

## การพัฒนารูปแบบการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตาในเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี เพื่อส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง

พรศิริ เรือนสว่าง\* เจริญสุข อัครวิพิธ\*\* ดวงเนตร ธรรมกุล\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตาในเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี สถาบันบำราศนราดูร ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 7 คน ผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครอง จำนวน 10 คน ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ขั้นเตรียมการวิจัย 2) ขั้นดำเนินการวิจัย และ 3) ขั้นติดตามและประเมินผล ผลการวิจัย พบว่า ปัญหากระบวนการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตาในเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี ยังมีความบกพร่องของการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ปกครองขาดประสบการณ์ ความรู้ ความเข้าใจถึงปัญหาที่เกิดขึ้น พบเด็กสูญเสียดวงตาอย่างถาวร สายตาสั้น ฯลฯ ขั้นพัฒนารูปแบบ พบว่ามี 5 องค์ประกอบดังนี้ 1) การคัดกรองสุขภาพตา 2) การวัดสายตาเบื้องต้นโดยพยาบาล 3) เกณฑ์การส่งต่อเพื่อตรวจตากับจักษุแพทย์ 4) การติดตามผลการตรวจที่ห้องตา และ 5) เด็กที่มีเชื้อเอชไอวีได้รับการตรวจตาอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ปกครองร่วมรับรู้และร่วมแก้ไข ปัญหา ระยะประเมินประสิทธิภาพ กับผู้รับบริการ จำนวน 168 คน พบว่าเด็กได้รับการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตา และได้รับการตรวจสุขภาพตาโดยจักษุแพทย์เพิ่มขึ้น ผู้ปกครองและเด็กได้รับความสะดวกสบายในการบริการเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถให้บริการอย่างเป็นระบบ และมีความพึงพอใจในระดับดีมาก รูปแบบการพยาบาลที่เกิดขึ้นช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตาแก่เด็กเอชไอวี/เอดส์ในสถาบันฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

**คำสำคัญ :** การพัฒนารูปแบบการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตา, เด็กที่มีเชื้อเอชไอวี, การดูแลอย่างต่อเนื่อง

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันบำราศนราดูร E-mail: pruanawang@gmail.com

\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการสถาบันบำราศนราดูร

\*\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

## Eye screening nursing model for children with HIV infection to promote continuity of care.

Ponsiri Reunsawang\* Jarurnsook Ausavapit\* Doungnetre Thummakul\*\*\*

### Abstract

This participatory action research to improve eye screening methods in children with HIV at Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute included a multidisciplinary team of 7 professionals and 10 child patients and their parents. The research was conducted in 3 phases, 1) Preparation, 2) Conducting research and 3) Follow-up and evaluation. Results showed that hospitals' eye screening methods for child patients with HIV lacks coordination between disciplines and parents' knowledge and experience pertaining to the problem. Unnecessary permanent loss of eyesight and other difficulties happened. For improvement development of procedures comprises. 5 factors, 1) Eye screening checks, 2) Preliminary eyesight examination conducted by nurses, 3) Criteria for referral to ophthalmologists 4) Follow up of results at ophthalmology department, and 5) Continued eye check-ups. Performance evaluation on 168 patients found that a multidisciplinary team is able to provide systematic care, and high levels of satisfaction with more children undergoing eye screening and examination by ophthalmologists, and child patients and their parents receive better service. The proposed patient care methods can improve screening efficiencies in child patients with HIV/AIDS.

\* Senior Professional Level Registered Nurse, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute, E-mail: pruanawang@gmail.com

\*\* Professional Level Registered Nurse, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

\*\*\* Senior Professional Level Registered Nurse, Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi

**Keywords:** development of eye screening nursing model, children with HIV, continuity of care

## บทนำ

ปัญหาโรคตาในเด็กนั้นพบได้บ่อยทั้งกลุ่มที่มีความผิดปกติของส่วนประกอบของลูกตา และโรคตาที่เป็นความเสี่ยงต่อการสูญเสียดวงตา ซึ่งอาจทำให้เด็กมองเห็นไม่ชัดเจน เช่น สายตาสั้น สายตายาว สายตาเอียง ตาส่อน<sup>1</sup> โรคที่เกิดขึ้นกับเยื่อบุตา (Conjunctiva) โรคตาที่เกี่ยวข้องกับระบบน้ำตา โรคที่เกิดขึ้นที่กระจกตา (Cornea) หรือโรคติดเชื้อไซโตเมกะโลไวรัสที่จอประสาทตา (Cytomegalovirus retinitis) ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่รุนแรง และพบได้บ่อยในเด็กติดเชื้อเอชไอวี โดยมักพบในเด็กที่มีระดับ CD4 น้อยกว่า 50 cells/mm<sup>2-3</sup> องค์การอนามัยโลกมีนโยบายช่วง 20 ปี (ค.ศ. 2000-2020) ว่า คนทั่วโลกควรจะได้รับ การดูแลสุขภาพตาอย่างเป็นระบบ ด้วยระบบการส่งเสริมและป้องกันโรคตา การป้องกันตาบอดและสายตาสีบอดใน ประเทศต่างๆ โดยจัดให้มีโครงการสนับสนุนและป้องกันตาบอดทั่วโลกหรือเรียกว่า โครงการ Vision 2020 หมายถึงคนทุกเพศทุกวัยควรได้รับการดูแลสุขภาพทางตาและรักษาให้มีการมองเห็นดีที่สุดตามสภาพจริง<sup>3</sup>

สำหรับในประเทศไทยนั้นจักษุแพทย์ไทยได้มีวิสัยทัศน์และคาดการณ์ถึงสภาวะความผิดปกติทางสายตาของเด็กไทยต่อเกณฑ์การสำรวจที่น่าจะเกิดขึ้นในแต่ละวัยไว้ สำหรับเด็กอายุ 0-15 ปี คาดการณ์ว่าในปี 2020 จะพบความผิดปกติของสายตาร้อยละ 0.55 ยังพบว่าเด็กอายุ 6 ปี พบโรคตาขี้เกียจร้อยละ 5-7 โรคตาเขร้อยละ 44 สำหรับ เด็กที่มีเชื้อเอชไอวี นั้นไม่ได้มีชีวิตที่แตกต่างจากเด็กทั่วไป หากแต่พวกเขาจะมีสุขภาพ และชีวิตที่ยุ้งยากกว่าเด็กทั่วไปเพราะต้องดูแลสุขภาพอย่างระมัดระวัง โดยเฉพาะการมีสายตาที่ผิดปกติเหมือนเด็กทั่วๆ ไป เนื่องจากธรรมชาติของมนุษย์การเรียนรู้สิ่งต่างๆ ร้อยละ 80 เกิดจากการมองเห็น<sup>4</sup> แต่ในขณะที่ยุคของยาต้านไวรัสสูตร HAART กำลังเป็นที่ยอมรับว่ามีประสิทธิภาพสูง แต่ก็ยังพบว่าเด็กที่มีเชื้อเอชไอวีกลุ่มหนึ่งประสบปัญหาของสุขภาพของสายตาเช่นเดียวกับเด็กปกติ และที่เลวร้ายที่สุดพบว่าเด็กที่มีเชื้อเอชไอวีมีอัตราการติดเชื้อไซโตเมกะโลไวรัส (Cytomegalovirus: CMV) ที่จอประสาทตา แม้จะมีอัตราไม่สูงมากแต่ผลกระทบที่ตามมาหากให้การพยาบาลคัดกรองและแก้ไขรักษาความผิดปกติที่ล่าช้า อาจเป็นผลให้เกิดการสูญเสียดวงตาอย่างถาวรได้ จากการศึกษาในประเทศอินเดีย พบว่าเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี ที่อายุน้อยกว่า 15 ปี มีร่องรอยการติดเชื้อไซโตเมกะโลไวรัส ร้อยละ 33<sup>5</sup> นอกจากนี้มีการศึกษาในประเทศไทยในเด็กเอชไอวี ที่จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าเด็กมีอัตราการติดเชื้อ ไซโตเมกะโลไวรัส ร้อยละ 13.39<sup>6</sup> การติดเชื้อไซโตเมกะโลไวรัส เข้าที่จอประสาทตาในระยะเริ่มต้นทำให้เด็กมีการมองเห็นที่ผิดปกติได้ เช่น การมองเห็นไม่ชัด มีจุดลอยเวลามองเห็น มีแสงวูบวาบ หรือมองเห็นในบางมุม หากได้รับการ

