

วิเคราะห์การใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพของศูนย์วิชาการ กรมอนามัย

ธนอมรัตน์ ประสิทธิเมตต์, พบ.ม, กศม.

ศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี

ศูนย์วิชาการกรมอนามัย หรือศูนย์อนามัย⁽¹⁾ มีหน้าที่ศึกษาวิเคราะห์ วิจัย พัฒนาและเผยแพร่ องค์ความรู้เทคโนโลยี ระบบกลไกและมาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ ให้แก่หน่วยงานในระดับพื้นที่รับผิดชอบทั้งภาคราชการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เอกชน ตลอดจน ให้การสนับสนุนสร้างความเข้มแข็ง ปฏิบัติงานร่วมกันหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานต่างๆ ศูนย์อนามัยมีหน้าที่สนับสนุนวิชาการแก่ภาคี ติดตามความก้าวหน้าของงานเพื่อการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อปรับปรุง รูปแบบการทำงานและวิธีการทำงาน นิเทศร่วมกับทีมตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องมี ข้อมูล ตัวเลขต่างๆ จากพื้นที่ โรงพยาบาลทุกระดับ และจังหวัด ข้อมูล (Data) จากพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554⁽²⁾ หมายถึง ข้อเท็จจริงหรือสิ่งที่ถือหรือยอมรับว่าเป็นข้อเท็จจริง สำหรับใช้เป็นหลักฐานหาความจริงหรือการคำนวณซึ่งข้อเท็จจริงหมายถึงข้อความแห่งเหตุการณ์ที่เป็นมาหรือที่เป็นอยู่ตามจริง จะเห็นว่าข้อเท็จจริงอาจเป็นตัวเลข ข้อความ หรือรายละเอียดซึ่งอาจอยู่ในรูปแบบต่างๆ เช่น ภาพ เสียง วิดีโอไม่ว่าจะเป็นคน สัตว์ สิ่งของ หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งต่างๆ ข้อมูลอาจจะได้ มาจากการสังเกต การรวบรวม การวัด ข้อมูลเป็นได้ทั้งข้อมูลตัวเลขหรือสัญลักษณ์ใดๆ ที่สำคัญ จะต้องมีความเป็นจริงและต่อเนื่อง ตัวอย่างของข้อมูล เช่น น้ำหนักทารกแรกเกิด ชื่อนักเรียน เพศ อายุ เป็นต้น ข้อมูลอาจเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ คือ ข้อมูลที่เป็นตัวเลขที่ใช้แสดงปริมาณของสิ่งต่างๆ และข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ ข้อมูลที่ใช้อธิบายลักษณะ สมบัติหรือสถานการณ์ของสิ่งต่างๆ ดังนั้นข้อมูลอาจจะอยู่ในรูปของข้อความ หรือตัวเลขถ้าข้อมูลที่นำไปประมวลผลเป็นข้อมูลที่ด้อยคุณภาพ ผลลัพธ์ที่ออกมาก็ย่อมด้อยคุณภาพไปด้วย

วัตถุประสงค์เพื่อสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพในการนำไปแก้ไขปัญหา ปรับกระบวนการทำงาน วิธีการ

1. ทบทวนลักษณะข้อมูลที่ดี
2. ทบทวนลักษณะข้อมูลที่มีการเก็บรวบรวมและใช้ประโยชน์โดยศูนย์วิชาการกรมอนามัย
3. ให้ข้อเสนอแนะในประเด็นการใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพของศูนย์วิชาการ กรมอนามัย

ผลการทบทวน

ก. ข้อมูลที่ดี⁽³⁾ จะต้องประกอบด้วยคุณสมบัติที่สำคัญๆ 6 ข้อ ดังนี้

1. ข้อมูลที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ (Accuracy) ข้อมูลต้องถูกต้องตามจุดประสงค์ มีความครบถ้วน และรายละเอียดเพียงพอที่จะใช้งาน ข้อมูลจะมีความถูกต้องและเชื่อถือได้มากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นกับวิธีการที่ใช้ในการควบคุมข้อมูลนำเข้า และการควบคุมการประมวลผล การควบคุมข้อมูลนำเข้าเป็นการกระทำ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าข้อมูลนำเข้ามีความถูกต้องเชื่อถือได้
2. ความเที่ยงตรง (Validity) ความเที่ยงตรงคือการที่เครื่องมือสามารถวัดได้ตรงและครบถ้วนในสิ่งที่ต้องการศึกษาหรือตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย เช่น ตาชั่ง หรือเครื่องชั่ง ซึ่งใช้เก็บข้อมูลหรือวัดค่าตัว

