

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การประเมินผลโครงการเฝ้าระวังสุขภาพนักเรียน ด้วยแบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียน

สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล ศศ.ม.*

ร็กมณี บุตรชน วท.ม.*

दनัย ชินคำ วท.บ.*

นธิเจน กิตติรัชกุล ภ.บ.*

อรพรรณ โพธิ์หัง วท.บ.*

ชนกานต์ ตำนวนกิจเจริญ วท.ม.**

ยศ ตีระวัฒนานนท์ Ph.D.*

* โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

** สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการเฝ้าระวังสุขภาพนักเรียน ในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต และความพึงพอใจต่อแบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียน ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ การศึกษาเชิงคุณภาพประกอบด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการดำเนินงานแบบบันทึกฯ จำนวนรวม 31 คน การสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการดำเนินงานแบบบันทึกฯ และนักเรียน จำนวนรวม 25 คน การศึกษาเชิงปริมาณ ได้แก่ การสำรวจด้วยแบบสอบถามในนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึง 6 และมีมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึง 6 ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ศรีสะเกษ ราชบุรี ตรัง และกรุงเทพมหานคร จำนวน 2,200 คน จาก 50 โรงเรียน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนาและสถิติอ้างอิงวิเคราะห์โดยใช้ค่าไค-สแควร์ (Chi-square) ผลการศึกษาพบว่า ด้านบริบท แบบบันทึกฯ สามารถตอบวัตถุประสงค์โครงการและใช้เป็นเครื่องมือในการเฝ้าระวังสุขภาพสำหรับนักเรียนได้ ด้านปัจจัยนำเข้า จำนวนครุอนามัยไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน และส่วนใหญ่ไม่ได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการ รวมถึงวิธีการใช้แบบบันทึกฯ อีกทั้งไม่ได้รับอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น แผ่นวัดสายตา กราฟแสดงเกณฑ์การเจริญเติบโต นอกจากนี้ ไม่มีการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินโครงการสำหรับหน่วยงานในพื้นที่ ด้านกระบวนการ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ไม่ได้บรรจุแผนการดำเนินโครงการไว้ในแผนปฏิบัติงานประจำปี และพบว่า นักเรียนที่ได้รับแบบบันทึกฯ ร้อยละ 18.5 ไม่ได้รับการชี้แจงวิธีการใช้ ด้านผลผลิต นักเรียนที่นำแบบบันทึกฯ มาด้วยในวันสัมภาษณ์ ร้อยละ 55.3 ไม่ใช้แบบบันทึกฯ เมื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนที่ไม่ใช้และใช้แบบบันทึกฯ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p < 0.05$) ด้านความพึงพอใจ ครูอนามัยและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อแบบบันทึกฯ

คำสำคัญ: การประเมินผล, แบบบันทึกการตรวจสุขภาพ, นักเรียน

บทนำ

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่ช่วยเพิ่มความสามารถของประชาชนในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง เพื่อนำไปสู่การมีสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม⁽¹⁾ รวมถึงมีความสำคัญในด้านการพัฒนาทักษะและความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองในระดับบุคคลและเพิ่มพูนศักยภาพในระดับกลุ่มหรือชุมชน เพื่อการกำหนดทิศทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพของสมาชิก นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นทางด้านสุขภาพของสังคมโดยรวม อีกทั้งสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแลรักษาสุขภาพในระดับประเทศ⁽²⁾

กลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนและเยาวชน สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนและเยาวชน ทั้งในส่วนของการศึกษา พัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการถ่ายทอดความรู้ให้กับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง⁽³⁾ จากหน้าที่และบทบาทดังกล่าว กลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนและเยาวชนจึงได้ดำเนินโครงการเฝ้าระวังสุขภาพนักเรียน โดยมีวัตถุประสงค์ คือ (1) ส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนใช้แบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียนในการเฝ้าระวังสุขภาพของตนเอง (2) เป็นเครื่องมือของเด็กวัยเรียนใช้ศึกษาหาความรู้ในการปฏิบัติตัวด้านส่งเสริมสุขภาพ และ (3) นักเรียนเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเองและการมีสุขภาพดี

แบบบันทึกฯ เป็นการนำองค์ความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพมาใช้เพื่อผลิตเป็นเครื่องมือในการตรวจหาความผิดปกติของร่างกายเบื้องต้น ภายใต้คำแนะนำของครูและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยมุ่งหวังให้เป็นการปลูกฝังทัศนคติ ค่านิยม สร้างขีดความสามารถในการเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพของนักเรียน และสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพให้แก่นักเรียน ครู ผู้ปกครองและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งนำข้อมูลจากแบบบันทึกฯ มาใช้ในการวางแผนกำหนดนโยบายการดำเนินงานส่งเสริมและเฝ้าระวังสุขภาพเด็กวัยเรียนเพื่อ

ให้นักเรียนมีสุขภาพที่ดี นอกจากนี้แบบบันทึกฯ ยังเป็นกิจกรรมบริการภายใต้สิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ทุกคนต้องได้รับตามกลุ่มประชากรเป้าหมาย⁽⁴⁾ แบบบันทึกฯ เริ่มผลิตครั้งแรกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 และมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบอย่างต่อเนื่องตามความเหมาะสมของแต่ละช่วงเวลา ปัจจุบันแบ่งเป็น 2 ฉบับ คือ ฉบับสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึง 6 และฉบับสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึง 6 โดยตั้งเป้าหมายไว้ว่าร้อยละ 80.0 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และมัธยมศึกษาปีที่ 1 มีและใช้แบบบันทึกฯ

สำหรับขั้นตอนการดำเนินงานโครงการฯ ประกอบด้วย (1) กลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนและเยาวชนจัดพิมพ์แบบบันทึกฯ สำหรับนักเรียนชั้น ป.5-ป.6 และแบบบันทึกฯ สำหรับนักเรียนชั้น ม.1-ม.6 (2) แจกจ่ายแบบบันทึกฯ ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) หน่วยงานที่ดูแลโรงเรียนในถิ่นทุรกันดารและด้อยโอกาส สำนักอนามัยและสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา กรุงเทพมหานคร ในกรณีที่แจกจ่ายไปยัง สสจ. ให้ สสจ. แจกจ่ายต่อไปยังสถานบริการสาธารณสุขในลำดับถัดไป (3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและการศึกษาสนับสนุนแบบบันทึกฯ แก่โรงเรียนในเขตรับผิดชอบ เพื่อแจกจ่ายให้กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และมัธยมศึกษาปีที่ 1 พร้อมทั้งชี้แจงวิธีการบันทึกแก่ครูและให้คำปรึกษาการใช้แบบบันทึกฯ (4) โรงเรียนแนะนำวิธีการใช้ และให้นักเรียนตรวจสุขภาพด้วยตนเองตามรายละเอียดในแบบบันทึกฯ พร้อมทั้งบันทึกความผิดปกติ หากผลการตรวจสุขภาพพบว่านักเรียนรายใดมีปัญหาที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ ให้ส่งต่อไปยังสถานบริการสาธารณสุข และเมื่อนักเรียนเลื่อนชั้น ให้นักเรียนนำแบบบันทึกฯ ติดตัวไปใช้ในชั้นเรียนถัดไป จากการดำเนินโครงการดังกล่าวตลอดระยะเวลา 19 ปี ได้มีการประเมินผลมาแล้ว 2 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2547 และ 2550 ซึ่งการประเมินผลเป็นกระบวนการหนึ่งที่ทำให้ทราบว่า การดำเนินโครงการเป็นไปตามหลักเกณฑ์หรือไม่ มีปัญหาและอุปสรรคใดบ้าง และสามารถบรรลุ

