

ชื่อเรื่องบทความวิจัย การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลด้านสุขภาพสายตาของนักเรียนชั้นประถมศึกษา
โดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน จังหวัดอุดรธานี

ชื่อ-สกุล ผู้วิจัยหลัก นางดวงพร ถิ่นถา

สถานที่ปฏิบัติงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

เบอร์โทรศัพท์ 080 761 6426

ID Line ผู้วิจัย 0807616426

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลด้านสุขภาพสายตาของนักเรียนชั้นประถมศึกษา โดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน จังหวัดอุดรธานี

นางดวงพร ถิ่นธา, พย.บ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันและปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านสายตาของนักเรียนชั้นประถมศึกษา พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน และประเมินผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ดำเนินการใน 2 วงรอบ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล คัดเลือกพื้นที่โดยการสุ่มอย่างง่าย เป็นตัวแทนอำเภอ 4 โชน ในจังหวัดอุดรธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 20 คน และครู 24 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน พฤษภาคม – กรกฎาคม พ.ศ. 2568 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์ก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติพบปัญหา 4 ด้านหลัก คือ ระบบการคัดกรอง และส่งต่อที่ขาดมาตรฐาน ความรู้และทักษะของผู้เกี่ยวข้องที่ไม่เพียงพอ ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการสนับสนุน และการทำงานที่แยกส่วนขาดการบูรณาการ แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมี 5 องค์ประกอบสำคัญคือ การคัดกรองเชิงรุกอย่างเป็นระบบ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตา ระบบการส่งต่อและประสานงานที่ชัดเจน การติดตามและดูแลต่อเนื่อง และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ ผลการใช้แนวปฏิบัติพบว่าตัวชี้วัดการเข้าถึงบริการดีขึ้นอย่างชัดเจน อัตราการคัดกรองสายตาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 48.8 เป็นร้อยละ 98.5 อัตรานักเรียนที่ได้รับการรักษาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 36.2 เป็นร้อยละ 91.5

การวิจัยเชิงปฏิบัติการสามารถพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยแก้ปัญหาคอขวดในระบบบริการ และเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพตาของนักเรียนได้อย่างชัดเจน ข้อเสนอแนะสำคัญคือการขยายผลแนวปฏิบัติในระดับนโยบาย และการผลักดันให้มี “พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา” ในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อความยั่งยืน

คำสำคัญ : การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล, สุขภาพสายตา, โรงเรียนเป็นฐาน

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

Development of nursing practice guidelines for eye health of primary school students using schools as a base Udon Thani Province

ชื่อผู้เขียน (ภาษาอังกฤษ), B.N.S*

Abstract

This action research aimed to study the current situation and problems of access to eye health services for primary school students, develop school-based nursing practice guidelines, and evaluate the implementation of the guidelines. The study was conducted in 2 cycles consisting of 4 phases: planning, action, observation, and reflection. Areas were selected through simple random sampling as representatives of 4 zones in Udon Thani Province. Participants were selected using purposive sampling, comprising 20 professional nurses and 24 teachers. Data were collected through questionnaires, in-depth interviews, and focus group discussions. The research was conducted from May to July 2025. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, and qualitative data were analyzed using content analysis.

The results showed that before implementing the guidelines, four main problems were identified: inadequate screening and referral systems, insufficient knowledge and skills among stakeholders, limited resources and support, and fragmented work lacking integration. The developed guidelines consisted of 5 key components: systematic proactive screening, eye health literacy enhancement, clear referral and coordination systems, continuous follow-up and care, and collaborative network development. Implementation results showed significant improvement in service access indicators. Vision screening rates increased from 48.8% to 98.5%, and treatment rates increased from 36.2% to 91.5%.

The participatory action research approach effectively developed and implemented a school-based nursing practice guideline that successfully addressed systemic bottlenecks and markedly improved students' access to eye care services. Key recommendations include scaling up the guideline at the policy level and advocating for the creation of "Ophthalmic Nurse Practitioner" positions in community hospitals to ensure sustainability.

Keywords : Development of Nursing Practice Guidelines, Eye Health, School-Based

* Udon Thani Provincial Health Office.

บทนำ

ปัญหาด้านสายตาเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้และพัฒนาการของเด็ก การคัดกรองและแก้ไขปัญหาสายตาผิดปกติในเด็กวัยเรียนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในช่วงวัยที่กำลังเรียนรู้และพัฒนา ซึ่งจะช่วยให้เด็กสามารถเรียนรู้ได้อย่างเต็มศักยภาพ ลดปัญหาการเรียนและพัฒนาการที่ล่าช้า จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO)¹ พบว่าทั่วโลกมีผู้มีความบกพร่องทางสายตาคว่า 2.2 พันล้านคน โดยกว่าครึ่งหนึ่งของกรณีเหล่านี้สามารถป้องกันหรือแก้ไขได้ สำหรับในเด็ก ความผิดปกติทางสายตาที่พบบ่อย ได้แก่ สายตาสั้น สายตายาว สายตาเอียง และภาวะตาขี้เกียจ โดยการคัดกรองและให้การรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่ในระยะแรกจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและปัญหาระยะยาวได้ การศึกษาของ Holden และคณะ² พบว่าความชุกของสายตาสั้นในเด็กวัยเรียนทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา โดยเฉพาะในประเทศแถบเอเชียที่มีอัตราการความชุกสูงถึงร้อยละ 80-90 ในบางประเทศ สาเหตุสำคัญมาจากการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เป็นเวลานาน การเรียนออนไลน์ในช่วงการระบาดของโควิด-19 และการทำกิจกรรมกลางแจ้งที่ลดลง นอกจากนี้ Sharma และคณะ³ ยังพบว่าเด็กที่มีปัญหาสายตาที่ไม่ได้รับการแก้ไขมีผลการเรียนต่ำกว่าเด็กที่มีสายตาปกติหรือได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมถึงร้อยละ 30 และมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมที่สูงขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นถึงผลกระทบที่กว้างขวางของปัญหาสายตาต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก

จากข้อมูลการดำเนินงานที่ผ่านมาในประเทศไทย ช่วงปีพ.ศ. 2563-2565 พบว่านักเรียนชั้น ป.1 ได้รับการคัดกรองสายตาร้อยละ 5.7, 31.7 และ 16.3 ตามลำดับ ตรวจพบสายตาผิดปกติร้อยละ 6.5, 2.44 และ 4.6 ตามลำดับ ได้รับการวินิจฉัยโดยจักษุแพทย์ร้อยละ 48.3, 32.8 และ 39.09 ตามลำดับ และได้รับแว่นตาจำนวน 135, 1,805 และ 2,495 ราย ตามลำดับ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ามีแนวโน้มของการคัดกรองสายตานักเรียน ป.1 ที่ลดลง และนักเรียนที่มีความผิดปกติทางสายตายังเข้าไม่ถึงการตรวจวินิจฉัยและการรักษาอย่างเพียงพอ การศึกษาของวิชัย ประสิทธิ์วุฒิเวชช์ และคณะ⁴ พบว่าอัตราการคัดกรองสายตานักเรียนในประเทศไทยยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ร้อยละ 80 โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและพื้นที่ห่างไกล สาเหตุหลักมาจากการขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ อุปกรณ์คัดกรองที่ไม่เพียงพอ และระยะทางที่ห่างไกลจากสถานพยาบาลที่มีจักษุแพทย์ ในจังหวัดอุดรธานี ปีพ.ศ. 2567 ได้ดำเนินการคัดกรองโดยการใช้อุปกรณ์คัดกรองจำนวน 35,477 ราย พบสายตาผิดปกติ 2,762 ราย นักเรียนที่ได้รับการตรวจโดยจักษุแพทย์จำนวน 2,126 ราย ร้อยละ 76.97 และได้รับแว่นตาจำนวน 1,519 ราย ร้อยละ 71.44 แสดงให้เห็นถึงช่องว่างของระบบบริการที่ยังไม่สามารถดูแลนักเรียนที่มีปัญหาสายตาได้อย่างครอบคลุม งานวิจัยของ Paudel และคณะ⁵ ระบุว่าช่องว่างสำคัญในการดูแลสุขภาพตาในเด็กวัยเรียนประกอบด้วย 1) การขาดระบบคัดกรองที่เป็นมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ 2) การขาดความรู้และความตระหนักของผู้ปกครองและครูเกี่ยวกับความสำคัญของการดูแลสายตา 3) อุปสรรคด้านการเข้าถึงบริการตรวจและรักษาทางสายตา และ 4) ข้อจำกัดด้านการติดตามและการดูแลต่อเนื่อง

การดูแลสุขภาพตาในโรงเรียนเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานด้านอนามัยโรงเรียน ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรอง การส่งต่อ การให้ความรู้ และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามการดำเนินงานที่ผ่านมายังพบปัญหาและอุปสรรคหลายประการ ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรและเครื่องมือในการคัดกรอง ระบบการส่งต่อที่ไม่มีประสิทธิภาพ การเข้าถึงบริการจักษุแพทย์ที่จำกัด และการขาดการติดตามอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการขาดความตระหนักของผู้ปกครองและครูเกี่ยวกับความสำคัญของการดูแลสุขภาพตา การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)⁶ เป็นระเบียบวิธีวิจัยที่เหมาะสมในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เนื่องจากเป็นกระบวนการที่เน้นการมีส่วนร่วม การสะท้อนคิด และการปรับปรุงการปฏิบัติงานอย่าง

