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจจำนวน 42 คน

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) ตามหนังสืออนุมัติดำเนินโครงการวิจัย เลขที่ สคม. 803/ 2558 ลงวันที่ 8 มิถุนายน

พ.ศ. 2558 และผู้ศึกษาได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการศึกษา ชี้แจงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมได้ โดยไม่มีผลใดๆ ต่อการเข้ารับบริการสาธารณสุข ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการศึกษาจะมีการลงนามไว้เป็นหลักฐาน ทั้งนี้การรายงานข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในรูปแบบการรายงานเป็นภาพรวม โดยไม่มีการระบุตัวตนที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่างได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2558 วิธีการเก็บข้อมูลประกอบด้วย 1) การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้รับผิดชอบงานบริการอนามัยโรงเรียน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา ได้แก่ ผู้บริหารโรงเรียน ครูอนามัย/ครูประจำชั้นฯ เจ้าหน้าที่ใน สนง.สสจ. สนง.สสอ. และ รพ.สต. ซึ่งมีประเด็นคำถามสำคัญเกี่ยวกับแนวทางหรือระบบบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพนักเรียน เช่น รูปแบบและวิธีการบันทึกจัดเก็บ รายงานและส่งต่อข้อมูล, การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์, ความต่อเนื่องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล, รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพนักเรียน 2) การสัมภาษณ์ครูอนามัย/ครูประจำชั้นฯ และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ด้วยแบบสอบถาม โดยประเด็นคำถามครอบคลุมเรื่องเครื่องมือบันทึกข้อมูลสุขภาพนักเรียนที่หน่วยงานเลือกใช้ การบริหารจัดการข้อมูลการตรวจสุขภาพและการให้วัคซีนนักเรียน รวมถึงการส่งต่อและการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ นอกจากนี้ยังมีการสัมภาษณ์นักเรียนชั้น ป.6 พร้อมทั้งผู้ปกครองโดยใช้แบบสอบถามที่ครอบคลุมเรื่องการได้รับแบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียนและการรับรู้ข้อมูลสุขภาพนักเรียนของผู้ปกครอง 3) การทบทวนข้อมูลทุติยภูมิจากระบบข้อมูลมาตรฐานที่เกี่ยวข้องที่ดูแลโดยกระทรวงศึกษาธิการและที่ดูแลโดยกระทรวงสาธารณสุข โดยพิจารณาความสมบูรณ์ของข้อมูลในด้านความครบถ้วนของข้อมูลที่บันทึกและความต่อเนื่องในการบันทึกข้อมูล รวมทั้งทบทวนเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น คู่มือการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ คู่มือการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เอกสารยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดและแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข เอกสารมาตรฐานการศึกษา ตัวบ่งชี้และเกณฑ์การพิจารณาเพื่อการประเมินคุณภาพจากภายนอก และระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน

การทดสอบเครื่องมือ

เครื่องมือทั้งหมดที่ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลได้ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญของสำนักพัฒนากิจกรรมนักเรียน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ, ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, และสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และผู้ศึกษาได้แก้ไขเครื่องมือเก็บข้อมูลตามข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแล้ว อีกทั้งได้ทดสอบเครื่องมือกับโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดที่ไม่ได้เป็นพื้นที่ตัวอย่าง และแก้ไขให้เหมาะสมอีกครั้งหนึ่ง จากนั้นจึงนำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญพร้อมทั้งปรับปรุงเครื่องมืออีกครั้งก่อนเก็บข้อมูลในพื้นที่ตัวอย่าง

การตรวจสอบข้อมูล

การตรวจสอบข้อมูลในด้านความถูกต้อง ด้านความสอดคล้องของเนื้อหาและด้านการสะท้อนความเป็นจริงนั้น ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม จำนวน 3 ครั้ง โดยรายงานผลการศึกษาเบื้องต้นเพื่อขอความคิดเห็นจากผู้บริหารระดับกลางและระดับสูงทั้งภาคการศึกษาและภาคสาธารณสุข ได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ (ศก.) กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพเด็กจากศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (NECTEC) (ภาพที่ 1)

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์การใช้งานเครื่องมือบันทึกและรายงานข้อมูลสุขภาพนักเรียนตามเกณฑ์มาตรฐานการดำเนินงานโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพและเครื่องมือชนิดอื่นที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ตัวอย่าง

จากการทบทวนคู่มือการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ^(1,2) ในองค์ประกอบที่ 5 บริการอนามัยโรงเรียนพบว่า มีข้อกำหนดให้ในแต่ละปีการศึกษานั้น นักเรียนจะต้องได้รับการประเมินภาวะการเจริญเติบโตอย่างน้อย 1



ครั้ง การทดสอบสายตา 1 ครั้ง และการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อย 1 ครั้ง ซึ่งเด็กนักเรียน ชั้น ป.1-ป.4 จะได้รับบริการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับครูอนามัย และ/หรือครูประจำชั้น ในขณะที่เด็กนักเรียนชั้น ป.5-ป.6 จะได้รับแบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียนชั้น ป.5-ป.6 (แบบบันทึกฯ ป.5-ป.6) เพื่อตรวจร่างกายของตนเองในรายการเดียวกันนี้ ภายใต้การกำกับดูแลของครูอนามัย ครูประจำชั้น และ/หรือนักเรียนแกนนำ สำหรับการทดสอบการได้ยิน กำหนดให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินการในนักเรียนชั้น ป.1 ทุกคน ส่วนการให้วัคซีน ครูอนามัยจะนัดหมายเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาเป็นผู้ให้บริการ โดยนักเรียนจะได้รับวัคซีนชนิดต่างๆ ตามข้อกำหนดของแต่ละช่วงชั้น เช่น นักเรียนชั้น ป.6 ต้องได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบและบาดทะยักกระตุ้น เครื่องมือที่ใช้ประกอบการประเมินโรงเรียน ซึ่งถือเป็นตัวชี้วัดและแหล่งข้อมูล/วิธีพิสูจน์การดำเนินงานด้านบริการอนามัยโรงเรียน ได้แก่ 1) สมุดบันทึกกิจกรรมอนามัยโรงเรียน (อร.14) 2) บัตรบันทึกสุขภาพประจำตัวนักเรียน หรือสามัญศึกษา 3 (สศ.3) 3) แบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียนชั้น ป.5-ป.6 (แบบบันทึกฯ ป.5-ป.6) และ 4) ระเบียบสะสม (ปพ.8) โดยไม่ได้กำหนดชัดเจนว่า โรงเรียนจะต้องมีเครื่องมือเหล่านี้ทุกชนิดหรือไม่ และการประเมินรับรองเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมีเกณฑ์การพิจารณาเครื่องมือเหล่านี้อย่างไร ไม่ว่าจะเป็นในด้านความครบถ้วน ความถูกต้อง และความต่อเนื่องของข้อมูล หรือการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ นอกจากนี้จากการสอบถามครูอนามัยและครูประจำชั้นฯ พบว่า แต่ละโรงเรียนเลือกใช้เครื่องมือเหล่านี้แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับความสะดวกและนโยบายของโรงเรียน ซึ่งมีเพียง 2 ใน 9 โรงเรียนที่มีเครื่องมือครบทั้ง 4 ชนิด (ตารางที่ 1) ทั้งนี้พบเครื่องมืออีก 2 ชนิดที่สามารถบันทึกข้อมูลสุขภาพนักเรียนได้บางประเด็น และโรงเรียนส่วนใหญ่มีเครื่องมือเหล่านี้ ได้แก่ 1) แบบรายงานผลการพัฒนาคุณภาพผู้เรียนรายบุคคล (ปพ.6) และ 2) ระบบจัดเก็บข้อมูลนักเรียนรายบุคคล หรือ Data Man-

agement Center (DMC) ซึ่งจัดทำโดย สพฐ. กระทรวงศึกษาธิการ

1.1 ผลการศึกษาเครื่องมือทั้ง 6 ชนิดที่พบในพื้นที่ตัวอย่าง

จากการทบทวนเครื่องมือทั้ง 6 ชนิด พร้อมทั้งสัมภาษณ์ครูอนามัยหรือครูประจำชั้นฯ และเจ้าหน้าที่รพ.สต. พบว่า เครื่องมือแต่ละชนิดมีวัตถุประสงค์และ/หรือกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน กล่าวคือ อร.14 เป็นเครื่องมือสำหรับบันทึกข้อมูลสุขภาพนักเรียนเป็นภาพรวม ที่บันทึกโดยโรงเรียนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพิจารณาผ่านเกณฑ์การประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ⁽⁶⁾ สำหรับ สศ.3 เป็นเครื่องมือสำหรับบันทึกข้อมูลสุขภาพนักเรียนรายบุคคล ที่บันทึกโดยโรงเรียนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเช่นกัน แต่ไม่ได้ระบุวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ส่วนแบบบันทึกฯ ป.5-ป.6 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้นักเรียนระดับชั้น ป.5-ป.6 ใช้เป็นเครื่องมือตรวจสุขภาพของตนเอง เพื่อหาความผิดปกติของร่างกายและจิตใจ รวมถึงเป็นเอกสารให้ความรู้เรื่องสุขภาพอนามัย⁽⁷⁾ ขณะที่ ปพ.6 ปพ.8 และ DMC เป็นเครื่องมือของภาคการศึกษา ใช้สำหรับบันทึกและรายงานประวัตินักเรียน ผลการเรียนรู้ตามโครงสร้างหลักสูตรในแต่ละชั้นปี และการติดตามพัฒนาการและพฤติกรรม เป็นต้น ในส่วนของรายละเอียดสิ่งที่ต้องบันทึกในเครื่องมือแต่ละชนิดมีความเหมือนและแตกต่างกันดังตารางที่ 1

เมื่อพิจารณาตามขอบเขตการศึกษาพบว่า อร.14 สศ.3 และแบบบันทึกฯ ป.5-ป.6 มีรายละเอียดของสิ่งที่ต้องบันทึกคือการตรวจสุขภาพทั้ง 4 ด้านและการให้วัคซีนครบถ้วน แต่มีรูปแบบการรายงานผลต่างกันคือ อร.14 ใช้สำหรับบันทึกข้อมูลสุขภาพนักเรียนในภาพรวม ส่วน สศ.3 และแบบบันทึกฯ ป.5-ป.6 ใช้บันทึกข้อมูลสุขภาพนักเรียนรายบุคคล โดย สศ.3 มีกลุ่มเป้าหมายในการใช้งานคือ ครูอนามัยหรือครูประจำชั้น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ขณะที่แบบบันทึกฯ ป.5-ป.6 เป็นเครื่องมือสำหรับนักเรียน สำหรับ ปพ.6 ปพ.8 และ DMC สามารถบันทึกผลการตรวจ