เป้าหมายได้หรือไม่ อีกทั้งสามารถใช้ประกอบการตัดสินใจการวางแผนหรือการปรับเปลี่ยนการดำเนินงานในอนาคต⁽⁵⁻⁷⁾ สำหรับการประเมินผลครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการเฝ้าระวังสุขภาพนักเรียนในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต รวมถึงความพึงพอใจต่อแบบบันทึกฯ โดยมุ่งหวังเพื่อค้นหาและนำข้อมูลจากการประเมินมาใช้ประกอบการตัดสินใจในการดำเนินโครงการฯ ระยะเวลาถัดไป รวมทั้งนำมาวางแผนและพัฒนาโครงการ เพื่อให้การใช้แบบบันทึกฯ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการประเมินผลโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของ CIPP^(8,9) มีขอบเขตการประเมินในมิติด้านบริบท (Context) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านกระบวนการ (Process) ด้านผลผลิต (Product) ดังภาพที่ 1 รูปแบบการศึกษาใช้การศึกษา ทั้งเชิงคุณภาพ (qualitative study) และเชิงปริมาณ (quantitative study) เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ เดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2559

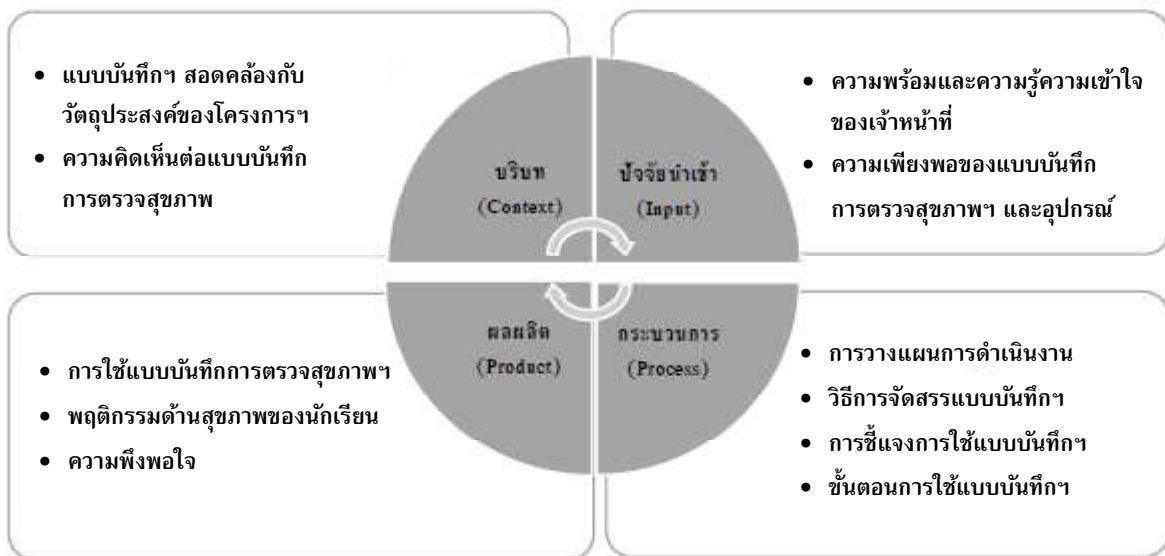
1. การศึกษาเชิงปริมาณ มีรูปแบบเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ

1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึง ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนสังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน (สช.) เทศบาล/องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และกรุงเทพมหานคร คำนวณกลุ่มตัวอย่างเมื่อทราบจำนวนประชากรแน่ชัดด้วยสูตรของ Wayne⁽¹⁰⁾ กำหนดขนาดความคลาดเคลื่อนหรือ ความผิดพลาดที่ยอมรับให้เกิดจากการวิจัยร้อยละ 6.0 กำหนดความแปรปรวนที่มีการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนเป็น 1.5 และกำหนดอัตราการไม่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม (non-respond rate) เท่ากับร้อยละ 3.0 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 2,060 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling)

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดพื้นที่เก็บข้อมูลออกเป็น 5 พื้นที่ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ กำหนด 1 พื้นที่เลือก 1 จังหวัด ทำการเลือกจังหวัดตัวอย่างอย่างง่าย ด้วยวิธีการใช้ตารางเลขสุ่ม ได้จำนวนจังหวัดตัวอย่างทั้งสิ้น 5 จังหวัด ประกอบด้วย เชียงใหม่ ศรีสะเกษ ราชบุรี ตรัง และกรุงเทพมหานคร

ภาพที่ 1 กรอบการประเมินผลโครงการเฝ้าระวังสุขภาพนักเรียน ในรูปแบบของ CIPP



ขั้นตอนที่ 2 เลือกโรงเรียนโดยกำหนดโควตาโรงเรียน ประถมศึกษาจังหวัดละ 4 แห่ง ในส่วนภูมิภาคแยกเป็น สังกัด สพฐ. สช. เทศบาล/อปท. โรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดละ 6 แห่ง แยกเป็นสังกัด สพฐ. และ สช. ส่วน กรุงเทพมหานคร กลุ่มโรงเรียนประถมศึกษา 4 แห่ง แยกเป็นสังกัด สพฐ. สช. และ กทม. กลุ่มโรงเรียนมัธยมศึกษา 6 แห่ง แยกเป็นสังกัด สพฐ. สช. และ กทม. ได้ จำนวนโรงเรียนตัวอย่างทั้งสิ้น 50 โรงเรียน ดังตารางที่ 1 ทำการเลือกโรงเรียนอย่างอิสระต่อกันโดยการสุ่มแบบง่ายด้วยวิธีการจับสลาก ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษานี้ต้องการ โรงเรียนที่ได้รับแบบบันทึกฯ ดังนั้นนักวิจัยใช้วิธีโทรศัพท์ ติดต่อโรงเรียนกลุ่มตัวอย่างหากโรงเรียนใดไม่ได้รับการ จัดสรรแบบบันทึกฯ จะใช้วิธีการสุ่มใหม่จนครบตาม จำนวน

ขั้นตอนที่ 3 เลือกอาสาสมัครในโรงเรียนตัวอย่างโดย การสุ่มอย่างง่าย กำหนดนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนละ 10 คน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนละ 10 คน นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึง 6 โรงเรียนละ 60 คน (แบ่งเป็นชั้นละ 10 คน) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสิ้น 2,200 คน

1.2 เครื่องมือในการวิจัย

ทีมวิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามขึ้นมาโดยทบทวน เนื้อหาจากแบบบันทึกฯ สำหรับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึง 6 และสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึง 6 ฉบับปี พ.ศ.2553 ถึง 2557 และได้นำเสนอในการประชุมผู้-

เชี่ยวชาญจำนวน 1 ครั้ง และทดสอบความถูกต้องของ เนื้อหาจำนวน 2 ครั้ง มีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (Checklist) แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 2 ชุด ได้แก่ (1) แบบสอบถามนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึง 6 (2) แบบสอบถามนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึง 6 ซึ่งแบบสอบถามทั้ง 2 ประเภท ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไปซึ่งแสดง ลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถาม (2) การได้รับแจกแบบ บันทึกฯ การชี้แจงวิธีการใช้และการนำแบบบันทึกฯ ไปใช้ และ (3) พฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม

1.3 วิธีการเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ซึ่ง ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองและผู้ให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจและลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้สัมภาษณ์คือทีมวิจัยซึ่งผ่านการอบรมและต้องปฏิบัติตามคู่มือการเก็บข้อมูลภาคสนาม

