

JIAPP

วารสารการประเมินผลกระทบและนโยบายสาธารณะ

Impact Assess Public Policy

ISSN XXXX-XXXX (Online)

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569

VOL.1 NO.1 January - April 2026

วารสารการประเมินผลกระทบและนโยบายสาธารณะ

Journal of Impact Assessment and Public Policy

บทบรรณาธิการวารสารฉบับที่ 1

จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย

การประเมินผลกระทบมิได้มีเป้าหมายเพียงเพื่อวัดผลสำเร็จของการดำเนินงาน แต่ควรนำไปสู่ความเข้าใจถึงสาเหตุ เงื่อนไข และแนวทางการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม บทความวิจัยทั้ง 5 เรื่องใน วารสารการประเมินผลกระทบและนโยบายสาธารณะ (Journal of Impact Assessment and Public Policy) ฉบับนี้ ครอบคลุมประเด็นด้านสิ่งแวดล้อม โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โภชนาการ ระบบบริการสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรค แม้มีบริบทการศึกษาที่แตกต่างกัน แต่ล้วนสะท้อนบทบาทของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาการดำเนินงานและสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. การวัดผลสู่การเรียนรู้เพื่อพัฒนาการจัดการสิ่งแวดล้อม บทความเรื่อง CWIE Green Lunch แสดงให้เห็นการใช้ข้อมูลจากการดำเนินงานจริงเพื่อประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม โดยปริมาณขยะจากบรรจุภัณฑ์อาหารกลางวันลดลงจาก 36 กิโลกรัมในปี 2566 เหลือ 15 และ 3 กิโลกรัมในปี 2567 และ 2568 ตามลำดับ ขณะที่การปล่อยก๊าซเรือนกระจกลดลงจาก 116.83 เป็น 33.89 และ 3.60 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า (CO_2e) ตามลำดับ ผลการศึกษาสะท้อนว่าการปรับระบบจัดการภายในองค์กรสามารถช่วยลดผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมได้อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งยังนำไปสู่คำถามเกี่ยวกับปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จ ความต่อเนื่อง และการขยายผลในระยะยาว

2. จากการเข้าถึงบริการสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพ การศึกษาผลกระทบทางสุขภาพของโครงการลดหวานในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะเพชร จังหวัดนครศรีธรรมราช สะท้อนว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพไม่ได้รับประกันว่าจะเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพตามเป้าหมาย แม้ผู้ป่วยเบาหวานจะได้รับบริการและการติดตามอย่างครอบคลุม แต่ร้อยละ 90.15 ยังคงมีระดับ HbA1c สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน โดยพบประเด็นปัญหาด้านความรู้ การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นความจำเป็นในการประเมินความเชื่อมโยงระหว่างการจัดบริการ พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยแวดล้อม โดยใช้กระบวนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA) เพื่อสนับสนุนการพัฒนามาตรการที่สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของชุมชน

3. ปัญหาเฉพาะเรื่องสู่การพัฒนานโยบายอย่างเป็นระบบ การศึกษาการพัฒนาระบบการจัดการอาหารกลางวันอย่างยั่งยืนในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม อำเภอมายอ จังหวัดปัตตานี แสดงให้เห็นว่าปัญหาโภชนาการเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ทั้งการบริหารจัดการของโรงเรียน ศักยภาพบุคลากร ความมั่นคงทางอาหารของครัวเรือน ระบบการผลิต และบริบททางสังคมวัฒนธรรม การใช้กระบวนการ HIA ช่วยเชื่อมโยงข้อมูลกับการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง จนนำไปสู่การพัฒนาแผนงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ความมั่นคงทางอาหาร และการพัฒนาเศรษฐกิจฐานรากผ่านเกษตรกรรมที่ยั่งยืนและผลิตภัณฑ์ฮาลาล การศึกษานี้จึงสะท้อนบทบาทของการประเมินในการสร้างความเข้าใจร่วมและพัฒนาทางเลือกเชิงนโยบายที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

4. การประเมินผลสู่การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ บทความเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง แสดงให้เห็นการนำข้อมูลมาใช้ปรับปรุงระบบบริการผ่านการจำแนกความเสี่ยง การติดตามเชิงรุก การให้คำปรึกษา การดูแลรายบุคคล และการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ภายหลังนำรูปแบบไปใช้เป็นเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสภายใน 7 วันของวันนัดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 88.71 เป็น 96.77 อัตราการขาดนัดลดลงจากร้อยละ 14.52 เหลือ 4.84 และผู้ป่วยร้อยละ 99.19 ยังคงอยู่ในระบบการรักษา ผลการศึกษาสะท้อนแนวทางการใช้หลักฐานเพื่อพัฒนาระบบบริการให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย ขณะเดียวกัน ข้อจำกัดด้านระยะเวลาศึกษาและการไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบยังเป็นประเด็นที่ควรพิจารณาในการตีความผลและการนำรูปแบบไปขยายผล

5. การให้ความรู้สู่การสร้างเงื่อนไขในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม บทความเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู ศึกษาประชาชนจำนวน 370 คนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบ พบว่าการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้อุปสรรค เป็นปัจจัยร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยแบบจำลองสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมได้ร้อยละ 40.30 ข้อค้นพบนี้สะท้อนว่าการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพควรมุ่งให้ประชาชนเห็นประโยชน์ มีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติ และได้รับการสนับสนุนเพื่อลดอุปสรรค มากกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางพัฒนามาตรการป้องกันโรคให้เหมาะสมกับประชาชนในพื้นที่

จากหลักฐานสู่การเปลี่ยนแปลง

เมื่อพิจารณาบทความทั้ง 5 เรื่องร่วมกัน จะเห็นว่าการประเมินผลกระทบมีบทบาทตั้งแต่การวัดผลลัพธ์ การทำความเข้าใจปัจจัยและเงื่อนไขของปัญหา ไปจนถึงการนำหลักฐานมาใช้พัฒนาระบบบริการและออกแบบมาตรการเชิงนโยบาย กองบรรณาธิการจึงเห็นว่าการประเมินผลกระทบควรให้ความสำคัญทั้งผลลัพธ์ บริบท กลไกการเปลี่ยนแปลง และการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้ข้อค้นพบสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม บทความวิจัยในฉบับนี้จึงชวนให้ผู้อ่านก้าวพ้นคำถามว่า “การดำเนินงานเกิดผลอย่างไร” ไปสู่คำถามว่า “จะนำผลการประเมินไปใช้สร้างการเปลี่ยนแปลงได้อย่างไร” ซึ่งเป็นหัวใจของการพัฒนางานประเมินผลกระทบจากการมุ่งวัดผลสำเร็จ สู่การใช้หลักฐานเพื่อขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน

กองบรรณาธิการ
วารสารการประเมินผลกระทบและนโยบายสาธารณะ

ปรึกษา

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิวัติ แก้วประดับ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ศาสตราจารย์ ดร.นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์	คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. ศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
4. ศาสตราจารย์ พญ.สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์	คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
7. ศาตราจารย์ (พิเศษ) นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร	นักวิชาการอิสระ
8. อาจารย์ ดร.เพ็ญ สุขมาก	สถาบันนโยบายสาธารณะมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

กองบรรณาธิการ

บรรณาธิการ

ดร.ซอฟียะห์ นิมะ	สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

กองบรรณาธิการ

1. ศาสตราจารย์ ดร.จุฑารัตน์ สถิรปัญญา	คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. รองศาสตราจารย์ ดร.กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. รองศาสตราจารย์ ดร.อังคนา เธียรมนตรี	คณะทันตแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
4. รองศาสตราจารย์ ดร.สิริมา มงคลสัมฤทธิ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
5. รองศาสตราจารย์ ดร.ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์	คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ
6. รองศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช	คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ
7. รองศาสตราจารย์ ดร.พัชนา ใจดี	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
8. รองศาสตราจารย์ ดร.วรพล ยะมะกะ	คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
9. รองศาสตราจารย์ ดร.เชษฐา งามจรัส	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
10. รองศาสตราจารย์ ดร.อรชส นภสินธุวงศ์	คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
11. รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยวัฒน์ เกตุวงศา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร	คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
13. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุมพล อังคณานนท์	ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้
14. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรวยพร ศรีศศลักษณ์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
15. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมาน ธีระรัตนสุนทร	สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
16. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัชชิมา บาเกาะ	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา

17. ดร.นพ.กนก อุตวิชัย	โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
18. อาจารย์ ดร.ประวิช ขุนนิคม	คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
19. อาจารย์ ดร.วิสาข์ สุพรรณไพบูลย์	คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
20. อาจารย์จักรินทร์ ปริมานนท์	คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

กองจัดการ

1. นางสาวสุทธิษาพรรณ ปาเกสาแม	สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. นางสาวเยาวลักษณ์ ศรีสุกใส	สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. นายญัตติพงศ์ แก้วทอง	สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เรื่อง	รหัสบทความ
CWIE Green Lunch: การประเมินผลการจัดการบรรจุภัณฑ์อาหารกลางวันเพื่อลดผลกระทบ ต่อสิ่งแวดล้อม *CWIE Green Lunch: An Evaluation of Lunch Packaging Management to Reduce Environmental Impacts* พีรยา จินดามณี, กรรณิการ์ ธรรมบำรุง, ศิลปพร จันทร์เกิด, สิริน จันทผลึก, ดวงพร วงษ์สวัสดิ์ และตุลย์ ศิริกิจพุทธิศักดิ์	e3124
การประยุกต์ใช้การประเมินผลกระทบทางสุขภาพเพื่อพัฒนาระบบการจัดการอาหารกลางวันอย่างยั่งยืนของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม ในพื้นที่อำเภอมายอ จังหวัดปัตตานี *Application of Health Impact Assessment for Sustainable School Lunch Management Systems in Islamic Private Schools: A Case Study of Mayo District, Pattani Province* มัสกะห์ นาแว และเพ็ญ สุขมาก	e3130
ผลกระทบทางสุขภาพชุมชนลดหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะเพชร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช *Health Impact Assessment Community of Diabetes Prevention in Koh Phet Health Promoting Hospital, Hua Sai, Nakhon Si Thammarat* ภัททิยา ลายทิพย์ และเพ็ญ สุขมาก	e3127
การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง *The Development of an Integrated Care Model for People Living with HIV at Wang Wiset Hospital, Trang Province* จันทิมา มุสิกวงศ์	e3600
อิทธิพลของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบ อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช *The Influence of the Health Belief Model on Leptospirosis Preventive Behaviors among Residents in the Service Area of Ban Nop Sub-district Health Promoting Hospital, Nopphitam District, Nakhon Si Thammarat Province* ธนันธร เพชรเชนทร์	e3715

JIAPP
Impact Assess Public Policy

Research Article

CWIE Green Lunch: การประเมินผลการจัดการบรรจุภัณฑ์อาหารกลางวันเพื่อลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม

CWIE Green Lunch: An Evaluation of Lunch Packaging Management to Reduce Environmental Impacts

พีรยา จินดามณี[1*], กรรณิการ์ ธรรมบำรุง[1], ศิลปพร จันทร์เกิด[1], สิริน จันทผลึก[1], ดวงพร วงษ์สวัสดิ์[2], ตุลย์ ศิริกิจพุทธิศักดิ์[3]
Peeraya Jindamanee[1*], Kannikar Thumbumroung[1], Sinlapaphon Chankerd[1], Sirin Jantapaluk[1], Duangporn Wongsawas[2], Tule Sirikitputtisak[3]

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการจัดการบรรจุภัณฑ์อาหารกลางวันเพื่อลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ภายใต้โครงการเตรียมความพร้อมนักศึกษาสหกิจศึกษาและการศึกษาเชิงบูรณาการกับการทำงาน (CWIE) ในช่วงปีการศึกษา 2566–2568 โดยพิจารณาการลดปริมาณขยะจากบรรจุภัณฑ์อาหาร การลดการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า และความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง การศึกษาใช้แนวทางเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนักศึกษาและผู้แทนสถานประกอบการ ซึ่งเก็บข้อมูลความพึงพอใจด้วยแบบสอบถามมาตราส่วน Likert 5 ระดับ รวมทั้งข้อมูลกิจกรรมการจัดอาหารกลางวันเพื่อนำมาคำนวณปริมาณขยะและการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์การปล่อยก๊าซเรือนกระจก ผลการศึกษาพบว่า ปริมาณขยะจากบรรจุภัณฑ์อาหารลดลงต่อเนื่องจาก 36 กิโลกรัม ในปีการศึกษา 2566 เหลือ 15 และ 3 กิโลกรัมในปีการศึกษา 2567 และ 2568 ส่งผลให้การปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าลดลงจาก 116.83 เหลือ 33.89 และ 3.60 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า ตามลำดับ ระดับความพึงพอใจของนักศึกษาอยู่ในระดับมาก (μ = 4.39) และผู้แทนสถานประกอบการอยู่ในระดับมากที่สุด (μ = 4.70) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการจัดการอาหารกลางวันที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมภายใต้โครงการ CWIE มีประสิทธิผลและสนับสนุนการพัฒนาอย่างยั่งยืน ทั้งนี้ การปลูกต้นไม้สามารถใช้เป็นทางเลือกเพิ่มเติมในการชดเชยการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่ยังหลงเหลือควบคู่กับการลดการปล่อยจากแหล่งกำเนิดโดยตรง

คำสำคัญ : การลดปริมาณขยะบรรจุภัณฑ์, การปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า, ความพึงพอใจ

[1] งานสนับสนุนวิชาการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตสุราษฎร์ธานี อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000
[2] สำนักงานวิทยาเขต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตสุราษฎร์ธานี อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000
[3] คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตสุราษฎร์ธานี อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000
[1] Academic Support Section Prince of Songkla University, Surat Thani Campus, Mueang District, Surat Thani 84000
[2] Campus Office Prince of Songkla University, Surat Thani Campus, Mueang District, Surat Thani 84000
[3] Faculty of Science and Industrial Technology Prince of Songkla University, Surat Thani Campus, Mueang District, Surat Thani 84000

*Corresponding Author: Email: peeraya.j@psu.ac.th; Tel: 0887914946
Received: Mar 24, 2026; Revised: Mar 31, 2026; Accepted: Apr 11, 2026

Abstract

This study aims to evaluate the environmental performance of lunch food packaging management under the Cooperative and Work-Integrated Education (CWIE) preparatory program during the academic years 2023-2025. The assessment focused on reductions in food packaging waste, decreases in carbon dioxide equivalent (CO2e) emissions, and stakeholder satisfaction. A quantitative research approach was employed, using descriptive statistics for data analysis. The study involved two data sources: (1) satisfaction surveys of students and enterprise representatives collected using a 5-point Likert scale questionnaire, and (2) records of lunch service activities used to calculate packaging waste and CO2e emissions. Packaging waste was estimated from the unit weight of packaging multiplied by the number of students, and CO2e emissions were calculated using greenhouse gas emission factors. Trends over time were analyzed to assess changes across the study period. The results showed a continuous reduction in food packaging waste, from 36 kg in 2023 to 15 kg and 3 kg in 2024 and 2025, respectively. As a result, CO2e emissions decreased from 116.83 kgCO2e to 33.89 kg and 3.60 kgCO2e. Student satisfaction was rated at a high level (μ = 4.39), while enterprise representatives reported the highest level of satisfaction (μ = 4.70). The findings indicate that environmentally friendly lunch management under the CWIE program is effective and supports sustainable development. In addition, tree planting can be considered as a complementary carbon offset option to compensate for remaining emissions, alongside direct emission reduction measures, to enhance long-term carbon neutrality.

Keywords : Reduction of packaging waste, Carbon dioxide equivalent emissions, Satisfaction

บทนำ

จากวิกฤตการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่ส่งผลกระทบต่อทุกภาคส่วนในปัจจุบัน เป็นปัญหาที่ทุกภาคส่วนทั่วโลกให้ความสำคัญ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศเกิดจากปรากฏการณ์เรือนกระจก กล่าวคือ มีการปลดปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ และก๊าซเรือนกระจกอื่น ๆ ขึ้นสู่ชั้นบรรยากาศ ทำให้ชั้นบรรยากาศโลกหนาขึ้น และทำให้โลกร้อนขึ้น[1] จากสถานการณ์ดังกล่าว ได้ส่งผลกระทบหลายด้าน เช่น ความมั่นคงทางอาหาร ระบบนิเวศ ภัยพิบัติ การเปลี่ยนแปลงฤดูกาล และที่สำคัญคือผลกระทบต่อสุขภาพของประชากร เพราะการแพร่ระบาดของโรคต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น[2] Climate TRACE รายงานว่าในช่วงครึ่งแรกของปี พ.ศ. 2568 ปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกทั่วโลกอยู่ที่ 30.99 พันล้านตันคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า (CO_2e) เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.13 เมื่อเทียบกับช่วงเดียวกันปี พ.ศ. 2567 โดยในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 การปล่อยก๊าซเรือนกระจกมีค่า 5.12 พันล้านตันคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.29 ขณะที่การปล่อยก๊าซมีเทนทั่วโลกในเดือนเดียวกันอยู่ที่ 34.82 ล้านตัน เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.49 เมื่อเทียบกับเดือนมิถุนายนปี 2567[3]

แผนยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตสุราษฎร์ธานี พ.ศ.2566-2570 ได้กำหนดเป้าประสงค์ไว้ 4 ด้าน คือ 1) การขับเคลื่อนนวัตกรรมการเกษตร ประมง และอาหารสู่ผลิตภัณฑ์มูลค่าสูงอย่างยั่งยืนด้วย BCG Model 2) บูรณาการดิจิทัลเพื่อยกระดับอุตสาหกรรมฐานชีวภาพสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน 3) บูรณาการด้านการจัดการและภาษาเพื่อยกระดับการท่องเที่ยวมูลค่าสูงอย่างยั่งยืน และ 4) พัฒนาระบบบริหารจัดการวิทยาเขตสู่การเป็นองค์กรที่ทรงประสิทธิภาพและยั่งยืน ซึ่งทุกเป้าประสงค์จะแฝงไปด้วยเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) เป้าหมายที่ 13 คือ ปฏิบัติการอย่างเร่งด่วนเพื่อต่อสู้กับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและผลกระทบที่เกิดขึ้น[4] สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พ.ศ. 2566 – 2570 ตามกรอบการพัฒนามหาวิทยาลัยฯ ด้านความท้าทายของมหาวิทยาลัยต่อการเปลี่ยนแปลงในอนาคต มหาวิทยาลัยได้วางประเด็น

ความท้าทายและเตรียมความพร้อมในการเป็น “มหาวิทยาลัยสีเขียว (Green University)” ปรับปรุงในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมของมหาวิทยาลัยให้ดีขึ้น[5]

งานสนับสนุนวิชาการ สำนักงานวิทยาเขตสุราษฎร์ธานี ซึ่งมีภารกิจหลักในการสนับสนุนกิจกรรมทางวิชาการและการเรียนรู้ของนักศึกษา ได้เล็งเห็นถึงความท้าทายด้านสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานตามปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการจัดกิจกรรมขนาดใหญ่ เช่น โครงการเตรียมความพร้อมสำหรับนักศึกษาสหกิจศึกษาและการศึกษาเชิงบูรณาการกับการทำงาน (CWIE) ซึ่งมีผู้เข้าร่วมจำนวนมากถึง 800–1,000 คนต่อปี การจัดกิจกรรมนี้ก่อให้เกิดขยะบรรจุภัณฑ์พลาสติกแบบใช้ครั้งเดียวทิ้งในปริมาณสูง ซึ่งเป็นปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมที่ขัดแย้งกับยุทธศาสตร์ของมหาวิทยาลัยฯ ที่มุ่งสู่การเป็นมหาวิทยาลัยสีเขียวและ SDGs เป้าหมายที่ 13 ด้วยเหตุนี้ ผู้จัดกิจกรรมจึงได้นำ แนวคิด LOW CARBON มาประยุกต์ใช้ในการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก ผ่านการปรับเปลี่ยนไปใช้บรรจุภัณฑ์ที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมการใช้ปิ่นโตสำหรับผู้เข้าร่วมจากสถานประกอบการและการสนับสนุนให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนำภาชนะส่วนตัวมาเติมน้ำดื่ม การดำเนินงานเหล่านี้แม้จะเป็นเพียงระยะเริ่มต้น แต่แสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนข้อจำกัดเดิม ให้เป็นโอกาสในการปฏิบัติจริงตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตสุราษฎร์ธานี

จากบริบทข้างต้น แม้มหาวิทยาลัยจะมีนโยบายและยุทธศาสตร์ที่มุ่งสู่การเป็นมหาวิทยาลัยสีเขียวและสนับสนุน SDGs โดยเฉพาะเป้าหมายที่ 13 อย่างชัดเจน แต่ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับกิจกรรม ที่แสดงให้เห็นว่า การปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริหารจัดการกิจกรรมภายในมหาวิทยาลัยสามารถลดปริมาณขยะและการปล่อยก๊าซเรือนกระจกได้จริงในระดับใด โดยเฉพาะกิจกรรมขนาดใหญ่ที่มีผู้เข้าร่วมจำนวนมาก นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยที่ค่อนข้างจำกัดที่สามารถประเมินผลควบคู่กันทั้งด้านสิ่งแวดล้อมและด้านการยอมรับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ดังนั้น การศึกษานี้จึงมุ่งเติมเต็มช่องว่างองค์ความรู้ดังกล่าวผ่านกรณีศึกษาการจัดการบรรจุภัณฑ์อาหารกลางวันภายใต้แนวคิด LOW CARBON

วัตถุประสงค์

1. เปรียบเทียบปริมาณขยะจากบรรจุภัณฑ์อาหารกลางวันภายใต้รูปแบบการบริหารจัดการอาหารที่แตกต่างกันในช่วงปีการศึกษา 2566–2568

2. ประเมินการลดการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการบรรจุภัณฑ์อาหารกลางวัน

3. ศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการที่ได้รับบริการอาหารกลางวันภายใต้แนวคิด LOW CARBON ในปีการศึกษา 2568

4. วิเคราะห์แนวทางการชดเชยคาร์บอนและสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมอย่างยั่งยืนของมหาวิทยาลัย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเชิงปริมาณ การศึกษาครั้งนี้แบ่งประชากรและกลุ่มตัวอย่างออกเป็นสองส่วน ได้แก่ ข้อมูลด้านความพึงพอใจ และข้อมูลปริมาณขยะ ดังนี้

1. ข้อมูลด้านความพึงพอใจ ใช้แบบประเมินกิจกรรม PSU SURAT CAREER EXPO 2025 เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลด้านความพึงพอใจการบริหารจัดการอาหารกลางวัน เก็บข้อมูลจากประชากรสองกลุ่มหลัก ได้แก่ นักศึกษาที่เตรียมออกปฏิบัติงานสหกิจศึกษาและการศึกษาเชิงบูรณาการกับการทำงาน ปีการศึกษา 2568–2569 ซึ่งเข้าร่วมโครงการเตรียมความพร้อมก่อนออกปฏิบัติงานภายใต้งาน PSU SURAT CAREER มีจำนวนทั้งสิ้น 1,050 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรทาโร ยามาเน่ ที่ค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 290 คน ผลการเก็บข้อมูลพบว่ามีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 651 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 224.48 ซึ่งสูงกว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ ผู้แทนจากสถานประกอบการที่เข้าร่วมจัดบูธนิทรรศการประชากรมีจำนวน 110 คน กลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยใช้สูตรทาโรยามาเน่ ค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 86 คน ผลการเก็บข้อมูลพบว่ามีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 62 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 71.26

2. ข้อมูลด้านปริมาณขยะ ข้อมูลด้านปริมาณขยะจากบรรจุภัณฑ์อาหารและอัตราการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์

เทียบเท่า โดยใช้ข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ปีการศึกษา 2566 ถึง 2568 ข้อมูลดังกล่าวได้มาจากกิจกรรมการจัดอาหารกลางวัน เพื่อนำมาคำนวณปริมาณขยะจากบรรจุภัณฑ์และการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า โดยประยุกต์ใช้ค่าสัมประสิทธิ์การปล่อยก๊าซเรือนกระจกในการวิเคราะห์

เครื่องมือการศึกษา

1. สำหรับนักศึกษาและสำหรับสถานประกอบการ ใช้แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า Likert rating scale 5 ระดับ[6] โดยสอบถามประเด็นความพึงพอใจในการการบริหารจัดการอาหารกลางวัน

2. ข้อมูลการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าจากการใช้บรรจุภัณฑ์บรรจุอาหาร ใช้การคำนวณ ข้อมูลกิจกรรม x แฟกเตอร์การปล่อยก๊าซเรือนกระจก และแสดงผลในรูปแบบกิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า การดำเนินงานครั้งนี้ มีการทำงานตามวงจรบริหารงานคุณภาพ Plan Do Check Act: PDCA ตามคำกล่าวของ Mycote[7] กล่าวคือ มีการวางแผนการปฏิบัติงานทุกครั้งและเมื่อสิ้นสุดการปฏิบัติงานแล้วจะปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพ

Plan การดำเนินการตามนโยบายของมหาวิทยาลัย ให้มีการจัดกิจกรรมแบบ LOW CARBON กำหนดเป้าหมายลดขยะบรรจุภัณฑ์และการปล่อยก๊าซเรือนกระจก

Do ดำเนินมาตรการจัดการอาหารและบรรจุภัณฑ์ที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

Check เก็บข้อมูลการเกิดขยะจากการใช้บรรจุภัณฑ์บรรจุอาหาร

Act นำผลการประเมินมาปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานในปีถัดไปอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

แบบสอบถามที่เก็บจากนักศึกษาและผู้แทนจากสถานประกอบการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลการปลดปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าวิเคราะห์โดยใช้สูตร การคำนวณ ข้อมูลกิจกรรม x แฟกเตอร์การปล่อยก๊าซเรือนกระจก[8] โดย

ข้อมูลกิจกรรม หมายถึง ปริมาณการใช้ทรัพยากร หรือปริมาณของเสียที่ก่อให้เกิดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก

แฟกเตอร์การปล่อยก๊าซเรือนกระจก หมายถึง ค่าที่แสดงปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกต่อหน่วยของกิจกรรมนั้น ๆ.