ตารางที่ 1 การใช้งานเครื่องมือบันทึกและรายงานข้อมูลสุขภาพนักเรียน

เครื่องมือ	จังหวัดที่ 1						จังหวัดที่ 2			รวม (แห่ง)	ข้อมูลสมบูรณ์* (แห่ง)
	เพชร			ทองแดง			เพชร		ทองแดง		
	เล็ก	กลาง	ใหญ่	เล็ก	กลาง	ใหญ่	เล็ก	เล็ก	กลาง		
อร.14	x	x	x	x	✓	✓	✓	✓	x	4	0
สศ.3	x	x	x	✓	✓	x	✓	✓	✓	5	0
แบบบันทึกฯ ป.5-ป.6	x	x	✓	x	x	✓	x	✓	x	3	0
ปพ.6	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	x	✓	8	0
ปพ.8	x	x	x	x	x	✓	x	✓	x	2	0
DMC	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	9	9

*จำนวนโรงเรียนที่มีการบันทึกข้อมูลในเครื่องมือชนิดนั้น ๆ อย่างสมบูรณ์ คือ บันทึกข้อมูลครบถ้วนและต่อเนื่อง
สัญลักษณ์: x ไม่มีการใช้งานเครื่องมือชนิดนั้น ✓ มีการใช้งานเครื่องมือชนิดนั้น

สุขภาพได้เฉพาะเรื่องการเจริญเติบโตเท่านั้น โดย ปพ.6 และ ปพ.8 มีรูปแบบการรายงานผลเป็นรายบุคคล ส่วน DMC เป็นเครื่องมือชนิดเดียวที่สามารถรายงานผลได้ทั้งรายบุคคลและภาพรวม เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของสิ่งที่ต้องบันทึกของเครื่องมือทั้ง 6 ชนิด (ตารางที่ 2)

พบว่ามีความซ้ำซ้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของข้อมูลด้านการเจริญเติบโต แต่เครื่องมือเหล่านี้ไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันได้ เนื่องจาก 5 ใน 6 ชนิด เป็นรูปแบบกระดาษ นอกจากนี้ยังพบว่าในโรงเรียนมีการใช้เครื่องมือชนิดอื่นเพื่อบันทึกข้อมูลสุขภาพนักเรียนอย่างหลากหลาย เช่น แบบฟอร์มที่โรงเรียนออกแบบเองหรือแบบบันทึกที่โรงเรียนได้รับจากการเข้าร่วมโครงการด้านสุขภาพอื่นๆ

1.2 ประเด็นปัญหาและปัจจัยในการเลือกใช้หรือไม่ใช้เครื่องมือหลักทั้ง 6 ชนิด

การศึกษานี้พบว่า แต่ละโรงเรียนเลือกใช้งานเครื่องมือบันทึกหรือรายงานข้อมูลสุขภาพอย่างแตกต่างกัน ซึ่งข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน ทั้งบุคลากรของโรงเรียนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้ทราบว่า โรงเรียนกลุ่มตัวอย่างมีการใช้งานเครื่องมือทั้ง 4 ชนิดตามข้อกำหนดของโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเฉพาะช่วงที่มีการตรวจประเมิน ซึ่งเป็นช่วงปีแรกที่โรงเรียนเข้าร่วมโครงการเท่านั้น หลังจากได้รับการรับรองเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพแล้ว ในปีที่ 2 และ 3 โรงเรียนก็ไม่ได้ใช้งานเครื่องมือเหล่านี้อีก (การรับรองฯ มีอายุ 3 ปี) แม้จะมีการสุ่มตรวจจากทีมประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ แต่ก็ไม่ได้มีแนวทางการสุ่มตรวจที่ชัดเจนและไม่ได้เจาะจงการสุ่มตรวจที่เรื่องข้อมูลสุขภาพนักเรียน นอกจากนี้ยังมีสาเหตุบางประการที่ส่งผลให้ไม่มีการใช้เครื่องมือบางชนิด อย่างเช่นในกรณีของ สศ.3 พบว่า บางโรงเรียนไม่มี สศ.3 เนื่องจากปัจจุบันผู้รับผิดชอบการจัดพิมพ์ สศ.3 คือกระทรวงศึกษาธิการ และโรงเรียนต้องใช้งบประมาณของตนเองในการจัดซื้อ แตกต่างจากในอดีตที่กองอนามัยโรงเรียน กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จัดพิมพ์และแจกจ่ายให้กับโรงเรียน อย่างไรก็ตามผู้บริหารโรงเรียน ครูอนามัย/ครูประจำชั้นฯ ได้ชี้แจงว่า โรงเรียนยกเลิกการจัดซื้อ สศ.3 แล้ว เนื่องจากมีประสบการณ์ว่า ซื้อมาแล้ว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ไม่ใช้บันทึกข้อมูล แม้ว่า สศ.3 เป็นเครื่องมือที่มีรายการในการบันทึกข้อมูลสุขภาพค่อนข้างครบถ้วนเมื่อเปรียบเทียบกับเครื่องมือชนิดอื่น (ตารางที่ 2) และเป็นเครื่องมือที่ต้องมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขช่วยบันทึกข้อมูล เพราะบางเรื่องเกินความสามารถของครู



ตารางที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการบันทึกและรายงานข้อมูลสุขภาพของนักเรียน

เครื่องมือ	อร.14	สศ.3	แบบบันทึกฯ ป.5-ป.6	ปพ.6*	ปพ.8*	DMC*
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเครื่องมือ						
1. ผู้จัดทำ [†]	สำนักส่งเสริมสุขภาพฯ	กองอนามัยโรงเรียนฯ	สำนักส่งเสริมสุขภาพฯ	สำนักทดสอบทางการศึกษาฯ	สำนักทดสอบทางการศึกษาฯ	สำนักนโยบายและแผนฯ
2. รูปแบบ	กระดาษ	กระดาษ	กระดาษ	กระดาษ	กระดาษ	อินเทอร์เน็ต
3. รูปแบบการรายงานผล	ภาพรวม	รายบุคคล	รายบุคคล	รายบุคคล	รายบุคคล	ภาพรวมและรายบุคคล
4. ผู้บันทึก	ครูผู้รับผิดชอบและ จนท.สธ	ครูผู้รับผิดชอบและ จนท.สธ	นักเรียนชั้น ป.5-ป.6	ครูผู้รับผิดชอบ	ครูผู้รับผิดชอบ	ครูผู้รับผิดชอบ
ส่วนที่ 2 ข้อมูลที่บันทึก						
1. ข้อมูลทั่วไปของนักเรียน	×	✓	✓	✓	✓	✓
1.1 วัน/เดือน/ปีเกิด	×	✓	✓	✓	✓	✓
1.2 กลุ่มเลือด	×	✓	✓	×	✓	×
1.3 โรคประจำตัว	×	✓	✓	×	✓	×
1.4 ประวัติแพ้ยา	×	✓	✓	×	✓	×
1.5 ประวัติการเจ็บป่วย	×	✓	✓	×	✓	×
2. การติดตามภาวะการเจริญเติบโต	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ค่าน้ำหนักและส่วนสูง	×	✓	✓	✓	✓	✓
การแปลผล	✓	✓	✓	×	✓	✓
(ก) น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ	✓	✓	✓	×	✓*	✓
(ข) ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ	✓	✓	✓	×	✓*	✓
(ค) น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง	✓	×	✓	×	×	×
3. การทดสอบสายตา	✓	✓	✓	×	×	×
3.1 ค่าที่วัดได้	×	✓	×	×	×	×
3.2 การแปลผล/สรุปผล เช่น ปกติ ผิดปกติ	✓	✓	✓	×	×	×
4. การทดสอบการได้ยิน	✓	✓	✓	×	×	×
4.1 ค่าที่วัดได้	×	✓	×	×	×	×
4.2 การแปลผล/สรุปผล เช่น ปกติ ผิดปกติ	✓	✓	✓	×	×	×
5. การตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน	✓	✓	✓+	×	×	×
6. การให้วัคซีน	✓	✓	×	×	×	×
6.1 ชนิดของวัคซีน	✓	✓	×	×	×	×
6.2 วันที่ฉีดวัคซีน	×	✓	×	×	×	×
7. การตรวจสุขภาพนักเรียน	✓	✓	✓	×	×	×
7.1 การตรวจสุขภาพด้วยตนเอง	✓	×	✓	×	×	×
7.2 การตรวจสุขภาพโดยครูและ จนท.สธ (ความสะอาดและความสมบูรณ์ของร่างกาย)	✓**	✓	×	✓	×	×
7.3 การตรวจสุขภาพโดยแพทย์ (เช่น การตรวจจุดหัวใจ ภาวะแพ้อาหาร ฯลฯ)	✓**	✓	×	×	×	×

คำย่อ: จนท.สธ หมายถึง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

* ทิจารณาเฉพาะการรายงานข้อมูลสุขภาพ

[†] ผู้จัดทำ: สำนักส่งเสริมสุขภาพฯ, สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; สำนักทดสอบทางการศึกษาฯ, สำนักทดสอบทางการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ; สำนักนโยบายและแผนฯ, สำนักนโยบายและแผน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ
สัญลักษณ์: ✓, มี; ✗, ไม่มี; ✓*, เกณฑ์เปรียบเทียบน้ำหนักและส่วนสูงขึ้นกับปีที่จัดพิมพ์ ปพ.8; ✓**, รวมเป็นการตรวจสุขภาพโดยบุคลากรทางการแพทย์; ✓+, การตรวจความสะอาดของช่องปากและฟัน

“สศ.3 ที่ไม่ได้ใช้ เพราะทาง รพ.สต. เขาไม่เคยเรียกหลักที่คะ ครูประจำชั้นเอามาให้ เขาก็ไม่เขียนใส่ให้เรา... ตรวจ ฉีดวัคซีน หรืออะไร เขาก็ไม่กรอกข้อมูลมาให้เรา ก็เลยเลิกทำ เพิ่งจะเลิกทำปีที่แล้วนะคะ” ครูอนามัย (โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร ขนาดใหญ่ในจังหวัดที่ 1)