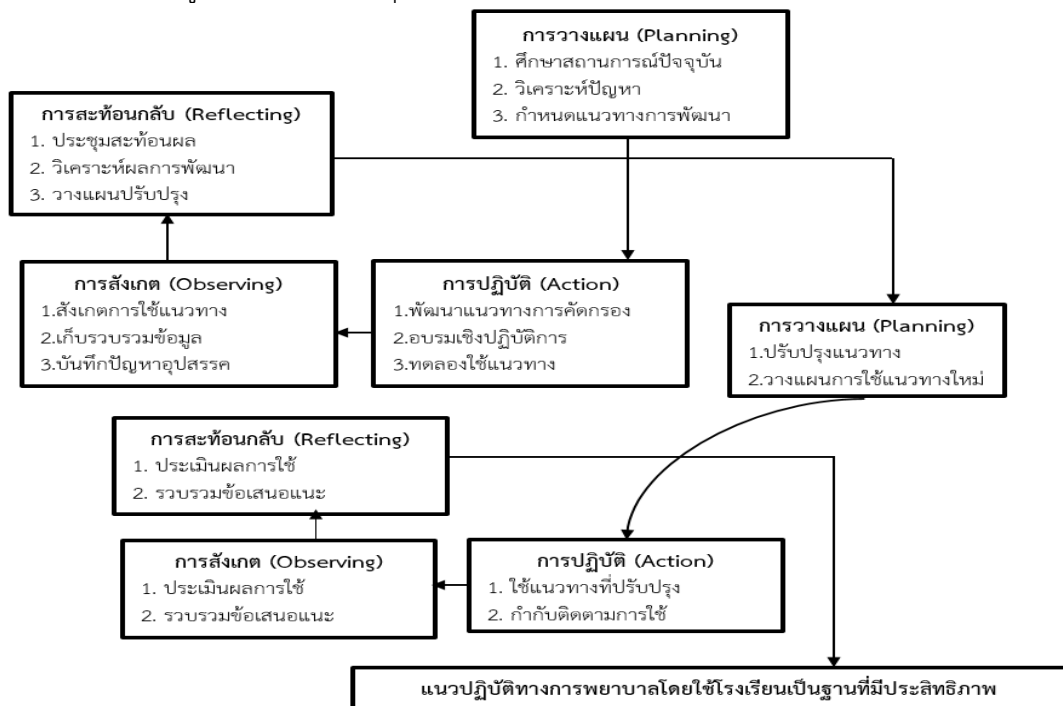
ต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้เกิดการพัฒนานวปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของชุมชน นำไปสู่การแก้ไขปัญหการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านสายตาของนักเรียนชั้นประถมศึกษาอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน จากสถานการณ์และปัญหาดังกล่าว การพัฒนานวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานเพื่อพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านสายตาของนักเรียนชั้นประถมศึกษาจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพตาที่มีประสิทธิภาพ ครอบคลุม และยั่งยืน โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งบุคลากรสาธารณสุข ครู ผู้ปกครอง และชุมชน ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีการวางแผน ดำเนินการ สังเกต และสะท้อนผลอย่างเป็นระบบ เพื่อนำไปสู่การพัฒนานวปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และสามารถนำไปใช้ได้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันและปัญหการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านสายตาของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในจังหวัดอุดรธานี
- 2) เพื่อพัฒนานวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานในการพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านสายตาของนักเรียนชั้นประถมศึกษา
- 3) เพื่อประเมินผลการนำนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานไปใช้ในการพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านสายตาของนักเรียนชั้นประถมศึกษา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การพัฒนานวปฏิบัติทางการพยาบาลด้านสุขภาพสายตาของนักเรียนชั้นประถมศึกษา โดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน ใช้กระบวนการ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ดำเนินการใน 2 วนรอบ 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนคิด (Reflection) ซึ่งดำเนินไปอย่างต่อเนื่องเป็นวงจร กระบวนการนี้ช่วยให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยข้อมูลจากสภาพจริง และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย รายละเอียดตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของเคมิสและแมคทาากาท มุ่งเน้นไปที่การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานเพื่อพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านสายตาของนักเรียนชั้นประถมศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 กลุ่มหลัก คือ 1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดอุดรธานี ที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียนหรือเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพนักเรียน 2. ครูในโรงเรียนประถมศึกษาในจังหวัดอุดรธานี ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพนักเรียน เช่น ครูอนามัยโรงเรียน ครูประจำชั้น หรือผู้บริหารโรงเรียน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและการพัฒนาที่เหมาะสมกับบริบทเฉพาะ จึงใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การเลือกพื้นที่ศึกษา แบ่งพื้นที่จังหวัดอุดรธานีออกเป็น 4 โซน ตามลักษณะภูมิศาสตร์และการบริหารงานสาธารณสุข ดังนี้ โซน 1 โซน 2 โซน 3 และโซน 4 เลือกอำเภอตัวแทนจากแต่ละโซน โซนละ 1 อำเภอ ได้อำเภอที่เป็นตัวแทน 4 อำเภอ ประกอบด้วย โซน 1 อำเภอหนองวัวซอ โซน 2 อำเภอหนองแสง โซน 3 อำเภอหนองหาน และโซน 4 อำเภอกุดจับ โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

1. มีโรงเรียนประถมศึกษาที่มีการดำเนินงานอนามัยโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง
2. มีการดำเนินงานคัดกรองสุขภาพนักเรียนในโรงเรียน
3. ผู้บริหารสาธารณสุขและผู้บริหารสถานศึกษาให้การสนับสนุนการวิจัย
4. มีความพร้อมในการเข้าร่วมกระบวนการวิจัย

2. การเลือกกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ จากอำเภอที่เป็นตัวแทนแต่ละโซน

2.1 การเลือกพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน ประกอบด้วย

1. เลือกพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละอำเภอ อำเภอละ 3 คน รวม 12 คน
2. เลือกพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลชุมชนในแต่ละอำเภอ อำเภอละ 2 คน รวม 8 คน

3. การเลือกกลุ่มตัวอย่างครูในโรงเรียน

3.1 การเลือกโรงเรียน โดยการสุ่มอย่างง่าย เลือกโรงเรียนประถมศึกษาในแต่ละอำเภอตัวแทนอำเภอละ 3 โรงเรียน รวมโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 12 โรงเรียน โดยพิจารณาจาก

1. โรงเรียนขนาดใหญ่ (จำนวนนักเรียนมากกว่า 300 คน) 1 โรงเรียน
2. โรงเรียนขนาดกลาง (จำนวนนักเรียน 121-300 คน) 1 โรงเรียน
3. โรงเรียนขนาดเล็ก (จำนวนนักเรียนไม่เกิน 120 คน) 1 โรงเรียน

3.2 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มอย่างง่าย เลือกครูจากแต่ละโรงเรียน โรงเรียนละ 2 คน รวมกลุ่มตัวอย่างครูในโรงเรียนทั้งสิ้น 24 คน ประกอบด้วย

1. ครูอนามัยโรงเรียน 1 คน
2. ครูประจำชั้นหรือครูที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพนักเรียน 1 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ

1.1 เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เป้าหมาย และปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี
2. มีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพนักเรียนในโรงเรียนหรือการตรวจคัดกรองสุขภาพนักเรียนมาก่อน
3. มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาการดำเนินโครงการ 6 เดือน
4. สามารถเข้าร่วมประชุมและกิจกรรมตามที่กำหนดในแผนการวิจัยได้อย่างสม่ำเสมอ
5. มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่ยังไม่หมดอายุ

1.2 เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1. มีภาระงานหรือแผนการลาที่จะทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการได้มากกว่าร้อยละ 20 ของกิจกรรมทั้งหมด
2. มีแผนการย้ายหรือโอนไปปฏิบัติงานนอกพื้นที่อำเภอหนองวัวซอในช่วงระยะเวลาดำเนินโครงการ
3. มีปัญหาสุขภาพที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการอย่างต่อเนื่อง
4. ไม่มีประสบการณ์หรือความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยโรงเรียนหรือการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน
5. อยู่ระหว่างการลาศึกษาต่อหรือฝึกอบรมระยะยาวที่จะกระทบต่อการมีส่วนร่วมในโครงการ

1.3 เกณฑ์การให้อาสาสมัครเลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria)

1. อาสาสมัครขอลอนตัวออกจากโครงการด้วยความสมัครใจ โดยไม่จำเป็นต้องให้เหตุผล
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหลักของโครงการติดต่อกัน 3 ครั้งขึ้นไป โดยไม่มีเหตุผลอันสมควร
3. มีการย้ายหรือโอนไปปฏิบัติงานนอกพื้นที่อำเภอหนองวัวซอระหว่างดำเนินโครงการ
4. มีปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินโครงการและเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม
5. ไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงหรือแนวทางการดำเนินโครงการที่กำหนดไว้อย่างมีนัยสำคัญ

2. กลุ่มครูในโรงเรียน

2.1 เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. เป็นครูประจำการในโรงเรียนเป้าหมายที่ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปีการศึกษา
2. เป็นครูอนามัยโรงเรียน ครูประจำชั้น ครูผู้สอน หรือผู้บริหารโรงเรียนที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพนักเรียน
3. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนงานวิจัยได้ตลอดระยะเวลาโครงการ 6 เดือน
4. มีความสมัครใจและได้รับการอนุญาตจากผู้บริหารโรงเรียนให้เข้าร่วมโครงการวิจัย