1.4 การบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการประมวลผลข้อมูล โดยนำแบบสอบถามลงรหัส ข้อมูล บันทึกข้อมูลในเครื่องคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวนร้อยละ สัดส่วนค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้อธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และสถิติเชิง-วิเคราะห์ ได้แก่ค่า Chi-square เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ ของระดับชั้นกับการใช้แบบบันทึกฯ และด้านพฤติกรรม สุขภาพของนักเรียนของกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้แบบบันทึกฯ

ตารางที่ 1 จำนวนโรงเรียนตัวอย่าง

จังหวัด	รร.ประถมศึกษา (แห่ง)				รร.มัธยมศึกษา (แห่ง)				รวม (แห่ง)
	สพฐ.	สช.	เทศบาล/อปท.	กทม.	สพฐ.	สช.	เทศบาล/อปท.	กทม.	
กรุงเทพมหานคร	2	1	-	1	4	1	-	1	10
ราชบุรี	2	1	1	-	5	1	-	-	10
เชียงใหม่	2	1	1	-	5	1	-	-	10
ศรีสะเกษ	2	1	1	-	5	1	-	-	10
ตรัง	2	1	1	-	5	1	-	-	10
รวม (แห่ง)	10	5	4	1	24	5	0	1	50

2. การศึกษาเชิงคุณภาพ แบ่งออกเป็น 2 การศึกษา ดังนี้

2.1 การสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวอย่างคือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการดำเนินงานแบบบันทึกฯ ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและด้านการศึกษาทั้งส่วนกลาง กรุงเทพมหานคร และภูมิภาค หน่วยงานละ 1 คน และครูอนามัยจังหวัดละ 2 คนแบ่งเป็นครูอนามัยในโรงเรียนประถมศึกษา 1 คนและโรงเรียนมัธยมศึกษา 1 คน ได้จำนวนตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 31 คน ดังตารางที่ 2

เครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก คือ แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ที่ทีมวิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยยึดตามกรอบแนวคิดการประเมินผลโครงการ โดยมีประเด็นคำถาม เช่น กระบวนการบริหารจัดการโครงการเฝ้าระวังสุขภาพนักเรียน งบประมาณ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และการติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการ เป็นต้น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

(content analysis)

2.2 การสนทนากลุ่ม กลุ่มตัวอย่างคือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการดำเนินงานแบบบันทึกฯ และนักเรียน ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ทำการสนทนากลุ่มจำนวน 4 ครั้ง ได้แก่

1) กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการดำเนินงานแบบบันทึกฯ จำนวน 8 คน ได้แก่ ผู้แทนสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร สสจ. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สช. ครูอนามัยในโรงเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษา

2) กลุ่มนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 จากโรงเรียนในจังหวัดราชบุรี 1 แห่ง จำนวน 4 คน

3) กลุ่มนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 จากโรงเรียนในจังหวัดฉะเชิงเทรา 1 แห่ง จำนวน 5 คน

4) กลุ่มนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนในจังหวัดฉะเชิงเทรา 1 แห่ง จำนวน 8 คน

ตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้รับผิดชอบการดำเนินงานแบบบันทึกฯ

กลุ่มอาสาสมัคร	จำนวน (คน)
เจ้าหน้าที่กลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนและเยาวชน สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	1
เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและด้านการศึกษาในกรุงเทพมหานคร ได้แก่	
สำนักเขตงานพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา (สพป.) กรุงเทพมหานคร	1
สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 (สพม.2) กรุงเทพมหานคร	1
สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร	1
สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน (สช.)	1
ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร	1
เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและด้านการศึกษาในภูมิภาค ได้แก่	
เจ้าหน้าที่ในสังกัด ศูนย์อนามัยที่ 3, 5, 6 และ 10	4
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในจังหวัดเชียงใหม่ ศรีสะเกษ ราชบุรี และตรัง	4
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดเชียงใหม่ ศรีสะเกษ ราชบุรี และตรัง	4
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์บริการสาธารณสุข ในจังหวัดเชียงใหม่ ศรีสะเกษ ราชบุรี และตรัง	4
ครูอนามัยในจังหวัดเชียงใหม่ ศรีสะเกษ ราชบุรี ตรัง และกรุงเทพมหานคร	9
รวม	31

เครื่องมือที่ใช้ในการสนทนากลุ่มคือ ประเด็นคำถามที่ทีมวิจัยได้พัฒนาขึ้นจากผลการศึกษาเชิงปริมาณและการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งการสนทนากลุ่มมีวัตถุประสงค์เพื่อ ทบทวนความถูกต้องของข้อมูล และสอบถามประเด็นอื่นๆ เพิ่มเติม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

การศึกษานี้ผ่านการอนุมัติจากสถาบันพัฒนาการ-
คุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ ตามหนังสือเลขที่ สคม.1475/
2558

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 94.1) เช่นเดียวกับการสนทนากลุ่ม โดยกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการดำเนินงานแบบบันทึกฯ เป็นเพศหญิงร้อยละ 87.4 ส่วนกลุ่มนักเรียนเป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.2

การสำรวจนักเรียน พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 1,998 คน (คิดเป็นร้อยละ 90.8 จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด) ในโรงเรียน 46 แห่ง (คิดเป็นร้อยละ 92.0 จากจำนวนโรงเรียนตัวอย่าง) แบ่งออกเป็นสังกัด สพฐ. ร้อยละ 69.6 สช. ร้อยละ 18.4 เทศบาล/อปท. ร้อยละ 8.0 และ กทม. ร้อยละ 4.0 กลุ่มตัวอย่างกำลังศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึง 6 ร้อยละ 19.0 ศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึง 6 ร้อยละ 81.0 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.9 โดยพักอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา ร้อยละ 66.3

2. ด้านบริบท

2.1 แบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียนมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการเฝ้าระวังสุขภาพนักเรียน

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าแบบบันทึกฯ สามารถตอบวัตถุประสงค์ของโครงการเฝ้าระวังสุขภาพนักเรียนได้ เนื่องจากในเชิงนโยบายมีกรอบแนวคิดที่ชัดเจน สามารถตอบสนองต่อการดูแล

สุขภาพนักเรียนได้ อีกทั้งเนื้อหาในแบบบันทึกฯ มีความสอดคล้องกับเนื้อหาในเครื่องมืออื่นๆ ที่ใช้บันทึกข้อมูลสุขภาพของนักเรียน เช่น สมุดบันทึกกิจกรรมอนามัย-โรงเรียน (อร.14) และเนื้อหาที่มีความครอบคลุมด้านสุขภาพในหลายมิติ เช่น ข้อมูลสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วยของนักเรียน การประเมินภาวะการเจริญเติบโต ความรู้เรื่องเพศศึกษา เป็นต้น นอกจากนี้ เนื้อหาความรู้และวิธีการตรวจสุขภาพภายในเล่มนักเรียนสามารถศึกษาได้ด้วยตนเอง ทำให้รู้จักการสังเกตหรือการสำรวจความผิดปกติของร่างกายตนเอง และสามารถนำความรู้ไปใช้ได้ในอนาคต

อย่างไรก็ตาม บุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดแห่งหนึ่งเห็นว่าแม่แบบบันทึกฯ จะสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการศึกษาหาความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพ แต่ในทางปฏิบัติ นักเรียนกลับไม่สามารถนำความรู้จากแบบบันทึกฯ ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ เนื่องจากวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่นักเรียนอาศัยอยู่มีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น มีการจำหน่ายขนมกรุบกรอบหรือน้ำอัดลมภายในโรงเรียนและชุมชน นอกจากนี้ กิจกรรมบางอย่างในแบบบันทึกฯ ครูผู้รับผิดชอบและนักเรียนส่วนใหญ่ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เอง เช่น การทดสอบสมรรถภาพทางกาย ต้องอาศัยครูผู้สอนประจำวิชาพลศึกษา เป็นผู้ดำเนินกิจกรรมให้ ซึ่งจะไม่สอดคล้องวัตถุประสงค์ที่กำหนดให้นักเรียนเป็นผู้ทำกิจกรรมด้วยตนเอง