แปรน้ำหนัก ควรจะถือว่ามีความเที่ยงตรง แต่ถ้านำเอาตลับเมตรมาตรฐานมาวัดค่าตัวแปรน้ำหนักก็ไม่มี ความเที่ยงตรง คือไม่ได้วัดน้ำหนักตามวัตถุประสงค์ ถ้าต้องการทราบพฤติกรรมกรรมการเลือกซื้ออาหารพร้อมปรุง ผู้เก็บข้อมูลสร้างแบบสังเกตพฤติกรรมกรรมการเลือกซื้ออาหารพร้อมปรุงเพื่อนำมาใช้ในการรวบรวมข้อมูล จึงจัด ได้ว่าเป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงตรง เป็นต้น

3. ความเชื่อมั่น (Reliability) ความเชื่อมั่นคือการที่เครื่องมือวัดได้ผลคงที่แน่นอน เมื่อมีการวัดซ้ำอีก นั้นคือจะใช้เครื่องมืออื่นๆ วัดสิ่งเดิมก็ครั้ง ก็ได้ผลเหมือนเดิมหรือใกล้เคียงของเดิม ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความ คงเส้นคงวาของเครื่องมือที่วัด เช่น การใช้ตลับเมตรวัดส่วนสูงของเด็กที่มีความยาว 1 เมตร เมื่อวัดก็ครั้ง ก็ตามก็ยังคงได้คำตอบเช่นเดิมแสดงว่าตลับเมตรมีความเชื่อถือได้

4. ความทันเวลา (Timeliness) ข้อมูลมีความทันสมัย เพื่อให้ผู้ใช้นำไปใช้ได้ทันเวลา เช่นการระบาดของ โรคไข้หวัดนก ถ้าผลิตข้อมูลออกมาช้า ก็ไม่มีคุณค่า ถึงแม้จะเป็นข้อมูลที่ถูกต้องแม่นยำก็ตาม นั่นคือ จะต้องเก็บข้อมูลได้รวดเร็วเพื่อทันความต้องการของผู้ใช้

5. ข้อมูลตรงกับความต้องการของผู้ใช้ (Relevance) ข้อมูลที่จัดทำขึ้นมาควรเป็นข้อมูลที่ผู้ใช้ข้อมูล ต้องการใช้ และจำเป็นต้องรู้/ทราบ หรือเป็นประโยชน์ต่อการจัดทำแผน กำหนดนโยบายหรือตัดสินใจปัญหา ในเรื่องนั้นๆ ไม่ใช่เป็นข้อมูลที่จัดทำขึ้นมาอย่างมากมาย แต่ไม่มีใครต้องการใช้หรือไม่ตรงกับความต้องการ ของผู้ใช้ข้อมูล

6. ความสมบูรณ์ครบถ้วน (Completeness) ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาต้องเป็นข้อมูลที่ให้ข้อเท็จจริง (facts) หรือข่าวสาร (Information) ที่ครบถ้วนทุกด้านทุกประการ มิใช่ขาดส่วนหนึ่งส่วนไหนไป ทำให้นำไป ใช้การไม่ได้ เช่น ข้อมูลที่อยู่ของผู้ป่วยที่กรอกผ่านแบบฟอร์ม ถ้ามีชื่อและนามสกุลโดยไม่มีข้อมูลบ้านเลขที่ ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด ข้อมูลเหล่านั้นก็ไม่สามารถนำมาใช้ในการติดตามเยี่ยมบ้าน

ข้อมูลสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท⁽⁴⁾

1. ข้อมูลปฐมภูมิเป็นข้อมูลที่ได้จากแหล่งข้อมูลโดยตรง เช่น ข้อมูลที่ได้จากการสอบถามโดยตรง การ สัมภาษณ์ การสำรวจ การจดบันทึก เก็บจากต้นกำเนิดของข้อมูลโดยตรง จึงให้รายละเอียดที่ลึกซึ้ง ทันสมัย มีความผิดพลาดน้อย แต่เป็นข้อมูลที่ยังต้องนำมาจัดระเบียบ รวบรวมตีความ และประมวลผล เพื่อให้สามารถ นำไปใช้ได้ง่ายขึ้น เป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด เนื่องจากยังไม่มีมีการเปลี่ยนแปลง และมีรายละเอียดตาม ที่ผู้ต้องการ ไม่มีผู้ใดเคยเก็บมาก่อน แต่มักจะเสียเวลาในการจัดหาและมีค่าใช้จ่ายสูง เช่น ข้อมูลที่ได้จาก การนับจำนวนอุบัติเหตุในช่วงวันสงกรานต์ระหว่างเวลา 08.00 - 24.00 น.