สมการ CO_2e = Activity Data x Emission Factors

ผลการศึกษา

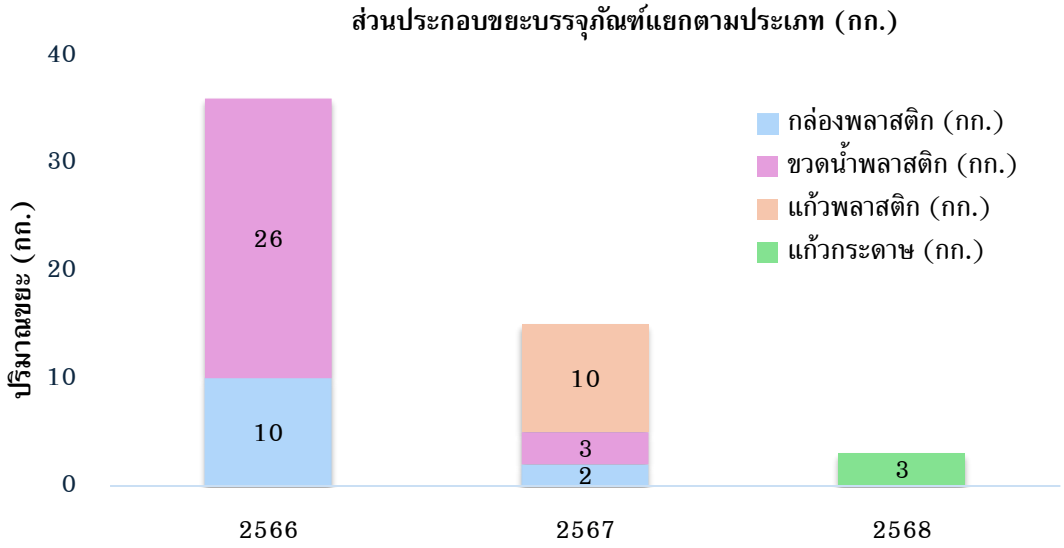
1 เปรียบเทียบปริมาณขยะจากบรรจุภัณฑ์อาหารกลางวัน

งานสนับสนุนวิชาการ สำนักงานวิทยาเขตสุราษฎร์ธานี ได้ดำเนินการปรับปรุงแนวทางการจัดการบรรจุภัณฑ์อาหารเพื่อลดการใช้พลาสติกตั้งแต่ปีการศึกษา 2566 ส่งผลให้ปริมาณขยะจากบรรจุภัณฑ์อาหาร มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงเวลาที่ศึกษา ในปีการศึกษา 2566 มีขยะจากกล่องอาหารและขวดน้ำพลาสติกจำนวน 36 กิโลกรัม ในปีการศึกษา 2567 มีการปรับรูปแบบการจัดการอาหาร โดยให้นักศึกษารับประทานอาหารภายในร้านค้า ขณะที่บุคลากรยังคงใช้บรรจุภัณฑ์พลาสติก ส่งผลให้ปริมาณขยะจากบรรจุภัณฑ์ลดลงเหลือ 15 กิโลกรัม สำหรับปีการศึกษา 2568 มีการเปลี่ยนมาใช้ ปิ่นโตในกลุ่มบุคลากร ส่งผลให้เกิดขยะจากแก้วกระดาษจำนวน 3 กิโลกรัม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปริมาณการลดขยะบรรจุภัณฑ์

ปีการศึกษา	กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ*	ขยะจากบรรจุภัณฑ์	ปริมาณขยะ**
2566	900 (นักศึกษา)	บรรจุภัณฑ์พลาสติกใช้ครั้งเดียวทิ้ง (กล่อง/ขวดพลาสติก)	36
2567	1,000 (นักศึกษา)	แก้วน้ำพลาสติก	10
	60 (บุคลากร)	บรรจุภัณฑ์พลาสติกใช้ครั้งเดียวทิ้ง (กล่อง/ขวดพลาสติก)	5
2568	1,050 (นักศึกษา)	แก้วกระดาษ ใช้ครั้งเดียวทิ้ง	3

*จำนวนคน (ประเภทของผู้เข้าร่วมโครงการ) **ปริมาณขยะรวมจากบรรจุภัณฑ์ (กิโลกรัม)



ภาพที่ 1 ส่วนประกอบขยะบรรจุภัณฑ์แยกตามประเภท

2. ประเมินการลดการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า (CO_2e)

การลดการใช้บรรจุภัณฑ์แบบใช้ครั้งเดียวทิ้งส่งผลโดยตรงต่ออัตราการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ จากกิจกรรมการเปลี่ยนแปลงบรรจุภัณฑ์อาหารกลางวัน โดยพบว่าในปีการศึกษา 2566 การปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่ารวมอยู่ที่ 116.83 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า ($KgCO_2e$) ลดลงเหลือ 33.89 กิโลกรัมในปี 2567 และลดลงอย่างมากในปี 2568 เหลือเพียง 3.60 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า ($KgCO_2e$) คิดเป็นการลดลงร้อยละ 89.38 เมื่อเทียบกับปีก่อนหน้าผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนรูปแบบ การจัดการอาหารในระดับระบบ โดยเฉพาะการลดการใช้บรรจุภัณฑ์แบบใช้ครั้งเดียว มีบทบาทสำคัญต่อการ ลดผลกระทบด้านก๊าซเรือนกระจกในระดับกิจกรรม แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 อัตราการปลดปล่อยคาร์บอนไดออกไซด์ไดออกไซด์เทียบเท่า (CO_2e)

ปีการศึกษา	อัตราการปล่อย CO_2e รวมทั้งสิ้น ($KgCO_2e$)	การเปลี่ยนแปลงจากปีก่อนหน้า
2566	116.83	-
2567	33.89	ลดลง 71.0 %
2568	3.60	ลดลง 89.38 %

3. ความพึงพอใจต่อการจัดการบรรจุภัณฑ์อาหารมื้อกลางวันแบบรักษ์โลก

ผลการประเมินความพึงพอใจพบว่านักศึกษาที่เข้าร่วมโครงการมีระดับความพึงพอใจต่อการบริหารจัดการอาหารกลางวันอยู่ในระดับมาก ($\mu = 4.39, \sigma = 0.76$) ขณะที่ผู้แทนจากสถานประกอบการมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ($\mu = 4.70, \sigma = 0.46$) โดยข้อเสนอแนะที่พบส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับความหลากหลายของร้านอาหารและความเหมาะสมด้านบริบททางวัฒนธรรมอาหาร ซึ่งสะท้อนประเด็นที่สามารถนำไปใช้พิจารณาปรับปรุงการดำเนินงานในระยะต่อไป

4. การวิเคราะห์ทางเลือกในการชดเชยคาร์บอน

การประเมินการชดเชยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าจากบรรจุภัณฑ์อาหารในโครงการเตรียมความพร้อม CWIE ช่วงปีการศึกษา 2566–2568 พิจารณา 2 แนวทาง คือ การซื้อคาร์บอนเครดิตและการปลูกต้นไม้ โดยการซื้อคาร์บอนเครดิตเป็นการชดเชยโดยตรง คำนวณจากปริมาณการปล่อยรายปีในหน่วย tCO_2e และประเมินต้นทุนตามราคาตลาดคาร์บอน T-VER ปี 2568 ผลการวิเคราะห์พบว่า การดำเนินงานภายใต้โครงการ CWIE Green Lunch ช่วยลดทั้งการปล่อยก๊าซและต้นทุนการชดเชยอย่างต่อเนื่อง โดยปีการศึกษา 2568 มีการปล่อยเพียง 3.60 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า และมีต้นทุนการชดเชยต่ำมาก สำหรับการปลูกต้นไม้ ใช้ค่าศักยภาพการดูดซับคาร์บอนเฉลี่ย 15 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า ต่อต้นต่อปี พบว่าจำนวนต้นไม้ที่ใช้ชดเชยลดลงจากประมาณ 8 ต้นในปี 2566 เหลือน้อยกว่า 3 ต้นในปี 2567 และลดลงเป็น 0.24 ต้นในปี 2568 สะท้อนถึงการลดลงของการปล่อยก๊าซเรือนกระจก โดยการปลูกต้นไม้ถูกใช้เป็นมาตรการเสริมควบคู่กับการลดการปล่อยจากแหล่งกำเนิดโดยตรง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบต้นทุนในการชดเชยการปล่อยก๊าซเรือนกระจก การซื้อคาร์บอนเครดิตและการชดเชยด้วยการปลูกต้นไม้

ปีการศึกษา	การปล่อย CO_2e รวม (Kg)	ปริมาณ CO_2e รวม (tons)	ต้นทุนต่ำสุด (35 บาท/ตัน)	ต้นทุนสูงสุด (2,076 บาท/ตัน)	จำนวนต้นไม้ที่ต้องปลูก (ต้น)
2566	116.834	0.116834	4.09	242.06	7.79
2567	33.8868	0.0338868	1.19	70.33	2.26
2568	3.6	0.0036	0.13	7.47	0.24

ดังนั้น โครงการจึงเลือกทางเลือกในการชดเชยคาร์บอนด้วยการปลูกต้นไม้ โดยพิจารณาเป็นมาตรการเสริมควบคู่กับการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากกิจกรรมโดยตรง เนื่องจากมีความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของโครงการและสะท้อนความก้าวหน้าในการจัดการผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานในระยะต่อไปยังควรให้ความสำคัญกับการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกที่ต้นทางเป็นหลัก เพื่อรักษาความต่อเนื่องของผลลัพธ์ด้านความยั่งยืนในระยะยาว

อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า มาตรการลดการใช้บรรจุภัณฑ์พลาสติกแบบใช้ครั้งเดียวทิ้งในบริบทของสถานศึกษา มีความสัมพันธ์กับการลดปริมาณขยะและการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า โดยเฉพาะเมื่อมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการอาหารในระดับระบบ ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การแทรกแซงเชิงนโยบายที่ส่งผลต่อโครงสร้างทางเลือกของผู้บริโภค สามารถเอื้อต่อการลดผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมได้มากกว่ามาตรการที่พึ่งพาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยสมัครใจเพียงอย่างเดียว การเปลี่ยนรูปแบบจากการรับประทานอาหารแบบกล่องพลาสติก เป็นการส่งเสริมการรับประทานอาหารภายในร้านค้าตามที่กำหนด มีบทบาทในการลดความจำเป็นในการใช้บรรจุภัณฑ์แบบใช้ครั้งเดียวในเชิงโครงสร้าง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการประเมินนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมที่ให้ความสำคัญกับการลดผลกระทบตั้งแต่ต้นทางมากกว่าการจัดการของเสียที่ปลายทาง ทั้งนี้ผลลัพธ์ดังกล่าวเป็นไปในทิศทางเดียวกับข้อค้นพบของ Operato[9] ที่ระบุว่าการจัดการระบบบริการอาหารเป็นกลไกสำคัญในการลดปริมาณขยะพลาสติกในภาคอาหารและเครื่องดื่ม

ในส่วนของการใช้ภาชนะใช้ซ้ำ เช่น ปิ่นโต ผลการประเมินชี้ว่ามีความสัมพันธ์กับการลดปริมาณขยะพลาสติกและการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า ในภาพรวมของโครงการ แม้ว่าภาชนะใช้ซ้ำจะมีภาระผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมในระยะเริ่มต้นของวงจรชีวิต แต่เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยต่อครั้งการใช้งาน ผลกระทบดังกล่าวลดลงเมื่อมีการใช้งานซ้ำในจำนวนรอบที่เหมาะสม ข้อค้นพบนี้สนับสนุนหลักฐานจากการประเมินวัฏจักรชีวิตผลิตภัณฑ์ (Life Cycle

Assessment: LCA) ของ Deeney[10] และVerburgt[11] ที่เสนอว่าประสิทธิผลด้านสิ่งแวดล้อมของภาชนะใช้ซ้ำขึ้นอยู่กับรูปแบบและความต่อเนื่องของการใช้งาน นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสะท้อนบทบาทของปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ใช้บริการอาหาร โดยการยอมรับการรับประทานอาหารภายในร้าน การนำภาชนะและแก้วส่วนตัวมาใช้ และการเลือกภาชนะใช้ซ้ำ มีความสัมพันธ์กับการลดปริมาณขยะที่เกิดขึ้นจริงในระดับพื้นที่ Mahmoudi[12] นัยสำคัญของผลลัพธ์นี้อยู่ที่การชี้ให้เห็นว่า มาตรการเชิงนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมในสถาบันการศึกษา จำเป็นต้องคำนึงถึงการออกแบบมาตรการที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของผู้ใช้ ไม่ใช่เพียงการออกข้อกำหนดด้านเทคนิคเท่านั้น

ในมิติของการประเมินผลด้านก๊าซเรือนกระจก ผลการคำนวณการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า บ่งชี้ว่าการลดการใช้บรรจุภัณฑ์แบบใช้ครั้งเดียวร่วมกับการปรับระบบบริการอาหารมีศักยภาพในการลดภาระการชดเชยคาร์บอนในระดับโครงการ กิจกรรมปลูกต้นไม้ที่ดำเนินการภายใต้กรอบกิจกรรมสาธารณะของสถาบันจึงสามารถมองได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของการผสานมาตรการด้านเทคนิคกับการสื่อสารเชิงนโยบายด้านความยั่งยืน การเลือกการชดเชยคาร์บอนด้วยการปลูกต้นไม้ในฐานะ มาตรการเสริมควบคู่กับการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากกิจกรรมโดยตรง Kirschbaum[13] ชี้ว่าประสิทธิผลของการปลูกต้นไม้ในการลดผลกระทบการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศขึ้นอยู่กับบริบทพื้นที่ ชนิดพันธุ์ไม้ และความเสี่ยงของการสูญเสียคาร์บอนในอนาคต เช่น ไฟป่า ภัยแล้ง หรือการตัดไม้ ซึ่งทำให้การกักเก็บคาร์บอนอาจไม่ถาวร ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับข้อเสนอของโครงการที่ยังคงเน้นการลดการปล่อยที่ต้นทางเพื่อความยั่งยืนในระยะยาว

โดยภาพรวม ผลการศึกษานี้ให้ข้อสังเกตเชิงนโยบายที่สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยเฉพาะเป้าหมายด้านการบริโภคและการผลิตอย่างยั่งยืน (SDG 12) และการรับมือการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (SDG 13) รวมถึงแนวทางของนโยบายมหาวิทยาลัยสีเขียว อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ควรถูกพิจารณาภายใต้บริบทเฉพาะของพื้นที่ศึกษาและรูปแบบการดำเนินมาตรการที่ใช้

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ควรนำมาพิจารณา ดังนี้

1. ยังไม่ครอบคลุมผลกระทบทางอ้อมตลอดห่วงโซ่อุปทาน เช่น กระบวนการผลิตและการขนส่งวัตถุดิบอาหาร

2. การประเมินการชดเชยคาร์บอนจากการปลูกต้นไม้ยังไม่ได้รวมถึง ความไม่แน่นอนด้านอัตราการรอดและศักยภาพการดูดซับคาร์บอนในระยะยาว ผลการชดเชยที่รายงานจึงเป็นแค่การประมาณการเพื่อการวิเคราะห์เชิงนโยบาย มากกว่าค่าที่มีความแม่นยำจริง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. สามารถนำรูปแบบการจัดการอาหารกลางวันแบบรักษ์โลกไปประยุกต์ใช้กับกิจกรรมอื่นภายในหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตสุราษฎร์ธานี โดยเริ่มจากการลดบรรจุภัณฑ์แบบใช้ครั้งเดียว และส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมในกลุ่มคณาจารย์ บุคลากรและนักศึกษา

2. ข้อมูลเชิงประจักษ์จากการลดขยะและคาร์บอนสามารถนำไปใช้ประกอบการกำหนดนโยบายหรือแผนปฏิบัติการด้านมหาวิทยาลัยสีเขียว

3. ข้อมูลการคำนวณ CO_2e สามารถนำไปใช้วางแผนการชดเชยคาร์บอนที่เหมาะสม เช่น โครงการปลูกต้นไม้ หรือกิจกรรมคาร์บอนต่ำอื่น ๆ เพื่อมุ่งสู่การลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การขับเคลื่อนสู่มหาวิทยาลัยสีเขียวที่ยั่งยืนควรยึดโยง 2 แนวทางหลัก คือ การปฏิรูประบบบริการอาหาร โดยยกระดับจากความร่วมมือสู่การกำหนดมาตรฐานการจัดเลี้ยงสีเขียว ที่บังคับให้ทุกกิจกรรมต้องใช้รูปแบบการรับประทานที่ร้านหรือใช้ภาชนะใช้ซ้ำ (Reusable) 100% แทนการใช้บรรจุภัณฑ์แบบใช้ครั้งเดียวทิ้ง ซึ่งผลวิจัยยืนยันว่าการปรับโครงสร้างระบบเช่นนี้สามารถลดปริมาณขยะและก๊าซเรือนกระจกได้มากกว่าร้อยละ 80.00 ควบคู่ไปกับ การนำกลไกชดเชยคาร์บอนมาปฏิบัติจริง โดยจัดทำบัญชีคาร์บอนรายกิจกรรมเพื่อติดตามผลกระทบ และกำหนดให้มีการชดเชยการปล่อยก๊าซที่เหลืออยู่ผ่านการปลูกต้นไม้หรือซื้อคาร์บอนเครดิต กลไกนี้ไม่เพียงแต่มุ่งสู่ความเป็นกลางทางคาร์บอน ตาม

เป้าหมาย SDG 13 แต่ยังเป็นการสร้างนวัตกรรมการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการที่ทำให้นักศึกษาเห็นต้นทุนทางสิ่งแวดล้อมจากการบริโภคได้อย่างชัดเจนที่สุด

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมในด้านต้นทุนการบริหารจัดการอาหารกลางวันและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ควบคู่กับผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม

2. ควรขยายการประเมินผลไปสู่การวิเคราะห์ผลกระทบตลอดวัฏจักรชีวิตของบรรจุภัณฑ์และภาชนะที่ใช้

3. ควรศึกษาปัจจัยด้านพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมโครงการที่ส่งผลต่อการลดการใช้บรรจุภัณฑ์และการปล่อยก๊าซเรือนกระจก

เอกสารอ้างอิง

1. IPCC. Climate Change 2023: Synthesis Report. Contribution of Working Groups I, II and III to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. In: Lee H, Romero J, editors. IPCC; 2023.
2. Chakhamron N, Yothanan P. Carbon dioxide emissions assessment at Ubon Ratchathani University dormitory. J Sci Technol Mahasarakham Univ. 2016;36(1):37-44. (InThai.)
3. Climate TRACE. Climate TRACE releases June 2025 emissions data [Internet]. Oakland (CA): Climate TRACE; 2025 Aug 28 [cited 2026 Apr 1]. Available from: https://climatetrace.org/news/climate-trace-releases-june-2025-emissions-data
4. Prince of Songkla University, Surat Thani Campus. Development plan of Prince of Songkla University, Surat Thani Campus. 2025 [cited 2025 Oct 1]. Available from: https://www.psu.ac.th/surat/about3.php (InThai.)
5. Prince of Songkla University. University development strategy B.E. 2566-2570 (2023-2027). 2025 [cited 2025 Oct 1]. Available from: https://ita.psu.ac.th/pdf/O5-01-plan66-70.pdf (In Thai.)
6. Srisaard B. Basic research. 10th ed. Bangkok: Suweeriyasan; 2017. (InThai.)
7. Mycoted. Plan-Do-Check-Act (PDCA). 2004 [cited 2025 Sep 20]. Available from: https://www.mycoted.com/PDCA
8. Thailand Greenhouse Gas Management Organization (TGO). Thai Carbon Label [Internet]. Available from: https://thaicarbonlabel.tgo.or.th/index.php?lang=TH&mod=Y0hKdlpIVmpkSE5mWlcxcGMzTnBiMjQ9
9. Operato L, Panzeri A, Masoero G, Gallo A, Gomes L, Hamd W. Food packaging use and post-consumer plastic waste management: A comprehensive review. Front Food Sci Technol. 2025.
10. Deeney M, Green R, Yan X, Dooley C, Yates J, Rolker HB, Kadiyala S. Human health effects of recycling and reusing plastic packaging in the food system: A systematic review and meta-analysis of life cycle assessments. 2022.
11. Verburgt T. Life Cycle Assessment of reusable and single-use meal container systems [Master's thesis]. Utrecht: Utrecht University; 2021. Available from: https://studenttheses.uu.nl/handle/20.500.12932/3988311.
12. Mahmoudi, M., Mashayekhian, M., Bunch, B., & Joodaky, A. Rethinking Packaging for Food Waste Prevention: A Scoping Review of Consumer Behavior and Design Opportunities. Sustainability.2025;17(11), 5213.
13. Kirschbaum MUF, Cowie AL, Peñuelas J, Smith P, Conant RT, Sage RF, et al. Is tree planting an effective strategy for climate change mitigation? Sci Total Environ. 2024;909: 168479.

Citation:

Jindamanee, P., Thumbumroung, K., Chankerd, S., Jantapaluk, S., Wongsawas, D., Sirikitputtisak, T. CWIE Green Lunch: An Evaluation of Lunch Packaging Management to Reduce Environmental Impacts. J Impact Assess Public Policy 2026; 1(1): e3124.

Online Access

https://so19.tci-thaijo.org/index.php/JIAPP/article/view/3124

JIAPP
Impact Assess Public Policy
Research Article

การประยุกต์ใช้การประเมินผลกระทบทางสุขภาพเพื่อพัฒนาระบบการจัดการอาหารกลางวันอย่างยั่งยืนของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม ในพื้นที่อำเภอมายอ จังหวัดปัตตานี

Application of Health Impact Assessment for Sustainable School Lunch Management Systems in Islamic Private Schools: A Case Study of Mayo District, Pattani Province

มัสกะห์ นาแว[1*], เพ็ญ สุขมาก[2]
Maskah Nawae[1*], Phen Sukmag[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการจัดการอาหารกลางวันของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามในอำเภอมายอ จังหวัดปัตตานี โดยประยุกต์ใช้กระบวนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (HIA) ในขั้นตอนการทบทวนร่างรายงานเพื่อผลักดันเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจ ศึกษากับกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงรวม 16 คน ประกอบด้วยนายอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้บริหารโรงเรียน และแกนนำชุมชน ผ่านเครื่องมือแนวคำถามเชิงโครงสร้าง และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาประกอบสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลเห็นควรให้ใช้การประเมินผลกระทบทางสุขภาพมาเป็นแนวทางจัดทำแผนโภชนาการในพื้นที่ โดยกำหนดขอบเขตการดำเนินงานครอบคลุม 3 ด้านหลัก ได้แก่ การส่งเสริมโภชนาการของครู การจัดการอาหารของแม่ครัว และปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้อง จากการประเมินสะท้อนให้เห็นว่า แม้ครู แม่ครัว และผู้ปกครองจะมีความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการที่ใกล้เคียงกัน แต่โรงเรียนยังขาดการกำหนดโครงการเพื่อจัดการภาวะโภชนาการอย่างเป็นรูปธรรม ประกอบกับปัญหาเศรษฐกิจในครัวเรือนที่รายได้ไม่เพียงพอ ส่งผลให้นักเรียนได้รับอาหารที่ไม่มีคุณภาพ ด้วยเหตุนี้ ภาคีเครือข่ายจึงร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาจนนำไปสู่การจัดทำ 2 แผนงานสำคัญ คือ แผนงานการสร้างเสริมสุขภาพและยกระดับความมั่นคงทางสุขภาพ ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างสุขภาวะโภชนาการทุกช่วงวัย พัฒนาศักยภาพบุคลากร และปรับปรุงระบบการจัดการให้มีประสิทธิภาพ และ แผนงานเพิ่มมูลค่าเศรษฐกิจรากฐานการเกษตรแบบยั่งยืน เพื่อส่งเสริมการทำเกษตรปลอดภัย ผลิตภัณฑ์และบริการฮาลาลที่มีคุณภาพ รวมถึงการส่งเสริมพื้นที่ทำกินเพื่อสร้างความยั่งยืนให้แก่ระบบอาหารกลางวันและคุณภาพชีวิตของนักเรียนในพื้นที่อย่างมั่นคง

คำสำคัญ : พัฒนาระบบการจัดการอาหาร, โรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม, การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถนน อำเภอมายอ จังหวัดปัตตานี
[2] สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
[1] Subdistrict Health Promoting Hospital Mayo District, Pattani
[2] Public Policy Institute, Prince of Songkla University, Hatyai, Songkla

*Corresponding Author: Email: maskahnawae18@gmail.com; Tel: 0932619158
Received: Mar 24, 2026; Revised: Apr 9, 2026; Accepted: Apr 11, 2026

Abstract

This action research aims to develop a school lunch management system for private Islamic schools in Mayo District, Pattani Province, by applying the Health Impact Assessment (HIA) process, specifically focusing on the report review stage to influence decision-making. The study was conducted with 16 purposively selected participants, including the District Collector, public health officers, school administrators, and community leaders. Data were collected using semi-structured interviews and analyzed through content analysis and descriptive statistics.

The findings reveal that stakeholders advocate for using HIA as a framework for local nutritional planning. The scope of implementation covers three primary areas: teacher-led nutritional promotion, canteen kitchen management, and relevant external factors. Assessment results indicate that while teachers, cooks, and parents possess similar levels of nutritional knowledge, schools still lack concrete projects to manage nutritional status. Furthermore, insufficient household income contributes to poor dietary quality among students. Consequently, the collaborative network analyzed these issues, leading to the development of two strategic plans: 1) The Health Promotion and Health Security Enhancement Plan, which focuses on improving nutritional well-being across all age groups, building personnel capacity, and optimizing management systems; and 2) The Sustainable Agricultural Grassroots Economic Value-Added Plan, which promotes food safety in agriculture, high-quality Halal products and services, and the expansion of farming areas. These initiatives aim to ensure a sustainable school lunch system and a stable quality of life for students in the region.

Keywords : Development plan lunch Management, Islamic Private Schools, Health Impact Assessment.

บทนำ

กระทรวงศึกษาธิการได้ทดลองจัดอาหารกลางวันแก่นักเรียนในสังกัด ซึ่งพบว่าโรงเรียนขาดงบประมาณในการดำเนินงาน ทำให้ไม่สามารถจัดอาหารกลางวันให้นักเรียนขาดแคลนได้อย่างทั่วถึง ในปี พ.ศ. 2530 สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติได้ตระหนักถึงความสำคัญของอาหารและนักเรียนขาดแคลนอาหารกลางวัน จึงกำหนดนโยบายให้โรงเรียนทุกแห่งดำเนินโครงการอาหารกลางวันและกำหนดให้มีกฎหมายพระราชบัญญัติกองทุนเพื่อโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนประถมศึกษาในปี พ.ศ. 2535 จนถึงปัจจุบัน[1] ให้สอดคล้องกับกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ที่ให้ความสำคัญกับยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนให้เป็นรากฐานที่แข็งแกร่งของประเทศ มีความพร้อมทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา มีครอบครัวที่มั่นคง เพื่อสนับสนุนการเจริญเติบโตของประเทศ การยกระดับคุณภาพการศึกษาและการเรียนรู้ให้มีคุณภาพเท่าเทียมและทั่วถึง การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีและการสร้างความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวไทยจึงเป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาศักยภาพ[2]

การจัดการอาหารกลางวันของโรงเรียนระดับก่อนอนุบาลถึงประถมศึกษาในปัจจุบัน เป็นหน้าที่ของรัฐที่ต้องดำเนินการให้นักเรียนทุกคนได้รับประทานอาหารกลางวันโดยไม่เก็บค่าใช้จ่ายใด ๆ ภายใต้การสนับสนุนค่าอาหารกลางวันของโครงการกองทุนอาหารกลางวัน โดยนักเรียนทุกคนได้รับอาหารอย่างน้อยมื้อละ 20-40 บาทต่อคน โดยเด็กทุกคนต้องได้รับอาหารที่คุ้มค่าและมีประสิทธิภาพที่สอดคล้องกับงบประมาณ โดยกองทุนอาหารกลางวันได้ริเริ่มเพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนอาหารกลางวันและปัญหาเด็กวัยเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการ ได้แก่ เด็กที่มีภาวะเตี้ย ผอม และอ้วน ให้เป็นไปตามเกณฑ์การเจริญเติบโตที่เหมาะสมตามวัยที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด[3] จากรายงานสถานการณ์โภชนาการในเด็กไทยอายุ 6-14 ปี ของยูนิเซฟ ประจำปี 2565 พบว่าเด็กที่มีภาวะอ้วนร้อยละ 14.6 ภาวะผอมร้อยละ 4.5 ภาวะเตี้ยร้อยละ 9.3 และเด็กที่มีไอคิวบกพร่องร้อยละ 4.2 ตามลำดับ[4] โดยปัญหาการจัดการอาหารกลางวันของเด็ก

นักเรียนไทยไม่ใช่แค่เรื่องงบประมาณและการขาดแคลนอาหาร แต่รวมถึงการขาดแคลนสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย การใส่ใจความรู้เรื่องอาหารโภชนาการของผู้ที่เกี่ยวข้อง การขาดสุขอนามัยที่ดีในการประกอบอาหาร และการบริโภคอาหาร[5]

การอุดหนุนอาหารกลางวันของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม จะได้รับการอุดหนุนรายบุคคลตั้งแต่ในระดับก่อนประถมถึงประถมศึกษา เป็นนักเรียนที่ลงทะเบียนและกำลังเรียนถูกต้องตามที่ระบุในใบอนุญาตจัดตั้งหรือตราสาร และต้องเป็นนักเรียนที่มีปัญหาภาวะทุพโภชนาการ คือ น้ำหนักและส่วนสูงไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละช่วงวัยที่เกิดจากการได้รับอาหารและสารอาหารไม่เหมาะสมตามความต้องการของร่างกาย หรือเด็กที่ขาดแคลนอาหารกลางวัน อัตราเงินอุดหนุนค่าอาหารกลางวันที่จะได้รับคือ 22-36 บาท/คน/มื้อ ในการบริหารจัดการอาหารกลางวันของโรงเรียนเอกชน โรงเรียนต้องดูแลนักเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการอย่างใกล้ชิด และรายงานผลการดำเนินงานของนักเรียนทุกภาคเรียน อย่างไรก็ตามยังคงพบว่าเด็กวัยเรียนในพื้นที่อำเภอมายอ จังหวัดปัตตานี ประสบปัญหาภาวะทุพโภชนาการที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้แก่ อัตราเด็กเตี้ยจากร้อยละ 7.9 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26.5 อัตราเด็กผอมร้อยละ 5.8 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.4 และเด็กอ้วนร้อยละ 2.7 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4.1 ตามลำดับ ปัจจัยอื่นที่สำคัญต่อการเกิดภาวะโภชนาการในเด็กคือผลจากการดูแลอาหารที่ไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการของผู้ดูแลหลัก ได้แก่ พ่อแม่ผู้ปกครองนักเรียน และการขาดการทำงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการโภชนาการเด็ก ซึ่งตกเป็นความรับผิดชอบของโรงเรียนทั้งหมด[6] ที่สำคัญจากการศึกษายังไม่พบการประเมินการจัดการระบบอาหารกลางวันของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามไม่ว่าจะเป็นทฤษฎีใดก็ตาม นอกจากการประเมินผลการดำเนินงานโครงการอาหารกลางวันของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานโดยนำเสนอในรูปแบบการสรุปผลการดำเนินงาน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงประเมินระบบการจัดการอาหารกลางวันของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามโดยนำกระบวนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA) ซึ่งเป็นกระบวนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่มีความเกี่ยวข้องในการวิเคราะห์และตัดสินใจนโยบาย แผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม เพื่อพิจารณาผลกระทบทางบวกหรือทางลบที่จะเกิดขึ้นกับสุขภาพของประชาชน และเป็นกระบวนการที่สามารถใช้เครื่องมือหลายชนิดร่วมกันได้[7]

การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA) คือกระบวนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การกลั่นกรอง (Screening) 2) การกำหนดขอบเขตการศึกษา (Scoping) 3) การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (Assessing) 4) การทบทวนร่างรายงานการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Public Review) 5) การผลักดันเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจ (Influencing) และ 6) การติดตามและประเมินผลโดยสาธารณะ (Monitoring and Evaluation: M&E) เป็นกระบวนการที่สามารถกำหนดแนวทางในการดำเนินการจัดการปัญหาในพื้นที่อย่างมีส่วนร่วมจากหลากหลายองค์กร และสามารถผลักดันให้เกิดโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ ในการพัฒนาได้ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงนำขั้นตอนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพมาใช้เพื่อให้เกิดการจัดการปัญหาในพื้นที่อย่างมีส่วนร่วม และผลักดันให้เกิดกิจกรรมเพื่อพัฒนาแนวทางการจัดการอาหารให้เด็กในพื้นที่ได้รับอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการและมีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น โดยนำขั้นตอนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพดำเนินการ 3 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1) ขั้นตอนการกลั่นกรองและการกำหนดขอบเขตโดยสาธารณะ (Public Screening and Scoping) ครั้งที่ 2) การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (Assessing) และครั้งที่ 3) การทบทวนร่างรายงานโดยสาธารณะ (Public Review and Influencing)

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบการจัดการอาหารกลางวันอย่างยั่งยืนของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม อำเภอมายอ จังหวัดปัตตานี

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ระยะเวลาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงมิถุนายน 2567 ผลในขั้นตอนการกลั่นกรองและการกำหนดขอบเขตได้เผยแพร่ในการประชุมวิชาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ประจำปี 2567 ณ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และขั้นตอนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพได้เผยแพร่ในการประชุมวิชาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ประจำปี 2568 ณ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับการจัดการอาหารแก่เด็ก ได้แก่ ครู แม่ครัว และผู้ปกครองนักเรียนของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามทั้ง 5 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง สามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

(1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย นายอำเภอมายอ จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 5 คน ผู้บริหารโรงเรียน จำนวน 5 คน และแกนนำชุมชน จำนวน 5 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 16 คน โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีความสามารถผลักดันให้เกิดกิจกรรมโครงการพัฒนาการจัดการอาหารและแก้ปัญหาโภชนาการในพื้นที่

(2) กลุ่มตอบแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง ประกอบด้วย ครู จำนวน 5 คน แม่ครัว จำนวน 5 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 10 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คัดเลือกจากครูที่รับผิดชอบงานอาหารกลางวัน และแม่ครัวที่ประกอบอาหารกลางวันในโรงเรียนที่ปฏิบัติงานในพื้นที่อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป

(3) กลุ่มตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ผู้ปกครองนักเรียนของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้าคือผู้ปกครองของนักเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการ เช่น ภาวะเตี้ย ผอม หรืออ้วน ในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามทั้ง 5 แห่ง รวมทั้งสิ้น 148 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในขั้นตอนการกลั่นกรองและการกำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ และขั้นตอนการทบทวนร่างรายงานโดยสาธารณะและผลักดันเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจ ได้แก่ แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนงานวิจัยและกำหนดแนวคำถามเป็นประเด็นหลัก (Main Theme) และประเด็นย่อย (Sub Theme)

เครื่องมือในขั้นการประเมินผลกระทบทางสุขภาพประกอบด้วย 3 เครื่องมือ ดังนี้

(1) แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเรื่องการส่งเสริมโภชนาการของครู แบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโภชนาการของครู ส่วนที่ 3 ทัศนคติของครูเกี่ยวกับโภชนาการ และส่วนที่ 4 การดำเนินงานส่งเสริมโภชนาการและจัดการอาหาร

(2) แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเรื่องการจัดการอาหารของแม่ครัว แบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องการจัดการอาหารของแม่ครัว ส่วนที่ 3 ทัศนคติด้านโภชนาการของแม่ครัว และส่วนที่ 4 การจัดการเตรียมวัตถุดิบ การปรุง และการบริการ

(3) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 4 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 ประเมินความรู้ ตอนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการอาหารของผู้ปกครอง และตอนที่ 4 ประเมินความมั่นคงทางอาหารในพื้นที่

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือได้ผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิจัยเชิงคุณภาพ และเชี่ยวชาญด้านอาหารและโภชนาการ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจพิจารณาความตรงของเนื้อหา และการใช้ภาษาที่เหมาะสม ซึ่งแต่ละเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินได้ค่า (IOC: Item Objective Congruence) ดังนี้ เครื่องมือที่ 1 เท่ากับ 1.00 เครื่องมือที่ 2 เท่ากับ 0.88 เครื่องมือที่ 3 เท่ากับ 0.84 เครื่องมือที่ 4 เท่ากับ 0.90 และเครื่องมือที่ 5 เท่ากับ 1.00 ตามลำดับ

การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาและประยุกต์ตามที่ได้จากการทบทวนภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วจึงส่งร่างเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามที่

พัฒนาไปทดลองเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง (Tryout) จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบเครื่องมือที่พัฒนาสามารถตรวจวัดได้แม่นยำ ซึ่งได้ค่า Cronbach's Alpha = 0.71 ซึ่งเป็นค่าความเชื่อมั่นที่มีการยอมรับในชุดเครื่องมือนั้นได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

(1) การศึกษารวบรวมข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาหารกลางวันโรงเรียน และร่างผลการทบทวน ขอบเขตและเครื่องมือ

(2) ผู้วิจัยส่งหนังสือเชิญเข้าร่วมประชุม ให้กับหน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบล และส่งหนังสือไปยังโรงเรียนเพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลพร้อมกำหนดวัน เวลา สถานที่เก็บข้อมูล

(3) จัดประชุมกลั่นกรองข้อมูล และร่วมพิจารณาเพื่อดำเนินการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ

(4) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลทั้งแบบสัมภาษณ์ เก็บแบบสอบถามการจัดการอาหารของครู แม่ครัว และผู้ปกครอง ให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมที่สุด

(5) จัดประชุมการทบทวนร่างรายงาน และผลักดันเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจ เพื่อให้ได้ร่างแผน โครงการที่สามารถพัฒนาระบบการจัดการอาหารกลางวันโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามในพื้นที่ให้ดีขึ้นต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

(1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในขั้นตอนการกลั่นกรองและการกำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบทางสุขภาพโดยสาธารณะและขั้นตอนการทบทวนร่างรายงานโดยสาธารณะและผลักดันเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยการจัดหมวดหมู่ เช่น สถานการณ์ รูปแบบการจัดการอาหาร ผลกระทบทางบวกและทางลบ และแนวทางการจัดการอาหาร แล้วตั้งชื่อกลุ่มหัวข้อสรุปตามข้อมูล เช่น การจัดการโภชนาการ การจัดการอาหารของครู และการจัดการอาหารของผู้ปกครอง รวมถึงการกำหนดประเด็นหลัก และประเด็นย่อย และนำเสนอผลการวิเคราะห์ในรูปแบบเชิงพรรณนา

(2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ในขั้นตอนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ นำเสนอผลการวิเคราะห์ 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) หาค่าร้อยละ (Percentage) และการพรรณนา และส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความรู้ พฤติกรรมการจัดการอาหารของครู และแม่ครัว ผู้ปกครอง และระดับความมั่นคงทางอาหาร ใช้เกณฑ์การประเมินแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์ตามแนวคิดของบลูม

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2567 เลขที่ EC 008/67 โดยผู้ร่วมวิจัยต้องสมัครใจในการให้ข้อมูล และสามารถถอนตัวออกจากการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาของการดำเนินงานวิจัยโดยไม่มีผลกระทบ

ผลการศึกษา

1. ผลการกลั่นกรองและการกำหนดขอบเขต

พบว่าผลการทบทวนสถานการณ์ภาวะโภชนาการอำเภอมายอ จังหวัดปัตตานี ปี 2564–2566 ได้แก่ เด็กที่มีภาวะอ้วน ร้อยละ 29.82, 26.10 และ 24.21 เด็กที่มีภาวะเตี้ย ร้อยละ 31.55, 26.75 และ 33.06 และเด็กที่มีภาวะผอม ร้อยละ 31.02, 26.05 และ 38.81 ตามลำดับ การจัดการอาหารกลางวันของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามได้ดำเนินการจัดการตามแผนนโยบายต่าง ๆ ที่รัฐกำหนด เช่น โครงการเกษตรเพื่ออาหารกลางวัน โครงการพระราชดำริโครงการเศรษฐกิจพอเพียง และการใช้โปรแกรม Thai School Lunch ในการกำหนดเมนูอาหาร ซึ่งการดำเนินการโครงการดังกล่าวยังไม่สามารถประเมินได้ว่านักเรียนที่ได้รับอาหารกลางวันมีโภชนาการที่ดีขึ้น มิหนำซ้ำพบปัญหาเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการเพิ่มมากขึ้น ซึ่งในการจัดประชุมการกลั่นกรองและการกำหนดขอบเขต พบว่าผู้เข้าร่วมประชุมเห็นว่าควรประเมินผลการจัดการอาหารกลางวันในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม อำเภอมายอ จังหวัดปัตตานี และได้ร่วมกำหนดขอบเขตการศึกษา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ขอบเขตการศึกษา

มิติการประเมิน	ประเด็นย่อย	กลุ่มเป้าหมาย	เครื่องมือ
การส่งเสริมโภชนาการของครู	-ความรู้เรื่องอาหาร -ทัศนคติเกี่ยวกับโภชนาการ -การดำเนินการส่งเสริมโภชนาการนักเรียน	-ครูที่รับผิดชอบงานอาหารกลางวัน จำนวน 5 คน	-แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างการส่งเสริมโภชนาการของครูในโรงเรียน
การจัดการอาหารของแม่ครัว	-ความรู้ -การเตรียมวัตถุดิบ -การประกอบอาหาร -การบริการอาหารแก่นักเรียน	-แม่ครัวที่ประกอบอาหารกลางวัน จำนวน 5 คน	-แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างการจัดการอาหารของแม่ครัวแก่นักเรียน
ปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้อง	-ความรู้เรื่องอาหาร -พฤติกรรมการประกอบอาหาร -สถานการณ์ความมั่นคงทางอาหารในพื้นที่	-ตัวแทนผู้ปกครองของนักเรียนที่มีปัญหาภาวะทุพโภชนาการ จำนวน 148 คน	-แบบสอบถามปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้อง

2. ผลการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ

ประกอบด้วย

2.1 การส่งเสริมโภชนาการของครูในโรงเรียน

ตารางที่ 2 ผลการประเมินการส่งเสริมโภชนาการของครู

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
1. ด้านความรู้เรื่องอาหารของครู	3.67	1.51	ความรู้ปานกลาง
2. ทัศนคติเรื่องโภชนาการของครู	3.20	0.62	ทัศคติระดับปานกลาง
3. การส่งเสริมอาหารและโภชนาการของครู	4.10	0.98	ปฏิบัติระดับดี

2.2 การจัดการอาหารของแม่ครัว

ตารางที่ 3 ผลการประเมินการจัดการอาหารของแม่ครัว

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
1. ด้านความรู้เรื่องการจัดการอาหารของแม่ครัว	3.14	0.69	ความรู้ปานกลาง
2. ทัศนคติเรื่องการจัดการอาหารของแม่ครัว	4.10	0.39	ทัศนคติอยู่ในระดับดี
3. พฤติกรรมการจัดการอาหารของแม่ครัว	3.16	0.11	ปฏิบัติระดับปานกลาง
การเตรียมอาหาร	2.66	0.13	
การประกอบอาหาร	4.43	1.51	
การบริการอาหาร			

2.3 ปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้อง ด้านข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 4 ผลการประเมินปัจจัยภายนอกที่มีผล

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
1. ด้านความรู้ของผู้ปกครอง	3.64	0.44	ความรู้ปานกลาง
2. พฤติกรรมการจัดการอาหารของผู้ปกครอง	2.45	0.59	ปฏิบัติระดับปานกลาง
ด้านการวางแผน	2.52	0.49	ปฏิบัติระดับปานกลาง
ด้านการเตรียมอาหาร	2.16	0.52	ปฏิบัติระดับน้อย
ด้านการเลือกบริโภค	2.40	0.53	ปฏิบัติระดับปานกลาง
ด้านการสนับสนุนของครอบครัว			
3. ความมั่นคงทางอาหารของครัวเรือน	2.35	0.73	ความมั่คงทางอาหารปานกลาง

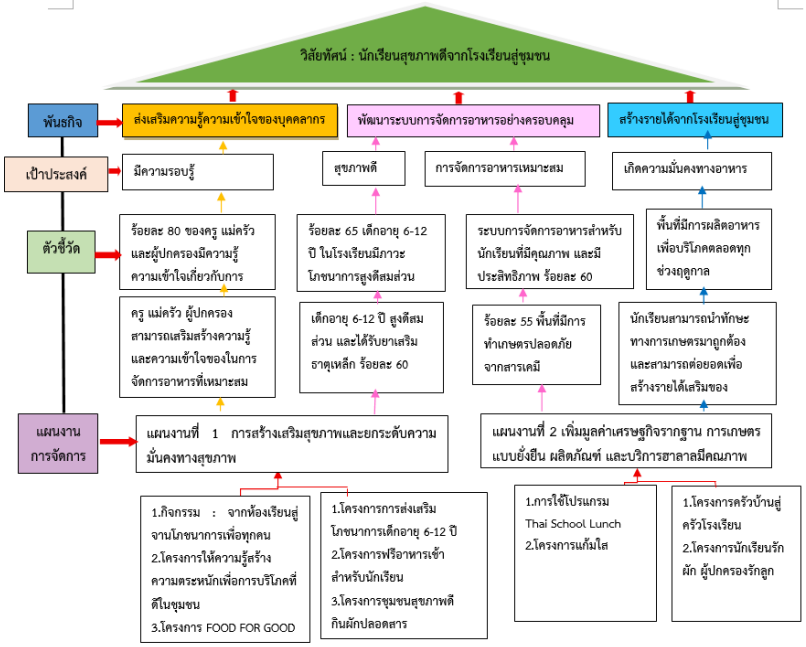
3. ขั้นตอนการทบทวนร่างรายงานและผลักดันเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจ

ผลการประชุมนำเสนอผลการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย หน่วยงานภาครัฐ เอกชน และกลุ่มแกนนำชุมชน จำนวน 27 คน ได้ข้อสรุปสถานการณ์การจัดการอาหารของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม และได้ข้อเสนอแนะในการจัดทำแผนงานโครงการ รวมถึงผลกระทบทางบวกและทางลบ เพื่อแก้ไขพัฒนาตามข้อเสนอให้ดีขึ้น ดังนี้

ด้านความรู้ของบุคลากร คือ ครู แม่ครัว และผู้ปกครอง ขาดความรู้เกี่ยวกับประโยชน์การรับประทานผัก ผลไม้ และเกลือไอโอดีน เพื่อการแก้ปัญหาด้านความรู้ควรสร้างความตระหนักและปรับทัศนคติ ควรมีการทบทวนให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องอาหารและโภชนาการที่ถูกต้องของบุคคลทั้งในโรงเรียนและชุมชน และสร้างเครื่องมือความรู้ที่สามารถถ่ายทอดให้ครู แม่ครัว ผู้ปกครองตระหนักและมีความเข้าใจได้ถูกต้องตามยุคสมัย โดยกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัด เพื่อการสร้างความตระหนัก และพัฒนาศักยภาพบุคลากร ร้อยละ 80.00

ด้านระบบการจัดการ คือ ไม่มีการส่งเสริมจัดการโภชนาการในนักเรียนที่ชัดเจน ทั้งยังไม่สามารถบังคับใช้มาตรการการบริโภคและการขายอาหารไม่มีประโยชน์ในพื้นที่ได้ เพื่อการจัดการสถานการณ์ดังกล่าว โรงเรียนทุกแห่งควรมีสหกรณ์ภายในโรงเรียน และขาดการประชุมหารือเรื่องการจัดการอาหารและแก้ภาวะโภชนาการในพื้นที่ และเสนอแผนนโยบายโครงการเกี่ยวกับการจัดการอาหารหรือการส่งเสริมโภชนาการในโรงเรียนและชุมชนเพื่อเกิดการผลักดันการแก้ปัญหาได้อย่างครอบคลุม กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัด คือ เพื่อปรับเปลี่ยนพัฒนาระบบการจัดการสำหรับนักเรียนที่มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 60.00

ด้านความมั่นคงทางอาหาร ได้แก่ การขาดทรัพยากรผลผลิตทางการเกษตรและรายได้ไม่เพียงพอต่อการบริโภค มีผลต่อการได้รับสารอาหารที่ไม่มีคุณภาพ รวมถึงการได้รับสารอาหารจากผักผลไม้ที่อาจจะมีการปนเปื้อนของสารเคมี ซึ่งในการจัดการโรงเรียนและชุมชนควรจัดตั้งเครือข่ายชุมชนเพื่อสร้างเกษตรกรชุมชน การส่งเสริมให้ครู นักเรียน บูรณาการวิชาการเกษตรเข้ากับการเรียนการสอนในวิชาเรียน โดยให้นักเรียนได้ทดลองปฏิบัติร่วมกับประชาชน เช่น การปลูกผัก การเก็บผลผลิต และการนำผลผลิตไปปรุงอาหาร อีกทั้งยังให้กลุ่มประชาชนที่เข้าร่วมสามารถนำสินค้าทางการเกษตรมาค้าขายในโรงเรียน และชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างรายได้ให้แก่ประชาชนได้อีกด้วย จนกระทั่งเกิดการเสนอแผนเพื่อพัฒนาระบบการจัดการอาหารกลางวันของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม ภายใต้แผน 2 แผนหลัก ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แผนพัฒนาระบบการจัดการอาหารกลางวันของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม

อภิปรายผล

ขั้นตอนการกลั่นกรองและการกำหนดขอบเขต การจัดการอาหารกลางวันของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม ได้ดำเนินการจัดการตามแผนนโยบายต่าง ๆ ที่รัฐกำหนด การดำเนินการโครงการดังกล่าวยังไม่สามารถประเมินได้ว่านักเรียนที่ได้รับอาหารกลางวันมีโภชนาการที่ดีขึ้น มิหนำซ้ำพบปัญหาเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการเพิ่มมากขึ้น ผู้เข้าร่วมประชุมจึงเห็นว่าควรประเมินผลการจัดการอาหารกลางวันในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม และได้กำหนดขอบเขตการศึกษาในการประเมินในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ ด้านการส่งเสริมโภชนาการของครู ด้านการจัดการอาหารของแม่ครัว และปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้อง

ผลการประเมินผลกระทบได้ดังนี้ ความรู้เรื่องอาหารและโภชนาการของครู และแม่ครัว ในการจัดการอาหารแก่นักเรียน ครู และแม่ครัว ควรมีการเรียน ทบทวนความรู้เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อการจัดการอาหารที่ถูกต้อง มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ ควรมีการวางแผนมื้ออาหารให้หลากหลายครอบคลุมทุก 5 หมู่ มีสารอาหารครบถ้วน เหมาะสมสำหรับเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ว่าเด็กที่ได้รับอาหารที่เหมาะสม มีพัฒนาการทางสมองและสติปัญญาที่ดีกว่าเด็กที่ขาดสารอาหาร ด้านทัศนคติ ส่วนใหญ่ครูมีทัศนคติต่อนักเรียนที่เตี้ยว่าเกิดจากพันธุกรรม ซึ่งการเกิดภาวะเตี้ยในเด็กไม่ได้เกิดจากพันธุกรรมเสมอไป แต่ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การขาดสารอาหารที่จำเป็น การเจริญเติบโตของฮอร์โมน และสภาพแวดล้อมการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ว่าความรู้และทัศนคติของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับคุณภาพอาหารกลางวันที่นักเรียนได้รับ[8] การจัดการอาหารของครูโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม มีการส่งเสริมการดำเนินงานของครูโดยใช้สื่อในการบูรณาการกับรายวิชา ให้นักเรียนเข้ามามีส่วนร่วมในการประกอบอาหาร และการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง การติดตามนักเรียน การจัดการปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม เพื่อให้นักเรียนเกิดความสนุกในการจัดการอาหารด้วยตนเอง และส่งเสริมสุขภาพนักเรียนตามมาตรฐานโภชนาการ สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการส่งเสริมพฤติกรรมโดยใช้กิจกรรมเชิงปฏิบัติการ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sukalya (2559) ที่พบว่า เด็กมีส่วนร่วมในการเตรียม การปรุงอาหาร และสามารถกินผักเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง[9]

การจัดการอาหารของแม่ครัว พบว่า แม่ครัวที่ทำหน้าที่ในการเตรียม ปรุงอาหาร มีความรู้เรื่องอาหารที่ได้มาจากประสบการณ์ไม่ว่าจะเป็นการเป็นแม่ครัวในโรงเรียนเป็นเวลานาน ในการกำหนดเมนูอาหาร ครูผู้รับผิดชอบงานอาหารกลางวันเป็นคนกำหนดเมนูอาหาร และแม่ครัวมีหน้าที่คำนวณค่าวัตถุดิบ เพื่อบริหารจัดการให้เพียงพอต่องบประมาณที่ได้รับ ซึ่งเมื่อมีการประเมินความรู้เรื่องอาหารโดยตรง พบว่าแม่ครัวมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการรับประทานไข่และเนื้อสัตว์ว่าไม่มีผลต่อการเจริญเติบโตของร่างกายเด็ก รวมถึงการดื่มนมไม่สามารถเสริมสร้างกระดูก ด้านปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ปกครองและพฤติกรรมการจัดการอาหารของผู้ปกครอง ซึ่งผู้ปกครองที่ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ที่จบการศึกษาสูงสุดแค่ระดับมัธยมศึกษา และมีหน้าที่หารายได้หลักให้ครอบครัว รายได้ต่อเดือนที่ได้จากการประกอบอาชีพไม่ว่าจะเป็นรับจ้าง กรีดยาง อย่างมากสุดที่ 5,000 – 10,000 บาท ไม่เพียงพอต่อการบริโภคอาหารในครัวเรือนที่มีสมาชิก 4 – 8 คนอย่างแน่นอน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งฟ้า โต๊ะถม (2558) ที่พบว่า นักเรียนที่ไม่ได้รับประทานอาหารครบมื้อเกิดจากปัจจัยหลาย ๆ ด้าน ได้แก่ รายได้ อาชีพ การศึกษา และขนาดของครอบครัว ส่งผลให้นักเรียนเกิดภาวะโภชนาการขาดหรือเกิน[10] ดังนั้นจึงควรมีมาตรการในการเฝ้าระวังเพื่อส่งเสริมโภชนาการในนักเรียน ซึ่งส่งผลให้เกิดความรู้และพฤติกรรมการจัดการอาหารของผู้ปกครอง หากผู้ปกครองมีความตระหนักมักจะเลือกอาหารจากคุณภาพ ประโยชน์ และความปลอดภัย เน้นการเตรียมอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ เช่น ล้างมือก่อน-หลังปรุงอาหาร อย่างไรก็ตาม ยังมีอุปสรรค เช่น การเข้าถึงของกินเล่นที่ไม่ดีต่อสุขภาพในชุมชน ขนมทอดต่าง ๆ ซึ่งเด็กและครอบครัวนิยมบริโภค สอดคล้องกับงานวิจัยของ Pramot (2567) ที่พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ คือ ผู้ดูแลควรได้รับความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ และเด็กควรได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคที่ถูกต้องเพื่อให้เด็กมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมตามวัย[11]

ขั้นตอนการทบทวนร่างรายงานและผลักดันเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจ สรุปได้ทั้งผลกระทบทางบวกและทางลบ และข้อเสนอแนะของการประเมินผลกระทบเพื่อพัฒนาการจัดการอาหารกลางวันในโรงเรียน ทำแผนเสนอแผนการจัดการระดับพื้นที่ เกิดกิจกรรมการจัดการอย่างมีส่วนร่วม ภายใต้แผนระดับจังหวัด 2 แผนหลัก ประกอบด้วย แผนที่ 1 การสร้างเสริมสุขภาพและยกระดับความมั่นคงทางอาหาร ในกิจกรรมโครงการด้านการส่งเสริมความรู้ ได้แก่ 1) ห้องเรียนสู่จานโภชนาการเพื่อทุกคน 2) โครงการให้ความรู้สร้างความตระหนักเพื่อการบริโภคที่ดีในชุมชน และ 3) โครงการ FOOD FOR GOOD เพื่อการสร้างความตระหนัก เพิ่มความรอบรู้เรื่องอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม ทั้งครู แม่ครัว และผู้ดูแลนักเรียน กิจกรรมโครงการด้านการส่งเสริมโภชนาการ ได้แก่ 1) โครงการส่งเสริมโภชนาการเด็กอายุ 6-12 ปี 2) โครงการฟรีอาหารเช้าสำหรับนักเรียน และ 3) โครงการชุมชนสุขภาพดี กินผักปลอดสาร เพื่อจัดการภาวะโภชนาการในนักเรียนทั้งที่ยังเกิดขึ้นอยู่และยังไม่เกิดขึ้นเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาที่มากขึ้นและแก้ไขได้ยากขึ้น และแผนที่ 2 เพิ่มมูลค่าเศรษฐกิจรากฐาน การเกษตรแบบยั่งยืน ผลิตภัณฑ์ และบริการฮาลาลมีคุณภาพในการพัฒนาระบบอาหารในโรงเรียนให้มีคุณภาพและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. การปรับปรุงหลักสูตรและการให้ความรู้เชิงปฏิบัติ โรงเรียนควรนำผลการประเมินไปใช้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อแก้ไขความเข้าใจผิดด้านโภชนาการให้แก่ครูและแม่ครัวอย่างเร่งด่วน (เช่น ความสำคัญของไข่ เนื้อสัตว์ และนมต่อการเจริญเติบโต) พร้อมทั้งนำเครื่องมือให้ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดเมนูอาหารกลางวันให้ครบ 5 หมู่ตามมาตรฐานโปรแกรม Thai School Lunch

2. การบูรณาการเกษตรชุมชนสู่โรงเรียน โรงเรียนและชุมชนควรนำแนวทางจากงานวิจัยไปปฏิบัติจริง โดยบูรณาการวิชาการเกษตรเข้ากับการเรียนการสอน ให้นักเรียน ครู และผู้ปกครองร่วมกันปลูกผักปลอดสารพิษเพื่อนำมาใช้เป็นวัตถุดิบในการประกอบอาหารกลางวัน ซึ่งจะช่วยลดต้นทุนและแก้ปัญหาความไม่มั่นคงทางอาหารของครัวเรือนที่มีรายได้น้อยได้อย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การกำหนดมาตรการจัดการสภาพแวดล้อมด้านอาหาร หน่วยงานระดับท้องถิ่น (เช่น อบต. และสาธารณสุขอำเภอ) ควรกำหนดนโยบายและมาตรการร่วมกับโรงเรียนในการควบคุมการจำหน่ายอาหารและขนมกรุบกรอบที่ไม่มีประโยชน์ทั้งภายในสหกรณ์โรงเรียนและบริเวณรอบรั้วโรงเรียน เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีภาวะโภชนาการที่ดีของนักเรียน

2. การสนับสนุนแผนงานยกระดับเศรษฐกิจรากฐานระดับจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านการศึกษาและสาธารณสุข ควรผลักดันนโยบายจัดสรรงบประมาณสนับสนุนแผนงานเพิ่มมูลค่าเศรษฐกิจรากฐาน การเกษตรแบบยั่งยืน ผลิตภัณฑ์และบริการฮาลาล อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เครือข่ายเกษตรกรในชุมชนสามารถผลิตและส่งต่อวัตถุดิบที่ปลอดภัยเข้าสู่ระบบอาหารโรงเรียนได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การวิจัยเพื่อประเมินผลกระทบระยะยาว (Evaluation Research) ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามและประเมินผลสัมฤทธิ์ของแผนพัฒนาระบบการจัดการอาหารกลางวันทั้ง 2 แผนหลักที่ได้จากงานวิจัยนี้ ในระยะเวลา 1-2 ปี เพื่อดูว่าสามารถลดอัตราเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ (เตี้ย ผอม และอ้วน) ลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่

2. การศึกษาเชิงเปรียบเทียบและการขยายผลในระดับภูมิภาค ควรขยายพื้นที่การศึกษาบริบทการจัดการอาหารกลางวันไปยังโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามในอำเภอหรือจังหวัดอื่น ๆ ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอุปสรรคและปัจจัยความสำเร็จ และนำไปสร้างเป็นรูปแบบ (Model) การจัดการอาหารกลางวันภายใต้วิถีพหุวัฒนธรรม ระดับภูมิภาคต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Education. Guidelines for the implementation of school lunch program. Bangkok:Ministry of Education; 2024. p. 7-8.

2. Phankaew A. Study report. Bangkok: Office of the National Economic and Social Development Council; 2019. (in Thai).
3. Ministry of Education. Guidelines for the implementation of school lunch program [Internet]. 2021 [cited 2026 Mar 3]. Available from: https://www.moe.go.th
4. UNICEF Thailand. A survey by the National Statistical Office and UNICEF reveals disparities in the southern region, where children lack immunization, face nutritional problems, and lack learning skills [Internet]. 2023 [cited 2026 Mar 3]. Available from: https://www.unicef.org/thailand/th
5. Bureau of Nutrition, Department of Health. Report on the analysis of indicators: percentage of children aged 4–14 years with good height and proportional weight, 2nd half of 2023. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2024. (in Thai).
6. Damapong S. What can parents do to support their child's nutrition beyond school meals [Internet]. 2021 [cited 2026 Mar 3]. Available from: https://thepotential.org
7. Kasima S. Developmental evaluation of the Crown Prince Hospital Network, Sa Kaeo Province. Journal of Phrachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. 2022. (in Thai).
8. Thai Health Promotion Foundation (ThaiHealth). School lunch program for healthy Thai children [Internet]. 2021 [cited 2026 Apr 9]. Available from: https://www.thaihealth.or.th (in Thai).
9. Sukanya K, Bussaba S, Kritchakarn S, Saifon C. Development and effectiveness evaluation of a vegetable consumption promotion program among preschool children. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2026;20(1):205–216. (in Thai).
10. Toathom R. Factors associated with food consumption behavior outside school among students under the Bangkok Noi District Office, Bangkok. Veridian E-Journal, Silpakorn University (Humanities, Social Sciences and Arts). 2015;8(3):781–792. (in Thai).
11. Thepchan P. Factors related to nutritional status among preschool children in the threesouthern border provinces [thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2024. (in Thai).

Citation:

Nawae, M., Sukmag, P. Application of Health Impact Assessment for Sustainable School Lunch Management Systems in Islamic Private Schools: A Case Study of Mayo District, Pattani Province. J Impact Assess Public Policy 2026; 1(1): e3130.

Online Access

https://so19.tci-thaijo.org/index.php/JIAPP/article/view/3130



JIAPP
Impact Assess Public Policy

Research Article

ผลกระทบทางสุขภาพชุมชนลดหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะเพชร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช

Health Impact Assessment Community of Diabetes Prevention in Koh Phet Health Promoting Hospital, Hua Sai, Nakhon Si Thammarat

ภัททิยา ลายทิพย์[1*], เพ็ญ สุขมาก[2]
Phattiya Laytip[1*], Phen Sukmag[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ดำเนินการตามขั้นตอนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (HIA) เพื่อประเมินโครงการชุมชนลดหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะเพชร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณจากกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ผู้นำชุมชน ผู้กำหนดนโยบาย และผู้ป่วยเบาหวาน ผ่านเครื่องมือแบบสอบถามและการสนทนากลุ่มผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลตนเองระดับปานกลาง (ร้อยละ 46.97) แต่ยังขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องการจัดการอาหาร ยา และความเสี่ยงภาวะน้ำตาลต่ำจากการออกกำลังกาย ในด้านพฤติกรรมแม้ส่วนใหญ่จะปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องการใช้ยาเป็นประจำ แต่ยังขาดความสม่ำเสมอในการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย แม้ระบบบริการสุขภาพจะมีความครอบคลุมสูง โดยผู้ป่วยทุกรายได้รับการคัดกรองตาและเท้าอย่างทั่วถึง แต่ผลลัพธ์ทางสุขภาพกลับพบว่าผู้ป่วยถึงร้อยละ 90.15 มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) เกินเกณฑ์มาตรฐาน โดยพบภาวะแทรกซ้อนทางตาและอาการชาปลายมือปลายเท้ามากที่สุดข้อเสนอแนะจากการประเมินชี้ให้เห็นว่า ควรเน้นการให้ความรู้แบบรายบุคคลผ่านสื่อที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ควบคู่ไปกับการพัฒนาสภาพแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อการทำกิจกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ควรใช้กลไกสนับสนุนจากครอบครัวร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการติดตามผู้ป่วยกลุ่มที่ขาดนัดและกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในระยะยาวอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ, ชุมชนลดหวาน, โรคเบาหวาน

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช 80170
[2] สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110
[1] Hua Sai District Public Health Office, Hua Sai District, Nakhon Si Thammarat Province 80170
[2] Public Policy Institute, Prince of Songkla University, Hatyai, Songkla 90110

*Corresponding Author: Email: ice_love03@hotmail.com; Tel: 0887099787
Received: Mar 24, 2026; Revised: Apr 17, 2026; Accepted: Apr 19, 2026

Abstract

This study was conducted following the Health Impact Assessment (HIA) framework to evaluate the Community-based sugar reduction project at Koh Phet Health Promoting Hospital, Hua Sai District, Nakhon Si Thammarat Province. Both qualitative and quantitative data were analyzed, involving practitioners, community leaders, policymakers, and diabetic patients. Research instruments included questionnaires and focus group discussions.The results revealed that most diabetic patients possessed a moderate level of self-care knowledge (46.97%). However, there was a significant lack of understanding regarding proper dietary and medication management, as well as the risks of exercise-induced hypoglycemia. Regarding behavior, while most patients adhered to medication regimens, they lacked consistency in diet control and physical activity. Despite high healthcare accessibility—with all patients receiving comprehensive eye and foot screenings—health outcomes remained concerning: 90.15% of patients had glycated hemoglobin (HbA1c) levels exceeding the standard threshold. The most prevalent complications were diabetic retinopathy and peripheral neuropathy (numbness in hands and feet).The assessment suggests that interventions should prioritize personalized education using media tailored to the local context. Furthermore, the community environment should be developed to facilitate health activities. Support mechanisms involving families and Village Health Volunteers (VHVs) should be strengthened to track patients who miss appointments and to provide continuous behavioral coaching. Such measures are essential for effectively preventing severe long-term complications.