2.2 ความคิดเห็นต่อแบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียน

จากการสนทนากลุ่ม ในกลุ่มนักเรียนส่วนใหญ่เห็นว่าแบบบันทึกฯ มีประโยชน์ ทำให้รู้ถึงสภาวะสุขภาพของตนเอง เช่น การเจริญเติบโตของร่างกาย ความผิดปกติของร่างกาย ชีตความสามารถของร่างกาย อีกทั้งให้ความรู้ด้านสุขศึกษา เช่น การบริโภคอาหาร ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้ ยกตัวอย่างเช่น หากทราบว่าคุณเองมีภาวะอ้วน ก็จะหาวิธีลดน้ำหนัก ส่วนประเด็นที่ว่าควรมีการใช้แบบบันทึกฯ ต่อไปหรือไม่นั้น ในกลุ่มนักเรียนมีความคิดที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย โดยกลุ่มที่เห็นด้วย

ให้ความเห็นคืออยากให้นักเรียนรุ่นน้องมีโอกาสได้ใช้ เนื่องจากมีประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเองดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น แต่กลุ่มไม่เห็นด้วยให้เหตุผลคือเป็นสิ่งที่ไม่มีความจำเป็น รู้สึกเป็นภาระและเกียจคร้านที่จะต้องทำ เนื่องจากมีวิชาเรียนจำนวนมาก ทำให้ไม่มีเวลาว่าง อีกทั้งยังมีแหล่งให้ความรู้อื่นๆ ให้ศึกษาได้ เช่น สื่อความรู้ในห้องพยาบาล หรือการสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต ขณะที่กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการดำเนินงานแบบบันทึกฯ ส่วนใหญ่เห็นว่า แบบบันทึกฯ เป็นสื่อที่ดีและมีประโยชน์ สามารถทำให้เด็กนักเรียนรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพของตนเองได้ และควรมีการดำเนินงานต่อไป

3. ด้านปัจจัยนำเข้า

3.1 ความพร้อมและความรู้ความเข้าใจของเจ้าหน้าที่

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นขัดแย้งกันคือ เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและการศึกษา ส่วนใหญ่เห็นว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ในหน่วยงานมีจำนวนเพียงพอต่อการดำเนินงาน โดยส่วนใหญ่มีเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ 1 คนต่อหนึ่งหน่วยงาน เนื่องจากงานส่วนใหญ่มีหน้าที่หลักเพียงแค่การติดต่อประสานงาน แต่ครูอนามัยบางส่วนเห็นว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในโรงเรียนซึ่งก็คือครูอนามัยมีจำนวนไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่มีโรงเรียนละ 1 คนเท่านั้น โดยเฉพาะโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาที่มีนักเรียนจำนวนมาก ทำให้การกำกับดูแลการใช้แบบบันทึกฯ ไม่ครอบคลุมทั้งหมด โรงเรียนบางแห่งต้องใช้วิธีการขอความร่วมมือครูประจำชั้นในการชี้แจงนักเรียน และกำกับ ติดตามการใช้แบบบันทึกฯ นอกจากนี้ครูอนามัยบางส่วนเห็นว่าผู้รับผิดชอบงานบริการอนามัยโรงเรียนส่วนใหญ่มีการโยกย้ายหรือเปลี่ยนแปลงบ่อยครั้ง ส่งผลให้การใช้งานแบบบันทึกฯ ในโรงเรียนขาดความต่อเนื่อง ในด้านความรู้ความเข้าใจต่อโครงการฯ พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการดำเนินงานส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการชี้แจงหรืออบรมเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของโครงการฯ รวมถึงข้อปฏิบัติและขั้นตอนการใช้แบบบันทึกฯ นอกจากนี้ครูอนามัยซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดนักเรียน และเป็นผู้กำกับดูแลให้นักเรียนใช้แบบ

บันทึกฯ ส่วนใหญ่ไม่ได้จบการศึกษาในด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อีกทั้งไม่ได้รับการชี้แจงหรืออบรมการใช้แบบบันทึกฯ ทำให้ขาดความรู้ด้านสุขภาพและทักษะในการดำเนินงาน กล่าวคือ มีความสับสน ไม่เข้าใจ และไม่ทราบถึงวิธีการที่ถูกต้องในการดำเนินกิจกรรม และการบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกฯ

3.2 ความเพียงพอของแบบบันทึกการตรวจสุขภาพสำหรับนักเรียนและอุปกรณ์

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและด้านการศึกษาบางส่วนเห็นว่า การกระจายแบบบันทึกฯ จากส่วนกลางค่อนข้างล่าช้า เช่น ส่งมาในช่วงภาคเรียนที่ 2 ซึ่งไม่ทันต่อการใช้ของนักเรียนในภาคเรียนที่ 1 ในส่วนของจำนวนแบบบันทึกฯ กลุ่มครูอนามัยระบุว่าส่วนใหญ่จะได้รับตามจำนวนนักเรียนที่รายงานไปยังส่วนกลาง แต่บางโรงเรียนมีไม่เพียงพอกับจำนวนนักเรียน เนื่องจากนักเรียนมีการย้ายเข้า-ออก ขณะที่ทางส่วนกลางไม่มีการจัดสรรแบบบันทึกฯ สำรองไว้ให้กับโรงเรียนโดยตรง แต่กลับนำไปสำรองไว้ที่ศูนย์อนามัยเขต ซึ่งหลายโรงเรียนไม่ทราบ จึงไม่ได้ดำเนินการขอแบบบันทึกฯ เพิ่มเติมอย่างไรก็ตาม ยังพบว่าในบางโรงเรียนไม่ได้รับตามจำนวนนักเรียนที่รายงานไป

ส่วนอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการตรวจร่างกายตามแบบบันทึกฯ ได้แก่ แผ่นวัดสายตาคืออักษร E (E-chart) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกครูอนามัย พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการจัดสรรมาให้จากโครงการฯ จึงต้องใช้งบประมาณของโรงเรียนในการจัดซื้อเอง หรือบางแห่งหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เป็นผู้จัดสรรให้

สำหรับงบประมาณในการดำเนินงานโครงการฯ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและการศึกษา รวมถึงครูอนามัยพบว่า เกือบทุกหน่วยงานและทุกโรงเรียนไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณเฉพาะเพื่อใช้ในการดำเนินงาน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลบางส่วนเห็นว่า การไม่ได้รับจัดสรรงบประมาณ ทำให้เกิดปัญหาในการบริหารจัดการ เช่น ไม่มีงบประมาณในการรับ-ส่งแบบบันทึกฯ รวมถึงขาดงบประมาณในการจัดอบรมบุคลากร

ที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงขั้นตอนการดำเนินงานและวิธีการใช้งานแบบบันทึกฯ เป็นต้น