2. ข้อมูลทุติยภูมิ เป็นข้อมูลที่ได้จากข้อมูลที่มีผู้อื่นรวบรวมไว้ให้แล้ว เป็นข้อมูลในอดีต และมักจะเป็น ข้อมูลที่ได้ผ่านการวิเคราะห์เบื้องต้นมาแล้วผู้ใช้นำมาใช้ได้เลยการนำเอาข้อมูลเหล่านี้มาใช้ในการประหยัดเวลา และค่าใช้จ่าย แต่ในบางครั้งข้อมูลอาจจะไม่ตรงกับความต้องการของผู้ใช้ หรือมีรายละเอียดไม่เพียงพอที่จะนำ ไปวิเคราะห์ นอกจากนี้ในบางครั้ง ข้อมูลนั้นอาจมีความผิดพลาดและผู้ใช้มักจะไม่วิเคราะห์ข้อมูลผิดพลาดดังกล่าว ซึ่ง อาจมีผลกระทบต่อสรุปผลเช่น สถิติการเกิดอุบัติเหตุโดยรถจักรยานยนต์ในช่วงวันปีใหม่ ปี 2553 - 2554 เป็นข้อมูลที่บางครั้งอาจถูกแปรรูปไปแล้ว แต่เนื่องจากบางครั้งเราไม่สามารถที่จะจัดเก็บข้อมูลปฐมภูมิได้ เรา จึงต้องศึกษาจากข้อมูลที่มีการเก็บรวบรวมไว้แล้ว

ข. ลักษณะข้อมูลที่เก็บรวบรวมโดยศูนย์วิชาการ กรมอนามัย

ข้อมูลที่เก็บส่วนหนึ่งมาจากการนิเทศงานร่วมกับผู้ตรวจราชการเขต กระทรวงสาธารณสุข เป็นทั้งข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิ และข้อมูลอีกส่วนหนึ่ง ศูนย์วิชาการลงไปติดตามงานเอง การวิจัย จากการตรวจประเมินตามสถานที่ (Setting) ชุมชน (ชมรม/แกนนำ) ตามกลุ่มวัย ในชุมชน (Community) และประชาชนในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง (Self care) หรือการได้รับการรายบุคคล (Individual) โดยเก็บข้อมูลจากประชาชนในเขตพื้นที่ ตามกลุ่มอายุ เช่น ข้อมูลโภชนาการ ข้อมูลจากโรงพยาบาลระดับตำบล จังหวัดและศูนย์เช่นสาเหตุการเกิดโรคอ้วน ลักษณะของข้อมูลเป็นไปตามนโยบายรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัยในแต่ละปีงบประมาณ

ข้อมูลที่ทางหน่วยงานต่างๆ รวบรวมได้บางครั้งอาจ เป็นแบบ⁽⁵⁾

1. มาตราวัดนามบัญญัติ (Nominal Scale) เป็นการวัดค่าที่ง่ายที่สุดหรือสะดวกต่อการใช้มากที่สุด เป็นการกำหนดสัญลักษณ์หรือตัวเลขเพื่อจำแนกประเภทสิ่งของหรือคุณลักษณะต่างๆ เท่านั้น ไม่สามารถแสดงให้เห็นปริมาณมากน้อยหรือสูงต่ำแต่อย่างใด เช่น เพศ มี 2 ค่า คือ ชายและหญิงซึ่งจะอยู่ในรายงานทุกครั้ง
2. มาตราวัดอันดับ (Ordinal Scale) เป็นการวัดที่แสดงว่าข้อมูลที่อยู่ในแต่ละกลุ่มจะมีความแตกต่างกัน โดยพิจารณาจากลำดับด้วย นั่นคือสามารถบอกลำดับและความแตกต่างแต่ไม่สามารถบอกได้ว่าคุณลักษณะหรือคุณสมบัติเหล่านี้มีปริมาณมากน้อยกว่ากันเท่าใด เช่น โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง ระดับเพชร เรารู้ถึงอันดับและความแตกต่างของคุณสมบัติของโรงเรียน แต่ไม่สามารถจัดจำแนกได้ว่า โรงเรียนใดจัดการเรียนการสอนแตกต่างกันเท่าใดหรืออายุหญิงตั้งครรภ์ระหว่าง 15 - 19 ปี กลุ่มอายุ 20 - 25 ปี เพื่อสะดวกต่อการวิเคราะห์

3. มาตราวัดแบบช่วง (Interval Scale) เป็นการวัดที่แบ่งสิ่งที่ศึกษาออกเป็นระดับหรือเป็นช่วงๆ โดยแต่ละช่วงมีขนาดหรือระยะห่างเท่ากัน ทำให้สามารถบอกระยะห่างของช่วงได้ อีกทั้งยังบอกได้ว่ามากหรือน้อยกว่ากันเท่าไร จึงทำให้มีความแตกต่างกันในเชิงปริมาณ เช่น คะแนนความพึงพอใจ

4. มาตราวัดอัตราส่วน (Ratio Scale) เป็นการวัดที่ละเอียดและสมบูรณ์ที่สุด ที่สามารถบอกความแตกต่างในเชิงปริมาณ เช่น น้ำหนักนักเรียน ความสูงของเด็กอายุ 1 - 5 ปี หากค่าเฉลี่ยได้ สามารถนำมาใช้คำนวณสถิติได้ทุกชนิด เป็นข้อมูลเชิงปริมาณในทางสถิติ