รักษาไม่ทันเวลาจะมีผลทำให้เด็กสูญเสียดวงตาอย่างถาวรภายในระยะเวลา 2-6 เดือน<sup>7</sup> และเมื่อสูญเสียดวงตาแล้วจะไม่สามารถรักษาให้หายกลับเป็นปกติได้ดั้งเดิม ทั้งนี้โรคนี้สามารถป้องกันได้โดยการรับประทานยาต้านไวรัส และการคัดกรองสายตาโดยการตรวจ visual activity และซักประวัติอาการที่ผิดปกติที่เกี่ยวข้อง ช่วยลดอัตราการติดเชื้อไซโตเมกะโลไวรัสที่จอประสาทตาได้มากกว่าร้อยละ 80<sup>7</sup>

งานผู้ช่วยนอกรูมการเวชกรรม สถาบันบาราศนราครุ ได้ให้บริการดูแลรักษาเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี อันเป็นภารกิจหลักของสถาบันฯ จากสถิติประจำปีงบประมาณ 2552 มีเด็กที่มีเชื้อเอชไอวีในความดูแลจำนวน 191 คน โดยกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจจอประสาทตาจากจักษุแพทย์ เพียงร้อยละ 25.53 การสำรวจสถิติสะสมของการสูญเสียดวงตา พบว่า สูญเสียสายตาถาวรทั้งสองข้างจำนวน 2 ราย สูญเสียดวงตาถาวรหนึ่งข้าง จำนวน 4 ราย และมีสายตาพร่ามัว จำนวน 7 ราย<sup>8</sup>

นอกจากนี้ ปัญหาสุขภาพตาในเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่เป็นเด็กที่อยู่ในวัยเรียน ซึ่งควรได้รับการวัดสายตา และการคัดกรองความผิดปกติของส่วนประกอบของลูกตา โดยส่วนใหญ่ มักพบว่ามีการมองเห็นที่ผิดปกติ เช่น การมองเห็นไม่ชัด มีจุดลอยเวลามองเห็น มีแสงวูบวาบ มองเห็นไม่ชัดหรือมองไม่เห็นในบางมุม ดังนั้น การตรวจวัดระดับสายตา (Visual acuity test) สามารถทำได้โดยการตรวจ Snellen chart รวมถึงการซักประวัติอาการที่ผิดปกติ หากผิดปกติควรส่งตรวจตาที่จักษุแพทย์เพื่อทำการประเมินจอประสาทตา จากการศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การพัฒนารูปแบบการพยาบาลคัดกรองสุขภาพดวงตาที่มีประสิทธิภาพ ควรมีการร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อการส่งต่อ ประึกษา และเชื่อมประสานการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยมีรูปแบบการวัดสายตา การคัดกรองลักษณะทางกายภาพที่ผิดปกติของลูกตา อาการเกี่ยวกับสุขภาพตา การส่งตรวจต่อกับจักษุแพทย์ การติดตามผล และการที่ได้ตรวจติดตามอย่างต่อเนื่อง หากพยาบาลคัดกรองสุขภาพตาตรวจพบปัญหาความบกพร่องของสุขภาพตา และมีการประสานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ จะช่วยให้การส่งตรวจตาต่อจักษุแพทย์และผู้เชี่ยวชาญทำได้รวดเร็วทันเวลา สามารถป้องกันการสูญเสียการมองเห็นที่จะนำไปสู่การสูญเสียดวงตาอย่างถาวร อีกทั้งเด็กที่มีปัญหาสุขภาพตาควรได้รับการตรวจตาอย่างต่อเนื่อง จึงต้องสร้างความตระหนักและประสานความร่วมมือกับ ผู้ปกครองที่มีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก ดังนั้นผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหานี้ จึงได้ร่วมมือทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้ปกครอง พัฒนารูปแบบการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตาในเด็กเอชไอวี เพื่อให้เด็กได้รับการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตา

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตาในเด็กเอชไอวี
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตาในเด็กเอชไอวี

## กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ใช้แนวทางการส่งเสริมศักยภาพในระดับ Enhancement approach ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ คือ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักจิตวิทยา นักโภชนาการ ผู้ป่วยเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี และผู้ปกครอง โดยเริ่มตั้งแต่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์เพื่อระบุปัญหา (Identify problem) คือ ระบบการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตาในเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี ยังมีความบกพร่องของการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ปกครองขาดประสบการณ์ ความรู้ ความเข้าใจถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และหาแนวทางแก้ไข คือ การสร้างรูปแบบการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตาเพื่อ让孩子ที่มีเชื้อเอชไอวีได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง 2) ร่วมกันวางแผน (Planning) กำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ขั้นตอนการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตา 3) การปฏิบัติตามแผน (Acting) คือ นำรูปแบบไปทดลองใช้ 4) สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติ (Observing & reflecting) ดูการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และ 5) ปรับปรุงแผน (Re-planning) นำข้อมูลไปปรับปรุงรูปแบบให้ดีขึ้นในวงจรต่อไป เมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัยจะได้รูปแบบการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตาที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี และผู้ปกครอง ซึ่งได้ถูกนำมาใช้ในวงรอบที่ 1 และวงรอบที่ 2 ของการพัฒนา รูปแบบการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตาในเด็กเอชไอวี

## วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation action research) ดำเนินการระหว่างเดือน ตุลาคม 2553-กันยายน 2555

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ

**กลุ่มผู้ให้บริการ** ประกอบด้วย ผู้ให้บริการในคลินิกเด็กเอชไอวี งานผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม และจักษุกรรม สถาบัน บำราศนราดรุ จำนวน 7 คน ได้แก่ กุมารแพทย์ เภสัชกร นักจิตวิทยา นักโภชนาการ อย่างละ 1 คน พยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม และจักษุกรรม อย่างละ 1 คน และพยาบาลให้การปรึกษา จำนวน 1 คน เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก และจัดสนทนากลุ่ม โดยมีเกณฑ์คุณสมบัติว่าต้องมีประสบการณ์ อย่าง

น้อย 1 ปี ยกเว้นนักโภชนาการ ต้องเป็นผู้มีประสบการณ์ในด้านงานโภชนาการ ในคลินิกเด็กเอชไอวี/เอดส์ งานผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม อย่างน้อย 6 เดือน