4. ด้านกระบวนการ

4.1 การวางแผนการดำเนินงาน

ข้อมูลการสนทนากลุ่ม กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการดำเนินงานแบบบันทึกฯ เห็นว่า ในระดับพื้นที่ทั้ง กทม. และภูมิภาค ส่วนใหญ่ไม่มีการบรรจุแผนการดำเนินงานโครงการ เฝ้าระวังสุขภาพนักเรียนไว้ในแผนงานประจำปี หรือกำหนดเวลาในการปฏิบัติงานเฉพาะ เนื่องจากเป็นงานประจำที่ทำอย่างต่อเนื่องและรู้ว่าต้องเริ่มดำเนินการในช่วงใด ทั้งการรวบรวมจำนวนนักเรียน การไปรับและการจัดสรรแบบบันทึกฯ เป็นต้น อย่างไรก็ตามสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งหนึ่งได้บรรจุแผนการดำเนินงานของแบบบันทึกฯ ลงเป็นแผนงานประจำปี และมีการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม โดยกำหนดวันเวลาและแจ้งให้ทางโรงเรียนทราบล่วงหน้าเพื่อเข้าไปตรวจสุขภาพ รวมถึงให้ความรู้ด้านสุขศึกษาแก่นักเรียนโดยยึดตามแบบบันทึกฯ

4.2 วิธีการจัดสรรแบบบันทึกการตรวจสุขภาพสำหรับนักเรียน

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและด้านการศึกษา รวมถึงครูอนามัยในส่วนภูมิภาคพบว่า เมื่อสสจ. ได้รับแบบบันทึกฯ จะประสานงานให้สถานบริการสาธารณสุขในลำดับถัดไป เช่น สสอ. รพ. รวมถึงเทศบาล/อปท. มารับแบบบันทึกฯ และเมื่อหน่วยงานเหล่านี้รับแบบบันทึกฯ มาแล้วจะประสานให้ รพ.สต. หรือศูนย์บริการสาธารณสุข มารับแบบบันทึกการตรวจสุขภาพ เพื่อนำไป จัดสรรให้กับโรงเรียนในพื้นที่รับผิดชอบ ส่วนเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและด้านการศึกษา รวมถึงครูอนามัยในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า การจัดสรรแบบบันทึกฯ จากส่วนกลางแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ จัดสรรให้กับสำนักอนามัย และสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา โดยที่สำนักอนามัยจะประสานงานให้ศูนย์บริการสาธารณสุขมารับแบบบันทึกฯ เพื่อนำไปจัดสรรให้กับโรงเรียนในสังกัดต่อไป ขณะที่สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจะใช้

วิธีการให้แต่ละโรงเรียนเข้ามารับแบบบันทึกฯ ที่สำนักงานที่สังกัด ส่วนโรงเรียนในสังกัด สข. กรุงเทพมหานคร หากมีความประสงค์แบบบันทึกฯ ต้องเข้าไปที่กรมอนามัยโดยตรง ภายหลังจากที่โรงเรียนแต่ละแห่งได้รับแบบบันทึกฯ ครูอนามัยจะเป็นผู้จัดสรรให้กับนักเรียน

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าระบบการจัดสรรแบบบันทึกฯ ที่ต้องผ่านหลายหน่วยงาน ทำให้พบปัญหาคือ แบบบันทึกฯ ไม่ถึงนักเรียน เนื่องจากติดค้างอยู่ตามหน่วยงานต่างๆ และอีกปัญหาหนึ่ง คือการจัดสรรแบบบันทึกฯ จากส่วนกลาง ไม่มีการแยกจำนวนตามโรงเรียน ทำให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบต้องทำการจัดแยกแบบบันทึกฯ ตามจำนวนนักเรียนแต่ละโรงเรียน ซึ่งเป็นการเสียเวลาและสร้างความลำบากให้กับผู้ปฏิบัติงาน

4.3 การชี้แจงการใช้แบบบันทึกการตรวจสุขภาพสำหรับนักเรียนให้กับนักเรียน

ในการสำรวจกลุ่มนักเรียนที่ได้รับแจกแบบบันทึกฯ ทั้งหมด จำนวน 1,234 คน จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,998 คน พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการชี้แจงวิธีการทำกิจกรรม และวิธีการกรอกข้อมูลลงในแบบบันทึกฯ (ร้อยละ 81.5) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างระดับประถมศึกษา มีสัดส่วนของการไม่ได้รับการชี้แจงมากกว่าระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 20.5 และร้อยละ 17.8 ตามลำดับ) โดยส่วนใหญ่นักเรียนได้รับการชี้แจงจากครูประจำชั้นมากที่สุด (ร้อยละ 41.1) รองลงมาคือ ครูอนามัย (ร้อยละ 37.7)

4.4 ขั้นตอนการใช้แบบบันทึกการตรวจสุขภาพ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกครูอนามัยพบว่า บางโรงเรียนให้นักเรียนทำกิจกรรมตามแบบบันทึกฯ ไปพร้อมกัน แต่กิจกรรมที่ดำเนินการยาก เช่น การตรวจวัดสายตา ทางเจ้าหน้าที่ รพ.สต. หรือศูนย์บริการสาธารณสุข จะเข้ามาตรวจให้ในภายหลัง ซึ่งบางโรงเรียนมีการกำหนดระยะเวลา 1 สัปดาห์ เพื่อให้นักเรียนตรวจสุขภาพด้วยตนเอง แต่ในบางโรงเรียนไม่มีการกำหนด แต่ให้อิสระกับนักเรียน การทำกิจกรรมจึงขึ้นอยู่กับนักเรียนแต่ละห้องหรือแต่ละคนว่า ต้องการจะทำในช่วงใดของแต่ละภาคเรียน โดยครูมี

หน้าที่คอยกระตุ้นหรือเตือนนักเรียน

5. ด้านผลผลิต

5.1 การใช้แบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเอง สำหรับนักเรียน

จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,998 คน พบว่ามีนักเรียนจำนวน 1,234 คนที่ได้รับแบบบันทึกฯ และในจำนวนดังกล่าวมีจำนวน 974 คนที่นำแบบบันทึกฯ ติดตัวมาด้วยในวันสัมภาษณ์ ทั้งนี้การใช้แบบบันทึกฯ ในการศึกษานี้มีนิยามคือ นักเรียนสามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขได้ครบทั้ง 4 ข้อ ได้แก่ (1) กรอกด้วยตนเอง (2) กรอกอย่างน้อย 5 ใน 7 ตอน (3) กรอกอย่างน้อย 4 ใน 5 ข้อในแต่ละตอน (หรือกรอกอย่างน้อยร้อยละ 80.0 ของแต่ละตอน) และ (4) กรอกทุกภาคเรียน ซึ่งจากการสำรวจนักเรียนพบว่า นักเรียนที่ได้รับและนำแบบบันทึกฯ ติดตัวมาด้วย ร้อยละ 44.7 มีการใช้แบบบันทึกฯ และร้อยละ 31.2 มีการใช้มานานมากกว่า 6 เดือน นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่มีสัดส่วนการใช้แบบบันทึกฯ มากกว่าระดับชั้นประถมศึกษา คือร้อยละ 47.1 และ 39.1 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบการใช้แบบบันทึกฯ ระหว่างนักเรียนที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด พบว่านักเรียนชั้นประถมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานครมีการใช้แบบบันทึกฯ มากกว่าต่างจังหวัด (ร้อยละ 48.7 และ 37.6 ตามลำดับ) ในทางตรงกันข้ามนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานครมีการใช้แบบบันทึกฯ น้อยกว่าเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตต่างจังหวัด (ร้อยละ 18.2 และ 48.5 ตามลำดับ) และพบว่านักเรียนชั้นประถมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานครใช้แบบบันทึกฯ มากกว่า 6 เดือน มากกว่าต่างจังหวัด (ร้อยละ 38.5 และ 24.7 ตามลำดับ) ขณะที่นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานครใช้แบบบันทึกฯ มากกว่า 6 เดือน น้อยกว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตต่างจังหวัด (ร้อยละ 18.8 และ 34.0 ตามลำดับ)

