



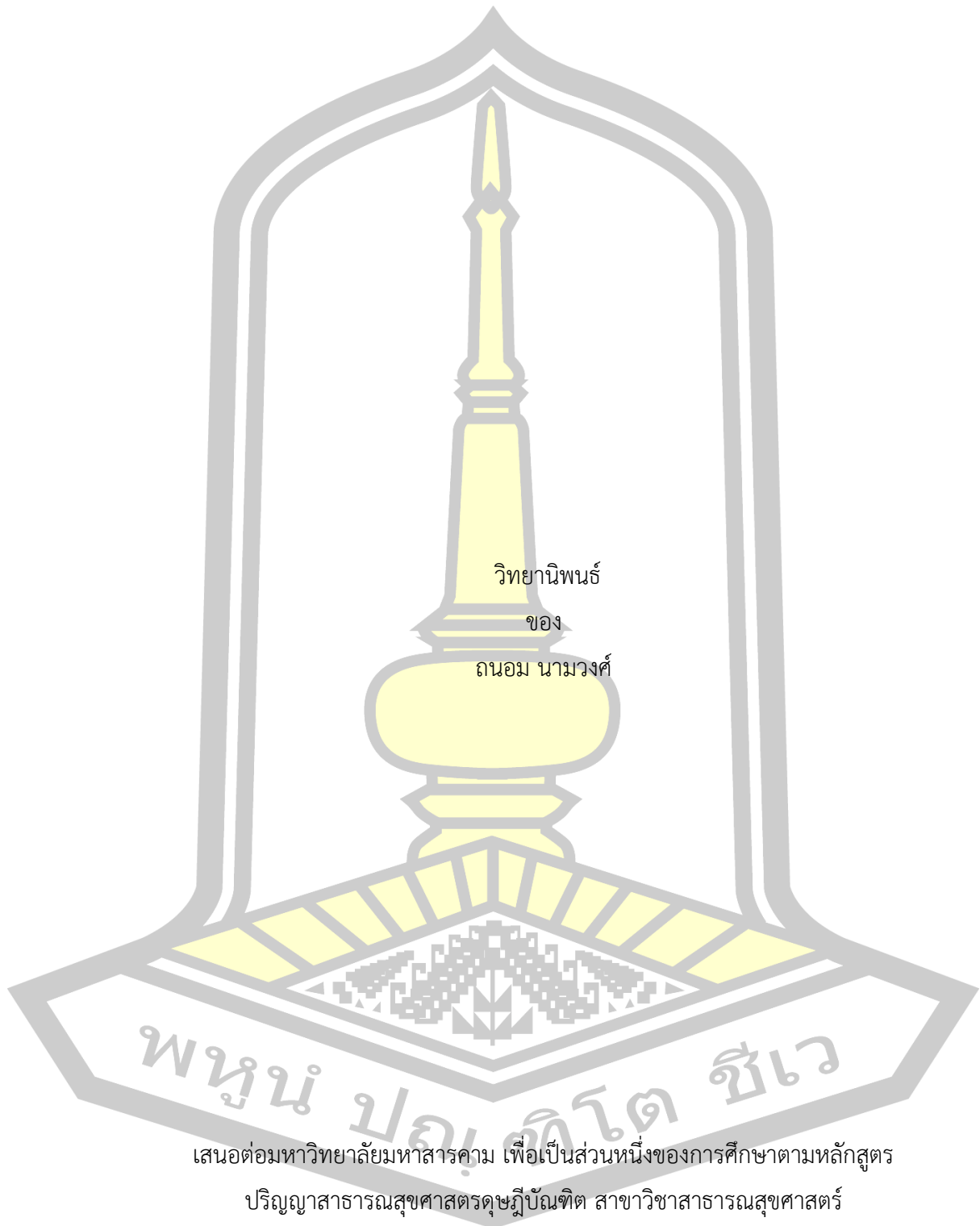
การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชน จังหวัดยโสธร

วิทยานิพนธ์
ของ
ถนอม นามวงศ์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
พฤษภาคม 2563