**กลุ่มผู้รับบริการ** ประกอบด้วย ผู้ดูแลหลักที่ดูแลเด็กเอชไอวี ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 5 คน และเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเชื้อเอชไอวี ที่อายุ  $\leq 18$  ปี ที่มารับบริการดูแลรักษาที่งานผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบัน บำราศนราดรุ อาจไม่ได้มาจากครอบครัวเดียวกัน โดยมีเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้ มีความสมบูรณ์ทางสติสัมปชัญญะ ครบสมบูรณ์มีการได้ยินตามปกติ สามารถสื่อสารเข้าใจโดยใช้ภาษาไทยได้ และผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 5 คน ขึ้นติดตามและประเมินผล กับผู้รับบริการ จำนวน 168 คน โดยใช้เกณฑ์เหมือนข้างต้น

## ขั้นตอนการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการวิจัย (Pre-research phase) ประกอบด้วย 1) เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยจำนวน 3 คนด้านการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ทักษะการสนทนากลุ่ม (Focus group interview) การสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth interview) การเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ 2) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของหน่วยงาน 3) ติดต่อประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ร่วมวิจัยและสอบถามความต้องการของการมีส่วนร่วมในการวิจัย

2. ขั้นดำเนินการวิจัย (Research phase) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้ 1) วิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของปัญหาโดยการสนทนากลุ่มกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ปกครอง เด็กติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 2 ครั้ง ผู้วิจัยใช้แนวคำถามปลายเปิด (Open-ended questions) ที่ตั้งไว้ล่วงหน้าเป็นประเด็นของการสนทนาแต่ละครั้ง แล้วนำข้อมูลที่ได้มารวบรวมเพื่อหาสาเหตุของปัญหา และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน 2) วางแผนการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตา วงรอบที่ 1 โดยการประชุมกลุ่มร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 2 ครั้ง เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละสาขาวิชาชีพ ขั้นตอนการคัดกรองสุขภาพตาผู้ป่วย กิจกรรมการดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แนวทางการประเมินผล และนำเสนอร่างแผนการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตาเด็กติดเชื้อเอชไอวีภายใต้บริบทของสถาบันบำราศนราดรุให้กับผู้ร่วมวิจัยร่วมกันพิจารณาความเป็นไปได้ ปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้มีความสมบูรณ์ จนเป็นที่ยอมรับจากทีมสหสาขาวิชาชีพ และกำหนดให้เป็นการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตา วงรอบที่ 1 3) ปฏิบัติตามแผนการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตา วงรอบที่ 1 โดยนำแผนการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตาและเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาทดลองใช้กับผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวีและผู้ปกครอง จำนวน 5 ราย ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ 4) สังเกตและสะท้อนการปฏิบัติตามแผนการพยาบาล

คัดกรองสุขภาพตา วงรอบที่ 1 โดยการสังเกตพฤติกรรมและการปฏิบัติของผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครอง และสภาพสังคมสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องแล้วบันทึกข้อมูลไว้ และทีมสหสาขาวิชาชีพที่นำแผนการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตาไปใช้บันทึกผลของการปฏิบัติแต่ละครั้ง (Self-report) เพื่อร่วมกันประเมินผลความสำเร็จว่าตรงตามวัตถุประสงค์ เป้าหมายที่วางไว้ร่วมกันหรือไม่ มีปัจจัยและกลยุทธ์ใดที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ พบปัญหาและอุปสรรคอย่างไร หรือมีกิจกรรมใดที่มีความยากลำบากต่อการนำไปใช้ พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางแก้ไขและปรับปรุงให้การดำเนินงานตามกระบวนการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น 5) ปรับปรุงแผนการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตา วงรอบที่ 2 โดยการประชุมกลุ่มร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 2 ครั้ง และประชุมกลุ่มร่วมกับผู้ปกครองและเด็กป่วย 1 ครั้ง เพื่อร่วมกันปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตาให้เหมาะสมตามปัญหา/อุปสรรคที่พบหรือตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้เกิดความสะดวกต่อการปฏิบัติงานจนเป็นที่ยอมรับในทีมสหสาขาวิชาชีพ ก่อนนำแผนการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตา วงรอบที่ 2 ไปทดลองใช้อีกครั้ง 6) ปฏิบัติตามแผนการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตาและเครื่องมือที่ปรับแล้วมาทดลองใช้กับผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 168 ราย ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ 7) สังเกตและสะท้อนการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตา วงรอบที่ 2 โดยการประชุมกลุ่มร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 2 ครั้ง เพื่อสรุปผลการนำแผนการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตา วงรอบที่ 2 ไปใช้ รวบรวมปัจจัยและกลยุทธ์ที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคที่พบ และข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขแผนการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตา

3. ขั้นตอนติดตามและประเมินผล (Monitoring and evaluating phase) ร่วมกันประเมินผลลัพธ์จากการกระบวนการพัฒนาแผนการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตา วงรอบที่ 1 และวงรอบที่ 2 แล้วกำหนดให้เป็นรูปแบบการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตาที่ส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง ของทีมสหสาขาวิชาชีพ และนำไปใช้ รวมทั้งประเมินอุบัติการณ์อาการที่ผิดปกติทางสายตาในเด็กเอชไอวี อัตราการได้รับการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตาในเด็กเอชไอวี เพื่อส่งต่อจักษุแพทย์ และอัตราเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี กลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจจักษุสุขภาพตาโดยจักษุแพทย์

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ได้แก่ คู่มือการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตา แผ่นวัดสายตาเด็กเล็ก และ Snellen chart แบบสัมผัสอักษรเชิงลึกแบบไม่มีโครงสร้าง โดยเครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาตามมาตรฐานโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านจักษุกรรมและกุมารเวชกรรม จำนวน 2 ท่าน ส่วนแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบสำหรับผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวี แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบ

สำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล หัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก และแพทย์แผนกกุมารเวชกรรม ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.95 และ 0.87 ตามลำดับ หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ เท่ากับ 0.85 และ 0.88 ตามลำดับ ประเด็นในการสนทนากลุ่มของทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ปกครอง และผู้ป่วยเด็ก การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล หัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก และแพทย์แผนกกุมารเวชกรรม ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.90

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกขั้นตอน โดยนักวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา โครงการวิจัย และขอคำยินยอมจากผู้ดูแลหลัก ผู้ร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธไม่เข้าร่วมโครงการหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา การตอบแบบสอบถาม และการเก็บข้อมูลระดับบุคคลจะเก็บไว้เป็นความลับ และใช้ในการวิจัยนี้เท่านั้น

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการเข้าถึงข้อมูลหลายวิธี ได้แก่ 1) การศึกษาปัญหาการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตาจากข้อมูลย้อนหลังระดับหัตถิยภูมิของหน่วยงาน 2) การสนทนากลุ่ม/การประชุมกลุ่มร่วมกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อแสดงความคิดเห็น อภิปราย และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตา และ 3) การสังเกตและจดบันทึกภาคสนามในการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน ในขั้นตอนการประเมินผลใช้แบบสอบถามความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

## การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการประชุม สนทนากลุ่ม สัมภาษณ์ และการสังเกต ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

## ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของปัญหา และแนวทางในการแก้ไขปัญหาการคัดกรองสุขภาพตาในเด็กเอชไอวี พบว่าขาดระบบการคัดกรองสุขภาพตาในเด็กที่มีเชื้อเอชไอวีที่ชัดเจน ในระบบการพยาบาลเมื่อเด็กมารับบริการในแต่ละครั้ง การส่งตรวจตากับจักษุแพทย์นั้นต้องผ่านการมีคำสั่งจากกุมารแพทย์ และไม่มีระบบการคัดกรองสุขภาพตา ทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะพยาบาล รวมทั้งผู้ดูแลยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพตาในเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี สถาบันบาราศนราครุ

มีจักษุแพทย์ไม่เพียงพอ มีการจำกัดจำนวนการเข้าตรวจตาของผู้ป่วยเด็กที่มีเชื้อเอชไอวีที่มีปัญหาทางสุขภาพตา จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าวและการทบทวนวรรณกรรมทำให้ผู้วิจัยหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาคัดกรองสุขภาพตาในเด็กเอชไอวี โดยพัฒนารูปแบบการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตาในเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี เพื่อส่งตรวจต่อจักษุแพทย์ สถาบันบำราศนราดูร ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบคือ 1) การคัดกรองลักษณะทางกายภาพที่ผิดปกติของลูกตา อาการเกี่ยวกับสุขภาพตา 2) รูปแบบการวัดสายตา 3) เกณฑ์การส่งต่อเพื่อตรวจตากับจักษุแพทย์ 4) การนัดตรวจต่อเนื่องกับจักษุแพทย์ 5) การติดตามผลการตรวจตาของเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การคัดกรองลักษณะทางกายภาพที่ผิดปกติของลูกตา อาการเกี่ยวกับสุขภาพตา

- จัดประชุมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในทีมสหสาขาวิชาชีพ เกี่ยวกับการจัดระบบเฝ้าระวังปัญหาด้านสายตาของเด็กเอชไอวีที่มีมาตรฐานในเชิงคลินิกเพื่อค้นหาความผิดปกติทางกายภาพของลูกตา และการมองเห็นเพื่อส่งต่อจักษุแพทย์ เช่น ตาเหล่ ตาเข

- การให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาของสุขภาพตาในเด็กเอชไอวีแก่ผู้ดูแลเพื่อให้เข้าใจผลเสียหากได้รับการแก้ไขล่าช้าเกินกว่าอายุ 7 ปี เหตุผลที่กระบวนการตรวจของจักษุแพทย์ที่ล่าช้าซึ่งส่งผลให้เกิดความเข้าใจที่ผิดของผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลตั้งใจที่จะเข้าถึงบริการตรวจตาโดยจักษุแพทย์อย่างสม่ำเสมอ

- จัดระบบการคัดกรองลักษณะทางกายภาพที่ผิดปกติของลูกตา ได้แก่ คิ้ว หนังตา ตาขาว กระຈกตา รุ่มาตา สีมาตา น้ำตา ช้ำตา ความสมดุลของขนาด การเคลื่อนไหวและลักษณะของลูกตาดำ การซักถามอาการเกี่ยวกับสุขภาพตาได้แก่ อาการเจ็บปวด คันหรือไม่ มีการมองเห็นลดลงได้แก่ การมองเห็นไม่ชัด มีจุดลอยเวลามองเห็นมีแสงวูบวาบ มองเห็นไม่ชัดหรือมองไม่เห็นในบางมุม หรือในเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 6 ปี สอบถามผู้ดูแลว่าการมองเห็นของเด็กต้องเพ่งมองมากขึ้น ต้องเดินเข้าใกล้สิ่งของจึงจะมองเห็น เดินชนสิ่งของบ่อยๆ เวลาอ่านหนังสือต้องมองตัวหนังสือชิดเกินระดับสายตา 1 ฟุต

2) รูปแบบการวัดสายตา (VA: Visual Acuity) ได้ทำการทบทวนวิธีการวัดสายตา กับบุคลากรทีมพยาบาลได้แก่พยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้โดยขอรับคำแนะนำจากจักษุแพทย์ โดยสรุปรูปแบบการวัดสายตา ดังนี้

- เด็กเอชไอวีทุกคน ทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล ให้คัดกรองสุขภาพตา และวัด VA ทุกคน

- เด็กเล็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ให้วัดสายตาด้วยป้ายวัดสายตารูปสัตว์ เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้ไม่สามารถบอกเล่าอาการผิดปกติของตนเองได้ถูกต้อง และ เด็กส่วนใหญ่ยังไม่อ่านตัวเลขไม่ได้

- เด็กอายุ  $\geq 6$  ปี ให้วัดสายตาด้วยแผ่น Snellen chart เด็กกลุ่มนี้สามารถบอกเล่าอาการผิดปกติของตนเองได้ถูกต้อง

- หลังจากคัดกรองแล้วต้องบันทึกลงในเวชระเบียนทุกครั้ง

3) เกณฑ์การส่งต่อ เพื่อตรวจกับจักษุแพทย์ โดยไม่ต้องรอคำสั่งกุมารแพทย์ ได้พัฒนาแนวทางการส่งตรวจกับจักษุแพทย์โดยปรับจากเกณฑ์มาตรฐานของ Pediatric HIVQUAL-T<sup>9</sup> ซึ่งมีข้อบ่งชี้ดังนี้

1. เด็กอายุ  $< 1$  ปี ที่มีจำนวน CD4  $< 750$  เซลล์/ลบ.มม

2. เด็กอายุ 1-2 ปี ที่มีจำนวน CD4  $< 500$  เซลล์/ลบ.มม

3. เด็กอายุ 2-6 ปี ที่มีจำนวน CD4  $< 75$  เซลล์/ลบ.มม

4. เด็กอายุ  $> 6$  ปี ที่มีจำนวน CD4  $< 50$  เซลล์/ลบ.มม

5. เด็กที่อาการมองเห็นไม่ชัด มีจุดลอยเวลามองเห็น มีแสงวูบวาบ มองเห็นไม่ชัดหรือมองไม่เห็นในบางมุม