2.2 เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1. มีภาระงานพิเศษที่จะเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมวิจัยอย่างต่อเนื่อง
2. มีแผนการลาศึกษาต่อ ลาคลอด หรือลาบวชในช่วงระยะเวลาดำเนินโครงการ
3. มีแผนการย้ายโรงเรียนหรือเกษียณอายุราชการในระหว่างช่วงการดำเนินโครงการวิจัย
4. ไม่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพนักเรียนหรือการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น

2.3 เกณฑ์การให้อาสาสมัครเลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria)

1. อาสาสมัครแจ้งความประสงค์ขอลอนตัวออกจากโครงการ
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหลักของโครงการติดต่อกันเกิน 2 ครั้ง โดยไม่มีเหตุผลอันสมควร

3. มีการย้ายโรงเรียนหรือลาออกจากราชการระหว่างดำเนินโครงการ
4. ได้รับมอบหมายภาระงานพิเศษที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนงานวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับพยาบาลวิชาชีพ เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญ ได้แก่ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การคัดกรองสุขภาพนักเรียน และความต้องการการพัฒนาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสายตา
2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับครู เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การสอนหน้าที่พิเศษ และประวัติการทำงานร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข
3. แบบประเมินความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสายตานักเรียนสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ทดสอบความรู้เกี่ยวกับปัญหาสายตาที่พบบ่อยในเด็ก สำรวจทัศนคติต่อการคัดกรองสายตาและการดูแลสุขภาพสายตาโดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน รวมถึงคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบันและความท้าทาย
4. แบบประเมินความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสายตานักเรียนสำหรับครู ประเมินความรู้ของครูเกี่ยวกับปัญหาสายตาและสัญญาณบ่งชี้ สำรวจทัศนคติต่อการจัดการสุขภาพสายตาในโรงเรียน และรวบรวมความท้าทายในปัจจุบันและข้อเสนอแนะ
5. แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับพยาบาลวิชาชีพ สำรวจประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพสายตานักเรียน ศึกษาแนวปฏิบัติในปัจจุบัน อุปสรรค และโอกาสในการพัฒนา และรวบรวมข้อมูลเชิงลึกสำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติ
6. แนวทางการสนทนากลุ่มสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ส่งเสริมการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางแก้ไข สนับสนุนความร่วมมือในการพัฒนาแนวปฏิบัติที่สามารถใช้ได้จริง สำรวจแนวทางการพัฒนาที่ยั่งยืนและวิธีการประเมินผล
7. แนวทางการสนทนากลุ่มสำหรับครู ส่งเสริมการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับประสบการณ์ ความท้าทาย และแนวทางแก้ไขที่เป็นไปได้ สำรวจบทบาทของครูในการจัดการสุขภาพสายตาของนักเรียนโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานและรวบรวมข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาและการนำแนวปฏิบัติไปใช้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย 1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.9 2) การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) สำหรับแบบประเมินความรู้ ใช้การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่า $\alpha = 0.86$

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา การวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ และการตรวจสอบแบบสามเส้า

การดำเนินการ วงรอบที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และการพัฒนาแนวปฏิบัติเบื้องต้น

1.1 ขั้นการวางแผน (Planning) จัดประชุมชี้แจงโครงการแก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทุกกลุ่มในแต่ละอำเภอตัวแทน เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบันและปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านสายตาของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในแต่ละพื้นที่ วิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้เพื่อระบุปัญหาอุปสรรค และปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านสายตาในแต่ละพื้นที่ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ

ร่วมกันระหว่างตัวแทนจากทั้ง 4 อำเภอ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน

1.2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน โดยรวมตัวแทนจากทั้ง 4 พื้นที่ ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและทีมวิจัย พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลด้านสุขภาพสายตาให้นักเรียนฉบับร่าง โดยใช้ข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก ได้แก่ การคัดกรองสายตานิกรเรียน การให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่นักเรียน ครู และผู้ปกครอง ระบบการส่งต่อนักเรียนที่มีปัญหาสายตาไปรับการตรวจวินิจฉัยและรักษา การติดตามและประเมินผลการรักษา การประสานความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ

1.3 ขั้นการสังเกต (Observation) ทดลองนำแนวปฏิบัติไปใช้ในโรงเรียนนำร่องอำเภอละ 1 แห่ง (รวม 4 แห่ง) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างการทดลองนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมการสัมภาษณ์พยาบาล ครู นักเรียน และผู้ปกครอง เกี่ยวกับความเป็นไปได้และอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ การบันทึกปัญหาและอุปสรรคที่พบในแต่ละพื้นที่ และการประเมินผลลัพธ์เบื้องต้นของการใช้แนวปฏิบัติ

1.4 ขั้นการสะท้อนคิด (Reflection) จัดประชุมสะท้อนคิดในแต่ละอำเภอ เพื่อรวบรวมประสบการณ์และความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ จัดประชุมร่วมระหว่างตัวแทนจาก 4 อำเภอ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และมุมมองเกี่ยวกับจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคของแนวปฏิบัติวิเคราะห์ความแตกต่างของการใช้แนวปฏิบัติในแต่ละบริบทพื้นที่ ระบุประเด็นที่ต้องปรับปรุงและพัฒนาเพื่อให้แนวปฏิบัติมีความสมบูรณ์และเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ และปรับปรุงแนวปฏิบัติตามผลการสะท้อนคิดเพื่อนำไปใช้ในวงรอบที่ 2

วงรอบที่ 2 การนำแนวปฏิบัติไปใช้และการประเมินผล

2.1 ขั้นการวางแผน (Planning) จัดประชุมเพื่อชี้แจงแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วแก่ผู้เกี่ยวข้องในทุกโรงเรียนเป้าหมาย (12 โรงเรียนใน 4 อำเภอ) วางแผนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในโรงเรียนทั้ง 12 แห่ง โดยกำหนดระยะเวลา ผู้รับผิดชอบ และการติดตามประเมินผล เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ สื่อ และทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับแต่ละพื้นที่ ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัยและรักษาปัญหาสายตาในแต่ละพื้นที่ และพัฒนาระบบการประสานงานและการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างพื้นที่

2.2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) ดำเนินการตามแนวปฏิบัติในโรงเรียนทั้ง 12 แห่ง โดยคัดกรองสายตานิกรเรียนในโรงเรียนเป้าหมายตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น จัดกิจกรรมให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่นักเรียน ครู และผู้ปกครอง ส่งต่อนักเรียนที่มีปัญหาสายตาไปรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาตามระบบที่พัฒนาขึ้น ติดตามและให้การสนับสนุนนักเรียนที่ได้รับแว่นสายตาหรือการรักษาอื่นๆ จัดทำระบบบันทึกข้อมูลและระบบติดตามผลการดำเนินงานที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้ง 4 อำเภอ

2.3 ขั้นการสังเกต (Observation) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างและหลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดย ติดตามอัตราการคัดกรองสายตานิกรเรียนในแต่ละพื้นที่ อัตราการส่งต่อและการได้รับการรักษาที่เหมาะสม ประเมินความรู้และทัศนคติของพยาบาล ครู นักเรียน และผู้ปกครอง วิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อประเมินผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้

2.4 ขั้นการสะท้อนคิด (Reflection) จัดประชุมสะท้อนคิดในแต่ละอำเภอเพื่อรวบรวมประสบการณ์และข้อเสนอแนะ ประชุมร่วมระหว่างตัวแทนจาก 4 อำเภอ เพื่อแลกเปลี่ยนบทเรียนและประสบการณ์ วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในแต่ละ

บริบทพื้นที่ ปรับปรุงแนวปฏิบัติให้มีความสมบูรณ์และเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่างๆ ในจังหวัดอุดรธานี จัดทำเอกสารแนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์และคู่มือการใช้สำหรับขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ วางแผนการขยายผลและการผลักดันเชิงนโยบายระดับจังหวัด

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 9968 ลงวันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย การวิจัยนี้มีผู้เข้าร่วมวิจัยหลัก 2 กลุ่ม คือ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ และกลุ่มครูในโรงเรียนประถมศึกษา จาก 4 อำเภอในจังหวัดอุดรธานี รวมทั้งสิ้น 44 คน มีรายละเอียดดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.0 มีอายุเฉลี่ย 37.8 ปี (S.D. = 6.5) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยทำงาน 30-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.0 ด้านคุณวุฒิการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 85.0 และมีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 75.0 พยาบาลส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ร้อยละ 65.0 และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 60.0 สำหรับประสบการณ์ด้านการดูแลสุขภาพนักเรียน พบว่าเกือบทั้งหมดมีประสบการณ์ ร้อยละ 95.0 โดยมีประสบการณ์เฉลี่ย 7.8 ปี และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการคัดกรองสายตา ร้อยละ 80.0 โดยใช้เครื่องมือ Snellen Chart ร้อยละ 100.0 อย่างไรก็ตาม พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.0 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองสายตาในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา สำหรับความต้องการในการพัฒนาศักยภาพ พยาบาลวิชาชีพมีความต้องการสูงสุดในเรื่อง แนวทางการส่งต่อ และการติดตามผล 19 คน รองลงมาคือ เทคนิคการคัดกรองสายตาที่ถูกต้อง 18 ข้อมูลทั่วไปแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ (N=20)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	18	90.0
ชาย	2	10.0
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 30 ปี	4	20.0
30 – 40 ปี	10	50.0
40 ปีขึ้นไป	6	30.0
(Mean = 37.8, SD = 6.5, Median = 38.0, Min = 25, Max = 50)		
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรี	17	85.0
ปริญญาโท	3	15.0
ประสบการณ์การทำงานทั้งหมด (ปี)		
1 – 3 ปี	2	10.0
3 – 5 ปี	3	15.0
5 ปีขึ้นไป	15	75.0
(Mean = 14.5, SD = 7.2, Median = 15.0, Min = 2, Max = 30)		