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ รพ.สต. ทั้ง 3 แห่ง พบว่า การบันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพและการให้วัคซีนแก่เด็กนักเรียนใช้โปรแกรมระบบงานโรงพยาบาลเป็นหลัก โดยโปรแกรมที่ รพ.สต. ในพื้นที่ตัวอย่างมักจะเลือกใช้คือ โปรแกรม JHCIS และ HOSXP-PCU เนื่องจากมีความคล่องตัวมากกว่า เพราะเป็นโปรแกรมที่ใช้ในการส่งรายงานให้กับหน่วยงานต้นสังกัดอยู่แล้ว และเป็นตัวประเมินศักยภาพในการทำงานของหน่วยงาน จึงไม่มีการบันทึกข้อมูลลงใน สศ.3 เพราะเป็นการทำงานซ้ำซ้อนหากทางโรงเรียนต้องการข้อมูลสุขภาพของนักเรียนสามารถขอเอกสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้โดยตรงหรือติดต่อผ่านทางครูอนามัย ดังนั้นเมื่อทำการศึกษาจึงพบว่า โรงเรียนเพียงร้อยละ 56 เท่านั้นที่ใช้งาน สศ.3 อย่างไรก็ตามหากพิจารณาถึงเครื่องมือที่โรงเรียนได้รับจากกระทรวงสาธารณสุขโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ได้แก่ อร.14 และแบบบันทึกฯ ป.5-ป.6 กลับพบปัญหาเรื่องการใช้งานและการเข้าถึงเครื่องมือเหล่านี้ กล่าวคือ โรงเรียน และ รพ.สต. บางแห่งไม่ได้รับแจก อร.14 และส่วนมากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เพิ่งเข้ามาทำงานใหม่จะไม่รู้จัก อร.14 จึงไม่มีการร้องขอไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบให้จัดส่ง อร.14 นอกจากนี้ อร.14 มีรูปแบบการรายงานผลเป็นภาพรวมเหมาะกับการเก็บข้อมูลเชิงสถิติไว้ที่โรงเรียนหรือ รพ.สต. แต่ไม่เหมาะสมสำหรับการติดตามนักเรียนรายบุคคล เนื่องจากไม่สามารถระบุตัวตนได้และไม่มีรายละเอียดที่เพียงพอ ส่วนแบบบันทึกฯ ป.5-ป.6 นั้น โรงเรียนบางแห่งให้ข้อมูลว่าในอดีตเคยได้รับแจก แต่ปัจจุบันไม่ได้รับแล้ว จึงไม่มีการใช้งานแบบบันทึกดังกล่าว

“ตอนนี้ไม่มี เมื่อก่อน เขาเอามาแจก แต่ว่าตอนนี้ไม่เห็นเอามาให้เลย ก็เลยไม่ได้ทำ แบบบันทึกฯ ป.5-ป.6

ตัวนี้” ครูอนามัย (โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร ขนาดเล็กในจังหวัดที่ 2)

จากการสัมภาษณ์นักเรียนระดับชั้น ป.6 และผู้ปกครองโดยใช้แบบสอบถาม พบว่า นักเรียนเพียงร้อยละ 43 เท่านั้นที่ตอบว่าตนเองเคยได้รับแบบบันทึกฯ ป.5-ป.6 และผู้ปกครองเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่ตอบว่าตนเองเคยเห็นหรือเคยอ่านแบบบันทึกดังกล่าวของบุตรหลาน ทั้งที่แบบบันทึกฯ ป.5-ป.6 เป็นตัวชี้วัดในการให้บริการอนามัยโรงเรียนของโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจาก สนง.สสจ. สนง.สสอ. และ รพ.สต. ต่างก็เห็นว่า เนื้อหาของแบบบันทึกฯ ป.5-ป.6 ค่อนข้างดีและมีประโยชน์ต่อเด็กนักเรียน แต่ในด้านการใช้งานจริงยังพบปัญหาหลายประการ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องจัดอบรมให้เด็กนักเรียน ทำให้ภาระงานเพิ่มขึ้น เด็กบางคนอ่านหนังสือไม่ออกจึงไม่สามารถใช้งานแบบบันทึกฯ ป.5-ป.6 ได้ด้วยตนเอง การขาดระบบติดตามการใช้งานแบบบันทึกฯ ทำให้ไม่ทราบว่ามีการใช้งานมากน้อยเพียงไร

เมื่อพิจารณาเครื่องมืออีก 3 ชนิด คือ ปพ.6 ปพ.8 และ DMC ซึ่งเป็นเครื่องมือของกระทรวงศึกษาธิการ ใช้สำหรับบันทึกและรายงานประวัตินักเรียน ผลการเรียนรู้ตามโครงสร้างหลักสูตรในแต่ละชั้นปี และการติดตามพัฒนาการและพฤติกรรมเป็นหลัก ในเครื่องมือทั้ง 3 ชนิดนี้มีรายการสิ่งที่ต้องบันทึกในด้านการเจริญเติบโตคือ น้ำหนักและส่วนสูง แต่เนื่องจากตัวเลขน้ำหนักและส่วนสูงไม่สามารถแสดงให้เห็นถึงภาวะการเจริญเติบโตของเด็กนักเรียนได้ ใน ปพ.6 และ ปพ.8 บางรุ่น (version) จึงมีตารางหรือกราฟประเมินภาวะการเจริญเติบโตอยู่ในเล่ม ซึ่งจากการทบทวนเครื่องมือสำหรับบันทึกและรายงานข้อมูลสุขภาพนักเรียนในโรงเรียนตัวอย่าง พบว่า ยังมีโรงเรียนตัวอย่างที่ใช้ ปพ.8 ฉบับเก่า ซึ่งอ้างอิงเกณฑ์ประเมินภาวะโภชนาการของกรมอนามัยโรงเรียน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2530 ขณะที่ปัจจุบันใช้เกณฑ์ประเมินภาวะโภชนาการของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2542 เมื่อสัมภาษณ์ครู

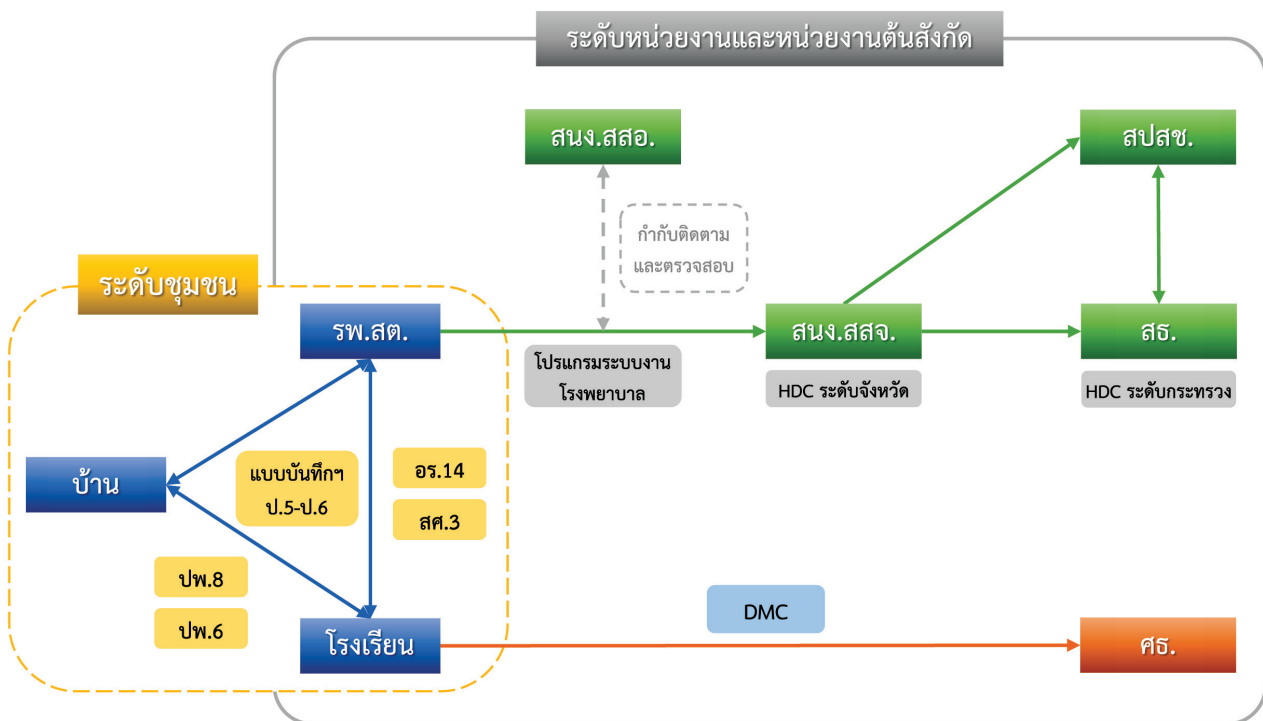
อนามัยถึงเหตุผลในการเลือกใช้เครื่องมือดังกล่าว พบว่า ครูอนามัยได้รับ ปพ.8 ฉบับดังกล่าวมาจากครูอนามัยคนเก่า จึงนำไปถ่ายเอกสารและแจกให้นักเรียนในแต่ละรุ่นใช้งาน โดยไม่ได้ปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน และไม่ทราบว่าเกณฑ์ประเมินภาวะโภชนาการในปัจจุบันแตกต่างจาก ปพ.8 ที่ใช้งานอยู่อย่างไร สำหรับเครื่องมือชนิดสุดท้ายคือ DMC เป็นเครื่องมือเพียงชนิดเดียวที่อยู่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ และมีการใช้งานในทุกโรงเรียน อีกทั้งมีข้อมูลสมบูรณ์ที่สุดในทุกโรงเรียนเมื่อพิจารณาในแง่ของการบันทึกข้อมูลครบถ้วนและต่อเนื่อง (ตารางที่ 1) แต่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับรายการข้อมูลสุขภาพที่ต้องบันทึก กล่าวคือ สามารถบันทึกได้เฉพาะตัวเลขน้ำหนักและส่วนสูง เพื่อส่งต่อให้ระบบของส่วนกลางคือกระทรวงศึกษาธิการประมวลผลการเจริญเติบโตแล้วส่งคืนให้กับโรงเรียน ซึ่งจากการทบทวนข้อมูลที่ได้จาก DMC ทำให้ทราบว่า DMC สามารถประเมินได้เฉพาะน้ำหนักตามเกณฑ์อายุและส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ แต่ไม่มีการประเมินผลน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง

2. สถานการณ์การบันทึก การแลกเปลี่ยน และการส่งต่อข้อมูลสุขภาพนักเรียน รวมถึงการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ ตามประสบการณ์และมุมมองของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ตัวอย่าง

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องและเก็บข้อมูลในพื้นที่ตัวอย่างพบว่า เครื่องมือบันทึกและรายงานข้อมูลสุขภาพนักเรียนมีความสัมพันธ์กันดังนี้ (ภาพที่ 2)

2.1 ระดับชุมชน

ระดับชุมชน ได้แก่ รพ.สต. โรงเรียน และบ้าน มีความเกี่ยวข้องกับเครื่องมือ 5 ชนิด ได้แก่ อร.14 สศ.3 แบบบันทึกฯ ป.5-ป.6 ปพ.6 และ ปพ.8 ซึ่งเครื่องมือเหล่านี้มีความซ้ำซ้อนของรายการข้อมูลที่ต้องบันทึกและไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างเครื่องมือแต่ละชนิดได้ อย่างไรก็ตามหากมีการใช้งานเครื่องมือเหล่านี้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ คือมีการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้องอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง เครื่องมือเหล่านี้จะมีประโยชน์ต่อการแลกเปลี่ยนและการส่งต่อข้อมูล รวมถึงการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ โดยแบบ