สรุปเกณฑ์การส่งต่อ เพื่อตรวจกับจักษุแพทย์

1. เด็กรายใหม่ทุกราย

2. เด็กอายุ  $< 6$  ปี ส่งพบจักษุแพทย์ ปีละ 1 ครั้ง

3. เด็กอายุ  $\geq 6$  ปี ส่งพบจักษุแพทย์โดยใช้เกณฑ์ข้อหนึ่งข้อใดนี้

- วัด VA ผิดปกติ

- ผล CD4  $< 100$  เซลล์/ลบ.มม

- เด็กที่อาการมองเห็นภาพไม่ชัด มีจุดลอยมองเห็นมีแสงวูบวาบ มองภาพบางมุมไม่ชัดเจน

- เด็กมีอาการผิดปกติทางกายภาพของดวงตา

4) การนัดเด็กตรวจต่อเนื่องกับจักษุแพทย์ สรุปผลการดำเนินการได้ดังนี้

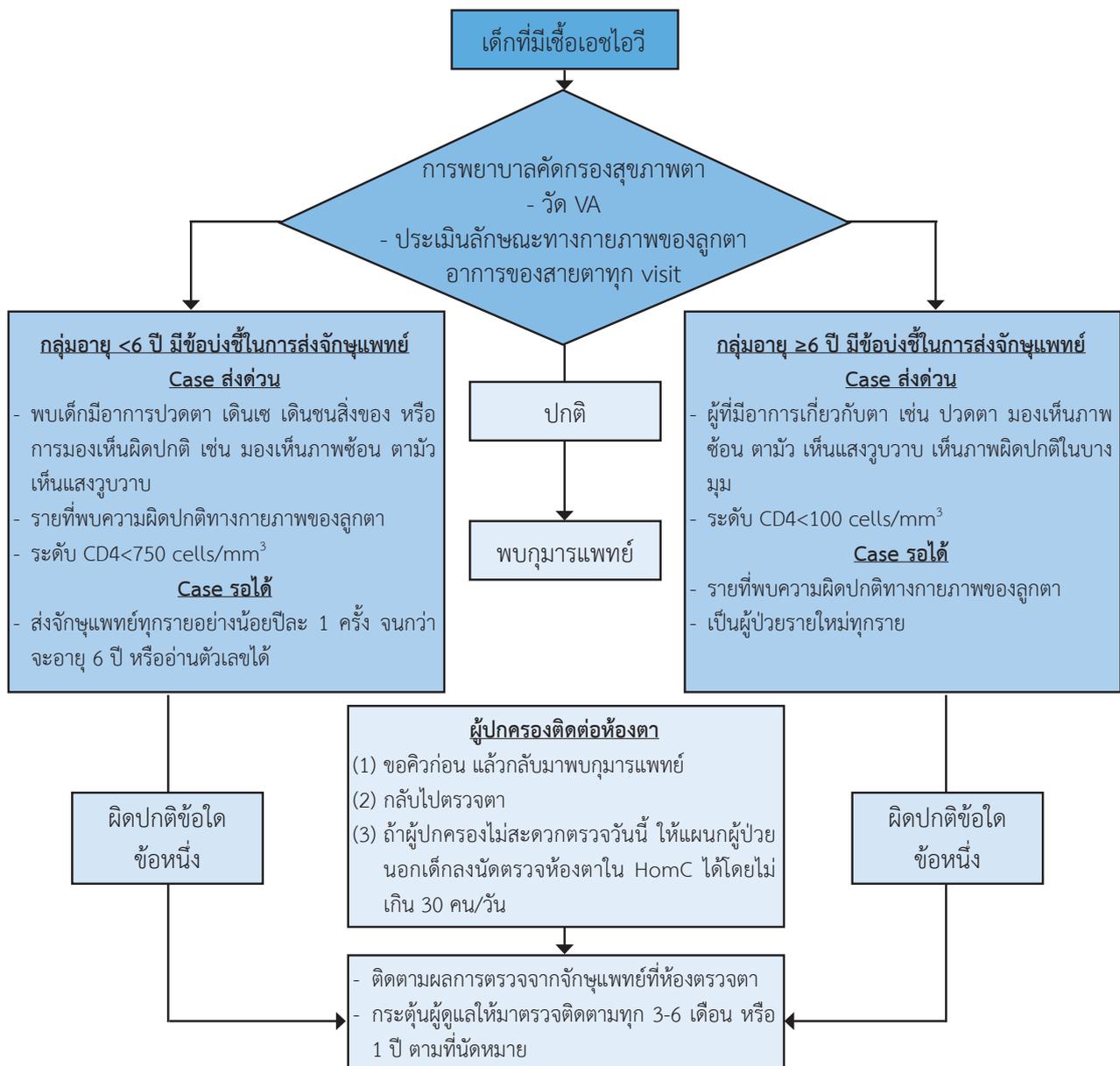
4.1 นัด Online ที่หน้างานผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม ด้วยการตรวจสอบระบบนัดของห้องตรวจตาถ้ามีผู้ป่วยไม่เกิน 30 รายต่อวัน ให้บันทึกนัดเด็กเข้าระบบงานจักษุกรรมได้เลย

4.2 เกณฑ์การนัด

- นัดตรวจปีละ 1 ครั้ง ในรายที่ผลการตรวจโดยจักษุแพทย์ปกติ

- นัดตรวจทุก 3-6 เดือนในรายที่เคยตรวจตาและมีผล CD4 น้อยกว่า  $100 \text{ cells/mm}^3$

5) การติดตามผลการตรวจตาเด็กที่มีเชื้อเอชไอวีกับจักษุแพทย์ โดยบุคลากรงานผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม ติดตามเวชระเบียนเด็กที่ส่งตรวจห้องตา นำมาบันทึกผลลงในระบบเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นคัดกรองสุขภาพตาและวัด VA เด็กทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล หากพบความผิดปกติตามเกณฑ์ดังกล่าวให้กระตุ้นเด็กและประสานส่งต่อห้องตาทันที การพัฒนารูปแบบการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตาในเด็กเอชไอวี เพื่อส่งต่อจักษุแพทย์ สถาบันบำราศนราดูร นั้นมีรูปแบบดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตา

หลังจากนั้นได้นำรูปแบบการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตา ในเด็กเอชไอวี ลงสู่การปฏิบัติที่คลินิกเฉพาะโรคเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี งานผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม วงรอบที่ 1 ถึงแม้ผลการดำเนินการตามรูปแบบฯ จะบรรลุเป้าหมายตามแผนที่วางไว้ แต่ทีมสหสาขาวิชาชีพมีข้อเสนอแนะให้มีการปรับรายละเอียดของรูปแบบฯ ในส่วนของการประเมินความต้องการ เพื่อไม่ให้เกิดความสับสนในการปฏิบัติ และเสนอให้เพิ่มข้อมูลเกี่ยวกับวันนัด เพื่อให้สามารถระบุวันนัดได้ตามต้องการ ทำการปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตาในเด็กเอชไอวีตามข้อเสนอแนะ

ในทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี นำมาใช้ในวงรอบที่ 2 กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 168 คน พบว่าส่วนใหญ่เด็กที่มีเชื้อเอชไอวี เป็นเพศชายร้อยละ 54.76 เพศหญิงร้อยละ 45.24 และเป็นกลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี ถึงร้อยละ 92.86 และในกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีอายุเป็นวัยรุ่นเป็นส่วนใหญ่และกำลังเรียนในชั้นมัธยมขึ้นไป พบว่าส่วนใหญ่เด็กร้อยละ 51.79 อาศัยอยู่กับปู่ย่าตายาย และ รองลงมาอาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 41.67 เด็กที่มีเชื้อเอชไอวี ที่มี  $CD4 < 50 \text{ Cells/mm}^3$  มีเพียงร้อยละ 10.12 รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวน และร้อยละ ของเด็กที่มีเชื้อเอชไอวีจำแนกตาม อายุ เพศ และระดับการศึกษา

	ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ)	รวมทั้งสิ้น
เพศ	ชาย	92 (54.76)	168 (100.00)
	หญิง	76 (45.24)	
อายุ (ปี)	<6 ปี	12 (7.14)	168 (100.00)
	≥6 ปี	156 (92.86)	
	= 11.31(SD=4.25), mode= 14 ปี, min= 1 ปี, max= 19 ปี		
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	3 (1.79)	168 (100.00)
	ประถม	13 (7.74)	
	มัธยมต้น	92 (47.02)	
	มัธยมปลาย	40 (23.80)	
	การศึกษานอกระบบ	11 (6.65)	
	อาชีวศึกษา	20 (11.90)	
ผู้ดูแล	ญาติสายตรง (ปู่-ย่า-ตา-ยาย)	87 (51.79)	168 (100.00)
	บิดา หรือ มารดา	70 (41.67)	
	ดูแลตนเอง	1 (0.60)	
	เจ้าหน้าที่ศูนย์	10 (5.95)	
CD4	<50 Cells/mm <sup>3</sup>	17 (10.12)	168 (100.00)
	≥50-500 Cells/mm <sup>3</sup>	38 (22.62)	
	>500 Cells/mm <sup>3</sup>	113 (67.26)	
Viral load	<50 copies/mL	106 (63.10)	168 (100.00)
	50-999 copies/mL	31 (18.45)	
	1000-1999 copies/mL	21 (12.50)	

จากกลุ่มตัวอย่าง 168 คน เด็กที่มีเชื้อเอชไอวีได้รับการคัดกรองสุขภาพตาจำนวน 130 คน แต่ได้ตรวจกับจักษุแพทย์จำนวน 82 คน ส่วนใหญ่เด็กมีปัญหาสายตาสั้นถึงร้อยละ 30.49 และตรวจพบการติดเชื้อโตเมกะโลไวรัสที่จอประสาทตา ร้อยละ 3.66 และความผิดปกติอื่นๆ คือ ตาฝ้า ร้อยละ 8.54 เยื่อบุตาอักเสบจากภูมิแพ้ร้อยละ 6.10 เยื่อบุตาอักเสบเฉียบพลันร้อยละ 4.88 Optic atrophy ร้อยละ 2.44 สูญเสียดวงตาทั้งสองข้างร้อยละ 1.22 สูญเสียดวงตาหนึ่งข้างร้อยละ 4.88

จากการพัฒนารูปแบบคัดกรองสุขภาพตาเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี ในระยะที่ 1 อัตราการครอบคลุมของเด็กที่มีเชื้อเอชไอวีในการให้กรพยาบาลคัดกรองสุขภาพตา เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา ร้อยละ 24.49 เพิ่มขึ้นในระยะที่ 1 เป็นร้อยละ 78.95 และในระยะที่ 2 เป็นร้อยละ 98.81 และอัตราการครอบคลุมของเด็กที่มีเชื้อเอชไอวีในการได้รับการตรวจตาจักษุแพทย์เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนามี ร้อยละ 24.49 เพิ่มขึ้นในระยะที่ 1 เป็นร้อยละ 42.56 และในระยะที่ 2 เป็นร้อยละ 63.08 รายละเอียดดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบผลลัพธ์ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตาเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี

อายุ (ปี)	จำนวน CD4 (cells/ml)	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ร้อยละ (จำนวนรายที่พยาบาลคัดกรองสุขภาพตา/จำนวนเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี)			ร้อยละ (จำนวนรายที่ตรวจตากับจักษุแพทย์/จำนวนเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี)		
			ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา
			ปี 2553	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2553	ปี 2554	ปี 2555
<1 ปี	CD4<750	100	0 (0/1)	0 (0/1)	100 (1/1)	0 (0/1)	0 (0/1)	100 (1/1)
	CD4>750	100	-	-	100 (1/1)	-	-	0 (0/1)

อายุ (ปี)	จำนวน CD4 (cells/ml)	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ร้อยละ (จำนวนรายที่พยาบาลคัดกรองสุขภาพตา/จำนวนเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี)			ร้อยละ (จำนวนรายที่ตรวจตากับจักษุแพทย์/จำนวนเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี)		
			ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา
			ปี 2553	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2553	ปี 2554	ปี 2555
1 ปี	CD4<500	100	0 (0/2)	0 (0/0)	0 (0/0)	0 (0/2)	50.00(1/2)	0 (0/0)
	CD4>500	100	-	100.00 (3/3)	100.00 (3/3)	-	-	100.00 (3/3)
2-5 ปี	CD4 <75	100	0 (0/6)	50.00 (1/2)	100.00 (2/2)	0 (0/6)	50.00(3/6)	100.00 (2/2)
	CD4 >75	100	-	80.00 (4/5)	100.00 (5/5)	-	-	60.00 (3/5)
รวมเฉลี่ยเด็กเล็กอายุ<6 ปี			0 (0/9)	72.73 (8/11)	100.00 (12/12)	0 (0/9)	44.44 (4/9)	75.00 (9/12)
≥6 ปี	CD4 <50	100	50(5/10)	70.00 (7/10)		50.00 (5/10)	70.00 (7/10)	88.24 (15/17)
	CD4 >50	90	23.33 (7/30)	80.00 (120/150)		23.33 (7/30)	33.33 (10/30)	57.43 (58/101)
อัตราการครอบคลุมเด็กที่ได้รับการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตา		100	24.49 (12/49)	78.95 (135/171)	98.81 (166/168)			
อัตราการครอบคลุมเด็กที่ได้รับการตรวจกับจักษุแพทย์		90				24.49 (12/49)	42.56 (21/49)	63.08 (82/130)

2. การประเมินผลหลังการใช้รูปแบบ โดยประเมินผลจากพฤติกรรมบริการของผู้ให้บริการโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และสนทนากลุ่มที่มสทสาขาศาสาชีวชาติ และการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการโดยการทำสนทนากลุ่ม มีรายละเอียดดังนี้

**2.1 ผู้ให้บริการ** สามารถให้บริการอย่างเป็นระบบและอำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการ โดยใช้รูปแบบการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตาในเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี เพื่อส่งตรวจต่อกับจักษุแพทย์ สถาบันบําราศนราดูรได้ และจากการประเมินผลความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความพึงพอใจในระดับดีมาก ( $\bar{X} = 4.09$ ,  $SD = 0.89$ ) เพราะมีขั้นตอนชัดเจนทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม

**2.2 ผู้รับบริการ** ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลและเด็กต่อรูปแบบการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตา พบว่าในกลุ่มผู้ดูแลให้ข้อมูลสรุปได้ว่า ได้ความมีอัธยาศัยไมตรีที่ดี ผู้ให้บริการให้ความรู้และคำแนะนำขั้นตอนต่างๆ ผู้ใช้บริการพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับ การประสานงานของผู้ให้บริการมีความคล่องตัวดี คุณภาพบริการดีตามมาตรฐาน และค่าใช้จ่ายมีความเหมาะสม ดังคำบอกเล่า ดังนี้

“คุณพยาบาลที่ห้องตรวจตาบอกให้รอ หนูกังวลว่าลูกจะกลับมาตรวจห้องเด็กไม่ทันแต่พอบพบที่พยาบาลที่ห้องตรวจตาอธิบายจึงรู้ว่ามันมีประโยชน์ พี่พยาบาลยิ้มและอธิบายดีทั้งๆ ที่งานยุ่งมาก คุณหมออารมณดีแม้ว่าจะมีผู้ป่วยนั่งรอเป็นจำนวนมาก”

ผู้ดูแล (1/5)

“เจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจเด็กได้แนะนำให้พาลูกไปตรวจตาเพราะว่าจำเป็นสำหรับเด็กเพื่อให้การช่วยเหลือหากพบความผิดปกติ และถ้าพบความผิดปกติล่าช้าเกินไปอาจทำให้ลูกสูญเสียดวงตาแบบถาวรได้ หนูเองก็เข้าใจดีเพราะหนูสูญเสียตาไปแล้ว 1 ข้าง ซึ่งขณะนี้หนูเองต้องตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง”