ข้อมูลหรือข้อเท็จจริงมีจำนวนมาก เพื่อเป็นการแสดงถึงลักษณะของกลุ่มหนึ่งหรือส่วนรวม สามารถนำไปเปรียบเทียบและตีความหมายได้ ข้อเท็จจริงเพียงหน่วยเดียวไม่ถือว่าเป็นข้อมูลสถิติ เช่น น้ำหนักทารกแรกเกิดคนหนึ่งหนัก 2000 กรัม ไม่ถือว่าเป็นข้อมูลสถิติ แต่ถ้าเป็นการชั่งน้ำหนักทารกแรกเกิดทั้งจังหวัดเป็นข้อมูลสถิติ (Statistical Data) ถ้าเป็นตัวเลขหรือข้อความของหน่วยเดียว แต่บันทึกติดต่อกันเอาไว้เป็นระยะหนึ่ง ซึ่งสามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้ถือว่าเป็นข้อมูลสถิติ เช่น น้ำหนักเด็กนักเรียนตอนเปิดเรียนภาคแรกกับน้ำหนักในตอนปิดเรียนภาคปลายถือว่าเป็นข้อมูลสถิติการบริการสาธารณสุขต้องมีข้อมูลที่เชื่อถือได้ถูกต้องและทันเวลาในการจัดการบริการและแก้ไขปัญหาสาธารณสุข สำหรับผลการดำเนินงาน ข้อมูลที่มีคุณภาพเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อสนับสนุนกระบวนการการตัดสินใจและการปรับปรุงผลการให้บริการ ที่มีมาตรฐานระดับสูงทั่วทั้งองค์กรจะให้ความเชื่อมั่นเกี่ยวกับประสิทธิภาพการทำงาน และอาจจะลดภาระของการตรวจสอบข้อเท็จจริงต่อไป ข้อมูลที่มีคุณภาพที่ดีขึ้นจะช่วยสนับสนุนการดำเนินงาน การจัดการและความรับผิดชอบ

ค. การใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพของศูนย์วิชาการ กรมอนามัยขอยกตัวอย่างข้อมูลที่ได้

ข้อมูลสุขภาพจากแบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 เขตบริการสุขภาพที่ 4 รอบที่ 2/2557

เป้าหมายการบริการการฝากครรภ์และคุณภาพของห้องคลอดร้อยละบริการ ANC คุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 และร้อยละของห้องคลอดคุณภาพ ร้อยละ 70 (ตาราง 1) พบว่า โรงพยาบาลจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 4 ทุกจังหวัดมีระบบบริการ ห้องคลอดและ บริการ ANC คุณภาพร้อยละ 100 ทุกจังหวัด แต่การเข้าถึงการให้บริการ การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และการฝากครรภ์ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ไม่ผ่านเกณฑ์ ยกเว้นจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และสระบุรีมีฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ได้เกินเป้าหมายซึ่งศูนย์อนามัยต้องนำปัญหาดังกล่าวมาหาสาเหตุ เดือนพฤษภาคมปี 2557 พบว่า ทักษะของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรีร้อยละ 42.9 มาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์มุมมองของหญิงตั้งครรภ์ต่อการฝากครรภ์ส่วนใหญ่เห็นว่าการฝากครรภ์มีประโยชน์ต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ ส่วนมุมมองต่อการมาฝากครรภ์เร็วส่วนใหญ่มีความเห็นว่าทำให้ค้นหามภาวะผิดปกติของหญิงตั้งครรภ์/ทารกในครรภ์ได้รวดเร็วและสามารถแก้ไขได้ทันแต่ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 9.5 มีความคิดเห็นว่าควรมาฝากครรภ์หลังจากตั้งครรภ์ได้ 12 สัปดาห์ขึ้นไป เนื่องจากไม่เห็นความจำเป็นของการมาฝากครรภ์เร็ว ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 47.6 มีมุมมองต่อผลกระทบของการฝากครรภ์ช้าว่าหากมีกรณีที่พบว่าเด็กไม่สมบูรณ์/มีความผิดปกติอาจช่วยเหลือหรือรักษาไม่ทันไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดกล่าวถึงผลเสียของการฝากครรภ์ช้าเกี่ยวกับการเสียโอกาสการได้รับยาป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสเอดส์จากแม่สู่ลูกสำหรับปัจจัยที่กระตุ้นให้มาฝากครรภ์ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลและแรงสนับสนุนจากครอบครัวส่วนอุปสรรคของการมาฝากครรภ์ได้แก่ระบบบริการการคมนาคมการย้ายถิ่นที่อยู่ค่าใช้จ่ายและภาระงาน