ภาพที่ 2 ระบบข้อมูลและรายงานสุขภาพเด็กนักเรียน

บันทึกฯ ป.5-ป.6 เป็นเครื่องมือที่สามารถใช้สื่อสารข้อมูลสุขภาพนักเรียนรายบุคคลระหว่าง รพ.สต. โรงเรียน และบ้าน ส่วน อร.14 และ สศ.3 ใช้สื่อสารข้อมูลสุขภาพนักเรียนระหว่าง รพ.สต. และโรงเรียน โดย อร.14 สศ.3 และแบบบันทึกฯ ป.5-ป.6 มีรายการสิ่งที่ต้องบันทึกครบตามขอบเขตการศึกษานี้ สำหรับ ปพ.6 และ ปพ.8 ใช้ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างโรงเรียนและบ้าน แต่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับข้อมูลที่สามารถแลกเปลี่ยนกันได้ เนื่องจากเครื่องมือทั้ง 2 ชนิดนี้ ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อบันทึกและรายงานข้อมูลด้านการศึกษา เช่น ผลการเรียนรู้ตามโครงสร้างหลักสูตร

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในพื้นที่ตัวอย่างพบว่า รพ.สต. ทั้ง 3 แห่ง บันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพทั้ง 4 ด้านและข้อมูลการให้วัคซีนแก่เด็กนักเรียนลงในโปรแกรมระบบงานโรงพยาบาล และมีการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพนักเรียนเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงานในพื้นที่ แต่ไม่ได้ใช้ อร.14 สศ.3 และแบบบันทึกฯ ป.5-ป.6 เพื่อคืนข้อมูลให้กับโรงเรียนหรือส่งต่อข้อมูลไปยังผู้ปกครอง ทั้งนี้ การดำเนินการขึ้นอยู่กับ การตรวจสุขภาพในแต่ละเรื่อง กล่าวคือ ผลการประเมินภาวะการเจริญเติบโต เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีการสรุปข้อมูลเป็นภาพรวมและส่งคืนให้แก่โรงเรียน แต่ไม่มีแนวทางในการสื่อสารข้อมูลไปยังผู้ปกครอง บางครั้งเป็นการให้ข้อมูลแก่ผู้ปกครองโดยบังเอิญ

“ถ้าเจอเด็กอ้วน... ก็ส่งข้อมูลให้กับทางโรงเรียนเป็นผู้ดูแล เราก็จะให้แค่สุขภาพ หรือว่าสอนเป็นบางครั้งที่เจอหรือไปเยี่ยมบ้านแล้วเจอ เราก็จะสอนผู้ปกครองนะคะ เพราะว่าเราก็จะเน้นเรื่องการเยี่ยมบ้านเนอะ อนามัยจะเยี่ยมบ้านอยู่แล้ว” เจ้าหน้าที่ รพ.สต. (จังหวัดที่ 1 แห่งที่ 1)

ในส่วนของผลการทดสอบสายตาและการได้ยิน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ให้ข้อมูลว่า เมื่อดำเนินการแล้วก็บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมระบบงานโรงพยาบาลเช่นกัน แต่ไม่ได้ส่งคืนข้อมูลผลการตรวจทั้งหมดให้แก่โรงเรียน มีการส่งข้อมูลเฉพาะนักเรียนที่ตรวจพบความผิดปกติเท่านั้น เนื่องจากการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมมีการบันทึก

เฉพาะกรณีที่ตรวจพบความผิดปกติ สำหรับการตรวจสุขภาพช่องปากและฟันมีเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการ โดยมีหน่วยเคลื่อนที่เข้าไปให้บริการในโรงเรียน กรณีที่พบความผิดปกติที่ไม่รุนแรง ก็สามารถดำเนินการแก้ไขให้แก่เด็กนักเรียนได้เลย แต่กรณีที่มีความผิดปกติรุนแรง เจ้าหน้าที่จะส่งต่อข้อมูลให้แก่ครูอนามัย/ครูประจำชั้นฯ เพื่อแจ้งแก่ผู้ปกครองของเด็กนักเรียนต่อไป ซึ่งผู้ปกครองมีหน้าที่พานักเรียนไปรักษาที่สถานพยาบาล แต่ไม่ได้ส่งต่อข้อมูลสุขภาพช่องปากและฟันของนักเรียนทุกคนให้แก่โรงเรียน นอกจากนี้เจ้าหน้าที่เอง ก็มีการบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มที่ส่วนกลางกำหนดและนำกลับไปบันทึกลงในโปรแกรมระบบงานโรงพยาบาลอีกครั้งหนึ่ง

“...บันทึก (บันทึกข้อมูลสุขภาพช่องปากและฟัน – ผู้ศึกษา) ก็ถ้าเป็นตอนออกไปตรวจเนอะ เราจะมีแบบฟอร์มของจังหวัดที่กำหนด ...ก็พอบันทึกเสร็จก็มีบันทึกในโปรแกรมครับ ...เก็บไว้ที่โรงเรียนไม่ได้เก็บครับ” เจ้าหน้าที่ รพ.สต. (จังหวัดที่ 1 แห่งที่ 2)

นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีหน้าที่ให้วัคซีนแก่เด็กนักเรียน ซึ่งจากการทบทวนข้อมูลการให้วัคซีนที่เจ้าหน้าที่จัดทำรายงานไว้ในเอกสารนั้น มีสัดส่วนความครอบคลุมในการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดในช่วงร้อยละ 98-100 แต่เจ้าหน้าที่ก็ไม่ได้ส่งต่อข้อมูลการให้วัคซีนแก่เด็กนักเรียนไปยังโรงเรียนหรือผู้ปกครอง โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. แห่งหนึ่งให้ข้อมูลว่า โดยปกติก่อนฉีดวัคซีนจะมีการส่งเอกสารขอความยินยอมจากผู้ปกครอง ซึ่งมีการระบุชื่อวัคซีนที่เด็กจะได้รับ แต่บางครั้งทางโรงเรียนไม่สามารถส่งเอกสารขอความยินยอมจากผู้ปกครองได้ เนื่องจากเด็กนักเรียนจะทราบล่วงหน้าและไม่ยอมมาโรงเรียน เพราะหวาดกลัวการฉีดวัคซีนอย่างมาก ผู้ปกครองจึงไม่ทราบว่าบุตรหลานของตนจะได้รับวัคซีนชนิดใด

จากการสัมภาษณ์ครูอนามัย/ครูประจำชั้นฯ พบว่า มีการนำข้อมูลสุขภาพเด็กนักเรียนเฉพาะเรื่องการประเมินภาวะการเจริญเติบโตไปใช้ประโยชน์ เนื่องจากมีหน้าที่ซึ่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงของนักเรียนพร้อมทั้งบันทึกข้อมูลลง



ในเครื่องมือที่โรงเรียนเลือกใช้ แต่ส่วนใหญ่ไม่มีการประเมินเพื่ออ้างอิงกับเกณฑ์มาตรฐานการเจริญเติบโต โดยพบเพียง 3 ใน 9 โรงเรียนที่มีการประเมินภาวะการเจริญเติบโตโดยใช้โปรแกรมคำนวณภาวะโภชนาการ (อายุ 1 วัน-19 ปี) หรือ INMU-ThaiGrowth ของสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล⁽⁸⁾ และมีการสรุปข้อมูลไว้ในรูปแบบเอกสารกระดาษหรืออิเล็กทรอนิกส์ เพื่อติดตามหรือแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการ แต่แนวทางการแก้ไขปัญหาที่ยังไม่เป็นระบบ เช่น กรณีเด็กผอมให้ดื่มนมเพิ่มขึ้นจากเดิมวันละ 1 กล่อง กรณีเด็กอ้วนให้ออกกำลังกายหน้าเสาธงในตอนเช้า สำหรับการทดสอบสายตาและการได้ยินนั้น ข้อมูลจากแบบสอบถามสำหรับครูอนามัย/ครูประจำชั้นฯ แสดงให้เห็นว่า โรงเรียนที่ทดสอบสายตาและการได้ยินและมีการบันทึกผลการทดสอบโดยครูอนามัย/ครูประจำชั้นฯ มีเพียง 4 ใน 9 โรงเรียน และ 1 ใน 9 โรงเรียน ตามลำดับ ซึ่งจากการทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์พบว่า การบันทึกข้อมูลดังกล่าวไม่ได้อยู่ในเครื่องมือหรือแบบฟอร์มที่เป็นกิจจะลักษณะ แต่เป็นการสรุปรายชื่อนักเรียนที่ตรวจพบความผิดปกติไว้ในกระดาษเท่านั้น และวิธีการตรวจหาความผิดปกติทางสายตาหรือการได้ยินมักจะมาจากการสังเกตพฤติกรรมของนักเรียนเป็นหลัก ไม่ได้ทดสอบตามวิธีการทางคลินิก เนื่องจากครูอนามัย/ครูประจำชั้นฯ เพียง 2 ใน 5 โรงเรียนเท่านั้นที่เคยได้รับการอบรมเรื่องการทดสอบสายตาในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2553 และ 2556) ในส่วนของการตรวจสุขภาพช่องปากและฟันรวมถึงการให้วัคซีน จะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการ โรงเรียนจึงไม่ได้บันทึกข้อมูลในส่วนนี้ไว้ โดยโรงเรียนที่มีการเก็บผลการตรวจสุขภาพช่องปากและฟันและข้อมูลการให้วัคซีนไว้ในโรงเรียนมีจำนวน 6 ใน 9 โรงเรียน และ 4 ใน 9 โรงเรียน ตามลำดับ ซึ่งข้อมูลทั้งหมดอยู่ในรูปแบบรายงานผลภาพรวม

นอกจากนี้ จากการสอบถามผู้ปกครองของเด็กนักเรียนระดับชั้น ป.6 จำนวนทั้งสิ้น 42 คน เกี่ยวกับประสบการณ์การได้รับข้อมูลการตรวจสุขภาพของเด็ก

นักเรียน พบว่า ผู้ปกครองร้อยละ 57 เคยได้รับข้อมูลการประเมินภาวะการเจริญเติบโต ผู้ปกครองร้อยละ 7 เคยได้รับข้อมูลการตรวจสายตาและการได้ยิน ขณะที่ผู้ปกครองร้อยละ 81 เคยได้รับผลการตรวจสุขภาพช่องปากและฟันสำหรับข้อมูลการฉีดวัคซีนนั้น ผู้ปกครองร้อยละ 69 เคยได้รับข้อมูลผ่านสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กหรือสมุดสีชมพู ซึ่งเป็นสมุดสำหรับหญิงตั้งครรภ์และเด็กแรกเกิดจนกระทั่งอายุ 5 ปี แต่หลังจากที่บุตรหลานเข้าเรียนในโรงเรียนก็ไม่ได้มีการบันทึกประวัติการได้รับวัคซีนในสมุดสีชมพูอีก ผู้ปกครองจะทราบว่าบุตรหลานได้รับวัคซีนชนิดใดบ้างหลังจากนั้นก็โดยการสอบถามจาก รพ.สต. เท่านั้น