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ (N=20) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์การทำงานในพื้นที่ (ปี)		
1 – 3 ปี	5	25.0
3 – 5 ปี	4	20.0
5 ปีขึ้นไป	11	55.0
(Mean = 8.2, SD = 5.9, Median = 7.5, Min = 1, Max = 22)		
ตำแหน่งปัจจุบัน		
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	5	25.0
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	13	65.0
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	2	10.0
หน่วยงานที่สังกัด		
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	12	60.0
โรงพยาบาลชุมชน	8	40.0
ประสบการณ์การดูแลสุขภาพนักเรียน		
ไม่มี	1	5.0
มี	19	95.0
1 – 3 ปี	4	21.1
3 – 5 ปี	5	26.3
5 ปีขึ้นไป	10	52.6
(Mean (สำหรับผู้มีประสบการณ์) = 7.8, SD = 4.5, Median = 6.0, Min = 1, Max = 25)		
ประสบการณ์ในการคัดกรองสายตานักเรียน		
ไม่มี	4	20.0
มี	16	80.0
1 – 3 ปี	6	37.5
3 – 5 ปี	5	31.3
5 ปีขึ้นไป	5	31.3
(Mean (สำหรับผู้มีประสบการณ์) = 4.8, SD = 3.2, Median = 4.0, Min = 1, Max = 15)		
รูปแบบการคัดกรอง		
Snellen Chart	20	100.00
การอบรมเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองสายตาใน 3 ปีที่ผ่านมา		
ไม่เคย	15	75.0
เคย	5	25.0
เรื่องการคัดกรองสายตาเบื้องต้น	5	100.00
ความต้องการพัฒนาความรู้/ ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสายตาเด็กวัยเรียน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
แนวทางการส่งต่อและการติดตามผล	19	95.0
เทคนิคการคัดกรองสายตาที่ถูกต้อง	18	90.0
การให้ความรู้แก่ครูและผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสายตาเด็ก	16	80.0
การใช้เทคโนโลยีในการคัดกรองสายตา	15	75.0
ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคตาและความผิดปกติทางสายตาในเด็ก	12	60.0

1.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มครูในโรงเรียน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.3 มีอายุเฉลี่ย 42.1 ปี (S.D. = 7.5) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มพยาบาลเล็กน้อย และส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 87.5 ประสบการณ์ทำงานในวิชาชีพครูส่วนใหญ่อยู่ที่ 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 70.8 โดยมีประสบการณ์เฉลี่ย 18.6 ปี ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งครู คศ.2 ร้อยละ 37.5 ในด้านหน้าที่และความรับผิดชอบ ครูทุกคนมีหน้าที่พิเศษอื่นๆ ในโรงเรียน โดยส่วนใหญ่เป็นครูประจำชั้น 20 คน และครูอนามัยโรงเรียน 12 คน บางคนมีหน้าที่ซ้อนทับกัน ครูส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพนักเรียน ร้อยละ 87.5 โดยมีประสบการณ์เฉลี่ย 8.5 ปี และมีประสบการณ์ทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 91.7 ซึ่งลักษณะการทำงานร่วมกันส่วนใหญ่เป็นการตรวจสอบสุขภาพประจำปี 22 คน และการให้วัคซีน 21 ครูส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.3 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองสายตาใน 3 ปีที่ผ่านมา สำหรับความต้องการในการพัฒนาศักยภาพ พบว่าครูต้องการพัฒนาทักษะด้าน เทคนิคการคัดกรองสายตาที่ถูกต้อง มากที่สุด 22 คน รองลงมาคือ แนวทางการส่งต่อและการติดตามผล 21 คน และความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคตา 20 คน ข้อมูลทั่วไปแสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดง จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มครูในโรงเรียน (N=24)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	20	83.3
ชาย	4	16.7
อายุ		
น้อยกว่า 30 ปี	5	20.8
30 – 40 ปี	11	45.8
40 ปีขึ้นไป	8	33.3
(Mean = 42.1, SD = 7.5, Median = 43.0, Min = 27, Max = 58)		
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรี	21	87.5
ปริญญาโท	3	12.5
ประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพครูทั้งหมด (ปี)		
1 – 3 ปี	4	16.7
3 – 5 ปี	3	12.5
5 ปีขึ้นไป	17	70.8
(Mean = 18.6, SD = 6.3, Median = 19.5, Min = 4, Max = 35)		
ประสบการณ์การทำงานในโรงเรียนปัจจุบัน (ปี)		
1 – 3 ปี	6	25.0
3 – 5 ปี	5	20.8
5 ปีขึ้นไป	13	54.2
(Mean = 9.5, SD = 6.8, Median = 8.0, Min = 1, Max = 28)		
ตำแหน่งปัจจุบัน		
ครูผู้ช่วย	3	12.5
ครู คศ.1	5	20.8
ครู คศ.2	9	37.5
ครู คศ.3	7	29.2

ตารางที่ 2 แสดง จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มครูในโรงเรียน (N=24) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
หน้าที่พิเศษอื่นๆ ในโรงเรียน		
มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	24	100.00
ครูประจำชั้น	20	83.3
ครูอนามัยโรงเรียน	12	50.0
ครูฝ่ายวิชาการ	5	20.8
ครูฝ่ายปกครอง	4	16.7
ครูแนะแนว	2	8.3
ประสบการณ์การดูแลสุขภาพนักเรียน (ปี)		
ไม่มี	3	12.5
มี	21	87.5
1-3 ปี	5	23.8
3-5 ปี	4	19.0
5 ปีขึ้นไป	12	57.1
(Mean (สำหรับผู้มีประสบการณ์) = 8.5, SD = 5.1, Median = 7.0, Min = 1, Max = 26)		
ประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านการดูแลสุขภาพนักเรียน		
ไม่มี	2	8.3
มี	22	91.7
1-3 ปี	6	27.3
3-5 ปี	5	22.7
5 ปีขึ้นไป	11	50.0
(Mean (สำหรับผู้มีประสบการณ์) = 7.9, SD = 5.4, Median = 6.5, Min = 1, Max = 26)		
ลักษณะการทำงานร่วมกัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
การตรวจสอบสุขภาพประจำปี	22	91.7
การให้วัคซีน	21	87.5
การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่นักเรียน	19	79.2
การตรวจสอบสุขภาพช่องปาก	18	75.0
การคัดกรองสายตาในนักเรียน	15	62.5
การอบรมเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองสายตาใน 3 ปีที่ผ่านมา		
ไม่เคย	20	83.8
เคย	4	16.7
เรื่อง การสังเกตอาการผิดปกติทางสายตาในชั้นเรียน	4	100.00
ความต้องการพัฒนาความรู้/ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสายตาเด็กวัยเรียน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เทคนิคการคัดกรองสายตาที่ถูกต้อง	22	91.7
ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคตาและความผิดปกติทางสายตาในเด็ก	20	87.5
แนวทางการส่งต่อและการติดตามผล	21	83.3
การให้ความรู้แก่ครูและผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสายตาเด็ก	18	75.0
การใช้เทคโนโลยีในการคัดกรองสายตา	14	58.3

ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 สถานการณ์ปัจจุบันและปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านสายตาของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในจังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาในระยะที่ 1 ดังนี้

2.1 ผลการประเมินความรู้และทัศนคติ (ก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติ)

2.1.1 ผลการประเมินความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสายต่านักเรียนสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ด้านความรู้พบว่า โดยรวมมีความรู้ในระดับดีมาก ร้อยละ 90.0 พยาบาลมีความเข้าใจที่ถูกต้องในหลายประเด็น เช่น ความหมายของสายตาสั้น สายตาวาย ตาขี้เกียจ และผลกระทบต่อการเรียนรู้ อย่างไรก็ตาม พบว่ายังมีประเด็นที่ควรส่งเสริมความรู้เพิ่มเติมคือ เรื่องระยะห่างที่ถูกต้องในการใช้ Snellen chart ซึ่งมีผู้ตอบถูกเพียงร้อยละ 60.0 จัดอยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงร้อยละและการแปลผล การประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสายต่านักเรียนสำหรับพยาบาลวิชาชีพ (N=20)