คุณแม่เด็กที่สูญเสียดวงตา 1 ข้าง (2/5)

“ดีค่ะเขาอธิบายเข้าใจ โดยเฉพาะผลการตรวจวันนี้ หลานสาวสายตาสั้น เวลาอ่านหนังสือก็มจนขีดหนังสือบอกว่าอ่านไม่ชัด เราก็รู้สึกกังวลว่าเด็กตาจะบอดแต่จริงๆ แล้วแค่เพียงสายตาสั้น ตอนนี้นสบายใจแล้ว และจะตรวจ”

ผู้ดูแล 3/5

“เพิ่งเข้าใจวันนี้เองว่าการตรวจตา ตรวจได้เลยไม่ต้องรอให้มีอาการและคนที่มีความเสี่ยงมีด้วยกันหลายๆ ประเภท และโดยเฉพาะเราและลูกก็เป็นกลุ่มเสี่ยงเสียด้วยนะ”

ผู้ดูแล 4/5

“ความสะดวกที่ได้รับคิดว่าดีนะมีบัตรนัดตรวจไม่ต้องยื่นเอาคิวที่ห้องบัตร ไม่ต้องผ่านคัดกรองมารอคิวที่ห้องตานี้เลย แต่ก็บางคนนะ อาจจะบ่นนะว่ารอนานเพราะเขามาสาย บางวันคนมาตรวจมาก แต่เรานะโชคดีเราไม่นัด ถ้าเราไม่สะดวกในวันนัดพยาบาลเขาก็ให้โทรศัพท์เลื่อนได้ โทรมาบายๆ หน่อยจะได้มีคนรับ เพราะเข้าๆ เขามีงานมาก”

ผู้ดูแล 5/5

สรุปผลความพึงพอใจของกลุ่มเด็ก ได้ข้อสรุปว่า ความมีสัมพันธภาพและอัธยาศัยไมตรีที่ดี พึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้อ่าน และคุณภาพบริการดีตามมาตรฐาน จากคำบอกเล่า ดังนี้

“มาตรวจทุกครั้งป้าพยาบาลให้อ่านตัวเลขทุกครั้ง รู้สึกไม่เข้าใจ แต่ป้าไม่ดุ ชอบคุยด้วย เลยไม่กลัว มาคุยวันนี้จึงรู้ว่าจำเป็นต้องอ่านตัวเลขเพื่อดูว่าตาปกติไหม แต่พอมาท้องตาไม่กล้าถามอะไร เพราะไม่รู้จึกใคร แต่ก็ตรวจจนเสร็จ แม้ว่าจะรอนาน แต่ก็ตรวจตาแค่นี้แหละ” เด็ก (1/5)

“หนูมีตาข้างหนึ่งที่ยังมองไม่ชัด ตามันพร่ามัวๆ หนูมาตรวจตามนัดทุกปี แรกๆ ไม่เข้าใจแต่เมื่อเขาอธิบายก็เข้าใจ ว่าต้องรอช้าหนูเลยขอเลือกวันตรวจอีกวันที่ไม่ตรงกับห้องเด็ก”

เด็ก 3/5

“สะดวกดีครับ ผมมีบัตรนัดตรวจ แต่ผมติดเรียนเขาให้โทรมาเลื่อนได้”

เด็ก 5/5

“ผมเชื่อว่าระบบนี้เป็นมาตรฐานที่ดีนะ ระบบนี้ควรทำต่อไปครับแต่อาจต้องพัฒนาเพิ่มเติมอยากให้ตรวจตอนบ่ายได้ เพราะอยากไปเรียนก่อน”

เด็ก 1/5

## อภิปรายผล

จากการพัฒนารูปแบบการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตาในเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี เพื่อส่งต่อจักษุแพทย์ ในสถาบันบาราศนราครุ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ทำให้ได้แนวทางที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน มีรูปแบบเร่งด่วนในรายที่มีข้อบ่งชี้ที่รุนแรง มีการประสานความร่วมมือที่ดีของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยนำศักยภาพความรู้ความสามารถเฉพาะทางที่ต่างกันของแต่ละวิชาชีพออกมาใช้ มีการพัฒนาอุปกรณ์ช่วยให้การพยาบาลคัดกรองได้ง่ายขึ้นและเร็วขึ้นรวมทั้งมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังมีการพัฒนาสมรรถนะให้ทีมบุคลากรพยาบาลให้มีศักยภาพการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตาที่สูงขึ้น มีการบริหารจัดการที่พร้อมในการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตาในเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี ทำให้ผลลัพธ์ของการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตาให้แก่เด็กที่มีเชื้อเอชไอวีมีอัตราการครอบคลุมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.49 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 98.81 และอัตราการครอบคลุมของเด็กที่มีเชื้อเอชไอวีในการได้รับการตรวจจากจักษุแพทย์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.49 เป็นร้อยละ 63.08 ถึงแม้ว่าผลลัพธ์ยังไม่ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ แต่ก็เป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาต่อไป

รูปแบบนี้ทำให้ผู้รับบริการเข้าใจในเรื่องโรคที่เป็นอยู่มากขึ้น เกิดประโยชน์ที่ได้รับจากการตรวจคัดกรอง และการได้รับการบริการตามกำหนดนัดหมาย ทั้งนี้เพราะสามารถเลือกบริการตามความสะดวก ไม่ต้องรอนาน และสามารถเลือกกำหนดนัดหมายตามที่ต้องการ รูปแบบที่มีเป้าหมาย มีการวางระบบบริการที่ ชัดเจน สามารถทำให้ผู้รับบริการเกิดความปลอดภัย สนับสนุนส่งเสริมให้เกิดประสิทธิภาพต่อการดูแล

ตนเอง และเกิดการดูแลตนเองอย่างมีเป้าหมายเพื่อเกิดการคงไว้ซึ่งสุขภาพตามที่ตนเองต้องการ<sup>10</sup>

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล ก็พบการสังเกตแบบมีส่วนร่วมได้ข้อมูลสรุปว่าผู้ดูแลเด็กมีความรู้ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดี มีความมุ่งมั่นที่จะหาแนวทางเพื่อแก้ปัญหาด้วยตนเอง เพื่อให้เด็กในความดูแลได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพตา และตรวจกับจักษุแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ยังมีการดำเนินการแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผลการตรวจคัดกรองทำได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของสิทธิศาสตร์ ทรัพยากรสุขภาพ และคณะทำงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง<sup>11</sup> ได้พัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตาในผู้ป่วยเบาหวานอำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย พบว่าการใช้กระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge management) ร่วมกับการเรียนรู้จากการปฏิบัติงาน (On the job training) กับพยาบาลเวชปฏิบัติและบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ และมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยการแบ่งปันองค์ความรู้จากการปฏิบัติจริงและการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ทำให้การพัฒนากระบวนการตรวจคัดกรองมีความครอบคลุมเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 10.47 การส่งต่อ เน้นการประเมินได้อย่างรวดเร็ว (Early detection) และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย เพื่อลดอัตราการเกิดปัญหาทางตา ดังนั้น การตรวจคัดกรองที่มีการดำเนินการอย่างมีระบบ จะช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการตรวจคัดกรองที่ดี ประหยัดค่าใช้จ่ายลงได้