2.2 ระดับหน่วยงานในพื้นที่และหน่วยงานต้นสังกัด

ระดับนี้จำแนกเป็น 2 ส่วน คือ ภาคการศึกษาและภาคสาธารณสุข ซึ่งในภาคการศึกษานั้น โรงเรียนมีการส่งต่อข้อมูลในด้านต่างๆ ของนักเรียนทุกคนไปยังกระทรวงศึกษาธิการผ่านทาง DMC ตามระยะเวลาที่ สพฐ. กำหนด โดยข้อมูลด้านสุขภาพที่สามารถส่งต่อได้คือ ค่าน้ำหนักและส่วนสูง จากนั้นทางส่วนกลางจะวิเคราะห์ข้อมูลเป็นผลการประเมินภาวะการเจริญเติบโต ได้แก่ น้ำหนักตามเกณฑ์และส่วนสูงตามเกณฑ์ และคืนข้อมูลให้กับโรงเรียน โดยบุคลากรของโรงเรียนสามารถดึงข้อมูลได้ด้วย DMC ผ่านทางอินเทอร์เน็ต อย่างไรก็ตาม จากการสุ่มตรวจสอบข้อมูลใน DMC ของโรงเรียนตัวอย่าง พบว่า มีการบันทึกข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงของนักเรียนโดยใช้ตัวเลขเดียวกันทั้ง 3 ภาคเรียน แต่ระบบยังคงประมวลผลและส่งคืนข้อมูลให้โรงเรียนตามปกติ แสดงให้เห็นว่า DMC ไม่สามารถตรวจสอบความผิดปกติของข้อมูลสุขภาพนักเรียนได้ สำหรับการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์นั้น ผู้บริหารโรงเรียนให้ข้อมูลว่า กระทรวงศึกษาธิการต้องการข้อมูลสุขภาพของเด็กนักเรียนเฉพาะด้านการเจริญเติบโต โดยโรงเรียนมีหน้าที่ส่งข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงพร้อมข้อมูลด้านอื่นๆ ผ่าน DMC ซึ่งกระทรวงศึกษาธิการจะจัดเก็บไว้เป็นทะเบียนประวัตินักเรียนในแต่ละโรงเรียน และข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงที่

ผ่านการวิเคราะห์ที่เป็นข้อมูลภาวะการเจริญเติบโตแล้วจะถูกนำไปใช้ในการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมให้กับเด็กนักเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการ เช่น ผอม เตี้ย นอกจากนี้ตามเกณฑ์การประเมินโรงเรียนโดยสำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (องค์การมหาชน) หรือ สมศ. มีการใช้ข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงของเด็กนักเรียนเป็นเกณฑ์มาตรฐานหนึ่งในกลุ่มตัวบ่งชี้พื้นฐานที่ 1 คือ ผู้เรียนมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีโดยพิจารณาร้อยละของผู้เรียนที่มีน้ำหนักและส่วนสูงตามเกณฑ์ ดังนั้นข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงของนักเรียนจึงเป็นข้อมูลที่ทุกโรงเรียนจัดเก็บไว้

ทางด้านภาคสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. สนง.สสอ. และ สนง.สสจ. ให้ข้อมูลว่า การบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพของนักเรียนในความรับผิดชอบใช้การบันทึกข้อมูลลงในเอกสารกระดาษหรือแบบฟอร์มที่โรงพยาบาลออกแบบเอง จากนั้นจึงบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมระบบงานโรงพยาบาล ซึ่งโปรแกรมที่พบในพื้นที่ตัวอย่าง ได้แก่ JHCIS (Java Health Center Information System)⁽⁹⁾ และ HosXP-PCU⁽¹⁰⁾ จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่า รพ.สต. ในฐานะหน่วยบริการมีหน้าที่นำข้อมูลเข้าสู่ระบบคลังข้อมูลระดับจังหวัด (Health Data Center; HDC) ตามโครงสร้างมาตรฐานด้านข้อมูลสุขภาพ และตรวจสอบความสมบูรณ์ของการนำเข้าข้อมูลพร้อมทั้งปรับปรุงข้อมูลในกรณีที่พบความผิดพลาด (error)⁽¹¹⁾ โดย สนง.สสจ. และ สนง.สสอ. มีหน้าที่กำกับติดตาม ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล รวมถึงนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ นอกจากนี้ในส่วนของ สนง.สสจ. มีหน้าที่รวบรวมข้อมูลเพื่อส่งไปยังส่วนกลางและจัดทำระบบติดตามรวมถึงระบบคืนข้อมูลให้แก่สถานบริการ ซึ่งข้อมูลจากคลังข้อมูลระดับจังหวัดจะถูกส่งต่อไปยังคลังข้อมูลระดับกระทรวงสาธารณสุขและมีการจัดทำมาตรฐานรายงาน (standard reports) ตามความต้องการของผู้ใช้ข้อมูล ทั้งนี้ นอกจากการส่งข้อมูลไปยังกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ข้อมูลบางส่วน

ยังได้ถูกส่งต่อไปยัง สปสช. อีกหน่วยงานหนึ่งในภาคสาธารณสุข ซึ่ง สปสช. สามารถกำหนดเขตข้อมูล (field) และดึงข้อมูลมาวิเคราะห์เฉพาะตัวชี้วัดที่สนใจได้เช่นกัน⁽¹²⁾

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก เจ้าหน้าที่ใน สนง.สสอ. และ สนง.สสจ. พบว่า แม้จะมีการใช้งานโปรแกรมระบบงานโรงพยาบาลและมีระบบคลังข้อมูล แต่ยังพบปัญหาในการใช้งาน ไม่ว่าจะเป็นการบันทึก ส่งต่อหรือนำเข้าข้อมูลเนื่องจากในบางพื้นที่ยังไม่มีมีการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพและตรงตามความต้องการของผู้ใช้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้บริหาร อีกทั้งการพัฒนาจากระบบข้อมูลสารสนเทศจำเป็นต้องมีบุคลากรที่เชี่ยวชาญเฉพาะทางคอยให้การสนับสนุนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งในพื้นที่ตัวอย่างไม่มีผู้เชี่ยวชาญ เมื่อเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ประสบปัญหาและไม่สามารถแก้ไขได้ จึงเลือกใช้เอกสารกระดาษในการส่งข้อมูลไปยัง สนง.สสอ. หรือบางครั้งทาง สนง.สสจ. ขอให้ สนง.สสอ. รวบรวมข้อมูลในรูปแบบเอกสารกระดาษจาก รพ.สต. แล้วส่งมายัง สนง.สสจ. นอกจากนี้ยังพบปัญหาภาระงานจากการบันทึกข้อมูลตามที่ สปสช. กำหนด ซึ่งมีผลต่อเงินงบประมาณที่จะได้รับ ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีเวลาดำเนินปฏิบัติงานลดลง เช่น การลงพื้นที่ในชุมชนหรือโรงเรียน

“...คือเดิมผู้บริหาร ให้ความสำคัญนะ เดิมผู้บริหารคนก่อนเนี่ย ท่านคุณหมอที่ย้ายไป นายแพทย์กระทรวงจังหวัด (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด - ผู้ศึกษา) ท่านเล่นเรื่องนี้ แล้วก็เอาไอทีมาเป็นหมายเลขหนึ่ง ...แล้วทีนี้ท่านย้ายไปแล้วท่านใหม่มา ท่านก็ไม่ได้ให้นโยบาย แล้วทีนี้บทบาทของไอทีจังหวัดก็เลยค่อนข้างที่จะไม่เท่าไร มันก็เลยต้องใช้เปเปอร์อยู่ส่วนหนึ่งนี่ละ” เจ้าหน้าที่ใน สนง.สสอ. (จังหวัดที่ 1)

“แล้วคนที่จะได้ดีที่สุดในที่สุดก็คือคนเป็นพยาบาลหรือนักวิชาการด้วย แต่ทุกวันนี้เนี่ย เอ่อ รพ.สต.จะมีนัก เค้าเรียกน้องที่คีย์ข้อมูลนะ ลูกจ้างนะ ทีนี้เค้าก็ไม่ค่อยได้เข้าใจ... แล้วเค้าก็มาทำหน้าที่คีย์ให้พี่ๆ แล้วคีย์เนี่ย บางครั้งเค้าก็ไม่เข้าใจหรือว่าไอ้เวิร์ดคีย์นี้ อันนี้มันมีความหมายอะไรเค้าก็

คีย์ไปเรื่อย เอ้า อะไรที่ไม่รู้เรื่องไม่ตึก อย่างเจ็ยมันก็เป็นไม่นับ” เจ้าหน้าที่ใน สนง.สสจ. (จังหวัดที่ 2)

“งานรูทีนที่ สปสข. เขาบังคับให้ทำและก็ได้เงิน ที่ต้องรายงานเข้าไป 43 แพ้มรายงานต่างๆ ทำให้เป็นภาระในการคีย์ สมัยก่อนผมไม่ได้คีย์ผมแค่เขียนจดๆ และก็นับเอาที่เสร็จ มีเวลาไปออกชุมชน ไปเยี่ยม ไปเชื่อมสัมพันธ์กับโรงเรียนบ้างกับ อบต.บ้างอย่างนี้ก็จะใช้เวลา สมัยนี้ตรวจคนไข้เสร็จก็ต้องก้มหน้าก้มตาคีย์เพื่อที่จะได้เงินเข้าสถานบริการของเขาเพื่อให้เขาอยู่รอดได้” เจ้าหน้าที่ใน สนง.สสจ. (จังหวัดที่ 1)

เจ้าหน้าที่ใน สนง.สสจ. ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า สิ่งที่ต้องรวบรวมคือจำนวนเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินเนื่องจากเป็นตัวชี้วัดระดับกระทรวง สอดคล้องกับผลการทบทวนเอกสารยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558⁽¹³⁾ และ 2559⁽¹⁴⁾ ซึ่งพบว่า 1 ใน 2 ตัวชี้วัดระดับกระทรวงสำหรับเด็กวัยเรียน (อายุ 5-14 ปี) คือร้อยละของเด็กนักเรียนมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน นอกจากนี้การบันทึกข้อมูลมุ่งหวังในเรื่องของเงินงบประมาณที่จะได้รับมากกว่าความครบถ้วนของงานทั้งหมด จึงไม่มีการบันทึกข้อมูลสุขภาพนักเรียนตามเกณฑ์การให้บริการอนามัยโรงเรียน