ข้อคำถาม	ร้อยละ ตอบถูก	การแปลผล
1. สายตาสั้น (Myopia) คือภาวะที่เด็กมองเห็นวัตถุระยะไกลไม่ชัดเจน	100.00	ระดับดีมาก
2. สายตาวาย (Hyperopia) อาจทำให้เด็กปวดศีรษะเมื่ออ่านหนังสือเป็นเวลานาน	95.00	ระดับดีมาก
3. สายตาเอียง (Astigmatism) สามารถหายได้เองเมื่อเด็กโตขึ้น	85.00	ระดับดี
4. ตาขี้เกียจ (Amblyopia) หากไม่ได้รับการรักษาทันเวลาอาจทำให้สูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร	95.00	ระดับดีมาก
5. การคัดกรองสายตาด้วย Snellen Chart ควรทำในระยะ 3 เมตร	60.00	ระดับปานกลาง
6. เด็กที่มีสายตาปกติควรอ่านระดับ 20/20 หรือ 6/6 ได้	100.00	ระดับดีมาก
7. การคัดกรองสายตาในเด็กประถมศึกษาควรทำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	90.00	ระดับดีมาก
8. เด็กที่มีผลการคัดกรองสายตาต่ำกว่า 20/40 ควรได้รับการส่งต่อ	90.00	ระดับดีมาก
9. อาการตาแดง น้ำตาไหล กลัวแสง บ่งบอกว่าเด็กอาจมีปัญหาสายตาคิดปกติ	85.00	ระดับดี
10. เด็กที่ชอบอ่านหนังสือในที่มืดหรือส่องไฟจាំมีความเสี่ยงต่อการเกิดสายตาสั้น	95.00	ระดับดีมาก
11. การใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เป็นเวลานานเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดสายตาสั้นในเด็ก	100.00	ระดับดีมาก
12. ปัญหาสายตาในเด็กสามารถส่งผลกระทบต่อพัฒนาการการเรียนรู้	100.00	ระดับดีมาก
13. การรักษาตาขี้เกียจต้องทำภายในอายุ 7 ปี จึงจะได้ผลดี	80.00	ระดับดี
14. การปิดตาข้างที่ตกว่าเป็นวิธีการรักษาหลักสำหรับตาขี้เกียจ	90.00	ระดับดีมาก
15. เด็กที่สงสัยว่ามีปัญหาตาบอดสีสามารถตรวจคัดกรองได้ด้วย Ishihara test	85.00	ระดับดี
รวม	90.00	ระดับดีมาก

ด้านทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าโดยรวมมีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลสุขภาพสายต่านักเรียนในระดับมาก ($\bar{X} = 3.96 \pm 0.57$) โดยมีทัศนคติในระดับมากที่สุดที่ประเด็นสำคัญหลายข้อ เช่น การมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนจะช่วยให้งานมีประสิทธิภาพมากขึ้น ($\bar{X} = 4.95 \pm 0.22$) การคัดกรองเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล ($\bar{X} = 4.90 \pm 0.31$) และการพัฒนาความร่วมมือกับจักษุแพทย์เป็นสิ่งจำเป็น ($\bar{X} = 4.90 \pm 0.31$) ในทางกลับกันพยาบาลส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วย ว่าระบบการส่งต่อในปัจจุบันมีประสิทธิภาพดีอยู่แล้ว ($\bar{X} = 1.80 \pm 0.70$) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าการตรวจสายตาเด็กทุกคนเป็นเรื่องสิ้นเปลืองทรัพยากร ($\bar{X} = 1.60 \pm 0.75$) ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพตระหนักถึงปัญหาของระบบบริการในปัจจุบันและพร้อมที่จะสนับสนุนการพัฒนาแนวปฏิบัติใหม่ๆ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผล ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสายตา นักเรียนพยาบาลวิชาชีพ (N=24)

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย \bar{X}	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	การแปลผล
1. การคัดกรองสายต่านักเรียนเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลวิชาชีพในงานอนามัยโรงเรียน	4.90	0.31	ระดับมากที่สุด
2. การประสานงานกับโรงเรียนและผู้ปกครองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพสายต่านักเรียน	4.85	0.37	ระดับมากที่สุด
3. ระบบการส่งต่อนักเรียนที่มีปัญหาสายตาในปัจจุบันมีประสิทธิภาพดีอยู่แล้ว	1.80	0.70	ไม่เห็นด้วย
4. ควรมีการใช้เทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชัน ในการคัดกรองสายต่านักเรียน	4.70	0.57	ระดับมากที่สุด
5. การคัดกรองสายต่านักเรียนในโรงเรียนมีความยุ่งยากและใช้เวลามาก	2.50	0.95	ไม่แน่ใจ
6. ครูสามารถมีส่วนร่วมในการคัดกรองสายตาเบื้องต้นได้หากได้รับการอบรม	4.80	0.41	ระดับมากที่สุด
7. การดูแลสุขภาพสายต่านักเรียนควรเป็นความรับผิดชอบหลักของผู้ปกครอง	2.10	0.85	ไม่เห็นด้วย
8. การมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนจะช่วยให้การดูแลสุขภาพสายต่านักเรียนมีประสิทธิภาพมากขึ้น	4.95	0.22	ระดับมากที่สุด
9. การติดตามผลหลังการส่งต่อเป็นสิ่งที่มีความสำคัญแต่ปฏิบัติได้ยาก	4.60	0.60	ระดับมาก
10. ข้าพเจ้ามีความมั่นใจในการคัดกรองสายต่านักเรียน	4.10	0.85	ระดับมาก
11. ข้าพเจ้าคิดว่ามีความรู้เพียงพอในการแนะนำผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตาเด็ก	4.00	0.73	ระดับมาก
12. ข้าพเจ้าคิดว่า การตรวจสายตาเด็กทุกคนเป็นเรื่องสิ้นเปลืองทรัพยากร	1.60	0.75	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
13. การพัฒนาความร่วมมือกับจักษุแพทย์เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพสายต่านักเรียน	4.90	0.31	ระดับมากที่สุด
14. ปัญหาสายตาในเด็กเป็นเรื่องเร่งด่วนที่ต้องให้ความสำคัญมากกว่าที่เป็นอยู่	4.85	0.37	ระดับมากที่สุด
15. การสอนเด็กและผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตาเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาล	4.75	0.55	ระดับมากที่สุด
รวม	3.96	0.57	ระดับมาก

2.1.2 ผลการประเมินความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสายต่านักเรียน สำหรับครู ด้านความรู้พบว่า โดยรวมมีความรู้อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 74.7 ของคะแนนเต็ม ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ครูมีความเข้าใจดีมากในเรื่องการสังเกตพฤติกรรมของเด็กสายตาสั้น ร้อยละ 91.7 และผลกระทบต่อการเรียนรู้ ร้อยละ 95.8 แต่ยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในประเด็นสำคัญ ได้แก่ การสวมแว่นตาทำให้สายตาแย่ง ตอบถูกเพียงร้อยละ 37.5 การทำกิจกรรมกลางแจ้งช่วยลดความเสี่ยงสายตาสั้น ตอบถูกเพียงร้อยละ 41.7 และการนั่งใกล้โทรทัศน์เป็นสาเหตุของสายตาสั้น ตอบถูกเพียงร้อยละ 45.8 ซึ่งเป็นจุดที่ต้องให้ความรู้เพิ่มเติมเพื่อแก้ไขความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงร้อยละและการแปลผล การประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสายตาให้นักเรียนสำหรับครู (N=24)

ข้อคำถาม	ร้อยละ ตอบถูก	การแปลผล
1. สายตาสั้น (Myopia) คือภาวะที่เด็กมองเห็นวัตถุระยะไกลไม่ชัดเจน	95.8	ระดับดีมาก
2. การนั่งใกล้โทรทัศน์หรือใช้โทรศัพท์มือถือเป็นเวลานานเป็นสาเหตุของสายตาสั้น	45.8	ระดับน้อย
3. เด็กที่มีสายตาสั้นมักมีพฤติกรรมขี้ตาบ่อยๆ หรือตาเวลามองไกล	91.7	ระดับดีมาก
4. นักเรียนที่มีปัญหาสายต้ามักมีผลการเรียนแย่งหรือขาดสมาธิในการเรียน	95.8	ระดับดีมาก
5. การอ่านหนังสือในที่ที่มีแสงสว่างน้อยสามารถทำให้เกิดปัญหาสายตาได้	87.5	ระดับดี
6. การคัดกรองสายตาควรทำเฉพาะในนักเรียนที่มีอาการหรือปัญหาเท่านั้น	75.0	ระดับดี
7. ตาบอด (Amblyopia) หากไม่ได้รับการรักษาทันเวลาอาจทำให้สูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร	66.7	ระดับปานกลาง
8. เด็กที่มีสายตาสั้นมักมีอาการปวดศีรษะหลังจากอ่านหนังสือหรือทำงานที่ต้องใช้สายตามาก	62.5	ระดับปานกลาง
9. การจัดตำแหน่งที่นั่งในห้องเรียนให้เหมาะสมช่วยลดปัญหาการเรียนของเด็กที่มีปัญหาสายตาได้	95.8	ระดับดีมาก
10. ปัญหาสายตาส่วนใหญ่ในเด็กสามารถรักษาหรือแก้ไขได้หากตรวจพบแต่เนิ่นๆ	91.7	ระดับดีมาก
11. ในระยะแรกของสายตาสั้น เด็กอาจไม่แสดงอาการใดๆ ทำให้ยากต่อการสังเกต	70.8	ระดับดี
12. การสวมแว่นตาทำให้สายตาแย่งเรื่อยๆ จึงควรหลีกเลี่ยงการสวมแว่นตาในเด็ก	37.5	ระดับน้อย
13. การทำกิจกรรมกลางแจ้งช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดสายตาสั้นในเด็ก	41.7	ระดับน้อย
14. การใช้คอมพิวเตอร์หรือแท็บเล็ตในการเรียนการสอนควรมีระยะเวลาที่เหมาะสม	91.7	ระดับดีมาก
15. การคัดกรองสายตาในโรงเรียนควรทำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	70.8	ระดับดี
รวม	74.7	ระดับดี