ตาราง 1 บริการการฝากครรภ์คุณภาพและห้องคลอดของเขตบริการสุขภาพที่ 4

ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด		นนทบุรี ปทุมธานี		อยุธยา	อ่างทอง	ลพบุรี	สิงห์บุรี	สระบุรี	นครนายก	เขต
ร้อยละของห้อง	เป้าหมาย (แห่ง)	6	8	16	7	11	6	11	4	69
คลอดคุณภาพ	ผลงาน (แห่ง)	6	8	16	7	11	6	11	4	69
ร้อยละ 70	ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100	100
ร้อยละบริการ	เป้าหมาย (แห่ง)	6	8	16	7	11	6	13	4	71
ANC คุณภาพไม่	ผลงาน (แห่ง)	6	8	16	7	11	6	13	4	71
น้อยกว่าร้อยละ 70	ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100	100
ANC ครั้ง แรก	เป้าหมาย	6,584	2,268	2,355	1,676	4,221	1,055	3,627	946	22,732
≤ 12 สัปดาห์	ผลงาน	3,057	1,276	1,968	836	1,844	619	1,696	468	11,764
> 60%	ร้อยละ	46.4	56.3	83.6	49.9	43.7	58.7	46.8	49.5	51.8
ฝากครรภ์ครบ	เป้าหมาย	5,148	2,086	4,938	1,106	3,929	1,282	1,481	1,348	21,318
5 ครั้ง > 60%	ผลงาน	2,554	927	2,807	583	2,282	722	918	692	11,485
	ร้อยละ	49.6	44.4	56.8	52.7	58.1	56.3	62.0	51.3	53.9

ที่มา : จากระบบรายงานจังหวัดจากการตรวจราชการและนิเทศงานปีงบประมาณ 2557

เป้าหมายอัตราคลอดในมารดาอายุ 15 - 19 ปี (ไม่เกิน 50 ต่อประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี พันคน) อัตราคลอดในมารดาอายุ 15 - 19 ปี ในภาพรวมทุกจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 4 มีแนวโน้มสูงขึ้น พบว่า จังหวัดนครนายกมีอัตราการคลอดในมารดาอายุ 15 - 19 ปี 32.9 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน สูงกว่าทุกจังหวัด แต่ยังไม่เกินเป้าหมาย (เป้าหมายไม่เกิน 50 ต่อประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี พันคน) (ตาราง 2) ซึ่งศูนย์อนามัยได้ใช้ข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ เห็นว่าปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นเป็นปัญหาที่ต้องให้ความสำคัญ โดยเฉพาะสาเหตุของการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งไม่ได้เกิดจากบุคคลเพียงคนเดียวเท่านั้น แต่สังคมสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยก็เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาเช่นกัน โดยเฉพาะความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี การขาดความอบอุ่น/ความเข้าใจซึ่งกันและกัน กฎระเบียบเข้มงวด ฯลฯ การได้รับข่าวสารในเรื่องเพศแบบผิดๆ จากเพื่อน สื่อภาพยนตร์ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต ฯลฯ หรือการไม่ได้รับการศึกษาอย่างถูกต้องในเรื่องเพศศึกษา/การคุมกำเนิด ทำให้วัยรุ่นขาดความรู้ความเข้าใจ ไม่รู้ว่าการตั้งครรภ์เกิดขึ้นได้อย่างไร จะป้องกันอย่างไร ผลที่ตามมาจะเป็นอย่างไร^(7,8,9)

ตาราง 2 อัตราคลอดในมารดาอายุ 15-19 ปี (ไม่เกิน 50 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน) เขตบริการสุขภาพที่ 4

รอบ	ผลสำเร็จ/ ตัวชี้วัด		นนทบุรี	ปทุมธานี	อยุธยา	อ่างทอง	ลพบุรี	สิงห์บุรี	สระบุรี	นครนายก	เขต
6 ด.	อัตราคลอด	ปชก.ญ.	44,043	36,441	44,978	9,470	25,375	6,710	22,266	8,545	197,828
	ในมารดาอายุ	15-19 ปี									
	15-19 ปี	จน.คลอด	1,552	318	1,250	131	255	96	357	166	4,125
	(ไม่เกิน 50	พัน	35.2	8.7	27.8	13.8	10.0	14.3	16.0	19.4	20.9
12 ด.	ต่อประชากร	ปชก.ญ.	44,043	36,441	44,978	9,470	25,375	6,710	22,266	8,545	197,828
	หญิงอายุ	15-19 ปี									
	15-19 ปี	จน.คลอด	856	464	1,397	193	370	100	627	281	4,288
	(พันคน)	พัน	19.4	12.7	31.1	20.4	14.6	14.9	28.2	32.9	21.7