เงื่อนไขที่นักเรียนทำได้มากที่สุดคือ กรอกข้อมูลสุขภาพด้วยตนเอง (ร้อยละ 87.9) รองลงมา คือ กรอก

4 ใน 5 ของทุกข้อในแต่ละตอน (ร้อยละ 69.1) น้อยที่สุดคือ กรอกข้อมูลสุขภาพทุกภาคเรียน (ร้อยละ 60.7) เมื่อเปรียบเทียบการใช้แบบบันทึกฯ ของนักเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา พบว่า ในแต่ละเงื่อนไขไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นเงื่อนไขการกรอกอย่างน้อย 5 ใน 7 ตอน ที่พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังตารางที่ 3 กล่าวคือ ในกลุ่มนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา มีการกรอกอย่างน้อย 5 ใน 7 ตอน มากกว่านักเรียนระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 66.0 และ 49.3 ตามลำดับ)

5.2 พฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนที่ได้รับแบบบันทึกฯ

นักเรียนที่ได้รับแบบบันทึกฯ จำแนกเป็นกลุ่มที่ไม่ใช้และใช้แบบบันทึกฯ พบว่า ทั้งสองกลุ่ม มีสัดส่วนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่มึนเมา การออกกำลังกาย และพฤติกรรมเสี่ยงใกล้เคียงกัน เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนที่ไม่ใช้และใช้แบบบันทึกฯ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05 ดังตารางที่ 4

5.3 ความพึงพอใจ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและด้านการศึกษา รวมถึงครูอนามัยพบว่า ส่วนใหญ่ต่างมีความพึงพอใจต่อแบบบันทึกฯ และเห็นว่า เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ เนื่องจากสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการเฝ้าระวังสุขภาพตนเองสำหรับนักเรียนได้ สีสันและรูปเล่มมีความสวยงาม เนื้อหาส่วนใหญ่มีความเหมาะสมกับช่วงวัย อีกทั้งใช้เวลาไม่นานในการบันทึก รวมถึงครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถนำแบบบันทึกฯ มาประกอบการตรวจและประเมินสุขภาพของนักเรียนรายบุคคลได้

อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนเห็นว่าเนื้อหาในแบบบันทึกฯ บางตอนที่ยากเกินความเข้าใจของนักเรียนบางส่วน เช่น การประเมินการเจริญเติบโตด้วยกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโต ซึ่งพบว่า มีเด็กนักเรียนบางส่วนบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง หรือไม่ทราบว่าจะ

ตารางที่ 3 การใช้แบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียนจำแนกตามระดับชั้น

การใช้แบบบันทึกการตรวจสุขภาพฯ	ระดับชั้น						p-value
	ประถมศึกษา		มัธยมศึกษา		รวม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
	294	100.0	680	100.0	974	100.0	
กรอกด้วยตนเอง							0.062
ไม่ใช่	48	16.3	81	11.9	129	13.2	
ใช่	246	83.7	599	88.1	845	86.8	
กรอกอย่างน้อย 5 ใน 7 ตอน							0.000*
ไม่ใช่	149	50.7	231	34.0	380	39.0	
ใช่	145	49.3	449	66.0	594	61.0	
กรอก 4 ใน 5 ของทุกข้อในแต่ละตอน							0.791
ไม่ใช่	90	30.6	214	31.5	304	31.2	
ใช่	204	69.4	466	68.5	670	68.8	
กรอกทุกเทอม							0.806
ไม่ใช่	116	39.5	274	40.3	390	40.0	
ใช่	178	60.5	406	59.7	584	60.0	

*p < 0.05

ตารางที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนจำแนกตามกลุ่มที่ไม่ใช่และใช้แบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียน

พฤติกรรม	กลุ่มนักเรียน						p-value
	ไม่ใช่แบบบันทึกฯ		ใช้แบบบันทึกฯ		รวม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ใน 1 สัปดาห์กินอาหารมือหลักครบ 3 มื้อ							0.269
ไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่ประจำ	232	43.1	203	46.7	435	44.7	
ปฏิบัติประจำ	306	56.9	232	53.3	538	55.3	
ใน 1 สัปดาห์ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อย วันละ 8 แก้ว							0.375
ไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่ประจำ	373	69.3	290	66.7	663	68.1	
ปฏิบัติประจำ	165	30.7	145	33.3	310	31.9	
ใน 1 สัปดาห์ดื่มนมอย่างน้อย วันละ 2 แก้ว							0.408
ไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่ประจำ	388	72.1	324	74.5	712	73.2	
ปฏิบัติประจำ	150	27.9	111	25.5	261	26.8	
ใน 1 สัปดาห์นอนพักผ่อนอย่างน้อย วันละ 9 ชั่วโมง							0.695
ไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่ประจำ	341	63.4	281	64.6	622	63.9	

ตารางที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนจำแนกตามกลุ่มที่ไม่ใช้และใช้แบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียน (ต่อ)

พฤติกรรม	กลุ่มนักเรียน						p-value
	ไม่ใช้แบบบันทึกฯ		ใช้แบบบันทึกฯ		รวม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ใน 1 สัปดาห์ออกกำลังกายอย่างน้อย ครั้งละ 60 นาที							0.309
ไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่ประจำ	430	79.9	336	77.2	766	78.7	
ปฏิบัติประจำ	108	20.1	99	22.8	207	21.3	
ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์*							0.691
ไม่เคย	247	68.6	215	67.2	462	67.9	
เคย	113	31.4	105	32.8	218	32.1	
สูบบุหรี่*							0.126
ไม่เคย	331	91.9	304	95.0	635	93.4	
เคย	29	8.1	16	5.0	45	6.6	

* สอบถามเฉพาะระดับชั้นมัธยมศึกษา

ต้องบันทึกข้อมูลใดบ้าง

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งเห็นว่า แม้แบบบันทึกฯ จะมีเนื้อหาที่ดี แต่กลับไม่ค่อยมีการนำไปใช้ จากประสบการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลได้เข้าไปประเมินหรือนิเทศงานพบว่า เด็กมีการใช้งานครบทุกหน้าไม่ถึง ร้อยละ 10.0 ขณะที่การคำนวณอายุของเด็กมีความถูกต้องเพียงร้อยละ 5.0 เท่านั้น จึงเห็นว่า เป็นการสิ้นเปลืองงบประมาณ ไม่คุ้มค่ากับงบประมาณที่สูญเสียไปในแต่ละปี

วิจารณ์

ตามที่กลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนและเยาวชน สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินงานจัดทำแบบบันทึกฯ สำหรับนักเรียนภายใต้โครงการเฝ้าระวังสุขภาพนักเรียนมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 จนถึงปัจจุบัน จากการประเมินผลในครั้งนี้ พบว่า ผู้รับผิดชอบการดำเนินงานในระดับพื้นที่รวมถึงนักเรียนต่างมีความพึงพอใจและเห็นความสำคัญของการมีแบบบันทึกฯ เนื่องจากเนื้อหามีความครอบคลุมด้านสุขภาพในหลายมิติ นักเรียนสามารถศึกษาเองได้ ทำให้รู้จักการ

สังเกตหรือการสำรวจความผิดปกติของร่างกายตนเอง และสามารถนำความรู้ไปใช้ได้ในอนาคต อย่างไรก็ตาม ผลจากการประเมินในครั้งนี้พบประเด็นที่มีความสำคัญของการดำเนินงานโครงการเฝ้าระวังสุขภาพ ดังนี้