“...อ่อคือง่ายสุดเลยคือตอนนี้ที่เราสอนกันคือเรื่องของน้ำหนักกับส่วนสูงที่ลง เพื่อให้ออกมาคอมพิลิตมากที่สุด...” เจ้าหน้าที่ใน สนง.สสจ. (จังหวัดที่ 2)

“ไม่มีตัวชี้วัดอื่น เรื่องบริการในวัยเรียนไม่มีคีย์เข้าไป (นอกจากจำนวนเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินไม่มีการบันทึกข้อมูลสุขภาพด้านอื่น - ผู้ศึกษา) และจะทำให้เขามุ่งที่จะเอาเงินมากกว่า คือเขาจะคีย์งานต่างๆ ที่ได้เงินก่อน เขาจะทำงานที่มันได้เงินก่อน งานที่ไม่ได้เงินเขาก็ยังไม่ทำ ส่วนมากงานรูทีนมันจะตกเยอะ ถ้าออกไปดูโรงเรียน ถ้าไปหา สด.3 จะไม่เจอ...” เจ้าหน้าที่ใน สนง.สสจ. (จังหวัดที่ 1)

ทั้งนี้ เนื่องจากภาวะการเจริญเติบโตเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญระดับกระทรวง หน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุขจึงพยายามพัฒนาเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับงาน

ดังกล่าว ซึ่งปัญหาเกี่ยวกับระบบข้อมูลที่พบในพื้นที่เกิดจากการทำงานแยกส่วนกันของหน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุข กล่าวคือระบบข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินงานผ่านโปรแกรมระบบงานโรงพยาบาล ขณะที่กรมอนามัยได้พัฒนาโปรแกรมเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็กแรกเกิดถึงอายุ 18 ปี (Bureau of Nutrition-Growth Surveillance Program; BNutri-GSP)⁽¹⁵⁾ และไม่มีการเชื่อมโยงระหว่างโปรแกรม ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเห็นว่า เป็นการทำงานซ้ำซ้อนและเพิ่มภาระงานโดยไม่จำเป็น แม้ว่าโปรแกรมดังกล่าวจะมีข้อดีในเรื่องการให้คำแนะนำแก่นักเรียนรายบุคคล แต่จากประสบการณ์ที่เจ้าหน้าที่ใน สนง.สสจ. ทดลองใช้ พบว่าโปรแกรมนี้ใช้ได้เฉพาะระบบปฏิบัติการ window XP ซึ่งเป็นระบบเก่าและล้าสมัย ไม่มีหน่วยงานใดยินยอมกลับไปใช้ระบบปฏิบัติการเก่า เพียงเพราะต้องการให้สามารถใช้งานโปรแกรม BNutri-GSP ได้

“...เป็นโปรแกรม (โปรแกรม BNutri-GSP - ผู้ศึกษา) ที่ดีมาก ดูเป็นรายบุคคล เป็นโปรแกรมเฝ้าระวังโภชนาการ... เอาชื่อนักเรียน น้ำหนักส่วนสูง แล้วคำนวณออกมา และมีคำแนะนำเฉพาะรายบุคคลให้ด้วย...แต่ รพ.สต. เขาบอกว่ามันซ้ำซ้อน ต้องคีย์ข้อมูลเยอะ ซ้ำซ้อนกับ JHCIS และ HOSXP” เจ้าหน้าที่ใน สนง.สสจ. (จังหวัดที่ 1)

ในด้านของการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ เจ้าหน้าที่ใน สนง.สสจ. ให้ข้อมูลว่า นอกจากการส่งข้อมูลไปยังหน่วยงานต้นสังกัดแล้ว ในพื้นที่ยังมีการนำข้อมูลที่บันทึกในโปรแกรมระบบงานโรงพยาบาลมาใช้ในการวางแผนการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่และแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการเกินของเด็กในพื้นที่อีกด้วย

“...เอามาวางแผนในการทำงาน อย่างโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่ยังไม่ผ่านทองนะ (ไม่ผ่านการประเมินเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง - ผู้ศึกษา) เราก็ทำแผนว่าปีหน้าเราต้องทำให้ผ่านทองให้ได้นะคะ แล้วกับเด็กอ้วนก็เหมือนกัน เราก็มาทำแผนว่า เด็กอ้วนเราต้องพัฒนาเด็กอ้วน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้...” เจ้าหน้าที่ใน สนง.สสจ.

ตารางที่ 3 การรายงานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบริการอนามัยโรงเรียนจากคลังข้อมูลระดับกระทรวงสาธารณสุขและระบบบริการข้อมูล สปสช.

บริการอนามัยโรงเรียนตามขอบเขตการศึกษา	ระบบคลังข้อมูลระดับกระทรวงสาธารณสุข				ระบบบริการข้อมูล สปสช.					
	รายงานที่พบ	ข้อมูล ที่รายงาน	ผลการดำเนินงาน (ร้อยละ)*		รายงานที่พบ	ข้อมูล ที่รายงาน	ผลการดำเนินงาน (ร้อยละ)			
			ปีงบประมาณ 2558	ปีงบประมาณ 2559			ปีงบประมาณ 2558	ปีงบประมาณ 2559		
				จ 1	จ 2	จ 1	จ 2	ภร.	ภร.	
1. การประเมินภาวะการเจริญเติบโต	1) ข้อมูลด้านโภชนาการเด็กที่ต่ำกว่าอายุ 6-18 ปี	จำนวนเด็กเป้าหมายและเด็กที่ได้รับบริการประเมิน	81	31	28	73	38	31	ไม่รายงาน	57
	2) ร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงสุดส่วน	จำนวนเด็กที่ได้รับบริการและผลการประเมินภาวะโภชนาการ	0	64	64	0	62	64	ไม่รายงาน	13
2. การทดสอบสายตา	ไม่พบรายงานที่เกี่ยวข้อง	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3. การทดสอบการได้ยิน	ไม่พบรายงานที่เกี่ยวข้อง	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. การตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน	1) ตรวจสุขภาพช่องปากในเด็กอายุ 6-12 ปี	จำนวนเด็กที่ได้รับบริการ	2	4	3	2	5	6	ไม่รายงาน	78
	โดยทันตบุคลากร (คน)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2) การเคลือบหลุมร่องฟันในเด็กอายุ 6-12 ปี (คน)+	จำนวนเด็กที่ได้รับบริการ	3	3	3	2	4	4	-	-
5. การให้วัคซีน	1) จำนวนนักเรียนชั้น ป.1 ที่ได้รับวัคซีน MMR	จำนวนเด็กที่ ได้รับวัคซีน	48	58	48	24	12	17	94	94
	2) จำนวนนักเรียนชั้น ป.6 ที่ได้รับวัคซีน dT	จำนวนเด็กที่ ได้รับวัคซีน	7	45	39	45	47	47	96	96

คำย่อ: จ หมายถึง จังหวัด, ปีงบประมาณ; ภร. หมายถึง ภาพรวมทั้งประเทศ

* บริการอนามัยโรงเรียน 1 วิเคราะห์สัดส่วนจาก 1) จำนวนเด็กที่ได้รับการประเมินเปรียบเทียบกับจำนวนเด็กเป้าหมาย 2) จำนวนเด็กที่สูงที่สุดที่สัมพันธ์กับจำนวนเด็กที่ได้รับบริการ
บริการอนามัยโรงเรียน 4-5 วิเคราะห์สัดส่วนจากจำนวนเด็กที่ได้รับบริการเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรแยกอายุการเจริญเติบโตทางกายภาพโดยแบ่งเขตพื้นที่ตามจังหวัดที่ 1 จังหวัดที่ 2 และภาพรวมประเทศ
† มีการรายงานอีกรูปแบบหนึ่ง คือ การเคลือบหลุมร่องฟันในเด็กอายุ 6-12 ปี (ครั้ง)

(จังหวัดที่ 1)

ขณะที่เจ้าหน้าที่ใน สนง.สสจ. ให้ข้อมูลว่า ผู้ตรวจราชการเป็นผู้พิจารณาข้อมูลและรายงานที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ส่งไปยังสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) กระทรวงสาธารณสุข แต่ในด้านการใช้ประโยชน์นั้น ผู้ให้ข้อมูลไม่ทราบว่า หน่วยงานต้นสังกัดนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์อย่างไร แต่เห็นว่ากระทรวงสาธารณสุขควรวางแผนการดำเนินงานและกำหนดตัวชี้วัดร่วมกันกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น รพ.สต. สนง.สสอ. และ สนง.สสจ.

“ไม่รู้ (ไม่ทราบว่าจะนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์อย่างไร – ผู้ศึกษา) เขาก็แค่เก็บไป ผมคิดว่าที่จริงยุทธศาสตร์เจอปัญหาที่น่าจะมาหาเราและมาช่วยกันวางแผนแก้ปัญหา ร่วมกับเรา ส่วนมางานยุทธศาสตร์ เราก็แค่รวบรวมข้อมูล ทำหน้าที่ประโยชน์และส่ง ไม่ได้ควบคุมตัวชี้วัดโดยตรง ไม่ได้มีหน้าที่ควบคุมนโยบายโดยตรง แคร์รับส่งข้อมูล ผมว่าน่าจะเพิ่มการที่เขาลงมาดูเรื่องตัวชี้วัดเพิ่มกับฝ่ายด้วย คือคล้ายๆ ว่าผมทำคนเดียว สำเร็จหรือไม่ ไม่มีคนมาถามผม ไม่มีคนช่วยตรวจสอบดูแล” เจ้าหน้าที่ใน สนง.สสจ. (จังหวัดที่ 1)

จากการสืบค้นรายงานผลข้อมูลด้านสุขภาพของพื้นที่ตัวอย่างทั้ง 2 จังหวัด ในระบบ Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุขผ่านทางเว็บไซต์⁽¹⁶⁾ ไม่พบรายงานข้อมูลบริการอนามัยโรงเรียนโดยเฉพาะ จึงพิจารณารายงานที่เกี่ยวข้องกับบริการอนามัยโรงเรียน (ตามขอบเขตการศึกษา) สำหรับนักเรียนระดับประถมศึกษา เด็กวัยเรียน หรือเด็กอายุ 6-12 ปี ในช่วงที่ทำการศึกษา คือ ปีงบประมาณ 2558-2559 (ตารางที่ 3) พบรายงาน 3 ด้าน ได้แก่ (1) การประเมินภาวะการเจริญเติบโต (2) การตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน และ (3) การให้วัคซีน แต่ไม่พบรายงานด้านการทดสอบสายตาและการได้ยิน ลักษณะการรายงานข้อมูลในระบบ ส่วนใหญ่เน้นการรายงานจำนวนผู้ได้รับบริการ แต่ไม่รายงานจำนวนเด็กหรือนักเรียนทั้งหมด ผู้ศึกษาจึงวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบกับ

จำนวนเด็กตามระบบสถิติทางการทะเบียนในปีงบประมาณ 2558 และ 2559 แบ่งตามพื้นที่การศึกษา คือ จังหวัดที่ 1 และ 2 รวมถึงการรายงานในภาพรวมทั้งประเทศ พบว่า ผลการดำเนินงานด้านการประเมินภาวะการเจริญเติบโตของจังหวัดที่ 1 มากกว่าจังหวัดที่ 2 แต่พบความผิดปกติในการรายงานร้อยละของเด็กวัยเรียนมีความสูงที่สุดส่วนของปีงบประมาณ 2558 ซึ่งแสดงค่าเป็น 0 ทั้งหมด ด้านการตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน ผลการดำเนินงานที่รายงานในระบบมีสัดส่วนน้อยกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนเด็กอายุระหว่าง 6-12 ปีทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นการวิเคราะห์แยกจังหวัดหรือภาพรวมทั้งประเทศ ส่วนการฉีดวัคซีนสำหรับนักเรียนระดับประถมศึกษา คือ MMR (วัคซีนป้องกันหัด คางทูมและหัดเยอรมัน) และ dT (วัคซีนป้องกันคอตีบและบาดทะยัก) ผลการดำเนินงานมีสัดส่วนน้อยกว่าร้อยละ 60 ไม่ว่าจะวิเคราะห์แยกหรือไม่แยกจังหวัด นอกจากนี้ยังมีการสืบค้นข้อมูลในลักษณะเดียวกันจากระบบบริการข้อมูลของ สปสช. ผ่านทางเว็บไซต์⁽¹⁷⁾ พบรายงานเฉพาะระดับภาพรวมของประเทศ ซึ่งทั้งปีงบประมาณ 2558 และ 2559 ไม่มีรายงานการทดสอบสายตาและการได้ยิน และในปีงบประมาณ 2558⁽¹⁸⁾ ไม่มีการรายงานข้อมูลการประเมินภาวะการเจริญเติบโต ส่วนในปีงบประมาณ 2559⁽¹⁹⁾ ไม่มีการรายงานข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลผลการดำเนินงานจากระบบบริการข้อมูล สปสช. กับระบบคลังข้อมูลระดับกระทรวงสาธารณสุขในส่วนข้อมูลระดับประเทศ พบว่า มีค่าร้อยละของการดำเนินงานสูงกว่า เช่น รายงานการให้วัคซีนแก่นักเรียนมากกว่าร้อยละ 90 อย่างไรก็ตาม การรายงานข้อมูลของ สปสช. ไม่ได้แยกเป็นงานบริการอนามัยโรงเรียนโดยเฉพาะ และไม่สามารถแยกข้อมูลของจังหวัดตัวอย่างมาวิเคราะห์ได้เนื่องจากสรุปข้อมูลเป็นภาพรวมเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลรายจังหวัดได้

วิจารณ์

ระบบข้อมูลและรายงานสุขภาพเด็กนักเรียนเป็นสิ่งที

มีความสำคัญต่อดำเนินงานบริการอนามัยโรงเรียนภายใต้โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการตรวจสุขภาพ การเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ หรือการแก้ไขปัญหาสุขภาพของนักเรียน จากการศึกษาพื้นที่ตัวอย่าง 2 จังหวัด พบว่า ในโรงเรียนกลุ่มตัวอย่างทั้ง 9 แห่ง การได้รับการรับรองเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรหรือทองแดง ไม่ได้แสดงให้เห็นถึงความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล เนื่องจากเมื่อได้รับการรับรองฯ แล้ว โรงเรียนก็ไม่ได้ดำเนินงานด้านข้อมูลสุขภาพนักเรียนอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ บุคลากรของโรงเรียนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังไม่ได้ใช้เครื่องมือบันทึกและรายงานข้อมูลสุขภาพนักเรียนตามข้อกำหนดของโครงการฯ ได้แก่ อร.14 สศ.3 แบบบันทึก ป.5-ป.6 และ ปพ.8 อย่างเต็มที่ ส่วนมากโรงเรียนเลือกใช้งานเครื่องมือตามความสะดวก และเครื่องมือเหล่านี้ก็มีความซ้ำซ้อนของสิ่งที่ต้องบันทึกซึ่งเป็นการสร้างภาระให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน อีกทั้งบางพื้นที่พบปัญหาด้านการบริหารจัดการเครื่องมือ เช่น นักเรียนไม่ได้รับแจกแบบบันทึก ป.5-ป.6 จึงไม่ได้ใช้งานและไม่ได้ส่งต่อไปยังผู้ปกครอง และพบปัญหาเรื่องเงินงบประมาณในการจัดซื้อเครื่องมือ เช่น โรงเรียนต้องจัดซื้อ สศ.3 เอง เมื่อจัดซื้อแล้วเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ใช้งาน โรงเรียนจึงเลิกจัดซื้อ ทั้งนี้นอกจากเครื่องมือที่โครงการฯ กำหนดแล้ว ยังมีการใช้งานเครื่องมืออื่นที่มีการบันทึกข้อมูลสุขภาพในบางเรื่อง เช่น ปพ.6 และ DMC สามารถใช้บันทึกข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงได้ และจากการพิจารณาความครบถ้วนและความต่อเนื่องของการบันทึกข้อมูลสุขภาพนักเรียนในเครื่องมือชนิดต่างๆ พบว่า DMC มีข้อมูลสมบูรณ์ที่สุด เนื่องจาก สพฐ. กำหนดให้ทุกโรงเรียนบันทึกและส่งข้อมูลให้ครบถ้วน โดยมีผลต่อการพิจารณาเงินงบประมาณของโรงเรียน อย่างไรก็ตาม DMC มีข้อมูลสุขภาพไม่ครบถ้วนทุกด้านและระบบไม่สามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่โรงเรียนบันทึกได้ ขณะที่การบันทึกข้อมูลสุขภาพนักเรียนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมุ่งเน้นการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบงานโรงพยาบาลหรือเครื่องมือที่หน่วยงานต้นสังกัดกำหนด

มากกว่าการบันทึกข้อมูลตามที่โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพกำหนด ทำให้เครื่องมือหลายชนิดไม่ถูกใช้งาน อย่างไรก็ตาม การบันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบงานโรงพยาบาลและการส่งต่อข้อมูลไปยังต้นสังกัดยังคงประสบปัญหาทางด้านเทคนิค ซึ่งบางกรณีจำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศในการให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหา นอกจากนี้ ยังพบปัญหาเกี่ยวกับการทำงานแยกส่วนภายในกระทรวงสาธารณสุข เช่น การพัฒนาโปรแกรม BNutri-GSP ซึ่งอยู่คนละส่วนกับโปรแกรมระบบงานโรงพยาบาลและไม่สามารถเชื่อมโยงกันได้ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานต้องดำเนินการซ้ำซ้อน เมื่อพิจารณาข้อมูลจากระบบ HDC ของกระทรวงสาธารณสุข ไม่สามารถสรุปได้ว่าผลการดำเนินงานอยู่ในระดับที่รายงานจริงหรือไม่ เนื่องจากในพื้นที่ตัวอย่างที่ศึกษา บางจังหวัดหรือบางอำเภออาจจะไม่ได้บันทึกข้อมูลหรือเกิดความผิดพลาดของระบบ ทำให้ตัวเลขที่แสดงมีค่าเป็นศูนย์ทั้งหมด ขณะที่การสรุปรายงานข้อมูลของ สปสช. ที่สามารถเข้าถึงได้โดยสาธารณะเป็นการรายงานข้อมูลเฉพาะภาพรวมระดับประเทศ จึงไม่สามารถเปรียบเทียบกับข้อมูลระดับจังหวัดที่ได้จากระบบ HDC ของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ยังมีข้อสังเกตที่น่าสนใจอีกคือ การแสดงผลหรือรายงานข้อมูลสุขภาพนักเรียนที่ได้จากบริการอนามัยโรงเรียนไม่ได้ถูกจัดไว้เป็นหมวดหมู่เฉพาะหรือแยกประเภทชัดเจน ทำให้สืบค้นข้อมูลได้ยากและไม่เป็นระบบ อีกทั้งไม่พบการรายงานข้อมูลบริการอนามัยที่สำคัญ ได้แก่ การทดสอบสายตา และการทดสอบการได้ยิน ไม่ว่าในฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขหรือรายงานของ สปสช. อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือ ไม่สามารถเป็นตัวแทนของโรงเรียนประถมศึกษาทุกแห่งในประเทศไทยได้ และขอบเขตการศึกษามุ่งเน้นบริการอนามัยโรงเรียนที่ระบุในรายการสิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเด็กอายุ 6-12 ปี ตามประกาศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับกิจกรรมของโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในองค์ประกอบที่ 5 บริการอนามัยโรงเรียนเท่านั้น ผลการศึกษา



จึงไม่ครอบคลุมมิติด้านการดูแลสุขภาพในองค์ประกอบอื่นๆ เช่น การจัดการสิ่งแวดล้อม การให้ความรู้ หรือการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง แม้ผลการศึกษาจะไม่สามารถสะท้อนภาพรวมของโรงเรียนทั้งหมดในประเทศไทยได้ แต่จากการสนทนากลุ่มผู้บริหารซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากภาคการศึกษา ภาคสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มเห็นว่า ข้อค้นพบเกี่ยวกับการขาดความสมบูรณ์ของข้อมูลสุขภาพนักเรียนระดับประถมศึกษานั้น ไม่ขัดแย้งกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในโรงเรียนสังกัด สพฐ.⁽²⁰⁾

จากการทบทวนวรรณกรรม ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับระบบบริหารจัดการข้อมูลสำหรับบริการอนามัยโรงเรียนหรือโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ แต่พบข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของต่างประเทศ คือ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ระดับภูมิภาคของยุโรป (the European Region) ซึ่งกำหนดกรอบการดำเนินงาน (framework) เพื่อคุณภาพมาตรฐาน (quality standard) การให้บริการอนามัยโรงเรียน (school health services) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนให้ 53 ประเทศสมาชิกพัฒนาและรักษางานบริการอนามัยโรงเรียนให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพแห่งชาติ (national health systems) ของแต่ละประเทศ และ 1 ใน 7 มาตรฐาน คือ งานบริการอนามัยโรงเรียนมีสิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์ บุคลากร และระบบจัดการข้อมูล (data management systems) ที่เพียงพอต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน ซึ่งในส่วนของระบบจัดการข้อมูลนั้น หมายถึง การมีเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้งานง่ายเหมาะสมกับการจัดการบันทึกทางสุขภาพและสนับสนุนให้เกิดการสื่อสารที่เข้าใจได้ง่ายด้วย⁽²¹⁾ ขณะที่ในประเทศไทย ยังไม่มีแนวทางในการดำเนินงานด้านระบบข้อมูลและรายงานสุขภาพสำหรับงานบริการอนามัยโรงเรียนโดยเฉพาะ แม้จะมีคู่มือการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ แต่ก็ไม่ได้ระบุข้อกำหนดเกี่ยวกับระบบบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพนักเรียนไว้อย่างชัดเจน⁽³⁾