เป้าหมายอัตราส่วนมารดาตาย (ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) ศูนย์อนามัยได้วิเคราะห์สาเหตุการตายของมารดา พบว่าปีงบประมาณ 2557 เขตบริการสุขภาพที่ 4 อัตราส่วนมารดาตาย 12.3 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนมีสาเหตุการตายมาจากการตกเลือดระยะคลอดและหลังคลอดทั้ง 3 ราย นนทบุรี 2 ราย (อัตราส่วนมารดาตาย 39.0 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) สระบุรี 1 รายที่ รพ.วิหารแดง (อัตราส่วนมารดาตาย 20.8 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)มารดาตายที่จังหวัดนนทบุรีเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 มาฝากครรภ์เพียงครั้งเดียว เด็กตายในครรภ์ (Dead fetus in utero) สาเหตุการตายเกิดจากการตกเลือด เนื่องจากมดลูกไม่บีบรัดตัว (uterine atony) อีกรายหนึ่งเกิด amniotic embolism ส่วนมารดาตายที่จังหวัดสระบุรีเกิดจากการตกเลือดหลังคลอด (Post partum hemorrhage) Nour⁽¹⁰⁾ พบว่าในแต่ละปี ผู้หญิงประมาณ 529,000 ราย ตายจากสาเหตุการตั้งครรภ์ และเกือบร้อยละ 99 ของมารดาตายอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งสาเหตุการ

ตายของมารดาเกิดจากการตกเลือดหลังคลอด ครรภ์เป็นพิษและเกิดการชักระหว่างการตั้งครรภ์ (eclampsia) ดัดขัดการคลอด dystocia เช่น cephalopelvic disproportion, shoulder dystocia, transverse lie และภาวะการติดเชื้อม

มาตรการลดอัตราการตายมารดา

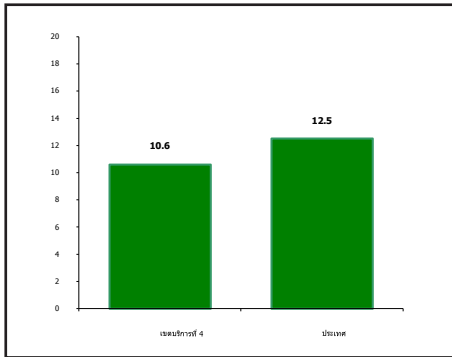
- มาตรการเสริมจากเดิม คือ มีกรรมการเคลื่อนที่เร็วตรวจหน้างาน
- มาตรการ/นวัตกรรม ให้คงอัตราตายแม่เป็น 0 : เข้มงวดมาตรฐานการเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอด
- นวัตกรรมการใช้ถุงดองเลือดและแผ่นรองซับเลือด (รพ.พระนารายณ์มหาราช)/คลินิกบูรณาการสายใยรัก และ checklist

เป้าหมายเด็กที่มีภาวะอ้วนไม่เกิดร้อยละ 15 จากข้อมูลการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตของนักเรียน ตาราง 3 พบว่าร้อยละของเด็กที่มีภาวะอ้วนในภาพเขตบริการสุขภาพที่ 4 คือ ร้อยละ 10.6 มีข้อสังเกตคือจังหวัดสิงห์บุรี ร้อยละ 14.1 สูงใกล้เคียงเป้าหมาย ร้อยละ 15 ศูนย์อนามัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ เห็นว่าควรมีการบริหารจัดการระบบข้อมูลในการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต โดยใช้การขับเคลื่อนโรงเรียนทุกแห่งเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองและเพชรอย่างมีคุณภาพ มีการครอบคลุมของการดำเนินงาน ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง ในโรงเรียนปีการศึกษาละ 2 เทอม นำผลมาวิเคราะห์และประเมินผลต่อเนื่องสนับสนุนให้เกิดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับนักเรียนที่มีภาวะอ้วน ทั้งผู้ปกครองและตัวเด็กเอง ควรจะมีความรู้เรื่องนี้อย่างพอเพียง ดูแลเรื่องโภชนาการอย่างเหมาะสม

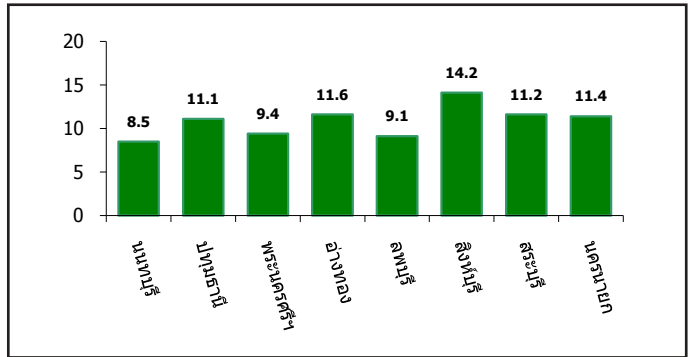
ตาราง 3 ร้อยละของนักเรียนมีภาวะอ้วนไม่เกินร้อยละ 15