ด้านประเมินทัศนคติของครูพบว่า โดยรวมมีทัศนคติเชิงบวกใน ระดับมาก ($\bar{X} = 4.22 \pm 0.57$) ครูมีทัศนคติในระดับมากที่สุดว่า ควรได้รับการอบรม ($\bar{X} = 4.92 \pm 0.28$) และควรแจ้งผู้ปกครองเมื่อสงสัยว่า นักเรียนมีปัญหา ($\bar{X} = 4.92 \pm 0.28$) นอกจากนี้ ครูส่วนใหญ่ ไม่เห็นด้วยว่า การคัดกรองเป็นภาระที่เพิ่มขึ้น ($\bar{X} = 1.88 \pm 0.80$) และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งว่า การดูแลสุขภาพตาเป็นหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุขเท่านั้น ($\bar{X} = 1.54 \pm 0.66$) แสดงให้เห็นถึงความพร้อมและเจตคติที่ดีของครูในการเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในโครงการ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสายตาให้นักเรียนสำหรับครู (N=24)

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย \bar{X}	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	การแปลผล
1. ครูควรมีบทบาทในการสังเกตและช่วยคัดกรองปัญหาสายต่านักเรียนเบื้องต้น	4.83	0.38	ระดับมากที่สุด
2. การดูแลสุขภาพสายตาให้นักเรียนเป็นหน้าที่ของพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขเท่านั้น	1.54	0.66	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
3. โรงเรียนควรจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อลดปัญหาสายตาในนักเรียน	4.71	0.46	ระดับมากที่สุด
4. การเพิ่มเวลากิจกรรมกลางแจ้งในตารางเรียนมีความสำคัญต่อสุขภาพสายตาของนักเรียน	4.42	0.72	ระดับมาก
5. ครูควรมีความรู้เรื่องการจัดตำแหน่งที่นั่งให้เหมาะสมกับนักเรียนที่มีปัญหาสายตา	4.79	0.41	ระดับมากที่สุด

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ทักษะคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสายตา นักเรียนสำหรับครู (N=24) (ต่อ)

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย \bar{X}	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	การแปลผล
6. การสอนให้นักเรียนรู้จักวิธีการดูแลสายตาด้วยตนเองเป็นสิ่งจำเป็น	4.88	0.33	ระดับมากที่สุด
7. ครูควรแจ้งให้ผู้ปกครองทราบเมื่อสงสัยว่านักเรียนมีปัญหาสายตา	4.92	0.28	ระดับมากที่สุด
8. การพักสายตาเป็นระยะระหว่างการเรียนการสอนมีความสำคัญ	4.71	0.55	ระดับมากที่สุด
9. ปัญหาพฤติกรรมบางอย่างของนักเรียนอาจเกิดจากปัญหาสายตา	4.63	0.65	ระดับมาก
10. ครูสามารถช่วยติดตามการใช้แว่นสายตาของนักเรียนในโรงเรียนได้	4.50	0.72	ระดับมาก
11. การคัดกรองสายตาในโรงเรียนเป็นภาระที่เพิ่มขึ้นสำหรับครู	1.88	0.80	ไม่เห็นด้วย
12. ผู้ปกครองมักไม่ให้ความสำคัญกับปัญหาสายตาของนักเรียน	3.83	0.92	เห็นด้วย
13. การประสานงานระหว่างโรงเรียนและหน่วยงานสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพสายตานั้นนักเรียนยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ	3.92	1.02	เห็นด้วย
14. ครูควรได้รับการอบรมเรื่องการสังเกตและการช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหาสายตา	4.92	0.28	ระดับมากที่สุด
15. โรงเรียนควรมีนโยบายและแผนการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพสายตานั้นที่ชัดเจน	4.79	0.41	ระดับมากที่สุด
รวม	4.22	0.57	ระดับมาก

2.2 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลวิชาชีพ และการจัดสนทนากลุ่มกับพยาบาลและครู สามารถสรุปประเด็นปัญหาสำคัญได้ 4 ด้านหลัก ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูล การดำเนินงานจริงของจังหวัดอุดรธานี ก่อนที่จะมีการพัฒนารูปแบบเชิงรุก ดังนี้

1. ด้านระบบการคัดกรองและส่งต่อ ผู้เข้าร่วมวิจัยสะท้อนปัญหาในระบบบริการตั้งแต่ต้นน้ำถึงปลายน้ำ ตั้งแต่การคัดกรองที่ขาดมาตรฐาน การส่งต่อที่ล่าช้า ไปจนถึงการติดตามผลที่ทำไม่ได้ยาก “เราคัดกรองเจอเด็กที่สายตาผิดปกติทุกปี แต่พอส่งต่อไปแล้วก็เงียบหายไปเลย ไม่รู้ว่าผู้ปกครองพาไปตรวจต่อไหม ได้แว่นหรือเปล่า ทำให้การทำงานของเราน่าเหมือนทำครึ่งๆ กลางๆ ซึ่งก็ตรงกับตัวเลขของทั้งจังหวัดสมัยก่อน ที่เด็กเข้าไม่ถึงการรักษา”

(พยาบาลวิชาชีพ, การสนทนากลุ่ม)

“พอเราส่งรายชื่อเด็กที่สังเกตว่าน่าจะสายตาสั้นไปให้ทางอนามัย กว่าจะมีการตรวจยืนยันหรือส่งต่อไปโรงพยาบาล บางทีก็ผ่านไปเป็นเดือนเลยนะ เด็กก็ต้องทนเรียนแบบมองไม่ชัดไปก่อน”

(ครู, การสนทนากลุ่ม)

“การติดตามเป็นเรื่องยากที่สุดเลยนะ เราไม่มีระบบกลางที่จะดูได้ว่าเด็กคนที่เราส่งไปหาหมอแล้ว ตกลงได้แว่นมั๊ย หรือใส่แล้วมีปัญหาอะไรหรือเปล่า ต้องอาศัยโทรตามเป็นรายๆ ไป ซึ่งก็ไม่ค่อยมีเวลาทำ”

(พยาบาลวิชาชีพ, การสนทนากลุ่ม)

2. ด้านความรู้และทักษะของผู้เกี่ยวข้อง ทั้งครูและพยาบาลต่างสะท้อนถึงช่องว่างด้านความรู้และความตระหนักของผู้ปกครอง รวมถึงความไม่มั่นใจของครูในการคัดกรองเบื้องต้น “บางที่เราเห็นเด็กหรือตาเวลาดูบอร์ด ก็จะแจ้งผู้ปกครองไป แต่ผู้ปกครองบางคนก็บอกว่าไม่เป็นไรหรอก เดี๋ยวก็หายเองหรือบางทีก็ไม่มีเวลาพาไปหาหมอจริงๆ”

(ครู, การสนทนากลุ่ม)

“ยอมรับว่าไม่ค่อยมั่นใจค่ะ กลัวคัดกรองผิดพลาด เราสังเกตอาการได้ แต่จะให้ไปวัดสายตาจริงๆ ก็ไม่กล้า กลัวทำไม่ถูกแล้วจะกลายเป็นว่าเราไปวินิจฉัยเด็กผิดๆ”

(ครู, การสนทนากลุ่ม)

“ผู้ปกครองบางคนยังเชื่อว่าถ้าลูกใส่แว่นเร็ว จะยิ่งทำให้สายตาสั้นลงไปอีก เราต้องใช้เวลาอธิบายเยอะมากเพื่อเปลี่ยนความเชื่อตรงนี้”

(พยาบาลวิชาชีพ, การสัมภาษณ์เชิงลึก)

3. ด้านทรัพยากรและการสนับสนุน ข้อจำกัดด้านงบประมาณ อุปกรณ์ และ อัตรากำลังบุคลากร เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานไม่สามารถทำได้เต็มที่ “ทางโรงเรียนไม่มีงบประมาณสำหรับเรื่องนี้โดยตรงค่ะ อุปกรณ์คัดกรองส่วนใหญ่ก็ได้มาจากทาง รพ.สต. ซึ่งบางทีก็เก่าแล้ว ไม่ได้มาตรฐาน”

(ครู, การสนทนากลุ่ม)

“เจ้าหน้าที่ รพ.สต. บางคนต้องดูแลหลายโรงเรียน หลายโครงการมากค่ะ งานอนามัยโรงเรียนเป็นแค่บางส่วนหนึ่ง ทำให้เราไม่สามารถลงลึกเรื่องสายตาได้เต็มที่”

(พยาบาลวิชาชีพ, การสนทนากลุ่ม)

4. ด้านความร่วมมือระหว่างภาคส่วน การทำงานยังคงมีลักษณะแยกส่วน ขาดการบูรณาการและการสื่อสารอย่างต่อเนื่องระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง “การประสานงานกับโรงเรียนส่วนใหญ่จะเป็นตอนไปฉีดวัคซีนหรือตรวจสุขภาพประจำปีค่ะ ยังไม่เคยมีการประชุมร่วมกันเพื่อวางแผนเรื่องสุขภาพตาโดยเฉพาะเลย” (พยาบาลวิชาชีพ, การสัมภาษณ์เชิงลึก)