นอกจากนี้ยังพบว่าการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล จะช่วยลดอัตราการสูญเสีย เกิดความปลอดภัยในผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น<sup>4,12</sup> การพัฒนารูปแบบการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตาในเด็กเอชไอวีที่ส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิดมาตรฐานในเชิงคลินิก ทำให้ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพเกิดความเชื่อมั่น ส่งผลทำให้ผู้รับบริการได้รับการตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งพบว่าหากมีรูปแบบการพยาบาล/แนวปฏิบัติทางคลินิกจากทีมสหสาขาวิชาชีพ และนำไปใช้อย่างเป็นระบบ จะช่วยให้ผู้รับบริการได้เรียนรู้และเกิดผลลัพธ์ที่ดี<sup>13</sup> และการมีแนวทางในการทำงานสำหรับพยาบาล ไม่ว่าจะในรูปแบบการพยาบาลต่างๆ หรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานไม่เกิดความสับสนในบทบาทของตนเอง จะส่งผลต่อการบริการที่ดี โดยเฉพาะในการดูแลเด็กที่มีการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์นั้น ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กจะเผชิญกับการติดตามตลอดระยะเวลาของการที่ดูแลเด็ก ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความเครียดและการรู้สึกถึงความสูญเสียได้ง่าย<sup>14</sup> การพัฒนารูปแบบการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตาในเด็กเอชไอวี จะช่วยให้ทั้งผู้ดูแลและเด็กได้รับการบริการที่สะดวก เข้าถึงการบริการที่ดี และลดการสูญเสียสายตาลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องมีสมรรถนะสำคัญในด้านต่างๆ ทั้งความรู้ ความเข้าใจ

และใส่ใจ มีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย ความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ การดูแลระยะสุดท้าย ความรู้ทางกฎหมาย และจริยธรรม<sup>15</sup>

จากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้พบว่าสามารถสร้างความตระหนักให้เห็นถึงปัญหาและสาเหตุของการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตาาร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งผู้ดูแลและเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

## ข้อเสนอแนะ

**ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย** รูปแบบการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตาในเด็กเอชไอวีที่ส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องที่เกิดขึ้นช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลคัดกรองสุขภาพตาแก่เด็กเอชไอวี/เอดส์ในสถาบันฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งความต่อเนื่องและยั่งยืน สำหรับรูปแบบนี้ ควรมีการปรับปรุงและพัฒนาเครื่องมือวัดสายตาสำหรับเด็กเล็กที่มีอายุน้อยกว่า 6 ปี ให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้การคัดกรองเบื้องต้นทำได้รวดเร็วมากขึ้น

**ข้อเสนอแนะในการศึกษาต่อไป** ควรมีการพัฒนาต่อเนื่องในเด็กที่มีเชื้อเอชไอวี และเด็กป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ โดยมีการพัฒนาเครือข่ายกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่มีเชื้อเอชไอวีในการให้การพยาบาลคัดกรองสุขภาพตาเพื่อส่งต่อจักษุแพทย์ และควรมีการพัฒนาการรูปแบบการฟื้นฟูในเด็กที่มีเชื้อเอชไอวีที่มีปัญหาสุขภาพดวงตา

## เอกสารอ้างอิง

1. ปราณี ฑูโพราะ. คู่มือโรค. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: NP Press Limited Partnership; 2554.
2. ประพันธ์ ภาณุภาค, มนูญ ลิเชวงวงศ์, ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ, วสันต์ จันทราทิตย์, วิชัย เตชะสาธิต, อัจฉรา ธีรรัตน์กุล, และคณะ. แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2553.
3. WHO. WHO monitoring committee for the elimination of avoidable blindness. Vision 2020 - The right to sight: The global initiative for the elimination of avoidable blindness. Report of the first meeting, Geneva 17-18 January. International Agency for the Prevention of Blindness; 2006.

4. ศุภา คงแสงไชย, พยอม วงศ์สารศรี. การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังปัญหาสายตาของนักเรียนในสถานศึกษาชั้นพื้นฐานที่มีมาตรฐานในเชิงคลินิก. วารสารวิชาการบัณฑิตวิทยาลัยสวนดุสิต. 2553;6(2):311-24.
5. Biswas J, Kumar AA, George AE, Madhavan HN, Kumarasamy N, Mothi SN, et al. Ocular and systemic lesions in children with HIV. The Indian Journal of Pediatrics. 2000;67(10):721-4.
6. Chen J, Ausayakhun S, Tangmonkongvoragul C, Ausayakhun S, Jirawison C, Margolis TP, et al. Incidence of cytomegalovirus retinitis in patients with human immunodeficiency virus following negative initial screening examination results. Archives of ophthalmology. 2012;130(4):527-9.
7. Segre L. CMV retinitis and AIDS [Internet]. 2011 [cited 2013 July 21]; Available from: [http://www.allaboutvision.com/conditions/cmv\\_retinitis\\_aids.html](http://www.allaboutvision.com/conditions/cmv_retinitis_aids.html).
8. สถาบันบาราศนราดรุร. สถิติงานผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบาราศนราดรุร. ประจำปีงบประมาณ 2552. สถาบันบาราศนราดรุร. 2553.
9. รายงานผลการวัดคุณภาพบริการ การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. โครงการพัฒนาคุณภาพบริการ การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผู้ใหญ่และเด็กในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2014 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 19 กันยายน 2557]; Available from: <http://www.cqihiv.com/Index.aspx>.
10. NHS Diabetes Information Reader Box. Commissioning for Diabetes and Eye Services: Supporting, Improving, Caring [Internet]. 2011. [cited 2013 April 21]; Available from: [www.diabetes.nhs.uk](http://www.diabetes.nhs.uk).
11. สิทธิศักดิ์ ทรัพย์ศิริโสภา, ทองเลื่อน งามอาจ อัญชลี วัฒนันติ. การพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตาในผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 29 กันยายน 2556]; เข้าถึงได้จาก: [http://www.udo.moph.go.th/work\\_staff/r2r/index.php?aa=7](http://www.udo.moph.go.th/work_staff/r2r/index.php?aa=7)

12. วิสารักร มดทอง, พรรณนิภา รักพาณิชย์, อรุษา อ่ำไพพิศ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย. ห้องตรวจอายุรกรรมงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์. ใน: นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ และคณะ, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556 สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เรื่อง การพยาบาลที่เป็นเลิศ: ฤกษ์แจ่มสุขุมชน สุขภาพในยุคเศรษฐกิจอาเซียน; 2-3 สิงหาคม 2556. อุบลราชธานี: ม.ป.ท.; ม.ป.ป. หน้า 11-9.
13. ธีรนุช ยินดีสุข, วริยา วชิราวัฒน์, ภาวนา กิริติยวงศ์. แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. วารสารสภาการพยาบาล. 2554;26(4):70-81.
14. Thampanichawat W. Maintaining love and hope: caregiving for Thai children with HIV infection. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care.* 2008;19(3):200-10.
15. Relf MV, Mekwa J, Chasokela C, Nhlengethwa W, Letsie E, Mtengezo J, et al. Essential nursing competencies related to HIV and AIDS. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care.* 2011;22(15):e5-e40.