ในระดับนโยบายของประเทศไทย ข้อมูลจากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555–2559) ระบุว่า สถานการณ์และปัญหาด้านระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยคือ กลไกนโยบายและทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานยังไม่เพียงพอและขาดความต่อเนื่อง ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพยังขาดคุณภาพ ไม่ครอบคลุม มีความซ้ำซ้อน และขาดกระบวนการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล รวมถึงขาดระบบการจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนยังคงมีปัญหาการเข้าถึงข้อมูลและการใช้ประโยชน์จากข้อมูล เนื่องจากไม่เข้าใจประโยชน์ของข้อมูลข่าวสารที่จะช่วยในการตัดสินใจ⁽²²⁾ ดังนั้น ในยุทธศาสตร์ที่ 5 สร้างกลไกกลางระดับชาติในการดูแลระบบบริการสุขภาพและพัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ จึงกำหนดให้การพัฒนาข้อมูลข่าวสารสุขภาพให้เหมาะสมและตอบสนองต่อการใช้งานเป็นหนึ่งในกลวิธีและมาตรการของยุทธศาสตร์ดังกล่าว⁽²²⁾ แต่ไม่ได้ระบุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงกับการพัฒนาระบบข้อมูลและข่าวสารด้านสุขภาพ นอกจากนี้ในปี 2558 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินการพัฒนายุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (eHealth Strategy) เพื่อเป็นกรอบในการพัฒนายุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2559–2563⁽²³⁾ ซึ่งเป็นการดำเนินการทางด้านนโยบายระดับประเทศ แต่ไม่ได้เจาะจงรายละเอียดในระดับบริการสุขภาพต่างๆ จึงไม่มีการกล่าวถึงแนวทางการพัฒนาระบบข้อมูลและรายงานภายใต้บริการอนามัยโรงเรียน นอกจากนี้การพัฒนายุทธศาสตร์ดังกล่าวยังขาดการเชื่อมโยงกับระบบข้อมูลสุขภาพที่มีอยู่เดิม เช่น ข้อมูล 43 แฟ้ม และขาดการเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นที่มีความสำคัญต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งดูแลนักเรียนระดับประถมศึกษา (อายุ 6–12 ปี) กว่า 4 ล้านคน (2559)

ช้อยุติ

จากการสนทนากลุ่มที่มีการนำเสนอรายงานผลการศึกษาเบื้องต้นของโครงการประเมินบริการอนามัยโรงเรียนระดับประถมศึกษาเพื่อขอความคิดเห็นจากผู้บริหารระดับกลางและระดับสูง⁽²⁰⁾ ได้มีข้อเสนอแนะให้จัดตั้งคณะกรรมการแห่งชาติเพื่อส่งเสริมนักเรียนไทยสุขภาพดี โดยให้มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานและมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน ภายใต้คณะกรรมการแห่งชาตินี้ เสนอให้แต่งตั้งคณะกรรมการระดับประเทศ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเด็กนักเรียน ด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพเด็กนักเรียน ด้านวิชาการสุขภาพเด็กนักเรียน ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของจังหวัดและท้องถิ่น และด้านระบบข้อมูลและรายงานสุขภาพเด็กนักเรียน⁽²⁰⁾ ซึ่งคณะกรรมการระดับประเทศด้านระบบข้อมูลและรายงานสุขภาพเด็กนักเรียนควรจะปรับปรุงกระบวนการติดตามและประเมินผลการดูแลและแก้ไขปัญหาสุขภาพของเด็กนักเรียน โดยยกเลิกเครื่องมือที่มีความซ้ำซ้อนเพื่อลดภาระงาน และพัฒนาให้เหลือเพียงระบบเดียวในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานได้ พร้อมทั้งกำหนดตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่ และจัดตั้งหน่วยงานกลางให้เป็นผู้ประเมินและตรวจสอบข้อมูล เพื่อให้สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงานและติดตามดูแลนักเรียนได้อย่างเป็นระบบ รวมถึงสามารถนำไปใช้ประโยชน์ร่วมกันได้ทุกหน่วยงาน ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานด้านการศึกษา ด้านสาธารณสุข หรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนผู้ปกครองและตัวเด็กนักเรียน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์จากที่ปรึกษาโครงการทั้ง 3 ท่าน ได้แก่ คุณอัจฉราภรณ์ ตั้งอุทัยสุข สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) กระทรวงศึกษาธิการ รศ.พญ.

ลัดดา เหมาะสุวรรณ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และ นพ.กิตติลาภสมบัติศิริ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พร้อมทั้งได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์จากคุณศศิวิมล ปุจฉาการ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และขอขอบคุณคุณแก้วกุล ตันติพิสิฐกุล และคุณอดุมศักดิ์ นาคกุล ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล ทั้งนี้ การศึกษาดังกล่าวจะสำเร็จมิได้หากขาดความร่วมมือจาก นักเรียน ผู้ปกครอง ครู ผู้อำนวยการโรงเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ได้ให้การอนุเคราะห์ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ และขอขอบคุณผู้ปฏิบัติงาน ผู้เชี่ยวชาญ ผู้บริหารจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัย องค์กรไม่แสวงหากำไร สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข ที่เข้าร่วมการประชุมเพื่อให้ข้อคิดเห็นต่อผลการศึกษาเบื้องต้น สุดท้ายนี้ขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นผู้สนับสนุนเงินทุนในการดำเนินการศึกษานี้ ทั้งนี้ ผลการศึกษา การตีความ และข้อสรุปที่ได้จากการศึกษานี้ไม่ได้แสดงทัศนคติของหน่วยงานผู้ให้ทุนแต่อย่างใด

การศึกษานี้ดำเนินงานภายใต้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ซึ่งเป็นองค์กรวิจัยกึ่งอิสระภายใต้สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ภายใต้โครงการเมธีวิจัยอาวุโส (RTA5980011)

References

1. Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health. Evaluation guideline for health-promoting schools 2013. Bangkok: Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health; 2013. 118 p. (in Thai)



2. Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health. Operating guideline for health-promoting schools 2013. Bangkok: Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health; 2013. 240 p. (in Thai)
3. Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health. Operating guideline for health-promoting schools 2015. Bangkok: Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health; 2015. 264 p.
4. Chinnacom D, Praditsitthikorn N. An evaluation of school health service in elementary schools. Meeting of stakeholders for defining the scope and indicators of study; 2015 Jan 30; Meeting room 1; Health Intervention and Technology Assessment Program. (in Thai)
5. Office of the Permanent Secretary Ministry of Education. Statistical data [Internet]. 2015 [updated 2016; cited 10 January 2018]. Available from: <http://www.ops.moe.go.th/home/>. (in Thai)
6. Praditsitthikorn N, Tantipisitkul K, Narkkul U, Chinnacom D, Kittiratchakool N, Phothihang O, et al. An evaluation of school health service in elementary schools in Thailand [Internet]. 2015 [cited 25 December 2017]. Available from: <http://www.hitap.net/documents/167154>. (in Thai)
7. Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health. Self-health assessment form for student in grade 5–6. Nonthaburi: Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health; 2014. 28 p. (in Thai)
8. Institute of Nutrition, Mahidol University. Innovation and intellectual property [Internet]. 2011 [cited 9 January 2018]. Available from: <http://www.inmu.mahidol.ac.th/th/innovations/programs/>. (in Thai)
9. Information and Communication Technology Center, Ministry of Public Health. Java Health Center Information System [Internet]. 2012 [cited 9 January 2018]. Available from: <http://jhcis.moph.go.th/>. (in Thai)
10. Bangkok Medical Software. BMS-HOSxP PCU [Internet]. 2018 [cited 9 January 2018]. Available from: <http://hosxp.net/joomla25/index.php/product-menu/2012-06-06-06-08-32/bms-hosxp-pcu-menu>. (in Thai)
11. Bureau of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Operating guideline for collection, storage and transfer of data according to standards of health data structure version 2.1. Yeunyongswan M, editors: Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2016. 137 p. (in Thai)
12. Khampang R, Teerawattananon Y, Tantivess S, Cluzeau F, Foskett-Tharby R, Gill P. Developing and testing quality indicators for the Thai Quality and Outcomes Framework. Safety in health. 2017 November 13;3(1):14.
13. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Strategies, indicators and guideline for data storage in fiscal year 2015 – Ministry of Public Health [Internet]. 2014 [cited 10 February 2018]. Available from: http://kpo.moph.go.th/webkpo/download/StrategyAndKPI2558__30092557.pdf. (in Thai)
14. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Strategies, indicators and guideline for data storage in fiscal year 2016 – Ministry of Public Health [Internet]. 2015 [cited 10 February 2018]. Available from: http://healthdata.moph.go.th/kpi/doc/mophplan_2559_final.pdf. (in Thai)
15. Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health. Bureau of Nutrition-Growth Surveillance Program [Internet]. 2014 [cited 19 February 2018]. Available from: <https://hpc03.files.wordpress.com/2015/01/nan032558.pdf>. (in Thai)
16. Information and Communication Technology Center, Office of Permanent Secretary. Health data center [Internet]. 2014 [cited 2018 10 Feb]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php. (in Thai)
17. National Health Security Office. Performance report [Internet]. 2017 [cited 2018 15 Feb]. Available from: https://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-about_result.aspx. (in Thai)
18. National Health Security Office. NHSO annual report fiscal year 2015. Bangkok: National Health Security Office; 2016. 144 p. (in Thai)
19. National Health Security Office. NHSO annual report fiscal year 2016. Bangkok: National Health Security Office; 2017. 144 p. (in Thai)
20. Kittiratchakool N, Praditsitthikorn N. An evaluation of school health service in elementary schools. Meeting of stakeholders for reporting the Preliminary Results of study; 2015 Sep 18; Sanjai Meeting room 2, National Health Building, Ministry of Public Health. (in Thai)
21. Stronski S, Hoppenbrouwers K, Baltag V, Michaud P-A. European framework for quality standards in school health services and competences for school health professionals. Denmark: The WHO Regional Office for Europe; 2014. 16 p.
22. Steering Committee on Formulation of National Health

Development Plan, Ministry of Public Health. The 11th national health development plan under the national economic and social development plan (2012-2016). Bangkok: Bureau of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2012. 56 p. (in Thai)

23. Information and Communication Technology Center, Office of Permanent Secretary. eHealth Strategy, Ministry of Public Health (2017 – 2026). Nonthaburi: Information and Communication Technology Center, Office of the Permanent Secretary; 2017. 99 p. (in Thai)