“เราจะคุยกับเจ้าหน้าที่อนามัยก็ต่อเมื่อเขามาที่โรงเรียน ไม่ได้มีช่องทางปรึกษาหารือกันเป็นประจำ พอมีเคสสงสัยด่วนๆ ก็ไม่รู้จะปรึกษาใคร”

(ครู, การสนทนากลุ่ม)

“บทบาทของ อบต. หรือเทศบาลในการสนับสนุนเรื่องนี้ยังน้อยมากค่ะ ส่วนใหญ่จะเป็นงบด้านอื่นมากกว่า ถ้าดึงเขาเข้ามาช่วยเรื่องงบประมาณจัดหาแว่นให้เด็กยากจนได้จะดีมากเลย”

(พยาบาลวิชาชีพ, การสนทนากลุ่ม)

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานในการพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านสายตาของนักเรียนชั้นประถมศึกษา จากผลการวิเคราะห์สถานการณ์ในวงรอบที่ 1 ทีมวิจัยได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม และนำบทเรียนความสำเร็จจากโครงการ “เปิดโลกทัศน์ใบใหม่ของเด็กไทยสายตาดีด้วยเชิงรุก” มาปรับใช้ในการพัฒนา “แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ” ฉบับร่าง ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ

1. การคัดกรองเชิงรุกอย่างเป็นระบบ (Systematic Screening) กำหนดให้ครูประจำชั้นเป็นผู้คัดกรองเบื้องต้น (Vision Screening) ด้วย Snellen chart ทุกต้นปีการศึกษา พยาบาลวิชาชีพจาก รพ. สต. ตรวจคัดกรองซ้ำในกลุ่มที่พบความผิดปกติหรือกลุ่มเสี่ยง ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยี สนับสนุนการนำเครื่องตรวจคัดกรองสายตา (Vision Screener) มาใช้ เพื่อเพิ่มความรวดเร็ว แม่นยำ และลดภาระงานของบุคลากร ซึ่งเป็นปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญของโครงการในจังหวัดอุดรธานี

2. การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตา (Eye Health Literacy) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่ครูและบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อเพิ่มความมั่นใจและทักษะในการดำเนินงาน จัดกิจกรรมให้ความรู้แก่นักเรียนและผู้ปกครองผ่านสื่อที่น่าสนใจและเข้าใจง่าย

3. ระบบการส่งต่อและประสานงานที่ชัดเจน (Clear Referral Pathway) พัฒนารูปแบบการทำงานเชิงรุกโดยมีทีมจักษุแพทย์และหน่วยวัดสายตาเคลื่อนที่ลงไปในพื้นที่ พัฒนารูปแบบใบส่งต่อและช่องทางการสื่อสารที่รวดเร็ว (เช่น กลุ่ม Line) เพื่อให้สามารถปรึกษาจักษุแพทย์ได้โดยตรงเมื่อเกิดปัญหา

4. การติดตามและดูแลต่อเนื่อง (Continuous Follow-up) พยาบาลวิชาชีพและครูอนามัยร่วมกับติดตามผลการรักษา การปรับตัวในการใช้แว่น และปัญหาที่พบ

5. การสร้างเครือข่ายความร่วมมือ (Collaborative Network) เน้นการประสานงานกับผู้บริหารในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับจังหวัด โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ และโรงเรียน เพื่อให้เกิดการสนับสนุนเชิงนโยบายและการบริหารจัดการ

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อประเมินผลการทำงานแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานไปใช้ในการพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านสายตาของนักเรียนชั้นประถมศึกษา หลังจากนำแนวปฏิบัติฉบับปรับปรุงไปใช้ในวงรอบที่ 2 ได้ทำการประเมินผลลัพธ์ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ ดังนี้

3.1 ผลลัพธ์เชิงปริมาณ (เปรียบเทียบก่อน-หลังการใช้แนวปฏิบัติ) ผลการดำเนินงานในโรงเรียนกลุ่มตัวอย่าง 12 แห่ง พบว่าตัวชี้วัดการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านสายตาของนักเรียนดีขึ้นในทุกมิติอย่างชัดเจน โดยอัตราการคัดกรองสายต่านักเรียนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 48.8 เป็นร้อยละ 98.5 อัตรานักเรียนที่พบความผิดปกติและได้รับการส่งต่อเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60.2 เป็นร้อยละ 95.7 และที่สำคัญที่สุดคือ อัตรานักเรียนที่ได้รับการตรวจยืนยันโดยจักษุแพทย์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.7 เป็นร้อยละ 92.3 และอัตรานักเรียนที่ได้รับการรักษา (ได้รับแว่น) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 36.2 เป็นร้อยละ 91.5 ผลลัพธ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงประสิทธิผลของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นในการแก้ปัญหา “คอขวด” ของระบบบริการเดิม และสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการที่จำเป็นของนักเรียนได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับผลสำเร็จของโครงการนำร่องที่อำเภอหนองคาย ละเอียดแสดงดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบตัวชี้วัดการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านสายตา ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ

ตัวชี้วัด	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ (ร้อยละ)	หลังใช้แนวปฏิบัติ (ร้อยละ)
อัตราการคัดกรองสายต่านักเรียน	48.8	98.5
อัตรานักเรียนที่พบความผิดปกติได้รับการส่งต่อ	60.2	95.7
อัตรานักเรียนที่ส่งต่อได้รับการตรวจยืนยันโดยจักษุแพทย์	42.7	92.3
อัตรานักเรียนที่ได้รับการรักษา ได้รับแว่น	36.2	91.5

3.2 ผลลัพธ์เชิงคุณภาพ (การสะท้อนคิดหลังการใช้แนวปฏิบัติ) จากการจัดสนทนากลุ่มในชั้นสะท้อนคิดของวงรอบที่ 2 ผู้เข้าร่วมวิจัยได้สะท้อนผลการใช้แนวปฏิบัติ ดังนี้

1. จุดแข็งของแนวปฏิบัติและปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Strengths and Success Factors) ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่สะท้อนว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความชัดเจน ใช้งานได้จริง และช่วยแก้ปัญหาที่เคยเจอได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ “แนวทางนี้ดีมากนะ มันทำให้เราทำงานง่ายขึ้นและเห็นผลจริงๆ เหมือนกับโครงการใหญ่ของจังหวัดที่เขาทำสำเร็จมาแล้ว การที่เรามีทีมหมอบตอลงมาถึงที่โรงเรียน ช่วยลดปัญหาเด็กตกหล่นไปได้เยอะเลยนะ”

(ครู, การสนทนากลุ่ม)

“พอมีแนวทางที่ชัดเจนเป็นข้อๆ ทำให้เราทำงานอย่างมั่นใจขึ้นนะ รู้เลยว่าขั้นตอนต่อไปคืออะไร ต้องประสานงานกับใคร ไม่ต้องเดาสุ่มเหมือนเมื่อก่อน”

(พยาบาลวิชาชีพ, การสนทนากลุ่ม)

2. ความท้าทายและข้อเสนอแนะเพื่อความยั่งยืน (Challenges and Recommendations for Sustainability) แม้แนวปฏิบัติจะประสบความสำเร็จ แต่ผู้เข้าร่วมวิจัยยังมองเห็นความท้าทายในระยะยาวและได้ให้ข้อเสนอแนะที่สำคัญเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน “ถึงเราจะพยายามให้ความรู้ แต่ผู้ปกครองบางส่วนก็ยังติดเรื่องค่าใช้จ่ายและเวลาอยู่ดีค่ะ การจัดกิจกรรมตอนเย็นหรือวันหยุดอาจจะช่วยให้ผู้ปกครองเข้าร่วมได้มากขึ้น”

(ครู, การสนทนากลุ่ม)

“ข้อเสนอที่อยากให้ผลักดันจริงจังคือเรื่อง 'พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา' ค่ะ ถ้ามีตำแหน่งนี้ในโรงพยาบาลชุมชน จะช่วยแบ่งเบาภาระงานวินิจฉัยและดูแลเคสต่างๆ ได้เยอะมาก ทำให้คุณหมอมีเวลาไปดูเคสที่ซับซ้อนจริงๆ”

(พยาบาลวิชาชีพ, การสนทนากลุ่ม)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพตาในโรงเรียนผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งสามารถอภิปรายในประเด็นต่างๆ ได้ดังนี้