1. ข้อมูลจากการสำรวจนักเรียนชี้ให้เห็นว่า นักเรียนกลุ่มที่ได้รับแบบบันทึกฯ จำนวนไม่ถึงครึ่ง (ร้อยละ 44.7) ที่มีการใช้งานแบบบันทึกฯ หรือคิดเป็นร้อยละ 25.0 ของจำนวนนักเรียนทั้งหมด ซึ่งการใช้งานแบบบันทึกฯ ของนักเรียนเป็นการใช้งานที่ขาดความต่อเนื่อง กล่าวคือ ไม่ได้ใช้ทุกภาคเรียน หรือกรอกเพียงบางตอนเท่านั้น เนื่องด้วยสาเหตุหลายประการ เช่น นักเรียนขาดแรงจูงใจในการใช้แบบบันทึกฯ ไม่สามารถตรวจสุขภาพบางรายการได้ด้วยตนเอง มีวิชาเรียนจำนวนมากทำให้ไม่มีเวลาว่าง ขาดเครื่องมือที่ใช้ประกอบการตรวจสุขภาพ (แผ่นทดสอบสายตา) นอกจากนี้ผู้บริหารในบางโรงเรียนไม่เห็นความสำคัญของการใช้แบบบันทึกฯ จึงไม่มีนโยบายส่งเสริมการใช้งาน ส่งผลให้แบบบันทึกฯ ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการเรียนการสอน ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาจากการประเมินผลแบบบันทึกฯ ที่ดำเนินการเมื่อ

พ.ศ. 2550 ซึ่งพบว่า นักเรียนขาดความครบถ้วนในการทำให้ครบทุกตอน และไม่ได้ทำต่อเนื่องทุกภาคเรียน ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า แม่เจ้าหน้าที่หรือนักเรียนจะเห็นความสำคัญของแบบบันทึกฯ แต่ข้อมูลเชิงประจักษ์กลับพบว่า มีการใช้น้อยมาก หากพิจารณาถึงครอบคลุมในการกระจายแบบบันทึกฯ แม้ว่าการศึกษาในครั้งนี้จะคัดเฉพาะโรงเรียนที่ได้รับการจัดสรรแบบบันทึกฯ เท่านั้น แต่กลับพบว่า ยังมีนักเรียนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับแบบบันทึกฯ อยู่ร้อยละ 38.2

2. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในระดับพื้นที่โดยเฉพาะครูอนามัย ไม่ได้รับการชี้แจงในการทำความเข้าใจต่อโครงการ วัตถุประสงค์ รวมถึงวิธีการใช้แบบบันทึกฯ เมื่อเจ้าหน้าที่เหล่านี้ไม่ทราบรายละเอียดหรือขั้นตอนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องก็โครงการฯ ก็จะส่งผลให้ขาดแรงกระตุ้นและความตระหนักในการส่งเสริมให้นักเรียนใช้แบบบันทึกฯ ดังนั้น หากมีการสร้างความตระหนัก (awareness) ในการใช้แบบบันทึกฯ ให้แก่เจ้าหน้าที่เหล่านี้ผ่านการจัดอบรม ชี้แจงประโยชน์และวัตถุประสงค์ของโครงการ การดำเนินงานก็จะประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่ากลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนและเยาวชน ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบจะมีการจัดการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการฯ และการใช้แบบบันทึกฯ ในส่วนกลางและให้ผู้เข้าร่วมประชุมนำไปถ่ายทอดต่อ แต่วิธีการดังกล่าวสามารถทำได้กับเจ้าหน้าที่ส่วนน้อยเท่านั้น และอาจไม่ครอบคลุมเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโดยตรงทั้งหมด ซึ่งการศึกษาชิ้นนี้สะท้อนให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการชี้แจงโครงการฯ

3. งบประมาณในการดำเนินโครงการฯ แม้ว่าโครงการฯ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก สปสช. เพื่อใช้ในการจัดพิมพ์แบบบันทึกฯ รวมถึงการประเมินและติดตามผลการดำเนินงานโครงการฯ แต่การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณเฉพาะในการดำเนินงาน ส่งผลให้บางหน่วยงานไม่สามารถไปรับและ/หรือไปส่งแบบบันทึกฯ ให้กับหน่วยงานที่อยู่ภายใต้การดูแลได้ รวมถึง

ไม่มีงบประมาณในการจัดอบรมเพื่อชี้แจงการดำเนินโครงการฯ เป็นต้น

4. หน่วยงานด้านสาธารณสุขระดับพื้นที่ไม่มีการกำหนดหรือบรรจุการดำเนินงานโครงการฯ ไว้ในแผนการทำงานประจำปี หรือกำหนดเวลาการปฏิบัติงานเฉพาะ ซึ่งเป็นไปได้ว่างานดังกล่าวเป็นงานในลักษณะที่เป็นงานประจำและทำอย่างต่อเนื่องทุกปีจึงไม่ได้บรรจุแผนงานดังกล่าว แต่จะทำเมื่อมีความพร้อม ซึ่งผลดังกล่าวอาจสะท้อนให้เห็นว่าโครงการฯ เป็นงานที่ไม่ได้อยู่ในระดับความสำคัญ ที่แต่ละหน่วยงานจำเป็นต้องทำ ซึ่งการไม่มีแผนการดำเนินงานในพื้นที่อย่างชัดเจนย่อมส่งผลกระทบต่อในหลายๆ ด้าน เช่น การจัดสรรแบบบันทึกฯ การเข้าไปชี้แจงหรือการตรวจความผิดปกติของนักเรียน ตรงกันข้ามกับหน่วยงานที่มีการกำหนดแผนการดำเนินงานโครงการฯ อย่างชัดเจนในแต่ละปี ซึ่งทำให้เกิดการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมอย่างเช่น มีการประสานงานกับครูอนามัยไว้ล่วงหน้าเพื่อกำหนดวันในการเข้าไปให้บริการตรวจสุขภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้แบบบันทึกฯ การวางแผนล่วงหน้านั้นนอกจากจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้สะดวกแล้ว ครูในโรงเรียนเองก็จะทำงานได้เป็นระบบและรวดเร็วขึ้นเพราะทราบกำหนดการต่างๆ ที่แน่นอน ต่างจากโรงเรียนที่ไม่มีการทราบแผนล่วงหน้า ทำให้บางครั้งเกิดความไม่สะดวกและสร้างความลำบากให้กับครูและนักเรียน เป็นต้น

5. การที่โรงเรียนบางแห่งได้รับแบบบันทึกฯ ล่าช้าหรือบางโรงเรียนไม่มีแบบบันทึกฯ อาจเนื่องมาจากการที่ระบบการจัดสรรแบบบันทึกฯ ต้องผ่านหลายหน่วยงาน ทั้งสถานบริการสาธารณสุขและการศึกษา แทนที่จะส่งไปยังโรงเรียนโดยตรง รวมถึงระบบการจัดสรรที่ให้หน่วยงานสาธารณสุขบางแห่งต้องเข้ามารับด้วยตนเอง อาจส่งผลให้หน่วยงานส่วนใหญ่เข้ามารับล่าช้า หรือบางหน่วยงานไม่เข้ามารับ ซึ่งมีสาเหตุมาจากขาดความพร้อมทั้งด้านกำลังคนและพาหนะ ปัญหาเหล่านี้นอกจากจะส่งผลกระทบต่อการใช้แบบบันทึกฯ แล้ว ยังอาจทำให้แบบบันทึกฯ เหลือค้างในบางหน่วยงานและเมื่อมีสะสม