รอบ	ผลสำเร็จ/ ตัวชี้วัด		นนทบุรี	ปทุมธานี	อยุธยา	อ่างทอง	ลพบุรี	สิงห์บุรี	สระบุรี	นครนายก	เขต
6 ด.	ร้อยละของ	เป้าหมาย	31,252	46,681	6,644	19,354	42,379	13,688	51,112	17,088	288,198
	นักเรียน	ผลงาน	2,750	6,629	399	2,168	3,729	1,930	5,980	1,965	25,550
	มีภาวะอ้วน	ร้อยละ	8.8	14.2	6.0	11.2	8.8	14.1	11.7	11.5	11.1
12 ด.	(ไม่เกิน 15)	เป้าหมาย	31,252	46,681	6,644	19,354	42,379	13,688	51,112	17,088	288,198
		ผลงาน	2,647	5,201	625	2,253	3,874	1,937	5,707	1,956	24,200
		ร้อยละ	8.5	11.1	9.4	11.6	9.1	14.2	11.2	11.4	10.6

1. เกณฑ์มาตรฐานระดับประเทศ



2. เปรียบกับจังหวัดอื่นภายในเขตบริการ



แผนภูมิ 1 แสดงร้อยละของนักเรียนที่มีภาวะอ้วนระดับประเทศ เขตบริการและจังหวัด

ข้อมูลดังกล่าวใช้ในการหาสาเหตุข้อมูลที่หามาได้ ต้องนำมาวิเคราะห์และหาสาเหตุ ว่าเกิดจากอะไร มีวิธีการแก้ไขอย่างไร เพื่อลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้อีกการ เช่น อัตราตายมารดา อัตราทารกแรกเกิด การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้เสนอให้ผู้ตรวจราชการสาธารณสุข กรมอนามัยยทราบเพื่อเป็นนโยบายในการแก้ไขปัญหา สร้างกลยุทธ์และแนวทางในการปฏิบัติงาน

ประโยชน์ของข้อมูลที่ทางศูนย์วิชาการใช้ มีดังนี้

1. ทำให้ทราบข้อมูลที่แท้จริง รู้สถานการณ์และภาพรวมของปัญหาเป็นอย่างดี เช่น ข้อมูลประชากร หมายถึง ตัวเลข หรือข้อความที่เกี่ยวข้องกับประชากรในเรื่องต่างๆ เช่น การเกิด การตาย การย้ายถิ่น การเจ็บป่วย หรือ องค์ประกอบทางด้านประชากร เช่น อายุ เพศ การศึกษา ศาสนา สถานที่อยู่อาศัย สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ เป็นต้น เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายประชากรของประเทศได้

2. ได้เรียนรู้จากการเข้าพื้นที่จะได้รับทราบการพัฒนาต่างๆ และการแก้ปัญหาในพื้นที่ เช่น การแก้ปัญหาผู้สูงอายุที่เป็นโรคอัมพาต จะมีวิธีการทำกายภาพบำบัดอย่างไรในพื้นที่ ในหมู่บ้านพบเด็กถูกเลี้ยงดูโดยปู่ ย่า ตายายหรือสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น ก็จะมีปัญหา “ช่องว่างระหว่างวัย” ผู้หญิงทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวเพิ่มมากขึ้น แสดงให้เห็นว่า ผู้หญิงมีหน้าที่เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวและเป็นแม่บ้านไปพร้อมๆ กัน มีการสมรสช้าลงทั้งหญิงและชาย ผู้หญิงมีแนวโน้มครองโสดสูง การที่ชาวบ้านเข้าใจผิดในการให้เด็กกินน้ำข้าวแทนนม

3. ใช้ในการติดต่อสื่อสาร เช่น การใช้ข้อมูลที่มีอยู่ สนทนาหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลกับบุคคลอื่นอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (หญิงอายุไม่เกิน 20 ปี) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ขณะที่อายุเฉลี่ยของวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมีแนวโน้มอายุน้อยลง ทำให้หันหน้ามาปรึกษาหาวิธีการแก้ไข

4. ใช้ในการตัดสินใจ เป็นการให้ช่วยให้ตัดสินใจต่างๆ ได้ดีขึ้น เช่น ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ ทรัพยากรสุขภาพ ช่วยวางแผนการกระจายแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ต่างๆ

5. ใช้ในการวางแผนได้อย่างถูกต้อง เด็กแรกเกิดถึง 12 ปี มีความอ้วนพุ่งสูงถึงร้อยละ 40 ก็ต้องให้ความรู้เรื่องโภชนาการ การออกกำลังกาย ข้อมูลสถิติจากระบบทะเบียนราษฎร สามารถนำไปใช้ในการวางแผนครอบครัว การใช้ยาแบบประมาท