Keywords : Health impact assessment, Community-based sugar reduction, Diabetes

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) สำคัญที่เป็นปัญหาในระดับโลก สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี 2573 จะมีเพิ่มขึ้นจำนวน 643 ล้านคน ในขณะที่ประเทศไทยอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 3 แสนคนต่อปี ซึ่งก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉพาะเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี[1] ซึ่งการดำเนินการป้องกันโรคเบาหวานเป็นสิ่งสำคัญ เพราะมีหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานและบางปัจจัยนั้นก็ยังสามารถป้องกันได้[2] กรมควบคุมโรค รายงานสถานการณ์โรคเบาหวาน พบว่าในช่วงปี 2565-2567 ผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และปี พ.ศ. 2568 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานทั่วประเทศในปี 2566 อยู่ที่ 4,827,065 คน และเพิ่มขึ้นเป็น 5,183,925 คน ในปี 2567 และเมื่อนำมาจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด ขณะที่กลุ่มเด็กและวัยรุ่นมีสัดส่วนค่อนข้างต่ำ แต่ยังคงพบผู้ป่วย (ชนิดที่ 2) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงภาระโรคเรื้อรังที่ยังคงทวีความรุนแรงในระบบสุขภาพไทยและสะท้อนถึงความท้าทายของระบบสุขภาพในการรับมือโรคเบาหวาน ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ทั้งพฤติกรรมการบริโภค การมีกิจกรรมทางกายต่ำ ภาวะอ้วน และสังคมผู้สูงอายุ[3]

จากรายงานระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) จังหวัดนครศรีธรรมราช ปี 2567 - 2569 พบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานตำบลเกาะเพชร คิดเป็นร้อยละ 7.14, 8.16 และ 8.22 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าในพื้นที่ตำบลเกาะเพชรมีแนวโน้มผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะเพชรได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่มเสี่ยง เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพจากสถิติการเจ็บป่วย ปัญหาสาธารณสุข เมื่อนำมาจัดลำดับความสำคัญของโรค ขนาดของปัญหา ความรุนแรงของปัญหา ความยากง่ายในการแก้ไขของปัญหา พบว่า โรคเรื้อรัง จัดอยู่ในลำดับที่ 2 ที่จะต้องได้รับการแก้ไขซึ่งมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี จึงได้มีการจัดโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่ รวมถึงให้ผู้ป่วยได้ร่วมกันจัดกิจกรรม สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น โดยมี

กิจกรรมในการดำเนินโครงการ เช่น การคัดกรองความเสี่ยง ประเมินความรู้ของผู้ป่วยก่อนเข้ากลุ่มรับการอบรม จัดกิจกรรมให้ความรู้ 3อ 2ส จัดกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และหลังจากจัดกิจกรรมจะมีการติดตามผลโดยนัดผู้ป่วยมาทบทวนความรู้โดยการทำแบบประเมินความรู้อย่างน้อย 2 ครั้ง ต่อปี เป็นต้น

ที่ผ่านมาโครงการชุมชนลดหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะเพชรได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องซึ่งมีเพียงการติดตามผลของโครงการแต่ยังไม่มีการประเมินผลกระทบของโครงการ รวมทั้งยังขาดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการร่วมกันประเมินโครงการต่าง ๆ การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ เป็นเครื่องมือในการประเมินและเป็นการเรียนรู้ร่วมกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ให้ทุกฝ่ายทั้งประชาชน ชุมชน ภาครัฐ ภาคเอกชน และเพื่อคาดการณ์ถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบาย แผนงานหรือโครงการ ที่มีต่อสุขภาพของประชาชน ทั้งทางบวก ทางลบ มีการประยุกต์ใช้เครื่องมือที่หลากหลาย เพื่อสนับสนุนและเสนอต่อกลไกที่เกี่ยวข้องที่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพของประชาชนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว[4,5] ขั้นตอนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การกลั่นกรองโดยสาธารณะ (Public screening) ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดขอบเขตการศึกษาโดยสาธารณะ (Public scoping) ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Assessing) ขั้นตอนที่ 4 การทบทวนร่างรายงานโดยสาธารณะ (Public review) ขั้นตอนที่ 5 การผลักดันเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจ (Influencing) และขั้นตอนที่ 6 การติดตามและประเมินผลโดยสาธารณะ[6]

ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนการดำเนินงานโครงการที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานที่ผ่านมาโดยใช้กรอบแนวทาง Ottawa charter ซึ่งการดำเนินงานเพื่อลดอัตราป่วยด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวาน จำเป็นต้องดำเนินกิจกรรมให้ครอบคลุมตามกรอบแนวทาง Ottawa charter ทั้งการพัฒนาศักยภาพคน เครือข่าย สร้างนโยบายสาธารณะ สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อ เสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง และการใช้ระบบ กลไก และการดำเนินงานจำเป็นต้องใช้เครื่องมือและกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการร่วมกันประเมินผล ซึ่งการประเมินผลกระทบทางสุขภาพจึงเป็นเครื่องมือในการพัฒนาที่สามารถนำมาใช้ในการประเมินการเรียนรู้ร่วมกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย[4] ในการร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ร่วมกำหนดเป้าหมายการพัฒนา และร่วมวิเคราะห์ผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากการดำเนินงานโครงการที่ผ่านมา เพื่อให้ได้ข้อมูลในการตัดสินใจ หรือสนับสนุนการปรับปรุงกิจกรรมในอนาคต ให้เป็นโครงการที่ดีมีคุณภาพ สอดคล้องกับการแก้ปัญหาของพื้นที่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลกระทบทางสุขภาพของการดำเนินงานโครงการชุมชนลดหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะเพชร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งผลการศึกษาในบทความครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่องการประเมินผลกระทบทางสุขภาพชุมชนลดหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะเพชร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช จะนำเสนอผลการศึกษาในขั้นตอนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ และขั้นตอนการทบทวนร่างรายงานโดยสาธารณะและการผลักดันเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจ

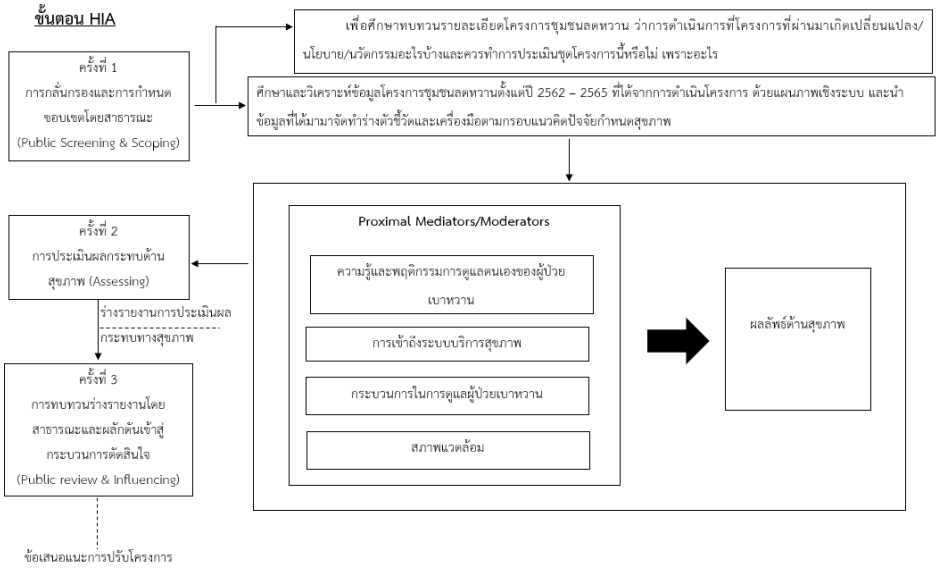
แม้พื้นที่จะมีการดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่อง แต่ยังขาดการประเมินอย่างเป็นระบบในมิติความรู้ พฤติกรรม การเข้าถึงบริการ และผลลัพธ์สุขภาพ ดังนั้น การศึกษานี้จึงมุ่งประเมินผลกระทบต่อสุขภาพชุมชนลดหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะเพชร ภายใต้กรอบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับเป็นแนวทางการแก้ไข พัฒนาแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการประยุกต์ใช้การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพเป็นเครื่องมือในการปรับปรุงแก้ไขโครงการ ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลกระทบทางสุขภาพของการดำเนินงานโครงการชุมชนลดหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะเพชร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมุ่งเน้นการวิเคราะห์ผลกระทบในมิติด้านปัจเจกบุคคล สภาพแวดล้อม และระบบกลไก เพื่อรวบรวมข้อเท็จจริงและข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน สำหรับนำไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงกิจกรรมและพัฒนานโยบายสาธารณะที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation research) โดยการใช้กระบวนการการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ 5 ขั้นตอน และแนวคิดทฤษฎีเชิงระบบ (System approach) เพื่อใช้ในการประเมินโครงการ และวิเคราะห์เนื้อหากิจกรรมกรณีศึกษาโครงการชุมชนลดหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะเพชร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยดำเนินการ 3 ครั้ง จาก 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 ขั้นตอนการกลั่นกรองและการกำหนดขอบเขตการประเมิน ครั้งที่ 2 ขั้นตอนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ และครั้งที่ 3 ขั้นตอนการทบทวนร่างรายงานโดยสาธารณะและการผลักดันเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจ มีรายละเอียด ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการตามขั้นตอนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ เป็นงานวิจัยแบบเชิงประเมินผล (Evaluation research) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีเชิงคุณภาพ (Qualitative) และเชิงปริมาณ (Quantitative) โดยใช้การประเมินผลกระทบทางสุขภาพในการประเมินชุดโครงการชุมชนลดหวาน ซึ่งดำเนินการวิจัยจำนวน 3 ครั้ง ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 ขั้นตอนการกลั่นกรองและการกำหนดขอบเขตการประเมิน ครั้งที่ 2 ขั้นตอนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ และครั้งที่ 3 ขั้นตอนการทบทวนร่างรายงานโดยสาธารณะและการผลักดันเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการชุมชนลดหวาน คือ กลุ่มผู้ปฏิบัติการ ผู้นำและแกนนำชุมชน ผู้กำหนดนโยบาย และประชาชนที่เป็นโรคเบาหวาน การเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะเพชร มีจำนวน 4 คน ผู้นำและแกนนำชุมชนในพื้นที่ จำนวน 20 คน ผู้กำหนดนโยบาย จำนวน 2 คน และประชาชนที่เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งตัวแทนผู้ที่เข้าร่วมโครงการโดยการใช้ตารางสำเร็จรูปของเครซี่และมอร์แกน เพื่อกำหนดขนาดตัวอย่าง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 132 คน จาก 200 คน โดยกลุ่มประชาชนที่เป็นโรคเบาหวานผู้วิจัยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากการกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

(1) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

(2) เป็นกลุ่มเป้าหมายของโครงการในแต่ละปี

(3) เป็นคนที่เข้าร่วมโครงการชุมชนลดหวานตั้งแต่ปี 2562–2565

และมีเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) มีดังนี้

(1) เป็นผู้ป่วยติดเตียง

กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครซี่และมอร์แกน กำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95%

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 15 ข้อ, ความรู้ในการดูแลตนเอง จำนวน 12 ข้อ แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ส่วน โดยพิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 19 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ให้เลือกคำตอบที่ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง หรือไม่เคยปฏิบัติเลย, การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ จำนวน 19 ข้อ, การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 9 ข้อ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เก็บข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละคนจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วย

ขั้นตอนการทบทวนร่างรายงานโดยสาธารณะและผลักดันเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจ ร่างรายงานการประเมินผลกระทบทางสุขภาพและแนวคำถามการประชุมกลุ่มสำหรับรับฟังความคิดเห็นและผลักดันเข้าสู่การตัดสินใจ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยเสนอให้กับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากนั้นหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม (IOC) ซึ่งมีความสอดคล้องและความตรงเชิงเนื้อหา โดยแบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยเบาหวานได้ค่า IOC เท่ากับ 0.94 แนวคำถามในการประชุมกลุ่มการทบทวนร่างรายงานโดยสาธารณะและผลักดันเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจ ได้ค่า IOC เท่ากับ 1 เมื่อผ่านการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาปรับปรุงให้มีความเหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยวิธีการให้ตอบแบบสอบถาม และเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ผลการประเมินนำมาวิเคราะห์ข้อมูลและอธิบายข้อมูลเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 15 ข้อ โดยข้อคำถามมีทั้งแบบตรวจสอบรายการและเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ความรู้ในการดูแลตนเอง เป็นแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วย เป็นข้อคำถามที่ให้เลือกคำตอบลงในช่องคำตอบที่ใช่ ไม่ใช่ หรือไม่ทราบ ให้ตรงกับความคิดของผู้ป่วย จำนวน 12 ข้อ

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นข้อคำถามที่ให้เลือกคำตอบที่ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง หรือไม่เคยปฏิบัติเลย จำนวน 19 ข้อ

ส่วนที่ 3 การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

ส่วนที่ 4 การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 9 ข้อ โดยข้อคำถามแบบตรวจสอบรายการ

ส่วนที่ 5 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เก็บข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละคนจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วยที่ รพ.สต.

ขั้นตอนการทบทวนร่างรายงานโดยสาธารณะและการผลักดันเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจ ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากแนวคำถามในการประชุมกลุ่มการทบทวนร่างรายงานโดยสาธารณะและผลักดันเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจ และคืนข้อมูลแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงให้ข้อเสนอแนะเพื่อเป็นข้อปรับปรุงแก้ไข พัฒนากิจกรรมการดำเนินงานครั้งต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อหาความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

การแปลความหมายด้านความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เกณฑ์การประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ผู้วิจัยได้แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ส่วน โดยพิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งระดับอิงเกณฑ์ที่ประยุกต์จากแนวคิดของบลูม (Bloom, 1970) ซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัยของ มนรดา แข็งแรง และคณะ[7] ดังนี้

ระดับสูง หมายถึง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (9-12 คะแนน)

ระดับปานกลาง หมายถึง ร้อยละ 60-79 (5-8 คะแนน)

ระดับต่ำ หมายถึง ต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-4 คะแนน)

การแปลความหมายพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นข้อคำถามที่ให้เลือกคำตอบที่ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง หรือไม่เคยปฏิบัติเลย ผู้วิจัยได้แบ่งความถี่ออกเป็น 3 ระดับ[7] ดังนี้

ปฏิบัติประจำ หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้น 5-7 วัน ต่อสัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นเป็นบางครั้ง หรือบางวัน 1-4 วัน ต่อสัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เลย

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการนำข้อมูลที่ได้โดยนำเทปบันทึกเสียงจากการจัดเวทีการประชุม มาถอดเทปเป็นข้อมูลเชิงบรรยาย ทำการสกัดประโยคสำคัญมาจัดหมวดหมู่คำ กลุ่มคำ พร้อมทั้งนำข้อมูลที่มีความหมายเหมือนหรือใกล้เคียงกันมาจัดไว้ในกลุ่มเดียวกัน และดำเนินการเขียนบรรยายสิ่งที่ค้นพบ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล เพื่อนำไปสู่การสรุปผลการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์

บทความฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยการประเมินผลกระทบทางสุขภาพชุมชนลดหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะเพชร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย เลขที่ EC 003/67 จากสถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผลการศึกษา

1 ขั้นตอนการกลั่นกรองและการกำหนดขอบเขตการประเมิน

เป็นส่วนหนึ่งของ Proceedings การประชุมวิชาการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA FORUM) ประจำปี 2568 พบว่า จากการทบทวนสถานการณ์โรคเบาหวาน และทบทวนแผนงาน โครงการ กิจกรรมการดำเนินงานโครงการโดยการใช้แผนภาพเชิงระบบ เมื่อวิเคราะห์ภาพเชิงระบบของโครงการที่ผ่านมา เห็นได้ว่าโครงการจะเน้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย แต่ยังขาดการสร้างนโยบายสาธารณะ การปรับใช้ระบบกลไกที่มีในพื้นที่มาเสริมสร้างความเข้มแข็งในชุมชน รวมทั้งสัมภาษณ์เชิงลึกผู้รับผิดชอบโครงการ และผู้วิจัยได้ร่างขอบเขตการกำหนดขอบเขตการประเมินตามกรอบแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ 3 ด้าน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล สภาพแวดล้อม และระบบกลไก เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการประชุมกลุ่ม เพื่อร่วมกันพิจารณาการกำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ รายละเอียดเนื้อหาที่ต้องการประเมิน ตัวชี้วัด เครื่องมือที่ใช้ รวมถึงการกำหนดขอบเขตเชิงประชากร เชิงพื้นที่ และแนวทางการประเมินที่เหมาะสมกับบริบทโครงการ พบว่า ควรมีการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานตามกรอบแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะและเพิ่มประสิทธิภาพผลการดำเนินงาน และนำผลที่ได้ไปปรับใช้ในโครงการโรคเบาหวานที่จะดำเนินในอนาคต

2. ขั้นตอนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ

จากการเก็บข้อมูลโดยการใช้เครื่องมือแบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่และตามขอบเขตการประเมินในขั้นตอนการกำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ พบว่า

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 132 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 104 ราย มีอายุเฉลี่ย 63 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ และจบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา 108 ราย ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 9 ปี ซึ่งรักษาโรคเบาหวานด้วยการใช้ยารับประทาน 132 ราย เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ความรู้ในการดูแลตนเอง จากการสอบถามผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ตำบลเกาะเพชรที่เคยได้รับการอบรมให้

ความรู้ในการดูแลตนเอง พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความรู้เรื่องเบาหวานอยู่ระดับสูง ร้อยละ 36.36 มีความรู้อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 46.97 และมีความรู้อยู่ระดับต่ำ ร้อยละ 17.42 โดยผู้ป่วยมีระดับความรู้สูง (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80) ส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่องของโรคเบาหวาน อาการของโรค อาการแสดงเมื่อมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ รวมถึงการดูแลเท้าเบื้องต้น ในประเด็นที่มีความรู้ต่ำ พบว่า ความรู้เรื่องความเสี่ยงของภาวะน้ำตาลต่ำจากการออกกำลังกาย มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 14.40 ที่ทราบว่าระดับน้ำตาลในเลือดต่ำอาจเกิดจากการออกกำลังกายที่มากเกินไป ซึ่งสะท้อนว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อีกร้อยละ 85.60 ไม่ทราบถึงความเสี่ยงสำคัญนี้ ความรู้เรื่องการจัดการยาและอาหาร ผู้ป่วยมีความรู้ต่ำในเรื่องเกี่ยวกับการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดแต่ไม่รับประทานอาหารเช้า ร้อยละ 48.50 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเสี่ยงสูงที่ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจากความเข้าใจเรื่องรับประทานยาและอาหารที่ไม่ถูกต้อง

พฤติกรรมการดูแลตนเอง จากการสอบถามผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ด้วยแบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิบัติตามคำแนะนำอาหาร/ยา เป็นประจำ แต่ยังมีปัญหาด้านพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งพฤติกรรมที่ดีและมีการปฏิบัติเป็นประจำ ได้แก่ การปฏิบัติตามคำแนะนำอาหาร/ยา โดยผู้ป่วยร้อยละ 86.40 รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง (ถูกขนาด ถูกเวลา) และร้อยละ 90.20 อ่านฉลากก่อนรับประทานยา ผู้ป่วยร้อยละ 95.50 ไม่เคยปรับหรือลดขนาดยาด้วยตัวเอง การจัดการความเครียด ผู้ป่วยร้อยละ 73.50 นอนหลับพักผ่อนเพียงพออย่างน้อยวันละ 6–8 ชั่วโมง ในขณะที่พฤติกรรมที่ควรปรับปรุง ได้แก่ การควบคุมอาหาร ผู้ป่วยร้อยละ 61.40 ที่รับประทานอาหารครบ 3 มื้อทุกวันเป็นประจำ โดยมีร้อยละ 37.90 ปฏิบัติบางครั้ง ซึ่งบ่งชี้ว่าการควบคุมน้ำตาลในชีวิตประจำวันยังไม่เข้มงวดพอ รวมถึงมีผู้ป่วยร้อยละ 83.30 ที่รับประทานผลไม้รสหวานตามฤดูกาล (เช่น ลำไย มะม่วงสุก ทุเรียน) เพียงบางครั้ง ซึ่งอาจนำไปสู่การได้รับน้ำตาลในปริมาณมากในแต่ละมื้อ การออกกำลังกาย ผู้ป่วยร้อยละ 33.30 ที่ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 15–30 นาที การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยร้อยละ 58.30 ปฏิบัติเป็นประจำในการตรวจเท้า และทำความสะอาดเท้า เพื่อดูความผิดปกติของบริเวณเท้า และร้อยละ 68.20 พยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะทำให้เกิดบาดแผลที่เท้า

ส่วนที่ 3 การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยทุกรายได้รับการคัดกรองตาและเท้า แสดงถึงความครอบคลุมของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ดี รวมไปถึงผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 83.30 ไปตรวจตามนัดทุกครั้ง และเมื่อผู้ป่วยไม่ได้ไปตามนัด เจ้าหน้าที่มีการติดตามโดยการโทรสอบถามร้อยละ 83.30 และร้อยละ 12.10 มีเจ้าหน้าที่/อสม. ไปหาที่บ้าน แสดงถึงระบบการดูแลติดตามผู้ป่วย รวมทั้งชุมชนมีความพร้อมด้านสถานที่ออกกำลังกายสูง มีสถานที่สำหรับการออกกำลังกายและมีสิ่งอำนวยความสะดวก สถานที่สำหรับการพักผ่อนหย่อนใจมีเพียงร้อยละ 46.20 และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพตนเองมีเพียงร้อยละ 48.50 ทำให้เห็นว่าชุมชนมีความพร้อมสำหรับกิจกรรมทางกายภาพสูง (มีสถานที่ออกกำลังกาย) แต่ยังขาดแคลนสถานที่พักผ่อนหย่อนใจและสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพโดยรวม

ส่วนที่ 4 การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยทุกรายได้รับการตรวจทางคลินิก (การวัดค่าเฮโมโกลบิน A1c, การตรวจไขมันในเลือด) และได้รับการบริการการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดในชุมชน รวมถึงได้รับการดูแลและมีการให้กำลังใจจากบุคคลในครอบครัว และเคยเข้าร่วมกิจกรรมโครงการเบาหวาน/การรณรงค์โรคเบาหวาน และเห็นว่ากิจกรรมดังกล่าวทำให้ทราบวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสม

ส่วนที่ 5 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c (4.00–6.20%) ที่เกินเกณฑ์อย่างมาก โดยมีจำนวน 119 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.15 ในขณะที่มีผู้ป่วยเพียง 13 ราย (ร้อยละ 9.85) ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมให้อยู่ในเกณฑ์ได้ (M = 7.13) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด, ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว มีระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 62.12 (M = 124.98) แสดงให้เห็นถึงผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติได้ การควบคุมไขมันในเลือด ระดับคอเลสเตอรอล พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 81.06 (M = 207.20) และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน (N = 47) พบว่า อาการ

ชาปลายมือปลายเท้า เป็นภาวะที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 59.57, อาการทางตา ร้อยละ 55.32 และอาการผิดปกติของไต ร้อยละ 8.51 โดยข้อมูลที่ได้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนระบบประสาท (อาการชา) และดวงตา ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนมากที่สุดในกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับผลลัพธ์ของ HbA1c ที่สูงเมื่อผู้วิจัยได้ข้อมูลจากแบบสอบถามเรียบร้อยทำการสรุปผลการประเมินผลกระทบทางสุขภาพเชิงบวก เชิงลบ และได้ข้อเสนอแนะ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การประเมินผลกระทบทางสุขภาพเชิงบวก เชิงลบ และข้อเสนอแนะ

มิติการประเมิน	รายละเอียด	ผลกระทบเชิงบวก	ผลกระทบเชิงลบ	ข้อเสนอแนะ
ปัจเจกบุคคล	- ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	- ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นนำไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้อง	- ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับความรู้ที่ต่ำ ทำให้เกิดช่องว่างในการให้การความรู้ หรือเนื้อหาที่ไม่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย	- ส่งเสริมความรู้ที่มีเป็นฐานในการส่งเสริมการปฏิบัติที่ถูกต้องและเน้นความรู้ที่ยังอยู่ในระดับต่ำ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้องยิ่งขึ้น - ให้คำแนะนำด้านโภชนาการที่เข้มข้นขึ้น - จัดทำสื่อและเน้นการให้คำแนะนำ แบบรายบุคคล
	- พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	- ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการปฏิบัติที่สม่ำเสมอและถูกต้อง ตามคำแนะนำ - ผู้ป่วยปฏิบัติเป็นประจำในการรับประทานยาถูกขนาด/ถูกเวลา และไม่ปรับหรือลดขนาดยาด้วยตนเอง	- ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ นำไปสู่การควบคุมโรคได้ไม่ดี - การรับประทานอาหารครบ 3 มื้อทำเพียงบางครั้ง รับประทานผลไม้รสหวานตามฤดูกาล บางครั้ง ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการควบคุมระดับน้ำตาลและส่งผลต่อการควบคุมน้ำหนักและระดับน้ำตาลในระยะยาว	- ควรมีการติดตามกลุ่มที่ลืมรับประทานยา/ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อหาแนวทางแก้ไข - จัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ
สภาพแวดล้อม	- สภาพแวดล้อมด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย - ด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ (สถานที่สำหรับการพักผ่อน หย่อนใจ/สถานที่ที่เอื้อต่อการส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง	- จำนวนสถานที่ที่เพียงพอ และเข้าถึงได้ง่าย ซึ่งส่งเสริมให้ประชาชนมีโอกาสออกกำลังกายมากขึ้น - ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาพได้ง่ายขึ้นและมีราคาถูกลง	- จำนวนสิ่งอำนวยความสะดวก/อุปกรณ์ที่น้อยเกินไปหรืออยู่ในสภาพที่ใช้งานไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพ - การขาดแคลนสถานที่ หรือสถานที่ที่มีอยู่ไม่ได้รับการสนับสนุน อาจทำให้ผู้ป่วยเบาหวานต้องพึ่งพาอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ	- ควรมีการส่งเสริมการใช้งานสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการออกกำลังกาย ซึ่งจะเชื่อมโยงกับความพร้อมของสถานที่สูงกับพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับต่ำ - การส่งเสริมการจัดตั้งหรือปรับปรุงพื้นที่ในชุมชนให้เป็นสถานที่พักผ่อนหย่อนใจและเป็นมิตรต่อสุขภาพ

มิติการประเมิน	รายละเอียด	ผลกระทบเชิงบวก	ผลกระทบเชิงลบ	ข้อเสนอแนะ
				- ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของตนเอง
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	- ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (ระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c, ระดับไขมันในเลือด, การเข้ารับบริการ/รักษาในหน่วยบริการ)	- ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกอยู่ในเกณฑ์ควบคุม - ผู้ป่วยได้รับการวัดค่า HbA1c และการตรวจไขมันในเลือดตามมาตรฐาน - ผู้ป่วยได้รับการดูแลและให้กำลังใจจากครอบครัว - ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน - ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองตาและการตรวจเท้า	- ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ผิดปกติ (เช่น HbA1c) สามารถบ่งบอกถึงความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน - ผู้ป่วยบางส่วนขาดนัดหรือไม่ตรงนัด ซึ่งเสี่ยงต่อการดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง	- ควรมีการส่งเสริมการสนับสนุนจากครอบครัวและกิจกรรมชุมชน เพื่อร่วมกันปรับพฤติกรรมส่วนบุคคล และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว - ควรพัฒนากลไกการติดตามสำหรับกลุ่มที่ขาดนัดซ้ำ ๆ อาจเพิ่มการเยี่ยมบ้าน หรือใช้ อสม. ในการติดตามใกล้ชิดยิ่งขึ้น

3 ผลการศึกษาขั้นตอนการทบทวนร่างรายงานโดยสาธารณะและผลักดันเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจ

ผู้วิจัยจัดเวทีประชุมกลุ่มและนำเสนอผลการประเมินผลกระทบทางสุขภาพแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วยกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ผู้นำและแกนนำชุมชน และผู้กำหนดนโยบาย จำนวน 26 คน เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะสำหรับร่างแนวทางขั้นตอนการดำเนินโครงการชุมชนลดหวานในปีถัดไป ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบทางสุขภาพประเมินตามกรอบแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ มีรายละเอียด ดังนี้

มิติด้านปัจเจกบุคคล

จากการประเมินพบว่า ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคลครอบคลุมถึงความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยซึ่งเป็นพื้นฐานในการจัดการโรคเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น นำไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้อง เห็นได้จากผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการควบคุมการรับประทานอาหาร การป้องกันดูแลรักษาตา ไต และเท้า เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลตนเองในระดับสูง แต่ยังมีประเด็นความรู้ที่ต้องให้ความสำคัญที่มีระดับความรู้ที่ต่ำ ทำให้เกิดช่องว่างในการให้ความรู้ หรือเนื้อหาที่ไม่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้มีความรู้ในการดูแลตนเองที่ดีจะนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง จากผลการประเมินดังกล่าวผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ร่วมให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