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชน จังหวัดยโสธร



เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

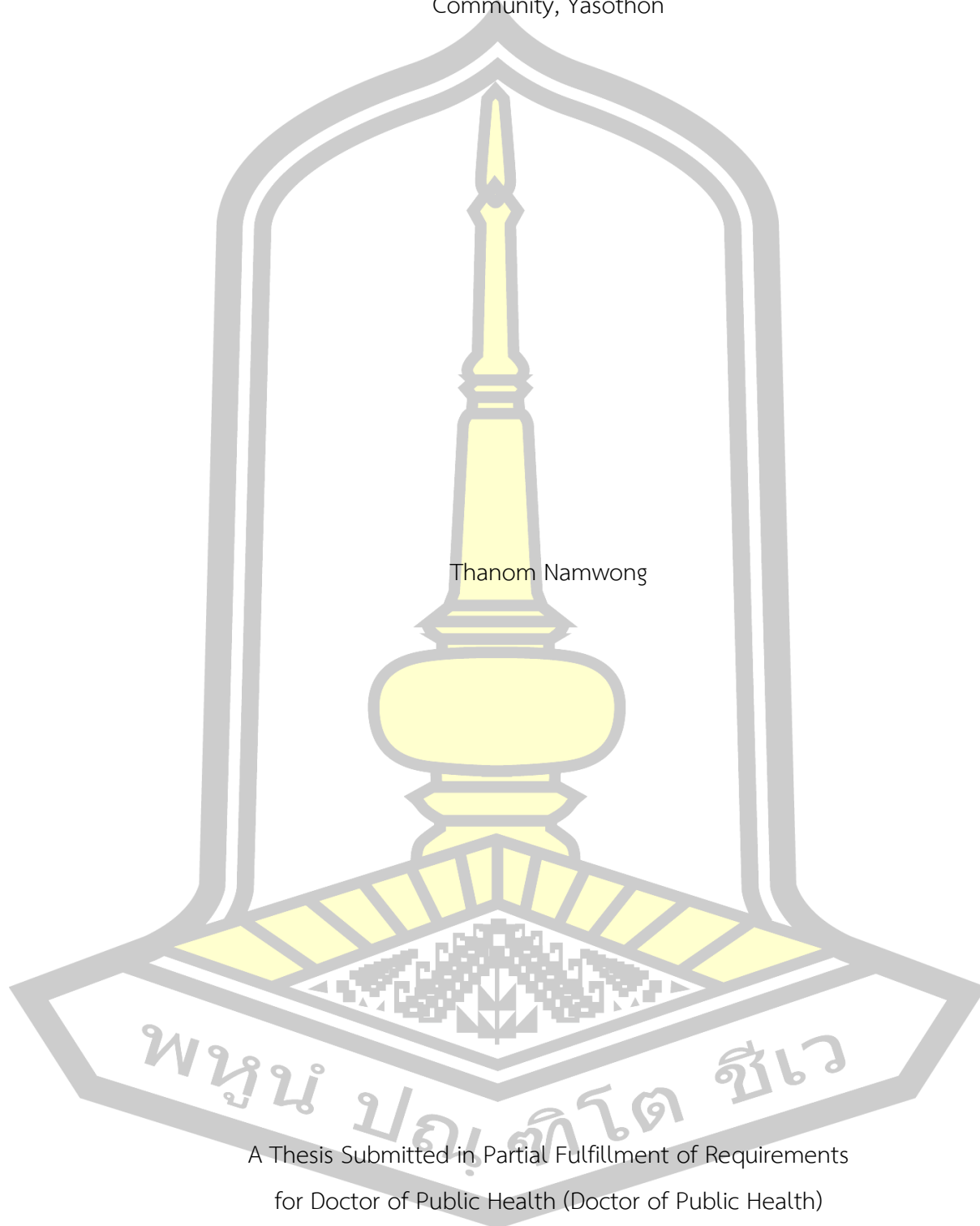
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์

พฤษภาคม 2563

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Development of Surveillance and Prevention System of Hepatitis B Virus in
Community, Yasothon

Thanom Namwong



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Doctor of Public Health (Doctor of Public Health)

May 2020

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายถนอม นามวงศ์ แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธรรณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธรรณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. ประจักษ์ บัวผัน)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผศ. ดร. ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล)

กรรมการ

(รศ. ดร. สงครามชัยย์ ลีทองดีสกุล)

กรรมการ

(ผศ. ดร. สุณิรัตน์ ยิ่งยืน)

กรรมการ

(ผศ. ดร. สันติสิทธิ์ เขียวเงิน)

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธรรณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธรรณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาธรรณสุขศาสตร์

(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีใน ชุมชน จังหวัดยโสธร		
ผู้วิจัย	ณอม นามวงศ์		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. สุเมธนา กลางคาร รองศาสตราจารย์ ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรดุษฎี บัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2563

บทคัดย่อ

โรคไวรัสตับอักเสบบีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก และเป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคมะเร็งตับ ถึงแม้ประเทศไทยจะมียุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี แต่การดำเนินงานในระดับพื้นที่ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน จึงสนใจศึกษาเพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชน พื้นที่จังหวัดยโสธร ขึ้น โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน มี 3 ระยะ ได้แก่ 1) การเตรียมการและวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การปฏิบัติการพัฒนาการดำเนินงาน และ 3) การทดลองใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนในพื้นที่ตำบลหนองคู อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ที่มีอายุ 26 ปีขึ้นไป ได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย 1,258 ราย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ เลือกแบบเจาะจง 30 คน ข้อมูลเชิงคุณภาพทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ดำเนินการวิจัยเดือน กุมภาพันธ์ 2562 ถึงเดือน มีนาคม 2563 ผลการศึกษาด้านสภาพปัญหา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 57.6 คนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง 459 ราย ร้อยละ 36.5 ซึ่งได้รับการตรวจคัดกรองพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 18 ราย ร้อยละ 3.9 (95%CI 3.5 - 4.4) ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ตับแข็ง หรือมะเร็งตับ ร้อยละ 61.1 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มี 5 ปัจจัย ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี ด้านสภาพการดำเนินงานในพื้นที่พบว่า ทั้งการเฝ้าระวังโรค การรักษา และการป้องกันโรคยังไม่มีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน จึงได้พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพขึ้นและนำไปทดลองใช้ ซึ่งหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรู้ และมีพฤติกรรมดีกว่ากลุ่มควบคุม สามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีรายใหม่ได้

ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่ากลุ่มทดลองทำได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม ($p > 0.05$) ความพึงพอใจต่อโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับสูง ได้รูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชนที่พัฒนาขึ้น มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การคัดกรองเพื่อหากลุ่มเสี่ยงด้วยแบบสอบถาม 2) การตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 3) การส่งต่อผู้ติดเชื้อเข้าสู่การรักษา 4) การเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มผู้ติดเชื้อ และ 5) การเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิด โดยมีการบูรณาการดำเนินงานร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ จากผลการศึกษาพบว่าความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมีความใกล้เคียงกับภาพรวมของประเทศไทย การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบื้องต้นด้วยแบบสอบถามช่วยลดระยะเวลาและทรัพยากรในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข การเฝ้าระวังโรคหรือตรวจคัดกรองโรคความมุ่งเน้นไปที่กลุ่มเสี่ยงที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โรคตับแข็ง หรือมะเร็งในตับ การจัดการโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพส่งผลดีต่อผู้ติดเชื้อ และสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สามารถเข้าถึง เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น สามารถประเมินและตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ทั้งนี้ รูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชนที่ได้จากการวิจัยนี้ สามารถใช้ดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชนได้

คำสำคัญ : ไวรัสตับอักเสบบี, ชุมชน, ยโสธร, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ



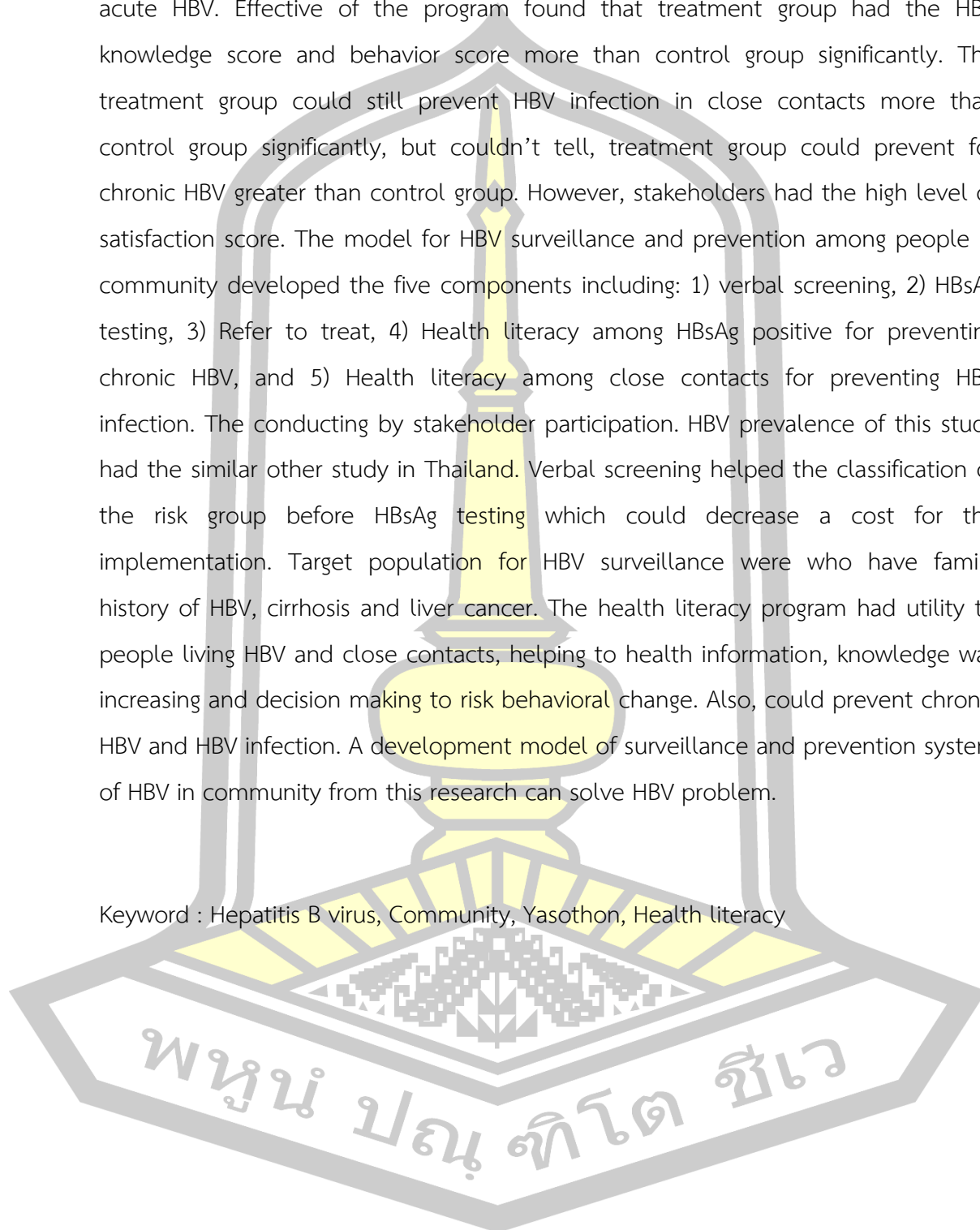
TITLE	Development of Surveillance and Prevention System of Hepatitis B Virus in Community, Yasothon		
AUTHOR	Thanom Namwong		
ADVISORS	Associate Professor Sumattana Glangkarn , Ph.D. Associate Professor Vorapoj Promasatayaprot , Ph.D. Assistant Professor Choosak Nithikathkul , Ph.D.		
DEGREE	Doctor of Public Health	MAJOR	Doctor of Public Health
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2020

ABSTRACT

Hepatitis B virus (HBV) was a major global health problem. It was an important root of liver cancer. Although Thailand had the strategy to prevent and control HBV but the reality was still unclear. Therefore, necessary to develop and assess the model of the HBV prevention and control systems in community. The mixed method research was used to develop the model. The research has three stage: firstly, preparing and situation analysis, secondly, operation to develop the model; and finally, testing the model to develop. 1,258 participants aged up to 26 years-old lived at Nong-Khu subdistrict, Muang district, Yasothon province, and also 30 stakeholder participation. Qualitative data using content analysis and quantitative data using descriptive statistic and inferential statistic. Study time is during February 2019 to April 2020. The results found that the sample was mainly female (60.2 %). HBV knowledge was mostly poor level (57.6 %), 459 (36.5%) participants were risk group and 18 cases were HBsAg positive (3.9%, 95%CI 3.5 - 4.4). People who had HBsAg positive were mostly those with a family history of HBV, cirrhosis or liver cancer (61.1%). Factors associate with behavior towards HBV infection included sex, marital (single), alcohol drinking, smoking and HBV knowledge. The qualitative data found that HBV surveillance, prevention and treatment were unclear for the operation. Health literacy program has been used to improve the health of people living with HBV, which will help them access health information and make decisions