ไว้นานก็เกิดปัญหาเรื่องพื้นที่ในการจัดเก็บ

6. ในส่วนของประสิทธิผลของแบบบันทึกฯ พบว่านักเรียนที่มีการใช้แบบบันทึกฯ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่แตกต่างกันกับ กลุ่มนักเรียนที่ไม่ได้ใช้แบบบันทึกฯ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าในปัจจุบันแหล่งความรู้ด้านสุขภาพมีมากและสามารถเข้าถึงได้ง่ายโดยเฉพาะสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ ทำให้เด็กมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลได้เท่าๆ กันทั้งกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้ นอกจากนี้สภาพแวดล้อมอาจมีส่วนสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพได้ โดยจากการศึกษาของ ศิราวัลย์ อินทามระและคณะ⁽¹¹⁾ พบว่าปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมภายในโรงเรียน (environment) และภายนอกโรงเรียน (social) มีผลทางอ้อมต่อสุขภาพ-องค์รวมโดยผ่านทางพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน จึงไม่สามารถสรุปได้ว่า แบบบันทึกฯ มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนหรือไม่

ข้อจำกัดการศึกษา

1) มีนักเรียนจำนวน 260 คนที่ได้รับแบบบันทึกฯ แต่ไม่ได้นำมาให้ผู้เก็บข้อมูลดูในวันสัมภาษณ์ฯ ทำให้นักเรียนกลุ่มนี้ไม่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์ถึงการใช้แบบบันทึกฯ

2) แม้ผู้เก็บข้อมูลจะพยายามไม่ให้โรงเรียนทราบว่า จะมีการเข้าไปประเมินการใช้แบบบันทึกฯ แต่อย่างไรก็ตามการวิจัยนี้ต้องการที่จะขอข้อมูลแบบบันทึกฯ ของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้น จึงมีการแจ้งครูเพื่อให้นักเรียนเตรียมแบบบันทึกฯ มาในวันสัมภาษณ์ซึ่งอาจส่งผลให้ นักเรียนมีการกรอกข้อมูลในช่วงเวลาดังกล่าวเพียงไม่กี่วันก่อนจะมีการเก็บข้อมูล ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่สะท้อนความเป็นจริงได้

ข้อเสนอแนะ

1. โครงการเฝ้าระวังสุขภาพนักเรียน ต้องปรับกระบวนการจัดสรรแบบบันทึกฯ ให้เหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่ เพื่อลดปัญหาด้านระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการขนส่ง ค่าใช้จ่ายในการจัดพิมพ์ และสถานที่จัดเก็บ

และต้องมีการควบคุมและติดตามกระบวนการดังกล่าวให้เป็นไปตามระบบที่วางไว้

2. โครงการเฝ้าระวังสุขภาพนักเรียน ต้องสร้างความตระหนักและความเข้าใจตรงกันของการดำเนินโครงการฯ กับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในกระทรวงศึกษาธิการ รวมถึงผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุข

3. โครงการเฝ้าระวังสุขภาพนักเรียน ต้องเพิ่มบทบาทของผู้บริหาร ครู ผู้ปกครอง และนักเรียน ให้เข้ามามีส่วนร่วมกับโครงการฯ มากขึ้น และพยายามเชื่อมโยงกับบริบทของพื้นที่ในแต่ละแห่งด้วย เนื่องจากในบางพื้นที่มีการดำเนินงานด้านอนามัยโรงเรียนอยู่แล้ว ดังนั้นต้องทำให้โครงการนี้เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งหรือกิจกรรมที่มีการดำเนินการอยู่แล้ว

4. โครงการเฝ้าระวังสุขภาพนักเรียน ต้องสร้างแรงจูงใจให้นักเรียนมีการใช้แบบบันทึกฯ เพิ่มมากขึ้น เช่น ครูมีการให้รางวัลหรือคะแนนพิเศษสำหรับนักเรียนที่มีการใช้แบบบันทึกฯ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรด้านสาธารณสุขและการศึกษาทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล ขอขอบคุณผู้บริหารโรงเรียน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล คณะครูที่ให้ความอนุเคราะห์ในการประสานงาน การสัมภาษณ์นักเรียน และนักเรียนที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ และขอบคุณกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สำหรับข้อมูลการประเมินผลโครงการ และขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำหรับทุนสนับสนุนการดำเนินงานศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Health promotion [Internet] 2016 [cited 2016 April 18]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

2. International Union for Health Promotion and Education. The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe. Paris: Jouve Composition & Impression; 2000.
3. นพรัตน์ ผลิตากุล, ชนกานต์ ตำนวนกิจเจริญ, รัมภ์รดา บุญญะโสภิต. รายงานการประเมินผลแบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียน. นนทบุรี: กลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนและเยาวชน สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2558 เล่มที่ 1 การบริหารงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว. นนทบุรี: 2557.
5. Austrian Development Agency Evaluation Unit. Guidelines for Project and Programme Evaluations. Vienna: Austrian Development Agency; 2008.
6. Fatteh Zarinpoush. Project evaluation guide for non-profit organizations. Toronto: Imagine Canada; 2006.
7. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการการติดตามและประเมินผลโครงการ; 12-27 พฤษภาคม 2553; สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
8. รัตนะ บัวสนธิ์. รูปแบบการประเมิน CIPP และ CIPPIEST มโนทัศน์ที่คลาดเคลื่อนและถูกต้องในการใช้. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย 2556;5:7-24.
9. Stufflebeam DL, Foley WJ, Gephart WJ, Guba EG. Educational evaluation and decision-making. Illinois: Illinois: Peacock Publishers; 1971.
10. Wayne WD. Biostatistics: a foundation of analysis in the health science. New York: John Wiley&Sons Inc; 1995.
11. ศิราวัลย์ อินทามระ, อุษา คงทอง, บุญเรือง ศรีเหรียญ. การศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพองค์รวมของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ 2557; 8:117-31.

Abstract: Evaluation of the Student Health Surveillance (SHS) Program by the Self-Health Assessment Form for Student (SHAF)

Suradech Doungthipsirikul, M.A.*; Rukmanee Butchon, M.Sc.*; Danai Chinnacom, B.Sc.*; Nitichen Kittirachakool, Pharm.D.*; Orapan Phothihang, B.Sc.*; Chanakarn Danvanakijcharoen, M.Sc.; Yot Teerawattananon, Ph.D.*;**

** Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP); ** Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health*

Journal of Health Science 2017;26:1024-38.

This study aimed to evaluate the Student Health Surveillance (SHS) Program of Department of Health, Ministry of Public Health (MOPH), using context, input, process, product, and satisfaction of stakeholders towards the Self-Health Assessment Form for Student (SHAF) in the evaluation framework. Both qualitative and quantitative methods were employed in the inquiry. Concerning qualitative approach, in-depth interview was conducted in thirty-three staff, including healthcare providers and teachers, who were responsible for SHAF management. Focus group discussion was performed with twenty-five participants namely, health providers, teachers, and students. For quantitative approach, a questionnaire survey was distributed to 2,200 students (grade 5 – 12) from 50 schools locating in Chiang Mai, Srisaket, Rachaburi, Trang and Bangkok provinces. Content analysis, descriptive statistics analysis, and Chi-square test were employed for data analyses. Results from context analysis indicated that the SHAF responded to the objectives of SHS program because it could be used to monitor student health. For input evaluation, the number of school health teachers was inadequate and most of them did not received information about the objectives of SHS program as well as how to use the form. The teachers did not receive the key tools such as eye charts for measurement of visual acuity and growth charts, etc. to perform student health checks. In addition, no budget was allocated to support the SHS program operation at local level. Regarding process evaluation, relevant agencies did not include SHS program into their annual action plans. Furthermore, eighteen point five percent of students who received the self-assessment form were not informed about the instruction of how to use it. Fifty-five-point three percent of students who brought SHAF with them on the interview date, had never used it. Health behaviors of those who use and not use the form were not different ($p < 0.05$). Considering stakeholders' satisfaction towards the form, health providers and teachers stated they were satisfied with the SHAF.

Key words: evaluation, self-health assessment form for student, student