(1) ส่งเสริมความรู้ที่มีเป็นฐานในการส่งเสริมการปฏิบัติที่ถูกต้อง และเน้นความรู้ที่ยังอยู่ในระดับต่ำ

(2) ส่งเสริมความรู้และเน้นย้ำในเรื่องความเสี่ยงและวิธีจัดการการออกกำลังกายที่เหมาะสม

(3) ให้คำแนะนำด้านโภชนาการที่เข้มข้นขึ้น

(4) จัดทำสื่อและเน้นการให้คำแนะนำแบบรายบุคคล

(5) ควรมีการติดตามกลุ่มที่ลืมรับประทานยาหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อหาแนวทางแก้ไข

(6) จัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอและปลอดภัยในชุมชน

มิติด้านสภาพแวดล้อม

จากการประเมินปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางกายภาพและสังคมในชุมชน พบว่า ในชุมชนมีสถานที่สำหรับการออกกำลังกาย ร้อยละ 87.90 และมีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการออกกำลังกาย ร้อยละ 80.30

ซึ่งมีจำนวนสถานที่ที่เพียงพอและเข้าถึงได้ง่าย มีการปรับใช้พื้นที่สาธารณะในแต่ละหมู่บ้านของตนเองเป็นลานกิจกรรมในการออกกำลังกาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีโอกาสออกกำลังกายมากขึ้น ส่วนสถานที่สำหรับพักผ่อนหย่อนใจและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพตนเองในชุมชน มีเพียงร้อยละ 51.50 จากผลการประเมินดังกล่าวผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ร่วมให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

(1) ควรมีการส่งเสริมการใช้งานสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการออกกำลังกาย โดยการจัดกิจกรรมที่ใช้สถานที่ที่มีอยู่ให้บ่อยขึ้นและสม่ำเสมอโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

(2) การสนับสนุนด้านสังคม โดยการส่งเสริมการจัดตั้งหรือปรับปรุงพื้นที่ในชุมชนให้เป็นสถานที่พักผ่อนหย่อนใจและเป็นมิตรต่อสุขภาพจิต

(3) ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของตนเอง

มิติด้านระบบกลไก

การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ มีระบบบริหารจัดการเครือข่าย โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายให้ความสำคัญกับการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคเบาหวานของพื้นที่ ซึ่งการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานนั้นมีความครอบคลุมสูงและทำให้เห็นถึงประสิทธิภาพของระบบบริการเชิงป้องกัน โดยผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 100.00 ได้รับการตรวจคัดกรองตาและเท้าทุกปี ได้รับการวัดค่าเฮโมโกลบิน A1c (ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด) และได้รับการตรวจไขมันในเลือด แต่อย่างไรก็ตามยังมีผู้ป่วย ร้อยละ 15.20 ที่ไม่ได้ไปตามนัด เมื่อผู้ป่วยไม่ได้ไปตามนัดมีกลไกการติดตามที่ชัดเจน ส่วนใหญ่ใช้วิธีโทรสอบถาม ร้อยละ 83.30 และมีเจ้าหน้าที่/อสม. ไปหาที่บ้าน ร้อยละ 12.10 ถึงแม้ว่าการคัดกรองและการดูแลจะมีความครอบคลุม แต่พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 28.00 มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และร้อยละ 72.00 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จากผลดังกล่าวผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ร่วมให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

(1) ควรมีการส่งเสริมการสนับสนุนจากครอบครัวและกิจกรรมชุมชน เพื่อเป็นเครื่องมือในการร่วมกันปรับพฤติกรรมส่วนบุคคลที่ยังบกพร่องและดำเนินการต่อเนื่อง

(2) ควรพัฒนากลไกการติดตามสำหรับกลุ่มที่ขาดนัดซ้ำ ๆ

อภิปรายผล

การประเมินผลกระทบทางสุขภาพชุดโครงการชุมชนลดหวาน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง และมีข้อจำกัดด้านพฤติกรรมการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย การเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับสูง แต่ผลลัพธ์ด้าน HbA1c ยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้เสนอแนะให้มีการพัฒนาการให้ความรู้เป็นรายบุคคล มีการพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อมชุมชน และควรมีระบบการติดตามอย่างต่อเนื่องมิติด้านปัจเจกบุคคล ผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษามากที่สุด และหลังกิจกรรมการให้ความรู้ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การเรียนรู้ระดับน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกาย การดูแลเท้า ไตตา การจัดการตนเอง รวมถึงความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของอาหาร (รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาล/แป้งสูง) แต่ยังมีผู้ป่วยเบาหวานบางส่วนมีการดื่มน้ำอัดลม หรือ ชา กาแฟ ปฏิบัติบางครั้ง รับประทานอาหารหวาน เช่น ขนมหวาน ทองหยิบ ทองหยอด การรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานตามฤดูกาล เช่น ลำไย มะม่วงสุก ขนุน ทุเรียน จำปาดะ (1–4 วัน ต่อสัปดาห์) ซึ่งผู้ป่วยนำความรู้ที่ได้ไปปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ทั้งนี้ การดำเนินงานที่ได้ควรส่งเสริมในการจัดทำสื่อและให้ความรู้รายบุคคลในด้านการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ควบคู่กับการส่งเสริมทักษะการออกกำลังกายอย่างเฉพาะเจาะจงที่สามารถทำได้ง่ายในแต่ละกลุ่มวัย ซึ่งอาจจะทำให้เกิดการป้องกันและส่งเสริมผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา รวมไปถึงจัดกิจกรรมกลุ่มที่ส่งเสริมการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอและปลอดภัยในชุมชน เพื่อเปลี่ยนการปฏิบัติ "บางครั้ง" ให้เป็น "เป็นประจำ"มิติด้านสภาพแวดล้อม สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางกายภาพและสังคมในชุมชน ด้านสถานที่ ชุมชนมีสถานที่สำหรับการออกกำลังกาย และมีสิ่งอำนวยความสะดวก ส่งผลให้ผู้ป่วยในชุมชนมีการเข้าถึงสถานที่สำหรับการออกกำลังกายได้ง่าย แต่การเข้าถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยในชุมชนยังมีน้อย เนื่องจากสถานที่ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพตนเองและสถานที่สำหรับพักผ่อนหย่อนใจในชุมชนยังมีน้อยและไม่ได้มีการสร้างความตระหนักให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการ

สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (ตลาดนัดสุขภาพ) รวมถึงการขาดแคลนสถานที่ ดังนั้นการดำเนินงานที่ได้จากการทบทวนจึงควรมีการส่งเสริมการใช้งานโดยการจัดกิจกรรมที่ใช้สถานที่ที่มีอยู่ให้บ่อยขึ้นและสม่ำเสมอ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการสนับสนุนด้านสังคมมิติด้านระบบ กลไก กิจกรรมในโครงการเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ มีทั้งการบริการเชิงรุกในชุมชน การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเอง ระบบการติดตามผู้ป่วย รวมถึงการจัดกิจกรรมโครงการ การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ดังนั้นการดำเนินงานที่ได้จากการทบทวนจึงควรมีการใช้กลไกการสนับสนุนจากครอบครัวและกิจกรรมชุมชนเป็นเครื่องมือในการปรับพฤติกรรมส่วนบุคคลที่ยังบกพร่อง เช่น โภชนาการและการออกกำลังกาย มุ่งเน้นการให้ความรู้ในกลุ่มเสี่ยง ดำเนินการต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว และพัฒนากลไกการติดตามสำหรับกลุ่มที่ขาดนัดซ้ำ ๆ

การผลักดันให้ข้อเสนอแนะที่ได้จากการประเมินผลกระทบทางสุขภาพได้รับการปฏิบัติและนำไปพัฒนาต่อในการดำเนินการครั้งต่อไป ต้องอาศัยการใช้ประโยชน์จากจุดแข็งของระบบบริการสุขภาพและโครงสร้างชุมชนที่มีอยู่แล้ว เพื่อแก้ไขจุดอ่อนด้านความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และร่วมกันแก้ไขปัญหาต่อไปในทุกภาคส่วน เช่น การจัดเวทีประชาคม การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ตามเสียงตามสายในชุมชน ข้อจำกัดครั้งนี้ คือ ผลการศึกษาและข้อเสนอแนะเป็นไปตามบริบทเฉพาะของพื้นที่ ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากชุมชนอื่นที่มีสภาพสังคม วัฒนธรรม หรือระบบสิ่งแวดล้อมที่ต่างออกไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

หน่วยงานในพื้นที่ ชุมชน สามารถนำผลการประเมินผลกระทบทางสุขภาพมาร่วมกันวางแผนพัฒนาโครงการอย่างมีส่วนร่วม และพัฒนานโยบายให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรสนับสนุนการขับเคลื่อน นโยบายชุมชนสุขภาวะบูรณาการ โดยมุ่งเน้นการปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เป็นพื้นที่พักผ่อนและออกกำลังกายที่เข้าถึงง่าย ควบคู่ไปกับการเสริมสร้างกลไกเครือข่ายครอบครัวและ อสม. ให้เป็น "โค้ชสุขภาพ" เพื่อติดตามและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง อันจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในแต่ละขั้นตอนให้มีความครอบคลุม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน และสามารถค้นหาข้อเท็จจริงได้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค รณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2563 หนุนบทบาทพยาบาลร่วมสร้างพลังแห่งการเปลี่ยนแปลงโรคเบาหวาน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ; 2563 [สืบค้นเมื่อ 28 ก.พ. 2569]. จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=15591&deptcode=brc&news_views=640
2. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, งานสื่อสารองค์กร. โรคเบาหวาน ภัยเงียบใกล้ตัวที่ป้องกันและจัดการได้ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2568 [สืบค้นเมื่อ 28 ก.พ. 2569]. จาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article/
3. เจาะลึกระบบสุขภาพ (Hfocus). ผู้ป่วยเบาหวานพุ่งต่อเนื่อง 3 ปี ทะลุ 14.4 ล้านคน พบผู้สูงอายุป่วยมากสุด [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: Hfocus; 2569 [สืบค้นเมื่อ 1 เม.ย. 2569]. จาก: https://www.hfocus.org/content/2026/02/37000
4. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. HIA คืออะไร [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สช.; 2564 [สืบค้นเมื่อ 28 ก.พ. 2569]. จาก: https://www.nationalhealth.or.th/th/node/3097
5. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สช.; 2564 [สืบค้นเมื่อ 28 ก.พ. 2569]. จาก: https://www.nationalhealth.or.th/th/node/2805

6. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. HIA มีขั้นตอนดำเนินการอย่างไรบ้าง [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สช.; 2563 [สืบค้นเมื่อ 28 ก.พ. 2569]. จาก: https://infocenter.nationalhealth.or.th/node/28254
7. มนรดา แข็งแรง, นันทัชพร เนลสัน, สมจิตร การะสา, ปิตินัฏ ราชภักดี. ความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี. ใน: รายงานสืบเนื่องการประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 2; 2560; อุบลราชธานี. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชธานี; 2560.

Citation:

Laytip, P., Sukmag, P. Health Impact Assessment Community of Diabetes Prevention in Koh Phet Health Promoting Hospital, Hua Sai, Nakhon Si Thammarat. J Impact Assess Public Policy 2026; 1(1): e3127.

Online Access

https://so19.tci-thaijo.org/index.php/JIAPP/article/view/3127

JIAPP
Impact Assess Public Policy

Research Article

การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง

The Development of an Integrated Care Model for People Living with HIV at Wang Wiset Hospital, Trang Province

จันทิมา มุสิกวงศ์
Jantima Musikawong

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2) พัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ และ 3) ประเมินผลลัพธ์ภายหลังใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส 124 คน และบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ 8 คน ดำเนินการ 12 สัปดาห์ แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ เตรียมการวิจัย ศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบ นำรูปแบบไปใช้ และประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบ เครื่องมือประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูล แบบติดตามการดำเนินงาน และแนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา McNemar test, Wilcoxon signed-rank test และการวิเคราะห์เชิงธีม ก่อนพัฒนารูปแบบ พบปัญหาการขาดนัด ความเสี่ยงต่อการหลุดจากระบบ และการติดตามที่ไม่เป็นระบบ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ การทบทวนข้อมูล การจำแนกความเสี่ยง การติดตามเชิงรุก การให้คำปรึกษา การวางแผนดูแลรายบุคคลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการประเมินปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ภายหลังใช้รูปแบบ สัดส่วนผู้รับยาภายใน 7 วันเพิ่มจากร้อยละ 88.71 เป็น 96.77 ($p = .012$) ผู้ขาดนัดลดจากร้อยละ 14.52 เป็น 4.84 ($p = .004$) และค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่ขาดนัดลดจาก 0.18 เป็น 0.06 ครั้งต่อคน ($p = .008$) ผู้ป่วยร้อยละ 99.19 ยังคงอยู่ในระบบการรักษา และร้อยละ 93.33 ของผู้ที่มีผลตรวจ Viral Load มีค่าไม่เกิน 50 copies/mL รูปแบบมีความเป็นไปได้ในการใช้ในโรงพยาบาลชุมชน โดยควรศึกษาผลระยะยาวและใช้กลุ่มเปรียบเทียบเพื่อยืนยันประสิทธิผล

คำสำคัญ : การดูแลแบบบูรณาการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ความต่อเนื่องของการรับยา การคงอยู่ในการรักษา การติดตามเชิงรุก

โรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง 92220
Wang Wiset Hospital, Trang Province 92220, Thailand

*Corresponding Author: Email: jantimamusikawong@gmail.com; Tel: 0862689507

Received: Jun 26, 2026; Revised: Jul 20, 2026; Accepted: Aug 21, 2026

Abstract

This research and development study aimed to 1) examine the current situation of HIV care, 2) develop an integrated care model, and 3) evaluate outcomes following implementation of the model. The participants included 124 people living with HIV receiving antiretroviral therapy and eight multidisciplinary healthcare professionals. The study was conducted over 12 weeks and comprised four phases: research preparation, situation analysis and model development, model implementation, and model evaluation and refinement. Research instruments included data recording forms, implementation monitoring forms, and a semi-structured interview guide. Data were analyzed using descriptive statistics, McNemar's test, the Wilcoxon signed-rank test, and thematic analysis. Prior to model development, the main problems identified were missed appointments, risk of loss to follow-up, and an unsystematic follow-up process. The developed model consisted of six steps: data review, risk stratification, proactive follow-up, counseling, individualized care planning with a multidisciplinary team, and continuous evaluation and improvement. Following implementation, the proportion of patients receiving antiretroviral medication within seven days of the scheduled appointment increased from 88.71% to 96.77% (p = .012), while the proportion of patients with missed appointments decreased from 14.52% to 4.84% (p = .004). The mean number of missed appointments decreased from 0.18 to 0.06 per patient (p = .008). Overall, 99.19% of patients remained in care, and 93.33% of those with available viral load results had viral loads ≤50 copies/mL. The model was feasible for implementation in community hospitals; however, longer-term studies with comparison groups are recommended to confirm its effectiveness.

Keywords : Integrated Care; People Living with HIV; Continuity of Antiretroviral Medication; Retention in Care; Proactive Follow-Up

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวียังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง แม้ความก้าวหน้าของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (antiretroviral therapy: ART) จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถมีชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น แต่การควบคุมการแพร่ระบาดและการลดการเสียชีวิตยังขึ้นอยู่กับความครอบคลุมของบริการตั้งแต่การป้องกัน การตรวจวินิจฉัย การเข้าสู่ระบบการรักษา การได้รับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง จนถึงการกดปริมาณไวรัสในระยะยาว ข้อมูลของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติระบุว่า ในปี ค.ศ. 2024 มีผู้มีชีวิตอยู่ร่วมกับเอชไอวีทั่วโลกประมาณ 40.8 ล้านคน มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 1.3 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวเนื่องกับเอดส์ประมาณ 630,000 คน ขณะที่ผู้ติดเชื้อประมาณ 31.6 ล้านคนได้รับยาต้านไวรัส หรือคิดเป็นร้อยละ 77 ของผู้มีชีวิตอยู่ร่วมกับเอชไอวีทั้งหมด[1] สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนว่า แม้การเข้าถึงการรักษาจะเพิ่มขึ้นอย่างมาก แต่ยังมีผู้ติดเชื้อส่วนหนึ่งที่ไม่ได้รับการรักษาหรือไม่สามารถคงอยู่ในกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการขยายบริการตรวจและรักษาการติดเชื้อเอชไอวีมาอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งสู่เป้าหมาย 95-95-95 คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 95 ทราบสถานะการติดเชื้อของตน ผู้ที่ทราบสถานะร้อยละ 95 ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสร้อยละ 95 สามารถกดปริมาณไวรัสได้ ข้อมูลจาก HIV INFO HUB+ ของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายงานความก้าวหน้าของประเทศไทยว่า ผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ร้อยละ 91 ทราบสถานะการติดเชื้อ ผู้ที่ทราบสถานะร้อยละ 91 ได้รับยาต้านไวรัส และผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสร้อยละ 98 สามารถกดปริมาณไวรัสได้[2] แม้ผลด้านการกดไวรัสในผู้ที่เข้าสู่การรักษาจะอยู่ในระดับสูง แต่ยังมีช่องว่างในขั้นตอนการค้นหาผู้ติดเชื้อและการเข้าสู่การรักษา รวมถึงการรักษาความต่อเนื่องของผู้ที่อยู่ในระบบบริการ แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2564/2565 จึงให้ความสำคัญกับการ

เริ่มยาต้านไวรัสโดยเร็ว การติดตามผลการรักษา การตรวจปริมาณไวรัส และการจัดระบบบริการที่เอื้อต่อการคงอยู่ในระบบการรักษา[3]

ความสำเร็จของการรักษาเอชไอวีจึงไม่ได้ขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของยาต้านไวรัสเพียงอย่างเดียว แต่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การรับยาต่อเนื่อง การมาตามนัด การได้รับการตรวจติดตามทางห้องปฏิบัติการ และการคงอยู่ในระบบการรักษา หากผู้ป่วยขาดนัดหรือหยุดการรักษาเป็นระยะ อาจนำไปสู่ความไม่ต่อเนื่องของการใช้ยา เพิ่มโอกาสที่ปริมาณไวรัสจะกลับสูงขึ้น และทำให้การดูแลในระยะยาวซับซ้อนมากขึ้น ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกจึงเสนอให้การจัดบริการเอชไอวีเป็นบริการที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีความยืดหยุ่นตามความต้องการของผู้ป่วย สนับสนุนความร่วมมือในการใช้ยา และบูรณาการการดูแลภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดอุปสรรคในการเข้าถึงและส่งเสริมการอยู่ในระบบการรักษาอย่างต่อเนื่อง[4]

การขาดนัดและการหลุดจากระบบการรักษาเป็นปัญหาที่มีสาเหตุหลายระดับ ไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วยเพียงด้านเดียว การทบทวนอย่างเป็นระบบของ Burke และคณะ พบว่าสาเหตุของการหยุดหรือขาดความต่อเนื่องในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสครอบคลุมทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตใจและสังคม ปัญหาเศรษฐกิจ การเดินทาง การเคลื่อนย้ายถิ่นที่อยู่ ผลข้างเคียงจากยา การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การสนับสนุนจากครอบครัว ความกังวลเรื่องการตีตราและการรักษาความลับ ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ[5] ด้วยเหตุนี้ การจัดการปัญหาผู้ขาดนัดจึงควรเริ่มตั้งแต่การค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยง การประเมินสาเหตุเฉพาะรายและการปรับบริการให้ตอบสนองต่อข้อจำกัดของผู้รับบริการมากกว่าการรอให้ผู้ป่วยขาดการรักษาเป็นเวลานานแล้วจึงติดตามกลับเข้าสู่ระบบ องค์การอนามัยโลกยังเสนอให้หน่วยบริการมีระบบติดตามผู้ที่ขาดการรักษาและสนับสนุนการกลับเข้าสู่บริการโดยคำนึงถึงความต้องการของแต่ละบุคคล รวมถึงดำเนินการอย่างระมัดระวังต่อประเด็นความลับและการตีตรา [6]

หลักฐานจากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่องต้องอาศัยมาตรการหลายองค์ประกอบร่วมกัน การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานของ Higa และคณะ ซึ่งรวบรวม 42 มาตรการจาก 39 การศึกษา พบว่ามาตรการที่ประกอบด้วยการช่วยจัดการนัดหมายหรือระบบแจ้งเตือน การนำทางผู้ป่วยในระบบบริการ การสนับสนุนด้านจิตสังคม การช่วยแก้ไขอุปสรรคด้านการเดินทาง และการใช้ข้อมูลเพื่อค้นหาและนำผู้ที่ขาดการรักษากลับเข้าสู่ระบบ มีส่วนช่วยเพิ่มการกลับเข้าสู่การรักษา การคงอยู่ในการรักษา และการกดปริมาณไวรัส[7] แม้หลักฐานดังกล่าวส่วนหนึ่งมาจากบริบทต่างประเทศ แต่สนับสนุนแนวคิดว่าการแก้ปัญหาความต่อเนื่องของการรักษาควรเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย การติดตามเชิงรุก และการจัดการปัญหารายบุคคลเข้าด้วยกัน มากกว่าการใช้มาตรการใดมาตรการหนึ่งเพียงลำพัง

แนวคิดการจัดบริการที่แตกต่างตามความต้องการของผู้รับบริการ (differentiated service delivery: DSD) เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ได้รับการนำมาใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยปรับรูปแบบ ความถี่ สถานที่ และความเข้มข้นของบริการตามภาวะทางคลินิกและความต้องการของผู้ป่วย การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานของ Bwire และคณะ จากการทดลองแบบสุ่ม 16 การศึกษา รวมผู้เข้าร่วม 13,886 คน พบว่ารูปแบบ DSD สามารถรักษาผลลัพธ์ด้านการคงอยู่ในการรักษาและการกดไวรัสได้อย่างน้อยใกล้เคียงกับการดูแลตามปกติ[8] สอดคล้องกับการทบทวนของ Le Tourneau และคณะ ซึ่งพบว่าการลดความถี่ของการพบแพทย์และขยายระยะเวลาการรับยาต้านไวรัสในผู้ที่มีอาการคงที่สามารถคงผลลัพธ์ด้านการอยู่ในระบบการรักษาได้ใกล้เคียงกับบริการแบบเดิม[9] หลักฐานดังกล่าวสนับสนุนการออกแบบระบบบริการที่จำแนกผู้ป่วยตามความเสี่ยง โดยผู้ที่มีอาการคงที่อาจได้รับบริการตามระบบปกติหรือรูปแบบที่สะดวกขึ้น ขณะที่ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการขาดนัดหรือหลุดจากระบบควรได้รับการติดตามและการดูแลที่เข้มข้นขึ้น

สำหรับประเทศไทย มีการพัฒนารูปแบบบริการรับยาต้านไวรัสที่หลากหลายเพื่อให้เหมาะกับผู้ติดเชื้อที่มีอาการคงที่และลดภาระในการมารับบริการ การศึกษาของขวัญดาว ศิลาทอง และคณะ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่จำนวน 464 คน พบการจัดบริการทั้งการรับยาโดยพบแพทย์ การรับยาต่อเนื่องกับเภสัชกร และการรับยาต่อเนื่องทางไปรษณีย์ สะท้อนให้เห็นว่าระบบบริการเอชไอวีในประเทศไทยสามารถ

ปรับรูปแบบบริการให้แตกต่างตามบริบทและความต้องการของผู้รับบริการได้[10] แนวทางดังกล่าวมีความสอดคล้องกับทิศทางของการดูแลเอชไอวีที่เน้นความยืดหยุ่น การลดอุปสรรคในการเข้าถึง และการใช้ทรัพยากรของทีมสุขภาพตามระดับความจำเป็นของผู้ป่วย

โรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสจำนวน 124 คน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และใช้ข้อมูลจากระบบ HOSxP และ NAP/NAP Plus สำหรับติดตามการนัดหมาย การรับยาต้านไวรัส และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ จากการทบทวนระบบบริการเบื้องต้นพบว่า กระบวนการเดิมเน้นการให้บริการตามวันนัดและติดตามผู้ขาดนัดตามการพิจารณาของบุคลากรแต่ละราย ยังไม่มีเกณฑ์ที่ชัดเจนสำหรับจำแนกผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงต่อการขาดนัดหรือหลุดจากระบบ รวมทั้งยังไม่มีการกำหนดระยะเวลา ช่องทางการติดต่อ และผู้รับผิดชอบในการติดตามอย่างเป็นมาตรฐาน ข้อมูลจากระบบ HOSxP และ NAP/NAP Plus บางส่วนยังต้องมีการตรวจสอบความครบถ้วนและความสอดคล้องร่วมกัน ขณะที่การประเมินสาเหตุของการขาดนัดและการวางแผนดูแลรายบุคคลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพยังไม่ได้ดำเนินการเป็นกระบวนการเดียวกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนรับยาไม่ตรงตามนัดและมีโอกาสเกิดความไม่ต่อเนื่องในการรักษา

จากปัญหาและหลักฐานดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เชื่อมโยงข้อมูลจากระบบบริการเข้ากับการจำแนกความเสี่ยง การติดตามเชิงรุก การให้คำปรึกษาและค้นหาอุปสรรคเฉพาะราย การวางแผนดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการประเมินปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งให้การติดตามผู้ป่วยเป็นระบบเดียวกันและสามารถดำเนินการได้ภายใต้ทรัพยากรของโรงพยาบาลชุมชน การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี พัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลวังวิเศษ และประเมินผลของรูปแบบต่อความต่อเนื่องของการรับยาต้านไวรัส การขาดนัด การคงอยู่ในการรักษา และการกดปริมาณไวรัส เพื่อให้ได้แนวทางการดูแลที่สามารถผนวกเข้ากับระบบงานประจำและสนับสนุนการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่องในระดับโรงพยาบาลชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง
3. เพื่อประเมินผลของรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการต่อความต่อเนื่องของการรับยาต้านไวรัส การขาดนัด การคงอยู่ในการรักษา และการกดปริมาณไวรัสตามเกณฑ์

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยใช้วิธีวิจัยแบบผสานวิธี (mixed methods research) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้เหมาะสมกับบริบทของคลินิกเอชไอวี โรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง การดำเนินการแบ่งเป็น 2 วงรอบ รวม 4 ระยะ ได้แก่ วงรอบที่ 1 ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การเตรียมการวิจัย และระยะที่ 2 การศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหาและช่องว่างของระบบบริการ และพัฒนารูปแบบการดูแล ส่วนวงรอบที่ 2 ประกอบด้วย ระยะที่ 3 การนำรูปแบบไปใช้ในระบบบริการจริง และระยะที่ 4 การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบ การดำเนินการวิจัยภาคสนามภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับบริการและได้รับยาต้านไวรัส ณ โรงพยาบาลวังวิเศษ จำนวน 124 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับยาต้านไวรัสและอยู่ในระบบการรักษาของโรงพยาบาลวังวิเศษมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือนก่อนเริ่มการศึกษา 3) มีข้อมูลการนัดหมายและการรับยาในระบบ HOSxP หรือ NAP/NAP Plus และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ย้ายไปรับการรักษาที่หน่วยบริการอื่นก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย 2) มีข้อมูลการรักษาไม่เพียงพอสำหรับการประเมินผล และ 3) ถอนความยินยอมหรือไม่สามารถติดตามข้อมูลได้

ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 8 คน โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในคลินิกเอชไอวีไม่น้อยกว่า 6 เดือน และ 3) ยินยอมให้ข้อมูล เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ย้ายหน่วยงาน ลาศึกษาต่อ หรือไม่สามารถเข้าร่วมการสัมภาษณ์ได้ตลอดช่วงการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และ 2) แนวทางปฏิบัติมาตรฐานในการติดตามผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบคัดกรองและลงทะเบียนผู้เข้าร่วมวิจัย แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนและระบบ HOSxP และ NAP/NAP Plus แบบบันทึกกิจกรรมตามรูปแบบ แบบตรวจสอบความครบถ้วนและคุณภาพข้อมูล แบบประเมินความครบถ้วนของการดำเนินงานตามรูปแบบ และแนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ

รูปแบบและเครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความชัดเจน ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน จากนั้นปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง แนวคำถามสัมภาษณ์ได้รับการทดลองใช้กับบุคลากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูล ส่วนแบบบันทึกข้อมูลได้รับการทดลองใช้กับข้อมูลที่ไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้ ก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการวิจัย ทบทวนวรรณกรรม ศึกษาระบบบริการ จัดทำร่างรูปแบบและเครื่องมือวิจัย ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และประสานทีมที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 การศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบ เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ระบบ HOSxP และ NAP/NAP Plus รวมทั้งสัมภาษณ์บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์กระบวนการดูแลเดิม ปัญหา และช่องว่างของระบบบริการ จากนั้นนำผลการวิเคราะห์มาสังเคราะห์และพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบไปใช้ ดำเนินการตามรูปแบบ 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ทบทวนข้อมูลผู้ป่วยจากระบบ HOSxP และ NAP/NAP Plus 2) จำแนกผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง 3) ติดตามผู้ป่วยเชิงรุกผ่านช่องทางที่ผู้ป่วยยินยอม 4) ให้คำปรึกษาและแก้ไขอุปสรรคเฉพาะราย 5) วางแผนการดูแลรายบุคคลและประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ และ 6) บันทึกประเมินผล และปรับปรุงการดำเนินงาน

ระยะที่ 2 และระยะที่ 3 ดำเนินการต่อเนื่องกันภายในกรอบเวลาการดำเนินการวิจัยภาคสนาม 12 สัปดาห์ ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย

ระยะที่ 4 การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบ เปรียบเทียบความต่อเนื่องของการรับยาต้านไวรัส การขาดนัด และจำนวนครั้งที่ขาดนัดก่อนและหลังการใช้รูปแบบ รวมทั้งประเมินการคงอยู่ในการรักษาระยะสั้น การได้รับการตรวจปริมาณไวรัส ผลการกดปริมาณไวรัสตามเกณฑ์ ความครบถ้วนของการดำเนินกิจกรรม ตลอดจนปัจจัยเอื้อ อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน จากนั้นนำแบบบันทึกข้อมูลและแบบติดตามการดำเนินงานไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่รวมอยู่ในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เพื่อตรวจสอบความชัดเจน ความครบถ้วน ความเป็นไปได้ในการบันทึกข้อมูลและระยะเวลาที่ใช้ ก่อนปรับปรุงและนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริง ส่วนแนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างทดลองใช้กับบุคลากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูล จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและลำดับของข้อคำถามก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการวิจัย ผู้วิจัยประสานผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน บทบาทของผู้เกี่ยวข้อง และแนวทางการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล รวมทั้งจัดเตรียมเครื่องมือ แบบบันทึกข้อมูล

แนวคำถามสัมภาษณ์ และแผนการดำเนินงานวิจัย ทั้งนี้ ในระยะเตรียมการยังไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัยหรือเข้าถึงข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลของผู้ป่วยได้

ระยะที่ 2 การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ช่องว่างของระบบบริการ ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัส ณ คลินิกเอชไอวี โรงพยาบาลวังวิเศษ และคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนระบบ HOSxP และ NAP/NAP Plus ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิก การรับยาต้านไวรัส การมาตามนัด จำนวนครั้งที่ขาดนัด การคงอยู่ในการรักษา และผลการตรวจปริมาณไวรัส (viral load) รวมทั้งศึกษากระบวนการดูแลเดิมและสัมภาษณ์บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และช่องว่างของระบบบริการ

ระยะที่ 3 การพัฒนาและนำรูปแบบไปใช้ในระบบบริการจริง ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์สถานการณ์และช่องว่างของระบบบริการมาพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากนั้นนำรูปแบบไปใช้ในระบบบริการจริง โดยดำเนินกิจกรรม ได้แก่ การทบทวนข้อมูลผู้ป่วย การจำแนกผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง การติดตามเชิงรุกผ่านช่องทางที่ผู้ป่วยยินยอม การให้คำปรึกษาและแก้ไขอุปสรรคเฉพาะราย การวางแผนดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการบันทึกกิจกรรมการดูแลในแต่ละครั้ง ทั้งนี้ การศึกษาสถานการณ์ การพัฒนารูปแบบ และการนำรูปแบบไปใช้ดำเนินการต่อเนื่องกันภายใต้กรอบเวลาการดำเนินการวิจัย ภาคสนาม 12 สัปดาห์ ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย

ระยะที่ 4 การประเมินผลรูปแบบ ภายหลังสิ้นสุดการดำเนินงานภาคสนาม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์จากเวชระเบียน ระบบ HOSxP และ NAP/NAP Plus ได้แก่ การรับยาต้านไวรัสภายใน 7 วันจากวันนัด จำนวนครั้งที่ขาดนัด การขาดนัดอย่างน้อย 1 ครั้ง การคงอยู่ในการรักษา การได้รับการตรวจปริมาณไวรัส และผลการกดปริมาณไวรัสตามเกณฑ์ นอกจากนี้ ยังเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ปัจจัยเอื้อ อุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อรูปแบบ

ข้อมูลทั้งหมดบันทึกโดยใช้รหัสประจำตัวผู้เข้าร่วมวิจัยแทนชื่อและข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคล แยกข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลออกจากฐานข้อมูลวิจัย จำกัดสิทธิ์การเข้าถึงเฉพาะผู้วิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ และรายงานผลในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และพิสัยระหว่างควอไทล์ ตามลักษณะและการกระจายของข้อมูล เปรียบเทียบสัดส่วนผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยการทดสอบแมคนีมาร์ (McNemar test) และเปรียบเทียบจำนวนครั้งที่ขาดนัดก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยการทดสอบวิลคอกซันแบบอันดับที่มีเครื่องหมาย (Wilcoxon signed-rank test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงธีม (thematic analysis) โดยถอดความข้อมูลจากการสัมภาษณ์ อ่านข้อมูลซ้ำ กำหนดรหัส จัดกลุ่มรหัสเป็นหมวดหมู่ และสังเคราะห์เป็นประเด็นหลักและประเด็นย่อย จากนั้นบูรณาการผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในขั้นตอนการตีความ เพื่ออธิบายผลลัพธ์ ปัจจัยเอื้อ และอุปสรรคในการดำเนินงานตามรูปแบบ

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่ SCPHYLIRB-2569/200 รับรองวันที่ 20 มีนาคม 2569 ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ ความเสี่ยง และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย ก่อนลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม ข้อมูลวิจัยใช้รหัสประจำตัวผู้เข้าร่วมวิจัย (Study ID) แทนข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคล แยกเอกสารแสดงความยินยอมออกจากฐานข้อมูลวิจัย จำกัดสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูลเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้อง และรายงานผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ 3 ประการ ได้แก่ 1) ผลการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2) ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ และ 3) ผลการประเมินรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ ดังนี้

1. ผลการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง

ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียน ระบบ HOSxP และ NAP/NAP Plus ร่วมกับเอกสารการให้บริการ แนวทางปฏิบัติเดิม และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามลำดับกระบวนการดูแล ตั้งแต่การนัดหมาย การมารับบริการ การรับยาต้านไวรัส การตรวจติดตามทางห้องปฏิบัติการ การติดตามผู้ขาดนัด และการประสานการดูแลรายบุคคล โดยเปรียบเทียบกับกระบวนการที่ควรเป็นตามแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลวังวิเศษมีระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามแนวทางมาตรฐาน ครอบคลุมการตรวจยืนยันการติดเชื้อ การเริ่มยาต้านไวรัส การติดตามระดับ CD4 และปริมาณไวรัส การประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากยา การส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน และการบันทึกข้อมูลในระบบ HOSxP และ NAP/NAP Plus โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมให้การดูแล จุดแข็งของระบบ ได้แก่ การมีคลินิกเฉพาะ การมีบุคลากรหลายวิชาชีพร่วมให้การดูแล การมีระบบข้อมูลสนับสนุน และการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐาน

อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลจากหลายแหล่งร่วมกัน พบว่าระบบบริการเดิมยังมีช่องว่างสำคัญ ได้แก่ ข้อมูลวันนัด การรับยา และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการจากระบบ HOSxP และ NAP/NAP Plus บางส่วนไม่ครบถ้วนหรือไม่สอดคล้องกัน การใช้ข้อมูลเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการขาดนัดยังไม่เป็นระบบ และยังไม่มีเกณฑ์จำแนกระดับความเสี่ยงที่ชัดเจน นอกจากนี้ การติดตามผู้ขาดนัดยังขึ้นอยู่กับวิธีปฏิบัติของบุคลากรแต่ละราย โดยยังไม่มีการกำหนดกรอบเวลา ช่องทางการติดต่อ และผู้รับผิดชอบในการติดตามอย่างชัดเจน ส่งผลให้การติดตามผู้ป่วยบางรายล่าช้าหรือไม่ต่อเนื่อง

ในด้านการดูแลรายบุคคล พบว่าการประเมินสาเหตุของการขาดนัดและการประสานการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพยังไม่ได้ดำเนินการเป็นกระบวนการเดียวกัน ผู้ป่วยบางรายมีข้อจำกัดด้านเวลาทำงาน การเดินทาง การลืมวันนัด หรือการติดต่อสื่อสาร แต่ยังไม่ได้รับการวางแผนแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ ขณะเดียวกัน การติดต่อผู้ป่วยผ่านโทรศัพท์หรือสื่อสังคมออนไลน์มีความเสี่ยงต่อการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ หากไม่มีการกำหนดช่องทางการสื่อสารและข้อความที่เหมาะสมและปลอดภัย

จากการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สามารถสรุปช่องว่างของระบบบริการได้ 5 ประการ ได้แก่ 1) ข้อมูลระหว่างระบบไม่ครบถ้วนหรือไม่สอดคล้องกัน 2) ไม่มีเกณฑ์จำแนกผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงที่ชัดเจน 3) ไม่มีแนวทางมาตรฐานในการติดตามผู้ขาดนัด 4) การวางแผนดูแลรายบุคคลและการประสานทีมยังไม่ต่อเนื่อง และ 5) มีความเสี่ยงด้านการรักษาความลับในการติดต่อผู้ป่วย

ผลการศึกษาสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า แม้โรงพยาบาลวังวิเศษจะมีระบบบริการพื้นฐานและทีมสหสาขาวิชาชีพสำหรับดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่แล้ว แต่ยังมีช่องว่างของกระบวนการที่จำเป็นต้องพัฒนา โดยเฉพาะการเชื่อมโยงข้อมูลการจำแนกความเสี่ยง การติดตามเชิงรุก การให้คำปรึกษาเฉพาะราย และการประสานการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพให้เป็นระบบเดียวกัน

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง

ผู้วิจัยนำผลการศึกษาสถานการณ์และช่องว่างของระบบบริการเดิมมาสังเคราะห์ร่วมกับแนวคิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี การดูแลที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง การติดตามเชิงรุก และการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ จากนั้นนำร่างรูปแบบเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิและบุคลากรที่เกี่ยวข้องพิจารณาด้านความเหมาะสม ความชัดเจน และความเป็นไปได้ ก่อนปรับปรุงและนำไปใช้ในระบบบริการจริง

การพัฒนารูปแบบดำเนินการโดยเชื่อมโยงช่องว่างของระบบบริการเดิมกับกิจกรรมแก้ไขอย่างเป็นรูปธรรม กล่าวคือ ความไม่ครบถ้วนและไม่สอดคล้องของข้อมูลระหว่างระบบ HOSxP และ NAP/NAP Plus นำไปสู่การกำหนดขั้นตอนการทบทวนและตรวจสอบข้อมูลร่วมกัน การไม่มีเกณฑ์จำแนกผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงนำไปสู่การพัฒนาเกณฑ์คัดกรอง

ความเสี่ยง การติดตามผู้ขาดนัดที่ยังไม่มีมาตรฐานนำไปสู่การจัดทำแนวทางติดตามเชิงรุก โดยกำหนดกรอบเวลา ช่องทางการติดต่อ และผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน ส่วนปัญหาการวางแผนดูแลเฉพาะรายและการประสานทีมที่ยังไม่ต่อเนื่องนำไปสู่การกำหนดกระบวนการให้คำปรึกษา การวางแผนดูแลรายบุคคล และการส่งต่อข้อมูลระหว่างวิชาชีพ ขณะที่ความเสี่ยงต่อการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อได้รับการจัดการโดยกำหนดช่องทางการติดต่อที่ผู้ป่วยให้ความยินยอมและใช้ข้อความที่ไม่ระบุโรคหรือสถานะการติดเชื้อ

รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. ทบทวนข้อมูลผู้ป่วยจากระบบ HOSxP และ NAP/NAP Plus โดยตรวจสอบวันนัด วันที่มารับบริการจริง ประวัติการรับยาต้านไวรัส ประวัติการขาดนัด ผลการตรวจ CD4 ผลการตรวจปริมาณไวรัส และข้อมูลทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ข้อมูลมีความครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน

2. จำแนกผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง โดยพิจารณาจากประวัติการขาดนัด ความต่อเนื่องในการรับยาต้านไวรัส ผลการตรวจปริมาณไวรัส ภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านจิตสังคม แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

กลุ่มเสี่ยงต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยขาดนัดในช่วงเวลาที่กำหนด รับยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ มีผลการตรวจปริมาณไวรัสอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด และไม่มีปัญหาสุขภาพหรือปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องในการรักษา

กลุ่มเสี่ยงปานกลาง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีประวัติรับยาล่าช้าหรือขาดนัดเป็นครั้งคราว มีข้อจำกัดด้านการเดินทาง การทำงาน การสื่อสาร หรือการใช้ยา แต่ยังสามารถติดต่อและร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาได้

กลุ่มเสี่ยงสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ขาดนัดซ้ำ มีประวัติขาดยาหรือหยุดยา ติดต่อไม่ได้ มีผลการตรวจปริมาณไวรัสสูงกว่าเกณฑ์ มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน หรือมีปัจจัยด้านจิตใจ ครอบครัว เศรษฐกิจ หรือสังคมที่อาจทำให้หลุดจากระบบการรักษา

3. ติดตามผู้ป่วยเชิงรุก ผ่านช่องทางที่ผู้ป่วยให้ความยินยอม เช่น โทรศัพท์หรือ LINE โดยกำหนดผู้รับผิดชอบ กรอบเวลา และจำนวนครั้งในการติดตามอย่างชัดเจน

4. ให้คำปรึกษาและค้นหาอุปสรรคเฉพาะราย ครอบคลุมปัญหาการใช้ยา การเดินทาง เวลาทำงาน การลืมวันนัด อาการไม่พึงประสงค์จากยา ปัญหาครอบครัว และความกังวลเกี่ยวกับการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ

5. วางแผนดูแลรายบุคคลและประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ ตามปัญหาและระดับความเสี่ยงของผู้ป่วย เช่น การปรับวันนัด การเตรียมยา การประเมินสูตรยาต้านไวรัส การติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการส่งต่อเพื่อรับการดูแลเพิ่มเติมตามความจำเป็น

6. บันทึก ประเมินผล และปรับปรุงรูปแบบอย่างต่อเนื่อง โดยบันทึกกิจกรรมและผลการติดตาม ตรวจสอบความครบถ้วนของการดำเนินงาน และนำปัญหาหรือข้อจำกัดที่พบมาทบทวนร่วมกันในทีม เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการดูแล

รูปแบบดังกล่าวกำหนดบทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างชัดเจน โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ประสานหลักในการทบทวนข้อมูล คัดกรองความเสี่ยง ติดตามผู้ป่วย และให้คำปรึกษา แพทย์ทำหน้าที่ประเมินภาวะทางคลินิกและปรับแผนการรักษา เภสัชกรประเมินความต่อเนื่องในการใช้ยาและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา นักเทคนิคการแพทย์สนับสนุนการติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่วนเจ้าหน้าที่เวชระเบียนและสารสนเทศทำหน้าที่ตรวจสอบและเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างระบบ

ภายหลังนำรูปแบบไปใช้ ผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพได้ทบทวนผลการดำเนินงานและปรับปรุงรูปแบบในประเด็นสำคัญ ได้แก่ การกำหนดผู้รับผิดชอบหลักในแต่ละช่วงเวลา การกำหนดกรอบเวลาการติดตามผู้ขาดนัด การใช้แบบบันทึกมาตรฐานร่วมกัน และการกำหนดแนวทางการติดต่อที่คำนึงถึงการรักษาความลับของผู้ป่วย ส่งผลให้รูปแบบฉบับสมบูรณ์มีขั้นตอนการดำเนินงานที่ชัดเจน สามารถตรวจสอบการดำเนินงานย้อนหลัง และสามารถผนวกเข้ากับงานประจำของคลินิกเอชไอวีได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง

3. ผลการประเมินรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การประเมินผลรูปแบบภายหลังการดำเนินงานภาคสนามเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส จำนวน 124 คน ครอบคลุมผลลัพธ์ด้านความต่อเนื่องของการรับยาต้านไวรัส การขาดนัด การคงอยู่ในการรักษา การตรวจและการกดปริมาณไวรัส ตลอดจนความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ

3.1 ผลด้านความต่อเนื่องของการรับยาและการขาดนัด ภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่าสัดส่วนผู้ป่วยที่รับยาต้านไวรัสภายใน 7 วันจากวันนัดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 88.71 เป็นร้อยละ 96.77 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .012$) ขณะที่สัดส่วนผู้ป่วยที่ขาดนัดอย่างน้อย 1 ครั้งลดลงจากร้อยละ 14.52 เป็นร้อยละ 4.84 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .004$) นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่ขาดนัดลดลงจาก 0.18 ± 0.46 ครั้งต่อคน เป็น 0.06 ± 0.27 ครั้งต่อคน เมื่อเปรียบเทียบด้วยการทดสอบ Wilcoxon signed-rank test พบว่า จำนวนครั้งที่ขาดนัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .008$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความต่อเนื่องของการรับยาต้านไวรัสและการขาดนัดก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ (n = 124)

ตัวชี้วัด	ก่อนใช้รูปแบบ	หลังใช้รูปแบบ	p-value
1. รับยาภายใน 7 วันจากวันนัด, คน (ร้อยละ)	110 (88.71)	120 (96.77)	.012
2. ขาดนัดอย่างน้อย 1 ครั้ง, คน (ร้อยละ)	18 (14.52)	6 (4.84)	.004
3. จำนวนครั้งที่ขาดนัดต่อคน, ค่าเฉลี่ย ± SD	0.18 ± 0.46	0.06 ± 0.27	.008

3.2 ผลด้านการคงอยู่ในการรักษา เมื่อสิ้นสุดระยะติดตาม พบว่า ผู้ป่วย 123 คน จากทั้งหมด 124 คน ยังคงอยู่ในระบบการรักษาของโรงพยาบาลวังวิเศษ คิดเป็นร้อยละ 99.19 ส่วนผู้ป่วย 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.81 ย้ายไปรับการ

รักษาที่สถานพยาบาลอื่น จึงสิ้นสุดการติดตามที่โรงพยาบาลวังวิเศษ

3.3 ผลด้านการตรวจและการกดปริมาณไวรัส ในช่วงการดำเนินงานภาคสนาม 12 สัปดาห์ มีผู้ป่วยที่ถึงกำหนดตรวจปริมาณไวรัส (viral load) จำนวน 32 คน ในจำนวนนี้ได้รับการตรวจและมีผลตรวจจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 93.75 ของผู้ป่วยที่ถึงกำหนดตรวจ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีผลตรวจจำนวน 30 คน พบว่า 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 มีปริมาณไวรัสไม่เกิน 50 copies/mL และไม่พบผู้ป่วยที่มีปริมาณไวรัสมากกว่า 1,000 copies/mL ทั้งนี้ ผลด้านการกดปริมาณไวรัสเป็นข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยที่ถึงกำหนดตรวจภายในระยะติดตาม 12 สัปดาห์ จึงไม่ใช่การเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบในผู้ป่วยทั้ง 124 คน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการตรวจและการกดปริมาณไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ถึงกำหนดตรวจในช่วงติดตาม 12 สัปดาห์

ผลการติดตาม Viral Load	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยที่ถึงรอบตรวจ	32	100.00
ได้รับการตรวจและมีผลตรวจ	30	93.75
Viral Load ≤ 50 copies/mL	28	93.33*
Viral Load > 1,000 copies/mL	0	0.00*

หมายเหตุ: * ร้อยละของผลการกดปริมาณไวรัสคำนวณจากผู้ป่วยที่มีผลตรวจจำนวน 30 คน

3.4 ผลการติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงปานกลางและกลุ่มเสี่ยงสูง จำนวน 31 คน ได้รับการติดตามเชิงรุกครบทุกคน ช่องทางที่ใช้ในการติดตามมากที่สุดคือโทรศัพท์ จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 61.29 รองลงมาคือ LINE จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 38.71 โดยผู้ป่วยจำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 77.42 สามารถติดต่อได้ตั้งแต่การติดตามครั้งแรก

ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทั้ง 31 คนได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับการรับยาต้านไวรัสและการมาตามนัด ในจำนวนนี้ 12 คน คิดเป็นร้อยละ 38.71 ได้รับการวางแผนดูแลรายบุคคล และ 9 คน คิดเป็นร้อยละ 29.03 ได้รับการประสานการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

อุปสรรคต่อความต่อเนื่องในการรับบริการที่พบบ่อยได้แก่ เวลาทำงานไม่สอดคล้องกับวันนัดหรือมีภารกิจ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 32.26 ปัญหาด้านการเดินทาง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 25.81 และการลืมวันนัด จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 19.35

3.5 ผลด้านความครบถ้วนของการดำเนินงานตามรูปแบบ ผลการประเมินความครบถ้วนของการดำเนินงานตามรูปแบบ พบว่า กิจกรรมที่กำหนดไว้ ได้แก่ การทบทวนข้อมูลผู้ป่วย การจำแนกผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง การติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การให้คำปรึกษา การวางแผนดูแลรายบุคคล การประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ และการบันทึกผลการติดตามสามารถดำเนินการได้ครบถ้วนตามเงื่อนไขที่กำหนด

การใช้แนวทางปฏิบัติและแบบบันทึกมาตรฐานร่วมกันทำให้ทีมสามารถติดตามสถานะของผู้ป่วยและตรวจสอบการดำเนินงานย้อนหลังได้ รวมทั้งสามารถระบุผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการติดตามซ้ำหรือได้รับการดูแลเพิ่มเติมได้ชัดเจนขึ้น

3.6 ผลการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ ผลการสัมภาษณ์บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 8 คน พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยให้กระบวนการค้นหาและติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีความชัดเจนและเป็นระบบมากขึ้น การกำหนดบทบาทและผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอนช่วยลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน ขณะที่การประเมินปัญหาและอุปสรรคเฉพาะรายช่วยให้ทีมสามารถวางแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายได้มากขึ้น

ปัจจัยเอื้อที่สนับสนุนการนำรูปแบบไปใช้ ได้แก่ การมีระบบข้อมูล HOSxP และ NAP/NAP Plus เป็นฐานในการติดตามผู้ป่วย ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ การมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และความสามารถในการผนวกรูปแบบเข้ากับกระบวนการทำงานประจำของคลินิก ส่วนอุปสรรคที่พบ ได้แก่ ภาระงานของบุคลากร ความไม่สอดคล้องของข้อมูลระหว่างระบบ การไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยบางรายได้ และความเสี่ยงต่อการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อระหว่างการติดตาม

ผลการประเมินสะท้อนว่า รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ในบริบทของ

โรงพยาบาลวังวิเศษได้ โดยช่วยให้กระบวนการติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การประสานการดูแล และการวางแผนดูแลรายบุคคลมีความเป็นระบบมากขึ้น เมื่อพิจารณาร่วมกับผลลัพธ์เชิงปริมาณภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่าความต่อเนื่องของการรับยาต้านไวรัสดีขึ้นและการขาดนัดลดลง อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงควรตีความการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวภายใต้ข้อจำกัดของรูปแบบการวิจัย

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์ 3 ประการ ได้แก่ 1) สถานการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2) การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ และ 3) การประเมินผลรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ ดังนี้

1. สถานการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง ผลการศึกษาสถานการณ์พบว่า โรงพยาบาลวังวิเศษมีระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามแนวทางมาตรฐาน ครอบคลุมตั้งแต่การตรวจยืนยันการติดเชื้อ การเริ่มยาต้านไวรัส การติดตามผล CD4 และปริมาณไวรัส การดูแลด้านยา และการส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมให้บริการและใช้ข้อมูลจากระบบ HOSxP และ NAP/NAP Plus สนับสนุนการติดตามผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ระบบบริการเดิมยังมีช่องว่างด้านความครบถ้วนและความสอดคล้องของข้อมูลระหว่างระบบ การไม่มีเกณฑ์จำแนกผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง การติดตามผู้ขาดนัดที่ยังไม่มีแนวทางมาตรฐาน การวางแผนดูแลรายบุคคลที่ไม่ต่อเนื่อง และความเสี่ยงต่อการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อระหว่างการติดต่อผู้ป่วย ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า แม้หน่วยบริการจะมีระบบการรักษา บุคลากร และฐานข้อมูลสนับสนุนอยู่แล้ว แต่ความต่อเนื่องของการรักษายังขึ้นอยู่กับความสามารถในการนำข้อมูลมาใช้ติดตามผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ การตรวจสอบข้อมูลวันนัด การรับยา และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอช่วยให้สามารถค้นหาผู้ป่วยที่เริ่มมีความเสี่ยงต่อการขาดนัดหรือหยุดการรักษาได้เร็วขึ้น แนวทางขององค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับการคงอยู่ในการรักษาและการนำผู้ที่หยุดหรือขาดการรักษากลับเข้าสู่ระบบ โดยเสนอให้ใช้ข้อมูลผู้รับบริการและระบบติดตามเพื่อค้นหาการขาดช่วงของการรักษา รวมทั้งจัดการดูแลที่ตอบสนองต่อสาเหตุและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย[6]

อุปสรรคที่พบในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ เวลาทำงานไม่สอดคล้องกับวันนัดหรือมีภารกิจ ปัญหาการเดินทาง การลืมวันนัด และข้อจำกัดในการติดต่อ สะท้อนว่าการขาดนัดไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วยเพียงด้านเดียว แต่เกี่ยวข้องกับเงื่อนไขในการดำเนินชีวิต เศรษฐกิจ สังคม และลักษณะของระบบบริการด้วย สอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Burke และคณะ ซึ่งพบว่าสาเหตุของการขาดความต่อเนื่องในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีหลายระดับ ครอบคลุมปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตใจและสังคม ปัญหาทางเศรษฐกิจ การเดินทาง การเคลื่อนย้ายถิ่นที่อยู่ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา การตีตรา การรักษาความลับ และปัจจัยด้านระบบบริการ[5] ดังนั้น การจัดการปัญหาการขาดนัดจึงควรครอบคลุมทั้งการติดตาม การค้นหาสาเหตุเฉพาะราย และการปรับกระบวนการบริการให้เหมาะสมกับข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละคน

ความเสี่ยงต่อการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเป็นช่องว่างที่ต้องพิจารณาควบคู่กับการติดตามเชิงรุก เนื่องจากการโทรศัพท์หรือส่งข้อความอาจทำให้บุคคลอื่นเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยโดยไม่ได้รับอนุญาต การกำหนดช่องทางการติดต่อที่ผู้ป่วยยินยอม การใช้ข้อความที่ไม่ระบุโรค การจำกัดการเข้าถึงข้อมูล และการทบทวนความยินยอมเกี่ยวกับช่องทางติดต่อจึงเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการติดตามที่เหมาะสม โดยเฉพาะในภาวะที่การตีตราและความกังวลเกี่ยวกับการเปิดเผยสถานะอาจเป็นอุปสรรคต่อการคงอยู่ในการรักษา[5,6] ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อแรกจึงสะท้อนว่าโรงพยาบาลวังวิเศษมีโครงสร้างพื้นฐานและทีมดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่แล้ว แต่ยังต้องพัฒนากลไกที่เชื่อมโยงการตรวจสอบข้อมูล การจำแนกความเสี่ยง การติดตามเชิงรุก การดูแลรายบุคคล และการประสานงานของทีมสหสาขาวิชาชีพให้เป็นกระบวนการเดียวกัน ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่นำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการในการศึกษาครั้งนี้

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การทบทวนข้อมูลผู้ป่วย 2) การจำแนกผู้ป่วยตามระดับ

ความเสี่ยง 3) การติดตามผู้ป่วยเชิงรุก 4) การให้คำปรึกษาและค้นหาอุปสรรคเฉพาะราย 5) การวางแผนดูแลรายบุคคลและประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ และ 6) การบันทึกประเมินผล และปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ลักษณะสำคัญของรูปแบบคือการนำกระบวนการที่มีอยู่เดิมมาจัดระบบและเชื่อมโยงกัน โดยกำหนดผู้รับผิดชอบ วิธีดำเนินงาน และแนวทางติดตามให้ชัดเจนมากขึ้น มากกว่าการเพิ่มระบบบริการใหม่แยกออกจากงานประจำ

การพัฒนารูปแบบเริ่มจากช่องว่างที่พบในระบบบริการจริง โดยปัญหาความไม่ครบถ้วนหรือไม่สอดคล้องของข้อมูลนำไปสู่การกำหนดขั้นตอนการทบทวนข้อมูลร่วมกัน การไม่มีเกณฑ์จำแนกความเสี่ยงนำไปสู่การแบ่งผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง การติดตามที่ยังไม่มีมาตรฐานนำไปสู่การกำหนดกรอบเวลา ช่องทางการติดต่อ และผู้รับผิดชอบ ส่วนปัญหาการดูแลรายบุคคลและการประสานทีมที่ยังไม่ต่อเนื่องนำไปสู่การกำหนดกระบวนการให้คำปรึกษา การวางแผนดูแลรายบุคคลและการประสานข้อมูลระหว่างวิชาชีพ การพัฒนาจากปัญหาของระบบบริการจริงทำให้แต่ละองค์ประกอบของรูปแบบเชื่อมโยงกับปัญหาที่พบและสามารถนำไปดำเนินการภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ของโรงพยาบาล

รูปแบบดังกล่าวสอดคล้องกับแนวทางการจัดบริการเอชไอวีที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ซึ่งให้ความสำคัญกับการจัดบริการที่มีความยืดหยุ่น การสนับสนุนความต่อเนื่องในการใช้ยาต้านไวรัส การติดตามผู้ที่ขาดการรักษา การนำผู้ป่วยกลับเข้าสู่ระบบ และการจัดบริการตามความต้องการของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม[4,6] องค์การอนามัยโลกยังให้ความสำคัญกับระบบบริการและระบบข้อมูลที่สนับสนุนการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ติดเชื้อสามารถคงอยู่ในการรักษาในระยะยาว

การจำแนกผู้ป่วยเป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำ ปานกลาง และสูง ทำให้สามารถกำหนดระดับความเข้มข้นของการติดตามให้แตกต่างกันตามความจำเป็น ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่และมีความต่อเนื่องในการรักษาสามารถรับบริการตามระบบปกติ ขณะที่ผู้ที่มีประวัติขาดนัด รับยาล่าช้า มีผลตรวจผิดปกติ หรือมีข้อจำกัดด้านจิตสังคมสามารถได้รับการติดตามที่เข้มข้นขึ้น แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด differentiated service delivery ซึ่งปรับรูปแบบ ความถี่ และความเข้มข้นของบริการให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการ หลักฐานจากการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานพบว่ารูปแบบบริการดังกล่าวสามารถคงผลลัพธ์ด้านการอยู่ในระบบการรักษาและการกดปริมาณไวรัสได้ในระดับที่ใกล้เคียงกับการดูแลตามปกติในผู้ที่มีภาวะคงที่[8,9]

ในประเทศไทยมีการจัดบริการรับยาต้านไวรัสที่หลากหลายเช่นกัน การศึกษาของขวัญดาว ศิลาทอง และคณะพบรูปแบบการรับยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่ทั้งการรับยาโดยพบแพทย์ การรับยาต่อเนื่องกับเภสัชกร และการรับยาต่อเนื่องทางไปรษณีย์[10] สะท้อนว่าการจัดบริการสามารถปรับให้เหมาะสมกับลักษณะและความต้องการของผู้รับบริการภายใต้บริบทของระบบสุขภาพไทยได้ Thai-Journal Online

การกำหนดบทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างชัดเจน โดยมีพยาบาลเป็นผู้ประสานหลัก แพทย์ดูแลด้านคลินิก เภสัชกรประเมินการใช้ยา นักเทคนิคการแพทย์สนับสนุนการติดตามผลตรวจ และเจ้าหน้าที่เวชระเบียนหรือสารสนเทศสนับสนุนด้านข้อมูล เป็นองค์ประกอบที่ช่วยให้การจัดการปัญหาผู้ป่วยครอบคลุมหลายมิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Steward และคณะ ซึ่งศึกษาการปรับกระบวนการให้บริการเอชไอวีในสถานบริการสุขภาพระดับชุมชน และพบว่าการใช้บุคลากรร่วมกัน การดูแลแบบทีม และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ด้านการคงอยู่ในการรักษาและการกดปริมาณไวรัสในบางรูปแบบของการดำเนินงาน[11] อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวไม่มีเงื่อนไขควบคุมที่แท้จริง จึงควรตีความผลในบริบทของรูปแบบการศึกษาเช่นกัน

การนำรูปแบบไปใช้ในระยะยาวจำเป็นต้องคำนึงถึงความต่อเนื่องของระบบงาน ผู้รับผิดชอบ ภาระงาน และคุณภาพของข้อมูล หากรูปแบบพึ่งพาบุคลากรบางคนมากเกินไป อาจเกิดปัญหาเมื่อมีการเปลี่ยนเวร ย้ายงาน หรือมีภาระงานเพิ่มขึ้น ดังนั้น การนำรูปแบบไปใช้ต่อเนื่องควรผนวกขั้นตอนสำคัญเข้ากับแนวทางปฏิบัติงานประจำ กำหนดผู้รับผิดชอบหลักและผู้รับผิดชอบสำรอง รวมทั้งมีการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลและทบทวนผลการดำเนินงานร่วมกันเป็นระยะ

3. การประเมินผลรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ

3.1 ความต่อเนื่องของการรับยาต้านไวรัสและการขาดนัด ภายหลังการดำเนินงานภาคสนาม 12 สัปดาห์ สัดส่วนผู้ป่วยที่รับยาต้านไวรัสภายใน 7 วันจากวันนัดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 88.71 เป็นร้อยละ 96.77 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .012) ขณะที่สัดส่วนผู้ป่วยที่ขาดนัดอย่างน้อย 1 ครั้งลดลงจากร้อยละ 14.52 เป็นร้อยละ 4.84 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .004) และค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่ขาดนัดลดลงจาก 0.18 ± 0.46 เป็น 0.06 ± 0.27 ครั้งต่อคนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .008) การเปลี่ยนแปลงที่พบภายหลังการใช้รูปแบบอาจสัมพันธ์กับองค์ประกอบหลายส่วนที่ดำเนินการร่วมกัน ได้แก่ การตรวจสอบข้อมูลวันนัด การจำแนกผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง การติดตามผ่านช่องทางที่ผู้ป่วยยินยอม การค้นหาสาเหตุของการขาดนัด และการวางแผนแก้ไขอุปสรรคเฉพาะราย กระบวนการดังกล่าวทำให้ทีมสามารถค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงและดำเนินการติดตามได้เป็นระบบมากขึ้น อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบก่อนและหลังในกลุ่มเดียวโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงไม่สามารถระบุได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่พบเกิดจากรูปแบบการดูแลเพียงปัจจัยเดียว

ผลการสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพช่วยอธิบายผลเชิงปริมาณ โดยพบว่าสาเหตุของการมารับยาไม่ตรงนัดเกี่ยวข้องทั้งกับเวลาทำงานที่ไม่สอดคล้องกับวันนัด ปัญหาการเดินทาง การลืมวันนัด และข้อจำกัดในการติดต่อ การจำแนกความเสี่ยงและการประเมินอุปสรรคเฉพาะรายจึงทำให้ทีมมีข้อมูลสำหรับปรับแผนการดูแลให้สอดคล้องกับเงื่อนไขของผู้ป่วยแต่ละรายมากขึ้น ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานของ Higa และคณะ ซึ่งพบว่ามาตรการต่าง ๆ ได้แก่ การช่วยจัดการนัดหมาย การนำทางผู้ป่วยในระบบบริการ การสนับสนุนด้านจิตสังคม การช่วยเหลือด้านการเดินทาง และการใช้ข้อมูลเพื่อค้นหาผู้ที่ขาดการรักษา สามารถเพิ่มการกลับเข้าสู่การดูแลและการคงอยู่ในการรักษาได้[7] องค์การอนามัยโลกยังเสนอให้การติดตามและนำผู้ที่ขาดการรักษากลับเข้าสู่ระบบดำเนินการโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและจัดการกับสาเหตุของการขาดการรักษาเป็นรายบุคคล[6]

3.2 การคงอยู่ในการรักษา

เมื่อสิ้นสุดระยะติดตาม ผู้ป่วยจำนวน 123 คน จากทั้งหมด 124 คน ยังคงอยู่ในระบบการรักษาของโรงพยาบาลวังวิเศษ คิดเป็นร้อยละ 99.19 ส่วนผู้ป่วย 1 คนย้ายไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น ผลดังกล่าวสะท้อนว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงเชื่อมโยงกับระบบบริการตลอดระยะติดตาม 12 สัปดาห์ การมีรายชื่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การกำหนดผู้รับผิดชอบ และกระบวนการติดตามอย่างเป็นระบบอาจเป็นส่วนหนึ่งที่สนับสนุนให้ทีมสามารถค้นหาและจัดการผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการขาดการรักษาได้เร็วขึ้น

อย่างไรก็ตาม สัดส่วนการคงอยู่ในการรักษาที่สูงควรตีความโดยคำนึงถึงระยะเวลาติดตามที่ค่อนข้างสั้นเพียง 12 สัปดาห์ และลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระบบการรักษามาแล้วก่อนเริ่มศึกษา จึงยังไม่สามารถสรุปความยั่งยืนของผลลัพธ์ในระยะยาวได้ การติดตามที่ระยะ 6 และ 12 เดือนจะช่วยประเมินการคงอยู่ในการรักษา การขาดช่วงของการรับยา และการกลับเข้าสู่ระบบของผู้ที่ขาดการติดตามได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

3.3 การตรวจและการกดปริมาณไวรัส

ในผู้ป่วยที่ถึงกำหนดตรวจปริมาณไวรัสจำนวน 32 คน มีผู้ได้รับการตรวจและมีผลตรวจจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 93.75 ในจำนวนผู้ที่มีผลตรวจ พบว่า 28 คน หรือร้อยละ 93.33 มีปริมาณไวรัสไม่เกิน 50 copies/mL และไม่พบผู้ป่วยที่มีปริมาณไวรัสมากกว่า 1,000 copies/mL ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ถึงกำหนดตรวจในช่วงติดตามได้รับการตรวจและมีผลการกดปริมาณไวรัสอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด

แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทยกำหนดให้การตรวจปริมาณไวรัสเป็นองค์ประกอบสำคัญในการติดตามผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และใช้ประกอบการประเมินประสิทธิผลของการรักษาและการจัดการกรณีที่ไม่สามารถกดปริมาณไวรัสได้[3] ดังนั้นการที่ระบบสามารถระบุผู้ป่วยที่ถึงกำหนดตรวจและติดตามผลได้อย่างเป็นระบบจึงมีประโยชน์ทั้งต่อการดูแลผู้ป่วยรายบุคคลและการติดตามคุณภาพบริการ

อย่างไรก็ตาม ผลด้านการกดปริมาณไวรัสในการศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถใช้ยืนยันผลของรูปแบบโดยตรงได้ เนื่องจากประเมินเฉพาะผู้ป่วยที่ถึงกำหนดตรวจในช่วงดำเนินการ 12 สัปดาห์ และไม่ได้เปรียบเทียบผลการตรวจปริมาณไวรัสก่อน

และหลังการใช้รูปแบบในผู้ป่วยทั้ง 124 คน นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่อยู่ในระบบการรักษามาอย่างต่อเนื่องอาจมีการกดปริมาณไวรัสอยู่ในระดับสูงตั้งแต่ก่อนดำเนินการ จึงมีโอกาสเกิดภาวะเพดาน (ceiling effect) ทำให้ตรวจพบการเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมได้จำกัด การศึกษาครั้งต่อไปควรติดตามให้ครอบคลุมรอบการตรวจปริมาณไวรัสของผู้ป่วย และเปรียบเทียบผลก่อนและหลังในบุคคลเดียวกัน

3.4 ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ

ผลการสัมภาษณ์บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 8 คน พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่ารูปแบบช่วยให้การค้นหาและติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีความชัดเจนและเป็นระบบมากขึ้น การกำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอนช่วยลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน ขณะที่การประเมินอุปสรรคเฉพาะรายช่วยให้สามารถวางแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายได้มากขึ้น ความเป็นไปได้ของรูปแบบส่วนหนึ่งมาจากการใช้ฐานข้อมูล บุคลากร และช่องทางการติดต่อที่มีอยู่เดิมแล้วจัดกระบวนการทำงานให้มีขั้นตอนและผู้รับผิดชอบชัดเจนขึ้น โดยไม่จำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการใหม่ทั้งหมด

ปัจจัยเอื้อในการดำเนินงาน ได้แก่ ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ การมีระบบ HOSxP และ NAP/NAP Plus เป็นแหล่งข้อมูล การมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และความสามารถในการผนวกรูปแบบเข้ากับงานประจำ ส่วนอุปสรรค ได้แก่ ภาระงานของบุคลากร ความไม่สอดคล้องของข้อมูลระหว่างระบบ การไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยบางรายได้ และความเสี่ยงต่อการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ ผลดังกล่าวสะท้อนว่าความต่อเนื่องของรูปแบบไม่ได้ขึ้นอยู่กับกระบวนการทางคลินิกเพียงอย่างเดียว แต่เกี่ยวข้องกับระบบข้อมูล กำลังคน การประสานงาน และมาตรการคุ้มครองความลับของผู้ป่วยด้วย

เมื่อพิจารณาร่วมกับผลลัพธ์เชิงปริมาณ พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบ ความต่อเนื่องของการรับยาต้านไวรัสดีขึ้นและการขาดนัดลดลง ขณะที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในระบบการรักษา และบุคลากรผู้ใช้รูปแบบเห็นว่าสามารถนำไปผนวกกับการทำงานประจำได้ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากไม่มีการสุ่มและไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ การเปลี่ยนแปลงที่พบจึงควรตีความว่าเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ภายหลังการนำรูปแบบไปใช้ และยังไม่ควรสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลว่าเกิดจากรูปแบบเพียงอย่างเดียว

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบในกลุ่มเดียวโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงไม่สามารถควบคุมปัจจัยภายนอกหรือยืนยันได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์เกิดจากรูปแบบการดูแลเพียงอย่างเดียว ระยะเวลาการดำเนินงานภาคสนาม 12 สัปดาห์ทำให้ผลการศึกษาสะท้อนผลลัพธ์ในระยะสั้น และยังไม่สามารถประเมินความยั่งยืนของการคงอยู่ในการรักษาในระยะยาวได้

ผลด้านการตรวจและการกดปริมาณไวรัสประเมินเฉพาะผู้ป่วยที่ถึงกำหนดตรวจภายในช่วงการศึกษา จึงไม่ได้เป็นการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด นอกจากนี้ ข้อมูลบางส่วนจากระบบ HOSxP และ NAP/NAP Plus มีความไม่ครบถ้วนหรือไม่สอดคล้องกัน ซึ่งอาจมีผลต่อความถูกต้องของข้อมูลย้อนหลัง แม้ผู้วิจัยจะมีขั้นตอนตรวจสอบข้อมูลก่อนการวิเคราะห์แล้วก็ตาม

ข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 8 คน ในโรงพยาบาลแห่งเดียว และยังไม่ได้ศึกษาประสบการณ์หรือความคิดเห็นของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยตรง จึงควรใช้ความระมัดระวังในการนำผลการศึกษาด้านความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบไปอ้างอิงกับโรงพยาบาลหรือบริบทอื่นที่มีโครงสร้างบริการ ทรัพยากร และลักษณะผู้รับบริการแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

โรงพยาบาลวังวิเศษควรนำรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีไปใช้ต่อเนื่องในงานประจำของคลินิก โดยกำหนดขั้นตอนการทบทวนข้อมูล การจำแนกผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง การติดตามเชิงรุก การให้คำปรึกษา การวางแผนดูแลรายบุคคล และการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพให้เป็นแนวทางปฏิบัติเดียวกัน ควรกำหนดผู้รับผิดชอบหลักและผู้รับผิดชอบสำรองในแต่ละขั้นตอน เพื่อให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องแม้มีการเปลี่ยนแปลงบุคลากรหรือภาระงานเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. โรงพยาบาลควรกำหนดแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความเสี่ยงต่อการขาดนัดหรือหลุดจากระบบให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบงานประจำ โดยกำหนดเกณฑ์จำแนกความเสี่ยง แนวทางการติดตาม ระยะเวลาในการติดตาม บทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพ และมาตรการรักษาความลับของผู้ป่วยอย่างชัดเจน เพื่อให้บุคลากรสามารถดำเนินงานในทิศทางเดียวกัน

2. ในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ ควรสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความเชื่อมโยงของข้อมูลจากระบบ HOSxP และ NAP/NAP Plus เพื่อให้สามารถติดตามความต่อเนื่องของการรักษาและค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพด้านการใช้ข้อมูลเพื่อการติดตามผู้ป่วย การดูแลรายบุคคล และการคุ้มครองข้อมูลสุขภาพ โดยควรมีการติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะเพื่อนำข้อมูลมาใช้ปรับปรุงระบบบริการให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนต่อไปครับ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มระยะเวลาติดตามอย่างน้อย 6-12 เดือน เพื่อประเมินความต่อเนื่องของการรับยาต้านไวรัส การขาดนัด การคงอยู่ในการรักษา และความยั่งยืนของรูปแบบในระยะยาว รวมทั้งควรใช้รูปแบบการศึกษาที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อช่วยให้สามารถประเมินผลของรูปแบบได้ชัดเจนมากขึ้น

2. ควรติดตามผลการตรวจปริมาณไวรัสก่อนและหลังการใช้รูปแบบในผู้ป่วยรายเดียวกัน และกำหนดระยะเวลาศึกษาให้ครอบคลุมรอบการตรวจปริมาณไวรัสของผู้ป่วยมากขึ้น นอกจากนี้ ควรศึกษามุมมองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยตรง ทั้งด้านประสบการณ์การรับบริการ ความพึงพอใจ อุปสรรคในการมาตามนัด ความเหมาะสมของช่องทางติดตาม และความกังวลเกี่ยวกับการรักษาความลับ รวมทั้งพิจารณาศึกษาภาระงานของบุคลากรและทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินรูปแบบ เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ระยะยาวและขยายผลในบริบทอื่น

เอกสารอ้างอิง

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global HIV & AIDS statistics: fact sheet. Geneva: UNAIDS; 2025.
2. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. ความก้าวหน้าของประเทศไทยตามเป้าหมาย 95-95-95 [Internet]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2024 [cited 2026 Sep 28].
3. Ruxrungtham K, Chokephaibulkit K, Chetchotisakd P, Chariyalertsak S, Kiertiburanakul S, Putacharoen O, et al. Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2021/2022. Nonthaburi: Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control; 2022.
4. World Health Organization. WHO guideline on HIV service delivery: updated guidance on the integration of diabetes, hypertension and mental health services, and interventions to support adherence to antiretroviral therapy. Geneva: World Health Organization; 2025.
5. Burke RM, Rickman HM, Pinto C, Ehrenkranz P, Choko A, Ford N. Reasons for disengagement from antiretroviral care in the era of “Treat All” in low- or middle-income countries: a systematic review. J Int AIDS Soc. 2024;27(3):e26230. doi:10.1002/jia2.26230.
6. World Health Organization. Supporting re-engagement in HIV treatment services. Geneva: World Health Organization; 2024.
7. Higa DH, Crepaz N, Mullins MM, Adegbite-Johnson A, Gunn JKL, Denard C, et al. Strategies to improve HIV care outcomes for people with HIV who are out of care. AIDS. 2022;36(6):853-62. doi:10.1097/QAD.0000000000003172.
8. Bwire GM, Njiro BJ, Ndumwa HP, Munishi CG, Mpondo BC, Mganga M, et al. Impact of differentiated service delivery models on retention in HIV care and viral suppression among people living with HIV in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis of

randomised controlled trials. Rev Med Virol. 2023;33(6):e2479. doi:10.1002/rmv.2479.

9. Le Tourneau N, Germann A, Thompson RR, Ford N, Schwartz S, Beres L, et al. Evaluation of HIV treatment outcomes with reduced frequency of clinical encounters and antiretroviral treatment refills: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2022;19(3):e1003959. doi:10.1371/journal.pmed.1003959.
10. ขวัญดาว ศิลาทอง, เดือนกาญจน์ สุทธิเวทย์, สุระรอง ชินวงศ์, ดุจฤดี ชินวงศ์. คุณภาพชีวิตและรูปแบบบริการรับยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่: การวิเคราะห์เปรียบเทียบ. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2567;16(4):913-28.
11. Steward WT, Koester KA, Guzé MA, Kirby VB, Fuller SM, Moran ME, et al. Practice transformations to optimize the delivery of HIV primary care in community healthcare settings in the United States: a program implementation study. PLoS Med. 2020;17(3):e1003079. doi:10.1371/journal.pmed.1003079.

Citation:

Musikawong, J. The Development of an Integrated Care Model for People Living with HIV at Wang Wiset Hospital, Trang Province. J Impact Assess Public Policy 2026; 1(1): e3600.

Online Access

https://so19.tci-thaijo.org/index.php/JIAPP/article/view/3600

JIAPP
Impact Assess Public Policy

Research Article

อิทธิพลของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบ อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช

The Influence of the Health Belief Model on Leptospirosis Preventive Behaviors among Residents in the Service Area of Ban Nop Sub-district Health Promoting Hospital, Nopphitam District, Nakhon Si Thammarat Province

ธนันธร เพชรเชนทร์

Tanantorn Petchen

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และความสามารถขององค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบ อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างจำนวน 370 คน สุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม มีค่า IOC 0.67–1.00 ค่าเฉลี่ย 0.89 และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมเท่ากับ 0.92 และ 0.91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความรุนแรง แรงผลักดันให้ปฏิบัติ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง แบบจำลองสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมได้ร้อยละ 40.30 (R^2 = .403, p < .001) โดยการรับรู้ประโยชน์ (β = .31, p < .001) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (β = .23, p < .001) และการรับรู้อุปสรรค (β = -.17, p = .002) เป็นตัวทำนายอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษาสนับสนุนการพัฒนากิจกรรมที่เน้นการเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ ลดอุปสรรค และเสริมสร้างความมั่นใจในการป้องกันโรค

คำสำคัญ : แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรค โรคเลปโตสไปโรซิส การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบ อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช 80160

Public Health Technical, Ban Nop Sub-district Health Promoting Hospital, Nopphitam District, Nakhon Si Thammarat 80160

*Corresponding Author: Email: tanantorn21@gmail.com; Tel: 0937892329

Received: Jul 16, 2026; Revised: Aug 21, 2026; Accepted: Sep 5, 2026

Abstract

This analytical cross-sectional study aimed to examine the levels of Health Belief Model constructs and determine their combined ability to predict leptospirosis preventive behaviors among residents in the service area of Ban Nop Subdistrict Health Promoting Hospital, Nopphitam District, Nakhon Si Thammarat Province. The sample consisted of 370 participants selected using proportionate stratified random sampling. Data were collected using a questionnaire with item-objective congruence (IOC) values ranging from 0.67 to 1.00, with an overall mean of 0.89. Cronbach's alpha coefficients for the health belief and preventive behavior scales were 0.92 and 0.91, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression. The results showed that perceived benefits, perceived severity, cues to action, perceived susceptibility, and self-efficacy were at high levels, whereas perceived barriers were at a moderate level. The model explained 40.30% of the variance in preventive behaviors (R^2 = .403, $p < .001$). Significant predictors were perceived benefits (β = .31, $p < .001$), self-efficacy (β = .23, $p < .001$), and perceived barriers (β = −.17, p = .002). The findings support the development of interventions emphasizing perceived benefits, reducing barriers, and strengthening self-efficacy in leptospirosis prevention.

Keywords : Health Belief Model, Preventive Behaviors, Leptospirosis, Multiple Linear Regression

บทนำ

โรคเลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis) หรือโรคฉี่หนู เป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียสกุล Leptospira เชื้อสามารถแพร่จากสัตว์รังโรค เช่น หนู โค กระบือ สุกร และสุนัข ผ่านปัสสาวะที่ปนเปื้อนในน้ำ ดิน หรือสิ่งแวดล้อม และเข้าสู่ร่างกายมนุษย์ทางบาดแผล รอยถลอก เยื่อบุตา จมูก ปาก หรือผิวหนังที่แช่น้ำเป็นเวลานาน ผู้ติดเชื้ออาจไม่มีอาการ มีอาการไม่รุนแรง หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ไตวาย ตับวาย เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ภาวะหายใจลำบาก และเสียชีวิตได้[1] ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสัมพันธ์กับการสัมผัสน้ำหรือดินที่ปนเปื้อน การสัมผัสโคลนหรือน้ำขัง การเกิดน้ำท่วม การประกอบอาชีพกลางแจ้งและการทำงานด้านเกษตรกรรม รวมถึงการสัมผัสสัตว์รังโรค[2] การทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่าการสัมผัสน้ำท่วมเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อประมาณ 1.54-6.04 เท่า การสัมผัสโคลนเพิ่มความเสี่ยง 1.57-4.58 เท่า และการสัมผัสน้ำขังเพิ่มความเสี่ยง 2.79-6.42 เท่า นอกจากนี้ การอาศัยใกล้พื้นที่สวนยางพาราและการประกอบอาชีพกลางแจ้งยังสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น[2]

ประเทศไทยยังคงพบโรคเลปโตสไปโรซิสอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประชาชนที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและอาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบท การวิเคราะห์ข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรคของประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2556-2565 พบผู้ป่วยรวม 25,006 ราย มีอัตราป่วยเฉลี่ย 3.80 ต่อประชากรแสนคน กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบทและประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยหลังจากอัตราป่วยลดลงในช่วง พ.ศ. 2556-2564 กลับพบแนวโน้มเพิ่มขึ้นใน พ.ศ. 2565[3] ข้อมูลเฝ้าระวังของกรมควบคุมโรคระหว่างวันที่ 1 มกราคม-6 กันยายน พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยสงสัยโรคเลปโตสไปโรซิส 2,547 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 3.85 ต่อประชากรแสนคน และเสียชีวิต 30 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 1.18[4] สะท้อนว่าโรคนี้ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องมีการเฝ้าระวังและดำเนินมาตรการป้องกันอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยด้านภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อมมีบทบาทต่อการแพร่กระจายของโรคเลปโตสไปโรซิสในประเทศไทย การศึกษาของ Chadsuthi และคณะ พบว่าปริมาณน้ำท่วมและอุณหภูมิมีความสัมพันธ์กับการแพร่เชื้อ โดยพื้นที่ที่มีระดับน้ำท่วมสูงมีแนวโน้มพบผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น[5] การศึกษารูปแบบเชิงพื้นที่และเวลาในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2555-2561 ยังพบพื้นที่ที่

มีอัตราป่วยสูงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างและภาคใต้ และพบความสัมพันธ์ของการเกิดโรคกับพื้นที่เพาะปลูกข้าว ความชื้นในดิน และปัจจัยทางภูมิอากาศ[6] ขณะที่การศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างคน สัตว์ และแหล่งน้ำในประเทศไทยพบว่าโรคเลปโตสไปโรซิสเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับอาชีพเกษตรกรรม การสัมผัสสิ่งแวดล้อม แหล่งน้ำ และสัตว์รังโรค และระดับความเสี่ยงแตกต่างกันตามรูปแบบการสัมผัสของประชาชนในแต่ละพื้นที่[7]

จังหวัดนครศรีธรรมราชมีลักษณะภูมิอากาศร้อนชื้น มีฝนตกชุก และมีพื้นที่เกษตรกรรมจำนวนมาก ประชาชนบางส่วนประกอบอาชีพทำสวนยางพารา สวนผลไม้ และรับจ้างทางการเกษตร ซึ่งอาจมีโอกาสสัมผัสน้ำ ดิน โคลน และสิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อนเชื้อมากกว่าประชาชนที่ไม่ได้ประกอบกิจกรรมดังกล่าว สำหรับพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบ อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช ข้อมูลเฝ้าระวังในปี พ.ศ. 2567 รายงานผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส 11 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 224.22 ต่อประชากรแสนคน[8] อย่างไรก็ตาม ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่ได้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระดับเดียวกันทั้งหมด เนื่องจากความเสี่ยงแตกต่างกันตามอาชีพ กิจกรรม การสัมผัสน้ำหรือดิน สภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย ตลอดจนพฤติกรรมการป้องกันตนเอง การศึกษาปัจจัยด้านพฤติกรรมในประชาชนจึงควรพิจารณาความแตกต่างดังกล่าวร่วมด้วย

แม้โรคเลปโตสไปโรซิสสามารถลดความเสี่ยงได้ด้วยการหลีกเลี่ยงการสัมผัสน้ำหรือดินที่อาจปนเปื้อนเชื้อ การสวมรองเท้าบู๊ทหรือถุงมือขณะทำงานในพื้นที่เสี่ยง การปกปิดบาดแผล การทำความสะอาดร่างกายหลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมเสี่ยง การเก็บอาหารและน้ำดื่มให้มิดชิด รวมถึงการควบคุมหนูและจัดการสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ[1,4] แต่การมีความรู้เกี่ยวกับโรคเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันอย่างสม่ำเสมอ การศึกษาในเกษตรกรประเทศศรีลังกาพบว่า แม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอยู่ในระดับที่น่าพอใจ แต่มีเพียงร้อยละ 16.40 ที่มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันในระดับดี สะท้อนถึงช่องว่างระหว่างความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติจริง[9]

หลักฐานในประเทศไทยให้ผลในทิศทางเดียวกัน การศึกษาในประชากรกลุ่มเสี่ยงจังหวัดศรีสะเกษพบว่า ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้โอกาสเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความรู้ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ร้อยละ 42.80[10] ส่วนการศึกษาในประชาชนตำบลทอนหงส์ อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมากกว่าการรับรู้ด้านอื่น ($r = 0.371$)[11] นอกจากนี้ การศึกษาในพื้นที่ตลาดชุมชนเมือง จังหวัดตรัง พบว่ากระบวนการให้ความรู้ การคืนข้อมูล และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทำให้ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[12] ผลการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคจำเป็นต้องพิจารณาทั้งการรับรู้ของบุคคลและเงื่อนไขที่เอื้อต่อการนำความรู้ไปปฏิบัติจริง

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) เป็นแนวคิดที่ใช้อธิบายและทำนายการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยองค์ประกอบหลักประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ แรงผลักดันให้ปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง[13] หลักฐานจากการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความสามารถของ Health Belief Model ในการทำนายพฤติกรรมป้องกันพบว่าองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถใช้อธิบายพฤติกรรมป้องกันได้ โดยการรับรู้ประโยชน์เป็นองค์ประกอบที่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบ่อยที่สุด รองลงมาคือการรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงผลักดันให้ปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรค[14] แม้หลักฐานดังกล่าวศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคในบริบทอื่น แต่สนับสนุนหลักการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการอธิบายความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันระหว่างบุคคล

จากสถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่และหลักฐานการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ายังมีข้อมูลจำกัดเกี่ยวกับความสามารถขององค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในบริบทอำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านในแบบจำลองเดียวกัน ผู้วิจัยจึงศึกษาระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความสามารถขององค์ประกอบดังกล่าวในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบ ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลสำหรับการกำหนดกิจกรรมสื่อสารความเสี่ยง การส่งเสริมให้ประชาชนเห็นประโยชน์ของการป้องกันโรค การลดอุปสรรคในการปฏิบัติ และการเสริมสร้างความมั่นใจในการป้องกันโรคให้เหมาะสมกับบริบทและระดับความเสี่ยงของประชาชนในพื้นที่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบ อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. เพื่อศึกษาความสามารถขององค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค แรงผลักดันให้ปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบ อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (analytical cross-sectional study) เพื่อศึกษาระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส และวิเคราะห์ความสามารถขององค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบ อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบ อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช ครอบคลุม 5 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1, 2, 3, 10 และ 11 โดยฐานข้อมูลประชากรของพื้นที่มีประชากรรวม 4,906 คน

ขนาดกลุ่มตัวอย่างตรวจสอบตามวิธีการวิเคราะห์หลักของการวิจัย คือ การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple linear regression) โดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 เลือกสถิติ F tests ประเภท Linear multiple regression: Fixed model, R^2 deviation from zero กำหนดขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (effect size $f^2 = 0.15$) ตามเกณฑ์ของ Cohen [15] ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = .05$ อำนาจการทดสอบ (power) = .95 และจำนวนตัวแปรทำนาย 6 ตัว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 146 คน[16] การศึกษาครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมที่มีข้อมูลสมบูรณ์จำนวน 370 คน ซึ่งมากกว่าขนาดตัวอย่างขั้นต่ำที่คำนวณได้ จึงมีขนาดตัวอย่างเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน (proportionate stratified random sampling) โดยกำหนดหมู่บ้านเป็นชั้นภูมิ ใช้จำนวนประชากรของแต่ละหมู่บ้านเป็นฐานในการจัดสรรจำนวนตัวอย่างตามสัดส่วน ได้กลุ่มตัวอย่างจากหมู่ที่ 1 จำนวน 109 คน หมู่ที่ 2 จำนวน 85 คน หมู่ที่ 3 จำนวน 74 คน หมู่ที่ 10 จำนวน 56 คน และหมู่ที่ 11 จำนวน 46 คน รวม 370 คน จากนั้นสุ่มรายชื่อผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปและผ่านเกณฑ์การคัดเลือกในแต่ละหมู่บ้านด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืนจนครบตามจำนวนที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3) มีสติสัมปชัญญะและสามารถสื่อสารภาษาไทยเพื่อให้ข้อมูลตามแบบสอบถามได้ และ 4) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ผู้ที่ขอถอนตัวจากการวิจัย และแบบสอบถามที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วนจนไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส แบ่งออกเป็น 3 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ

ตอนที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 30 ข้อ ครอบคลุม 6 องค์ประกอบ องค์ประกอบละ 5 ข้อ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค 4) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค 5) แรงผลักดันให้ปฏิบัติ และ 6) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 5 คะแนน ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนนของแต่ละองค์ประกอบพิจารณาจากค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 3.68–5.00 คะแนน หมายถึงระดับสูง 2.34–3.67 คะแนน หมายถึงระดับปานกลาง และ 1.00–2.33 คะแนน หมายถึงระดับต่ำ[17] สำหรับองค์ประกอบการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค คะแนนสูงมีความหมายว่า ผู้ตอบรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมาก ซึ่งมีทิศทางเชิงแนวคิดตรงข้ามกับองค์ประกอบด้านบวกอื่น ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแยกเป็นรายด้าน และไม่นำคะแนนดิบของทั้ง 6 องค์ประกอบมารวมเป็นคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมโดยตรง

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ ได้แก่ 1) พฤติกรรมการป้องกันส่วนบุคคล 2) พฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อม 3) พฤติกรรมการควบคุมและกำจัดหนู และ 4) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติสม่ำเสมอ 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัติน้อยครั้ง 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ 1 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสมมากกว่า การแปลผลค่าเฉลี่ยแบ่งเป็นระดับสูง 3.68–5.00 คะแนน ระดับปานกลาง 2.34–3.67 คะแนน และระดับต่ำ 1.00–2.33 คะแนน [17]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ อาจารย์ด้านสาธารณสุขศาสตร์ 2 คน และนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ 1 คน พบค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67–1.00 และมีค่าเฉลี่ยรวม 0.89 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชาชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่า แบบวัดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีค่า α = 0.92 โดยรายด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง α = 0.82 การรับรู้ความรุนแรง α = 0.84 การรับรู้ประโยชน์ α = 0.86 การรับรู้อุปสรรค α = 0.81 แรงผลักดันให้ปฏิบัติ α = 0.83 และการรับรู้ความสามารถของตนเอง α = 0.88 ส่วนแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยรวมมีค่า α = 0.91 แสดงว่าเครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และประสานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อเตรียมการเก็บข้อมูล ก่อนเก็บข้อมูลมีการชี้แจงและอบรมผู้ช่วยวิจัยให้เข้าใจวัตถุประสงค์ นิยามของตัวแปร ข้อคำถาม วิธีการสัมภาษณ์ และการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยในแนวทางเดียวกัน

ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเข้าพบผู้ที่ได้รับการสุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์และความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัย สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัว และการรักษาความลับของข้อมูล ก่อนขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30–45 นาทีต่อคน หลังเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลแต่ละราย ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความสอดคล้องของข้อมูลก่อนนำไปบันทึกและวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยตัวแปรเชิงกลุ่มรายงานจำนวนและร้อยละ ส่วนตัวแปรเชิงปริมาณรายงานค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. คะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพวิเคราะห์แยกเป็น 6 องค์ประกอบ และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสวิเคราะห์ทั้งภาพรวมและรายด้าน โดยรายงานค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับ

3. วิเคราะห์ความสามารถขององค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple linear regression) ตัวแปรตาม คือ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ซึ่งเป็นตัวแปรเชิงปริมาณต่อเนื่อง ส่วนตัวแปรทำนายประกอบด้วยคะแนนเฉลี่ยขององค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 6 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงผลักดันให้ปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งวิเคราะห์ในลักษณะตัวแปรเชิงปริมาณต่อเนื่องเช่นเดียวกัน

การนำตัวแปรเข้าสู่แบบจำลองใช้วิธี Enter โดยนำองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านเข้าสู่แบบจำลองพร้อมกัน เนื่องจากตัวแปรทั้งหมดกำหนดไว้ล่วงหน้าตามกรอบแนวคิด Health Belief Model และเป็นตัวแปรที่ต้องการทดสอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย จึงไม่ได้ใช้การคัดเลือกตัวแปรด้วยวิธี stepwise หรือคัดออกโดยอาศัยผลการทดสอบแบบตัวแปรเดียวก่อนเข้าสู่แบบจำลอง

ก่อนวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ พบว่าค่าคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงใกล้เคียงปกติ โดยมีค่า skewness = −0.21 และ kurtosis = 0.38 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายกับตัวแปรตามมีลักษณะเชิงเส้น และค่าคลาดเคลื่อนมีความแปรปรวนคงที่จากการตรวจสอบแผนภาพกระจายของค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐานกับค่าพยากรณ์มาตรฐาน ความเป็นอิสระของค่าคลาดเคลื่อนมีค่า Durbin–Watson = 1.91 ไม่พบปัญหาภาวะพหุสัมพันธ์ร่วม โดยมีค่า tolerance อยู่ระหว่าง 0.54–0.78 และค่า variance inflation factor (VIF) อยู่ระหว่าง 1.28–1.86 และไม่พบข้อมูลที่มีอิทธิพลสูงต่อแบบจำลอง โดยค่า Cook's distance สูงสุดเท่ากับ 0.046

ผลการวิเคราะห์รายงานค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยไม่มาตรฐาน (B) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE) ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) ค่า t และค่า p รวมถึงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ค่าสัมประสิทธิ์การกำหนด (R^2) ค่า Adjusted R^2 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการประมาณ (SEest) และค่า F ของแบบจำลอง โดยรายงานค่า p เป็นทศนิยม 3 ตำแหน่ง และรายงานเป็น $p < .001$ เมื่อมีค่าน้อยกว่า .001

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช รหัสโครงการ NSTPH 9/2569 เอกสารรับรองเลขที่ 9/2569 รับรองเมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 ผู้เข้าร่วมได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ ความสมัครใจในการเข้าร่วม สิทธิในการถอนตัวโดยไม่เกิดผลกระทบ และการรักษาความลับของข้อมูลก่อนลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม ข้อมูลถูกเก็บรักษาเป็นความลับและนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 370 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.86 มีอายุเฉลี่ย 49.16 ปี (SD = 13.72) อายุอยู่ระหว่าง 18–79 ปี โดยพบมากที่สุดในช่วงอายุ 50–59 ปี ร้อยละ 27.30 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.49 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.03 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 45.41 มีรายได้เฉลี่ย 9,316.27 บาทต่อเดือน (SD = 5,428.64) และเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส ร้อยละ 77.57 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 370)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	167	45.14
หญิง	203	54.86
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 30 ปี	39	10.54
30–39 ปี	64	17.30
40–49 ปี	87	23.51
50–59 ปี	101	27.30
60 ปีขึ้นไป	79	21.35
อายุเฉลี่ย ± SD	49.16 ± 13.72	
ต่ำสุด–สูงสุด	18–79	
สถานภาพสมรส		
โสด	55	14.86
คู่	246	66.49
หม้าย	43	11.62
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	26	7.03
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	18	4.86
ประถมศึกษา	174	47.03
มัธยมศึกษาตอนต้น	79	21.35
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	58	15.68
อนุปริญญา/ปวส.	23	6.22
ปริญญาตรีขึ้นไป	18	4.86
อาชีพปัจจุบัน		
ไม่มีอาชีพ	34	9.19
ค้าขาย	47	12.70
รับจ้าง	77	20.81
เกษตรกรรม	168	45.41
ธุรกิจส่วนตัว	31	8.38
อื่น ๆ	13	3.51
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 5,000	61	16.49
5,000–9,999	147	39.73
10,000–14,999	92	24.86
15,000–19,999	43	11.62
20,000 ขึ้นไป	27	7.30
รายได้เฉลี่ย ± SD	9,316.27 ± 5,428.64	
ต่ำสุด–สูงสุด	1,800–34,900	
การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส		
เคย	287	77.57
ไม่เคย	83	22.43

2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส

เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแยกรายด้าน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดและอยู่ในระดับสูง (M = 4.18, SD = 0.54) รองลงมาคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (M = 4.11, SD = 0.58) แรงผลักดันให้ปฏิบัติ (M = 3.76, SD = 0.66) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (M = 3.72, SD = 0.64) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (M = 3.69, SD = 0.61) ซึ่งอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมีค่าเฉลี่ย 3.42 (SD = 0.73) อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำแนกรายด้าน (n = 370)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	M	SD	ต่ำสุด	สูงสุด	ระดับ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	3.72	0.64	2.00	5.00	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	4.11	0.58	2.20	5.00	สูง
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	4.18	0.54	2.40	5.00	สูง
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค	3.42	0.73	1.80	5.00	ปานกลาง
แรงผลักดันให้ปฏิบัติ	3.76	0.66	2.00	5.00	สูง
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	3.69	0.61	2.20	5.00	สูง

เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามระดับขององค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมีสัดส่วนผู้ที่อยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 78.92 รองลงมาคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ร้อยละ 75.41 ส่วนการรับรู้อุปสรรคแตกต่างจากด้านอื่น โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.00 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำแนกรายด้าน (n = 370)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	ต่ำ n (%)	ปานกลาง n (%)	สูง n (%)
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	16 (4.32)	112 (30.27)	242 (65.41)
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	7 (1.89)	84 (22.70)	279 (75.41)
3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	4 (1.08)	74 (20.00)	292 (78.92)
4. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค	28 (7.57)	185 (50.00)	157 (42.43)
5. แรงผลักดันให้ปฏิบัติ	14 (3.78)	112 (30.27)	244 (65.95)
6. การรับรู้ความสามารถของตนเอง	15 (4.05)	135 (36.49)	220 (59.46)

3. ความสามารถขององค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส

ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณโดยนำองค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านเข้าสู่แบบจำลองพร้อมกันด้วยวิธี Enter พบว่าแบบจำลองโดยรวมมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(6, 363) = 40.85$, $p < .001$) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ $R = .635$ และสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสได้ร้อยละ 40.30 ($R^2 = .403$, Adjusted $R^2 = .393$)

เมื่อพิจารณาตัวแปรทำนายรายด้าน พบว่ามี 3 ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ($\beta = .31$, $p < .001$) ซึ่งมีน้ำหนักการทำนายสูงที่สุด รองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\beta = .23$, $p < .001$) และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค ($\beta = -.17$, $p = .002$) โดยการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรค

ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ($p = .126$) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($p = .081$) และแรงผลักดันให้ปฏิบัติ ($p = .217$) ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นในแบบจำลอง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณขององค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส (n = 370)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	β	t	p-value
ค่าคงที่	1.05	0.23	–	4.57	<.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	0.06	0.04	.08	1.54	.126
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.07	0.04	.09	1.75	.081
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	0.26	0.04	.31	6.16	<.001
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค	−0.11	0.04	−.17	−3.11	.002
แรงผลักดันให้ปฏิบัติ	0.05	0.04	.06	1.24	.217
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.20	0.04	.23	4.88	<.001

$R = .635$, $R^2 = .403$, Adjusted $R^2 = .393$, SEest = 0.43, $F(6, 363) = 40.85$, $p < .001$

จากค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในแบบจำลองเต็ม สามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$\hat{Y} = 1.05 + 0.06X_1 + 0.07X_2 + 0.26X_3 - 0.11X_4 + 0.05X_5 + 0.20X_6$$

และสมการในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ

$$z\hat{Y} = 0.08Z_1 + 0.09Z_2 + 0.31Z_3 - 0.17Z_4 + 0.06Z_5 + 0.23Z_6$$

โดย X_1 = การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค, X_2 = การรับรู้ความรุนแรงของโรค, X_3 = การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค, X_4 = การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค, X_5 = แรงผลักดันให้ปฏิบัติ และ X_6 = การรับรู้ความสามารถของตนเอง

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และศึกษาความสามารถขององค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบ อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

เมื่อพิจารณาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดและอยู่ในระดับสูง (M = 4.18, SD = 0.54) รองลงมาคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (M = 4.11, SD = 0.58) แรงผลักดันให้ปฏิบัติ (M = 3.76, SD = 0.66) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (M = 3.72, SD = 0.64) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (M = 3.69, SD = 0.61) ซึ่งอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน ขณะที่การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.42, SD = 0.73) ผลดังกล่าวอาจสะท้อนว่าประชาชนส่วนใหญ่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคและเห็นประโยชน์ของการป้องกัน โดยบริบทของพื้นที่มีประชาชนประกอบอาชีพเกษตรกรรมถึงร้อยละ 45.41 และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.57 เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส ซึ่งอาจเอื้อต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกัน ทั้งนี้ หลักฐานจากการทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่าการประกอบอาชีพกลางแจ้ง การสัมผัสน้ำขัง โคลน น้ำท่วม และสิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อนเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส[2] และการศึกษาในประเทศไทยยังพบว่าการประกอบอาชีพเกษตรกรรมและการสัมผัสน้ำหรือดินเป็นบริบทสำคัญของประชากรกลุ่มเสี่ยง[7,10]

ผลที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับสูงสอดคล้องกับการศึกษาของวิภาพร เตวิชชะนนท์และคณะ[11] ในประชาชนตำบลทอนหงส์ อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งพบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้ในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสโดยรวมอยู่ในระดับสูง และพบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับสูงกว่าการรับรู้ด้านอื่น (r = 0.371) นอกจากนี้ การศึกษาประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า แม้ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคอยู่ในระดับดี แต่ยังมีประชาชนบางส่วนที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง[19] แสดงให้เห็นว่าการรับรู้และความรู้ที่ดีอาจยังไม่เพียงพอที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันได้อย่างสม่ำเสมอ หากยังมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตหรือการประกอบอาชีพ

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีความหมายว่าประชาชนยังรับรู้ข้อจำกัดบางประการในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน เช่น ค่าใช้จ่ายหรือการเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกัน ความไม่สะดวกในการสวมรองเท้าบู๊ทหรือถุงมือขณะทำงาน ระยะเวลาในการจัดการสิ่งแวดล้อม และความยุ่งยากในการควบคุมหรือกำจัดหนู ข้อค้นพบนี้มีความสำคัญ เนื่องจากบุคคลอาจรับรู้ถึงประโยชน์และความรุนแรงของโรคในระดับสูง แต่หากเห็นว่าการป้องกันมีข้อจำกัดหรือไม่สะดวก ก็อาจไม่สามารถนำความเชื่อดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติจริงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Dhanasinghe และ Gamage[9] ซึ่งพบช่องว่างระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของเกษตรกร และสอดคล้องกับแนวคิด Health Belief Model ที่ระบุว่าการรับรู้อุปสรรคเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ [13]

สำหรับวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณพบว่า องค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F(6, 363)

= 40.85, p < .001) และสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมได้ร้อยละ 40.30 (R^2 = .403, Adjusted R^2 = .393) แสดงให้เห็นว่าองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อการอธิบายความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มนี้ ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการของ Health Belief Model ซึ่งอธิบายว่าการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค สิ่งกระตุ้นให้ปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง[13] และสอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Zewdie และคณะ[14] ซึ่งพบว่า Health Belief Model มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมป้องกันในงานวิจัยส่วนใหญ่ โดยการรับรู้ประโยชน์เป็นองค์ประกอบที่พบว่าเป็นตัวทำนายอย่างมีนัยสำคัญบ่อยที่สุด รองลงมาคือการรับรู้ความสามารถของตนเอง แม้ว่างานดังกล่าวจะศึกษาในบริบทการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งแตกต่างจากโรคเลปโตสไปโรซิสก็ตาม

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังมีสัดส่วนความแปรปรวนที่อธิบายได้ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Toemjai และคณะ[10] ในประชากรกลุ่มเสี่ยงจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งพบว่าปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ประวัติการป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้โอกาสเกิดโรค ประวัติการป่วยของสมาชิกในครอบครัว การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความรู้ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ร้อยละ 42.80 (Adjusted R^2 = .428) แม้ตัวแปรที่เข้าสู่แบบจำลองจะแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ แต่ผลดังกล่าวสนับสนุนว่าการรับรู้ด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส

เมื่อพิจารณาตัวแปรรายด้าน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค เป็นตัวแปรที่มีน้ำหนักการทำนายสูงที่สุด (B = 0.26, β = .31, p < .001) แสดงว่าเมื่อควบคุมองค์ประกอบอื่นในแบบจำลองแล้ว ประชาชนที่รับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคสูงขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงขึ้น ทั้งนี้เป็นไปตาม Health Belief Model ซึ่งอธิบายว่าบุคคลมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเชื่อว่าการกระทำนั้นจะช่วยลดความเสี่ยงหรือผลกระทบจากโรค [13] และสอดคล้องกับการศึกษาของวิภาพร เตวิชชะนนท์ และคณะ[11] ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส (r = 0.371) รวมทั้งสอดคล้องในเชิงแนวคิดกับการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Zewdie และคณะ[14] ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์เป็นองค์ประกอบของ Health Belief Model ที่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันบ่อยที่สุด ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคในพื้นที่ควรทำให้ประชาชนเห็นผลประโยชน์ที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมของการปฏิบัติ เช่น การลดโอกาสสัมผัสเชื้อ ลดการเจ็บป่วย และลดผลกระทบต่อการประกอบอาชีพและครอบครัว

การรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในทิศทางบวกได้อย่างมีนัยสำคัญ (B = 0.20, β = .23, p < .001) แสดงว่าประชาชนที่เชื่อมั่นว่าตนสามารถปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคได้ มีแนวโน้มมีพฤติกรรมการป้องกันที่เหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenstock และคณะ[13] ที่เสนอให้ self-efficacy เป็นองค์ประกอบสำคัญของ Health Belief Model เนื่องจากการรับรู้ว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้เป็นเงื่อนไขสำคัญของการลงมือปฏิบัติ และสอดคล้องกับ Toemjai และคณะ[10] ซึ่งพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นหนึ่งในตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมในชุมชนไม่ควรจำกัดอยู่เพียงการให้ความรู้ แต่ควรเพิ่มทักษะและประสบการณ์ในการปฏิบัติ เช่น การใช้อุปกรณ์ป้องกัน การสำรวจและจัดการสิ่งแวดล้อมเสี่ยง และการดูแลตนเองภายหลังสัมผัสน้ำหรือดินที่อาจปนเปื้อนเชื้อ

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค สามารถทำนายพฤติกรรมในทิศทางลบอย่างมีนัยสำคัญ (B = -0.11, β = -.17, p = .002) กล่าวคือ เมื่อควบคุมองค์ประกอบอื่นในแบบจำลองแล้ว ผู้ที่รับรู้อุปสรรคมากขึ้นมีแนวโน้มมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันลดลง ผลดังกล่าวเป็นไปตามแนวคิด Health Belief Model ซึ่งอธิบายว่าอุปสรรคที่บุคคลรับรู้ เช่น ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก หรือผลกระทบต่อการทำงาน สามารถลดโอกาสในการนำพฤติกรรมสุขภาพไปปฏิบัติจริง[13] ข้อค้นพบนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าแม้ประชาชนหรือเกษตรกรจะมีความรู้และทัศนคติที่ดี แต่ยังอาจมีพฤติกรรมป้องกันที่ไม่เหมาะสมบางประการ[9,19] จึง

สะท้อนว่าการดำเนินงานป้องกันโรคควรมุ่งลดอุปสรรคที่เกิดขึ้นจริงควบคู่กับการสร้างความตระหนัก

ส่วน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (β = .08, p = .126) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (β = .09, p = .081) และ แรงผลักดันให้ปฏิบัติ (β = .06, p = .217) ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อวิเคราะห์ร่วมกับองค์ประกอบอื่นในแบบจำลอง ผลดังกล่าวไม่ได้หมายความว่าองค์ประกอบเหล่านี้ไม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม แต่หมายถึงยังไม่พบความสามารถในการทำนายที่เป็นอิสระจากตัวแปรอื่นในโมเดลของการศึกษาครั้งนี้ โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และแรงผลักดันให้ปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงอยู่แล้ว จึงอาจทำให้ความแตกต่างของคะแนนระหว่างบุคคลมีไม่มาก นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.57 เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส อาจทำให้ประชาชนมีระดับการรับรู้และการได้รับสิ่งกระตุ้นด้านข้อมูลค่อนข้างใกล้เคียงกัน

ผลดังกล่าวแตกต่างบางส่วนจากการศึกษาของ Toemjai และคณะ[10] ซึ่งพบว่าการรับรู้โอกาสเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ และแตกต่างจากการศึกษาของวิภาพร เตวิชชะนนท์ และคณะ[11] ซึ่งพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง (r = 0.263) และการรับรู้ความรุนแรง (r = 0.244) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างดังกล่าวสามารถอธิบายได้ส่วนหนึ่งจากวิธีการวิเคราะห์ โดยใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันซึ่งพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรทีละคู่ ขณะที่การศึกษาครั้งนี้ใช้การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณและนำองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านเข้าสู่แบบจำลองพร้อมกัน ดังนั้น ตัวแปรหนึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเมื่อพิจารณาเพียงสองตัวแปร แต่เมื่อควบคุมความสัมพันธ์ร่วมกับตัวแปรอื่นแล้วอาจไม่เหลือความสามารถในการทำนายอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ความแตกต่างด้านอาชีพ การสัมผัสสิ่งแวดล้อม ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค และลักษณะประชากรในแต่ละพื้นที่อาจมีส่วนทำให้ผลแตกต่างกัน

ผลการศึกษาครั้งนี้จึงชี้ให้เห็นว่า ในบริบทของประชาชนพื้นที่บ้านนบ องค์ประกอบที่ควรให้ความสำคัญในการพัฒนามาตรการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ การสร้างการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค การลดอุปสรรคที่ประชาชนประสบในการปฏิบัติ และการเสริมสร้างความมั่นใจว่าประชาชนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันได้จริง โดยมีหลักฐานจากการศึกษากึ่งทดลองในเกษตรกรผู้ปลูกข้าวที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสสามารถทำให้คะแนนพฤติกรรมหลังการทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[18] อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง จึงสามารถสรุปได้เพียงความสามารถในการทำนายทางสถิติ ณ ช่วงเวลาที่ศึกษา ไม่สามารถยืนยันความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ การนำผลไปพัฒนาโปรแกรมจึงควรมีการประเมินประสิทธิผลด้วยการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองในลำดับต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบและหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรนำผลการวิจัยไปพัฒนากิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส โดยเน้นให้ประชาชนเห็นประโยชน์ของการป้องกันโรคอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การสวมรองเท้าบู๊ทหรือถุงมือเมื่อต้องสัมผัสพื้นที่เสี่ยง การหลีกเลี่ยงการสัมผัสน้ำหรือดินที่อาจปนเปื้อน และการจัดการสิ่งแวดล้อมรอบบ้านเพื่อลดแหล่งอาศัยของหนู

2. ควรจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยให้ประชาชนได้ฝึกปฏิบัติจริง เช่น การใช้อุปกรณ์ป้องกันอย่างถูกวิธี การสำรวจจุดเสี่ยงภายในครัวเรือน การจัดการขยะและแหล่งอาหารของหนู รวมถึงการดูแลตนเองภายหลังสัมผัสพื้นที่เสี่ยง เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการนำพฤติกรรมป้องกันไปใช้ในชีวิตประจำวัน

3. หน่วยงานในพื้นที่ควรสำรวจและลดอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน โดยเฉพาะปัญหาด้านค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกในการใช้อุปกรณ์ป้องกัน และความยุ่งยากในการจัดการสิ่งแวดล้อม อาจดำเนินการผ่านการสนับสนุนอุปกรณ์ที่เหมาะสม การแนะนำแหล่งจัดหาอุปกรณ์ราคาประหยัด และการออกแบบกิจกรรมป้องกันโรคให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและการประกอบอาชีพของประชาชน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายในชุมชนควร

ร่วมกันกำหนดมาตรการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่เสี่ยง โดยใช้ข้อมูลด้านอาชีพ สภาพแวดล้อม และพฤติกรรมของประชาชนในการกำหนดกลุ่มเป้าหมายและกิจกรรมที่เหมาะสม แทนการใช้มาตรการรูปแบบเดียวกับประชาชนทุกกลุ่ม

2. ควรพัฒนาระบบเฝ้าระวังและสื่อสารความเสี่ยงเชิงรุก โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝน น้ำท่วม หรือช่วงที่ประชาชนมีกิจกรรมสัมผัสน้ำ ดิน และโคลนเพิ่มขึ้น พร้อมบูรณาการการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูล การสนับสนุน และคำแนะนำด้านการป้องกันอย่างต่อเนื่อง

3. หน่วยงานระดับอำเภอและจังหวัดควรสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรสำหรับมาตรการลดอุปสรรคในการป้องกันโรค เช่น อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล การปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การควบคุมหนู และกิจกรรมจัดการพื้นที่เสี่ยงในชุมชน โดยให้ความสำคัญกับประชาชนที่ประกอบอาชีพหรือมีกิจกรรมสัมผัสสิ่งแวดล้อมเสี่ยงเป็นประจำ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสโดยประยุกต์ใช้ Health Belief Model โดยเน้นการเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ การลดการรับรู้อุปสรรค และการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญในการศึกษาครั้งนี้ โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลองหรือการวิจัยเชิงทดลองเพื่อประเมินผลของโปรแกรมอย่างชัดเจน

2. ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจร่วมอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มเติม เช่น ความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ลักษณะอาชีพ การสัมผัสสิ่งแวดล้อมเสี่ยง การเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกัน และประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเองหรือสมาชิกในครอบครัว เพื่อเพิ่มความสามารถในการอธิบายพฤติกรรมให้ครอบคลุมมากขึ้น

3. ควรขยายการศึกษาไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น พื้นที่เกษตรกรรม พื้นที่น้ำท่วมซ้ำซาก หรือพื้นที่ที่มีอัตราป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสสูง เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยทำนายพฤติกรรมระหว่างพื้นที่ และนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention. About leptospirosis [Internet]. Atlanta: CDC; 2026 Feb 10 [cited 2026 Oct 5]. Available from: https://www.cdc.gov/leptospirosis/about/index.html
2. Baharom M, Ahmad N, Hod R, Ja'afar MH, Arsad FS, Tangang F, et al. Environmental and occupational factors associated with leptospirosis: a systematic review. Heliyon. 2024;10(1). doi:10.1016/j.heliyon.2023.e23473.
3. Sawangpol C, Aimyong N, Phosri A. Epidemiological changes in the incidence of human leptospirosis in Thailand: findings from the National Disease Surveillance System from 2013 to 2022. Infect Dis Now. 2025;55(6):105108. doi:10.1016/j.idnow.2025.105108.
4. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. โรคเลปโตสไปโรสิส (Leptospirosis): ข้อมูล ณ วันที่ 6 กันยายน 2567 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/แจ้งเตือนโรค%20Leptospirosis%209.9.2024.pdf
5. Chadsuthi S, Chalvet-Monfray K, Wiratsudakul A, Modchang C. The effects of flooding and weather conditions on leptospirosis transmission in Thailand. Sci Rep. 2021;11(1):1486. doi:10.1038/s41598-020-79546-x.
6. Chadsuthi S, Chalvet-Monfray K, Geawduanglek S, Wongnak P, Cappelle J. Spatial-temporal patterns and risk factors for human leptospirosis in Thailand, 2012-2018. Sci Rep. 2022;12(1):5066. doi:10.1038/s41598-022-09079-y.
7. Narkkul U, Thaipadungpanit J, Srisawat N, Rudge JW, Thongdee M, Pawarana R, et al. Human, animal, water source interactions and leptospirosis in Thailand. Sci Rep. 2021;11(1):3215. doi:10.1038/s41598-021-82290-5.

8. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบ. รายงานสรุปสถานการณ์โรคระบาดและการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำปีงบประมาณ 2567. นครศรีธรรมราช: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนบพิตำ; 2567.
9. Dhanasinghe C, Gamage D. Knowledge, attitude and practices of preventive measures in leptospirosis among farmers in a lower-middle income country: evidence from a divisional health area of Sri Lanka. J Coll Community Physicians Sri Lanka. 2024;30(1):8-15. doi:10.4038/jccpsl.v30i1.8593.
10. Toemjai T, Thongkrajai P, Nithikathkul C. Factors affecting preventive behavior against leptospirosis among the population at risk in Si Sa Ket, Thailand. One Health. 2022;14:100399. doi:10.1016/j.onehlt.2022.100399.
11. วิภาพร เตวิชชะนนท์, สุนารี ทะนัะเป็ก, มิ่งขวัญ ศิริโชติ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชน ตำบลทอนหงส์ อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2568;10(2):175-190. doi:10.14456/iudcj.2025.32.
12. ปฐมพร พริกชู, นัจมี หลีสหัด. การพัฒนาแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรสิสในพื้นที่ตลาดชุมชนเมือง ตำบลทับเที่ยง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2566;19(1):49-63.
13. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. Health Educ Q. 1988;15(2):175-83. doi:10.1177/109019818801500203.
14. Zewdie A, Mose A, Sahle T, Bedewi J, Gashu M, Kebede N, et al. The health belief model's ability to predict COVID-19 preventive behavior: a systematic review. SAGE Open Med. 2022;10:205031 21221113668. doi:10.1177/20503121 221113668.
15. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
16. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods. 2009;41(4):1149-60. doi:10.3758/BRM.41.4.1149.
17. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.
18. สร้อยฟ้า ท่าดีสม, ชาญชัย จันทร์กลาง, ณัฐวัฒน์ จันทร์ยอด, ณภัทร สีอ่อน, ปฏิพัทธ์ ทัศเกิด, ปารณัท คำหนัก, และคณะ. ผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว ตำบลแม่นาเรือ อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2568;21(2):74-86.
19. อนุลักษ์ แก้วคูนอก. การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสของประชากรกลุ่มเสี่ยง. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2567;3(2):80-92.
20. ละเมียด เราะหะวิลัย. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสของประชาชนในพื้นที่ตำบลปากพนังฝั่งตะวันออก อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข. 2568;3(2):347-358.

Citation:

Petchen, T. The Influence of the Health Belief Model on Leptospirosis Preventive Behaviors among Residents in the Service Area of Ban Nop Sub-district Health Promoting Hospital, Nopphitam District, Nakhon Si Thammarat Province. J Impact Assess Public Policy 2026; 1(1): e3715.

Online Access

https://so19.tci-thaijo.org/index.php/JIAPP/article/view/3715