6. ใช้ในการติดตามความก้าวหน้าของแผนพัฒนา เช่น การรณรงค์ให้หญิงมีครรภ์และเด็กเล็กได้รับสารไอโอดีนอย่างเพียงพอและทั่วถึง มีมาตรการที่จริงจังในการบังคับใช้กฎระเบียบในการเติมไอโอดีนลงในเกลือ

7. ใช้ในการแก้ปัญหา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แก้ปัญหาสาธารณสุขทั้งหมู่บ้าน สำหรับการประเมินผลแผนพัฒนาหรือโครงการพัฒนาเช่น เด็กและเยาวชนมีความรู้เรื่องโรคเอดส์อยู่ในระดับที่ต่ำ การใช้ถุงยางอนามัยอยู่ในระดับต่ำ สวนทางกับที่เด็กสามารถเข้าถึงสื่อได้มากขึ้น มีความสนใจและสามารถเข้าถึงสื่อลามกค่อนข้างสูง

8. ประโยชน์ของงานข้อมูลซึ่งเป็นงานประจำ สามารถพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย เป็นการพัฒนาศักยภาพบุคคล ให้ได้เรียนรู้ การแก้ปัญหาทางประจำด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์แล้ว ยังเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ การดูแลรักษาผู้ป่วยให้ดีและมีคุณภาพมากขึ้น ทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล ผู้ป่วย และญาติมีความพึงพอใจต่อการให้บริการ ซึ่งนับเป็นประโยชน์ต่องานด้านสาธารณสุข

9. สามารถให้ข้อเสนอแนะ หรือข้อเสนอเชิงนโยบายได้ ควบคุมกำกับให้เป็นไปตามแผน ผ่านช่องทางต่างๆ เพื่อให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ปัญหาในการรวบรวมข้อมูล ต้องเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้ ผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลเห็นคุณค่าและประโยชน์ที่จะได้รับ ทันท่วงทีเหตุการณ์

ง. บทวิจารณ์

ข้อมูลที่ศูนย์อนามัยได้รับเป็นทั้งข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิ อาจเป็นแบบนามบัญญัติ มาตรวัดอันดับ มาตรวัดแบบช่วง และมาตรวัดอัตราส่วน ซึ่งศูนย์อนามัยสามารถนำไปวิเคราะห์ สังเคราะห์ หาสาเหตุและแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นนอกจากนี้ข้อมูลต่างๆ จะถูกต้องมากขึ้นยังขึ้นกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและการสนับสนุนจากผู้บริหาร⁽¹¹⁾ ซึ่งมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพงาน

สรุปศูนย์วิชาการต้องการข้อมูลต่างๆ จากพื้นที่ เพื่อนำมาวิเคราะห์ หาสาเหตุ แก้ไขปัญหา การบริหารจัดการ การกำหนดมาตรการและนโยบาย เพื่อให้ได้เข้าเป้าหมายที่รัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข กรมวิชาการ ต่างๆ ต้องการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทันตแพทย์จันทนา อึ้งชูศักดิ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย ที่ได้ให้หลักการแนวคิดพร้อมเพิ่มเติมปรับปรุงบทความนี้ให้สมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย. กฎกระทรวง แบ่งส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552. ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 126 ตอนที่ 98 ก. 2552:95.
2. ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์ 2556.
3. Audit Commission. First published in March 2007 by the Audit Commission for local authorities and the National Health Service in England, 1st Floor, Mill bank Tower, Mill bank, London SW1P 4HQ;2007.
4. Richard A. Johnson. Statistics: Principles and Methods. 6thed. New Jersey: John Wiley & Sons;2010.

5. Dawson B, Trapp RG. Basic and clinical biostatistics. 4th ed. NewDelhi : McGraw-Hill Medical/ Jaypee Brothers Medical Publishers;2004.
6. เตือนเพ็ญ ศิลปอนันต์. ทำไมจึงมาฝากครรภ์ : ทักษะของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2557;4(2):125-34.
7. Mahavarkar SH, Madhu CK, Mule VD. A comparative study of teenage pregnancy. J Obstet Gynecol 2008;28(6):604-07.
8. Chen XK, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG & Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: A large population based retrospective cohort study. Int J Epidemiol 2007;36(2):368-73.
9. Suwannobol N, Chobkhayan S. Outcomes of Teenage Mothers Dankhunthot Hospital, Nakhon Ratchasima. J Med Assoc Thai 2006;89:145-51.
10. Nour NM. An Introduction to Maternal Mortality. Rev Obstet Gynecol 2008;1(2):77-81.
11. เตือนใจ แสร์สินธุ์, ดวงมล ปิ่นเฉลียว. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน. พุทธชินราชเวชสาร 2557;31(2):174-82.
12. ศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี. เอกสารสรุปนำเสนอการตรวจราชการเขตบริการสุขภาพที่ 4, ในการประชุมสรุปผลการตรวจราชการรอบ 2/2557.