1. สถานการณ์ปัจจุบันและปัญหา ด้านความรู้และทัศนคติของบุคลากร ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในระดับดีมาก ร้อยละ 90.0 ซึ่งสูงกว่าครูที่มีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 74.7 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิชัย ประสิทธิ์วุฒิเวชช์ และคณะ⁴ ที่พบว่าบุคลากรสาธารณสุขมีความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพตาสูงกว่าครู แต่ยังคงขาดความรู้เชิงลึกในบางประเด็นเทคนิค เช่น การใช้ Snellen Chart ที่ถูกต้อง ข้อค้นพบที่น่าสนใจคือครูมีทัศนคติเชิงบวกสูงกว่าพยาบาล ($\bar{X} = 4.22$ เทียบกับ 3.96) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าการดูแลสุขภาพตาเป็นหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุขเท่านั้น ($\bar{X} = 1.54$) แสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการเป็นพันธมิตรสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Resnikoff และคณะ⁷ ที่เน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของครูในโปรแกรมสุขภาพตาโรงเรียน อย่างไรก็ตาม การที่ครูยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในประเด็นสำคัญ เช่น การสวมแว่นทำให้สายตาแยลง ตอบถูกเพียงร้อยละ 37.5 สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของการให้ความรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Grzybowski และคณะ⁸ ที่พบว่าความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับแว่นตายังคงแพร่หลายในหลายประเทศ และเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการรักษา การวิเคราะห์ปัญหาบริการ ปัญหาที่ค้นพบสะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนของระบบบริการสุขภาพตาในโรงเรียนที่มีลักษณะเป็น “ห่วงโซ่” ที่เชื่อมโยงกัน การที่อัตราการคัดกรองต่ำ ร้อยละ 48.8 และอัตราการได้รับการรักษาต่ำมาก ร้อยละ 36.2 ชี้ให้เห็นถึงปัญหา “รั่วไหล” ในระบบ (leakage in the system) ที่ Naidoo และคณะ⁹ เรียกว่า “cascade of eye care” การศึกษานี้พบปัญหาการส่งต่อที่ล่าช้าและการติดตามผลที่ไม่เป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Paudel และคณะ⁵ ที่ระบุว่าช่องว่างในระบบการส่งต่อเป็นปัญหาหลักในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีการเข้าถึงจักษุแพทย์จำกัด ปัญหาด้านทรัพยากรที่ค้นพบ เช่น การขาดแคลนอุปกรณ์มาตรฐานและอัตรากำลังบุคลากร สอดคล้องกับรายงานของ WHO¹⁰ ที่ประมาณการว่าต้องการจักษุแพทย์เพิ่มขึ้นร้อยละ 50 เพื่อรองรับความต้องการในประเทศกำลังพัฒนา

2. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การนำแนวคิด SIGHT framework (Screening, Integration, Guidelines, Health education, Training) ของ Reddy และคณะ¹¹ มาประยุกต์ใช้ในบริบทไทยแสดงให้เห็นถึงความเหมาะสมของกรอบแนวคิดนี้ การปรับองค์ประกอบทั้ง 5 ด้านให้สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น โดยเฉพาะการเน้นการใช้เทคโนโลยีและการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ สะท้อนถึงการเข้าใจลักษณะเฉพาะของระบบสุขภาพไทย การบูรณาการบทเรียนจากโครงการ “เปิดโลกทัศน์ใบใหม่ของเด็กไทย สายตาดีด้วยเชิงรุก” เข้ากับแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Knowledge Translation ของ Graham และคณะ¹² ที่เน้นการนำหลักฐานจากการปฏิบัติมาพัฒนาแนวปฏิบัติใหม่

3. ผลการประเมินการใช้แนวปฏิบัติ การปรับปรุงตัวชี้วัดที่ได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลที่โดดเด่น โดยเฉพาะอัตราการคัดกรองที่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 98.5 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายของ WHO ที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 80 และใกล้เคียงกับมาตรฐานสากลร้อยละ 95 ที่ Congdon และคณะ¹³ เสนอไว้สำหรับโปรแกรมสุขภาพตาโรงเรียนที่มีคุณภาพสูง การที่อัตราการเข้าถึงการรักษาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 36.2 เป็น 91.5 แสดงให้เห็นถึงการแก้ปัญหา “คอขวด” ของระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์นี้เปรียบเทียบกับโครงการ School Eye Health Program ในประเทศอินเดียที่รายงานโดย Murthy และคณะ¹⁴ ที่มีอัตราการเข้าถึงการรักษาร้อยละ 89.3 ความสำเร็จดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของการใช้แนวทางเชิงรุก (proactive approach) แทน

การขอให้ผู้ปกครองนำตัวมาเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด “Taking eye care to the community” ของ Gilbert และคณะ¹⁵

ข้อเสนอแนะ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีและสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา ควรพิจารณานำ "แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ" ที่พัฒนาขึ้นนี้ ไปปรับใช้เป็นแนวทางมาตรฐานในการดำเนินงานโครงการเด็กไทยสายตาดีให้ครอบคลุมทุกอำเภอ
2. ควรมีการผลักดันให้เกิดตำแหน่ง "พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา" ในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเป็นกำลังสำคัญในการคัดกรอง วินิจฉัยเบื้องต้น และดูแลติดตามผล ซึ่งจะช่วยลดภาระงานของจักษุแพทย์และทำให้ระบบมีความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยติดตามผลระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อประเมินผลกระทบของการได้รับแว่นตาต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน พฤติกรรม และคุณภาพชีวิตของนักเรียน
2. ควรมีการศึกษาด้านความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Cost-effectiveness Analysis) ของการดำเนินงานเชิงรุกเปรียบเทียบกับระบบบริการแบบเดิม เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการผลักดันเชิงนโยบาย
3. ควรมีการขยายผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการลักษณะนี้ไปยังจังหวัดอื่นๆ ที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่
4. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชนในการดูแลสุขภาพสายตาเด็กอย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีเพราะได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ดร.นายแพทย์สมชายโชติ ปิยวัชรเวลา นางขวัญชนก ศิริวัฒนกาญจน์ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด นพ.พิชชา พนาวัฒน์วงศ์ จักษุแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี นางจุฑามาศ ทาปลัด พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหนองหาน และ ดร.พิมพ์ฉนิณ ภิวงศ์กำจร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลรัตนวาปี ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญและให้ความช่วยเหลือในการตรวจสอบเครื่องมือแบบสอบถาม ตัวแทนพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลชุมชนทุกระดับ และตัวแทนครูจากโรงเรียนทุกระดับ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งเสียสละเวลาในการให้ข้อมูล การเข้าร่วมประชุมกลุ่ม และให้ข้อมูลเชิงลึกทำให้สามารถรวบรวมข้อมูลได้อย่างครบถ้วนและมีคุณภาพ นายภาณุพงษ์ พงศ์ย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหนองวัวซอ ที่เป็นพี่ปรึกษาและผู้ช่วยงานวิจัย ขอขอบคุณนายบัลลังก์ ถิ่นถา และลูกๆ ที่คอยเป็นแรงสนับสนุน คอยเป็นกำลังใจให้ตลอดมา จนสามารถดำเนินงานวิจัยนี้ให้ประสบความสำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World report on vision. Geneva: World Health Organization; 2020. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516570>
2. Holden BA, Fricke TR, Wilson DA, Jong M, Naidoo KS, Sankaridurg P, et al. Global prevalence of myopia and high myopia and temporal trends from 2000 through 2050. *Ophthalmology*. 2023;123(5):1036-42.

3. Sharma A, Congdon N, Patel M, Gilbert C. School-based approaches to the correction of refractive error in children. *Surv Ophthalmol.* 2022;67(1):150-170.
4. วิชัย ประสิทธิ์วุฒิเวชช์, สุพัตรา ศรีวิณิชชากร, มัณฑนา วงศ์ศิรินวัฒน์. สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการคัดกรองสายตาในเด็กนักเรียนประถมศึกษาในประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.* 2023;17(2):182-195.
5. Paudel P, Ramson P, Naduvilath T, Wilson D, Peel D, Mitchell P, et al. Prevalence of vision impairment and refractive error in school children in Ba Ria - Vung Tau province, Vietnam. *Clin Exp Ophthalmol.* 2022;42(3):217-26.
6. Kemmis S, McTaggart R. *The action research planner.* 3rd ed. Geelong: Deakin University Press; 1988.
7. Resnikoff S, Pascolini D, Etya'ale D, Kocur I, Pararajasegaram R, Pokharel GP, et al. Global data on visual impairment in the year 2002. *Bull World Health Organ.* 2022;82(11):844-51.
8. Grzybowski A, Schachar RA, Nickla D, Ruiz-Medrano J, Penkala K, Congdon N. Myopia: the most common misconceptions. *J Clin Med.* 2024;13(7):2016.
9. Naidoo KS, Leasher J, Bourne RR, Flaxman SR, Jonas JB, Keeffe J, et al. Global vision impairment and blindness due to uncorrected refractive error, 1990-2010. *Optom Vis Sci.* 2023;93(3):227-34.
10. WHO. *World report on vision.* Geneva: World Health Organization; 2023.
11. Reddy PA, Congdon N, MacKenzie G, Dandona R, Dandona L. The SIGHT framework: A comprehensive approach to school-based vision care in low- and middle-income countries. *Community Eye Health J.* 2022;35(117):22-24.
12. Graham KE, Tetroe J, McLean RK. Some theoretical underpinnings of knowledge translation. *Acad Med.* 2023;81(10):966-70.
13. Congdon N, Yan X, Lansingh V, Sisay A, Müller A, Chan V, et al. Assessment of cataract surgical outcomes in settings where follow-up is poor: PRECOG, a multicentre observational study. *Lancet Glob Health.* 2023;1(1):e37-45.
14. Murthy GVS, Gupta SK, Ellwein LB, Munoz SR, Pokharel GP, Sanga L, et al. Refractive error in children in an urban population in New Delhi. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2024;43(3):623-31.
15. Gilbert C, Muhit M. Twenty years of childhood blindness: what have we learnt? *Community Eye Health.* 2023;21(67):46-7.