about behavioral change. The program aimed to prevention of chronic HBV and acute HBV. Effective of the program found that treatment group had the HBV knowledge score and behavior score more than control group significantly. The treatment group could still prevent HBV infection in close contacts more than control group significantly, but couldn't tell, treatment group could prevent for chronic HBV greater than control group. However, stakeholders had the high level of satisfaction score. The model for HBV surveillance and prevention among people in community developed the five components including: 1) verbal screening, 2) HBsAg testing, 3) Refer to treat, 4) Health literacy among HBsAg positive for preventing chronic HBV, and 5) Health literacy among close contacts for preventing HBV infection. The conducting by stakeholder participation. HBV prevalence of this study had the similar other study in Thailand. Verbal screening helped the classification of the risk group before HBsAg testing which could decrease a cost for the implementation. Target population for HBV surveillance were who have family history of HBV, cirrhosis and liver cancer. The health literacy program had utility to people living HBV and close contacts, helping to health information, knowledge was increasing and decision making to risk behavioral change. Also, could prevent chronic HBV and HBV infection. A development model of surveillance and prevention system of HBV in community from this research can solve HBV problem.

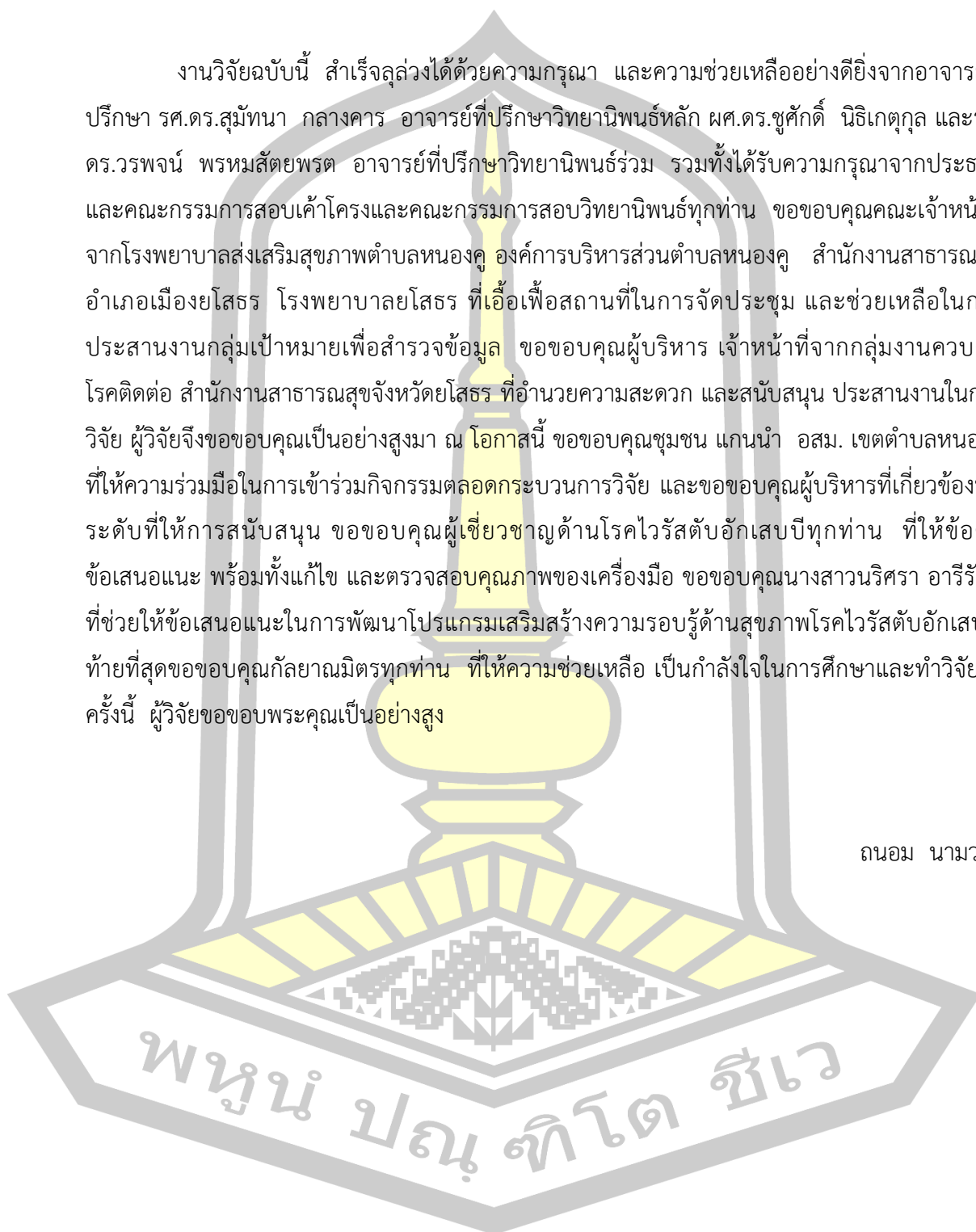
Keyword : Hepatitis B virus, Community, Yasothon, Health literacy



กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่
 ปรีกษา ศ.ดร.สุภัทนา กลางคาร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผศ.ดร.ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล และรศ.
 ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม รวมทั้งได้รับความกรุณาจากประธาน
 และคณะกรรมการสอบเค้าโครงและคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ขอขอบคุณคณะเจ้าหน้าที่
 จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองคู องค์การบริหารส่วนตำบลหนองคู สำนักงานสาธารณสุข
 อำเภอมะนังยโสธร โรงพยาบาลยโสธร ที่เอื้อเฟื้อสถานที่ในการจัดประชุม และช่วยเหลือในการ
 ประสานงานกลุ่มเป้าหมายเพื่อสำรวจข้อมูล ขอขอบคุณผู้บริหาร เจ้าหน้าที่จากกลุ่มงานควบคุม
 โรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ที่อำนวยความสะดวก และสนับสนุน ประสานงานในการ
 วิจัย ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ ขอขอบคุณชุมชน แกนนํา อสม. เขตตำบลหนองคู
 ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมตลอดกระบวนการวิจัย และขอขอบคุณผู้บริหารที่เกี่ยวข้องทุก
 ระดับที่ให้การสนับสนุน ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไวรัสตับอักเสบบีทุกท่าน ที่ให้ข้อคิด
 ข้อเสนอแนะ พร้อมทั้งแก้ไข และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ขอขอบคุณนางสาวนริศรา อาริรักษ์
 ที่ช่วยให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคไวรัสตับอักเสบบี
 ท้ายที่สุดขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือ เป็นกำลังใจในการศึกษาและทำวิจัยใน
 ครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ณอม นามวงศ์



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญรูปภาพ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมา (Background).....	1
1.2 คำถามการวิจัย (Research Question).....	5
1.3 วัตถุประสงค์ (Objective).....	5
1.4 ขอบเขตการวิจัย.....	5
1.5 นิยามศัพท์.....	7
1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ.....	8
บทที่ 2 ปรัชญาเอกสารข้อมูล.....	9
2.1 แนวคิดการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค.....	9
2.2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี.....	16
2.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Risk Factors of Hepatitis B Virus).....	19
2.4 ผลกระทบของโรคไวรัสตับอักเสบบี (Effective of Hepatitis B Virus).....	21
2.5 มาตรการหรือนโยบายการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี.....	21
2.6 ระบบเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบี.....	27
2.7 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี.....	33

2.8 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ	40
2.9 แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	46
2.10 แนวคิดเรื่องการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research)	50
2.11 แนวคิดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy).....	59
2.12 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	60
2.13 กรอบแนวคิดในการวิจัย	67
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	69
3.1 รูปแบบการวิจัย	69
3.2 ประชากร ตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง	71
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	75
3.4 การพัฒนาเครื่องมือ.....	76
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	78
3.6 การประมวลผล.....	80
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้	81
3.8 จริยธรรมในการวิจัย	84
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	85
4.1 ผลการศึกษาระยะที่ 1 การเตรียมการและวิเคราะห์สถานการณ์	85
4.2 ผลการศึกษาระยะที่ 2 การปฏิบัติการพัฒนาการดำเนินงาน.....	95
4.3 ผลการศึกษาระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบ (Testing the Intervention).....	103
4.4 ผลกระทบอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการวิจัยในพื้นที่	111
4.5 รูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชนที่พัฒนาขึ้น	112
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล	114
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	114
5.1.1 สรุปผลระยะที่ 1 การเตรียมการและวิเคราะห์สถานการณ์	114

5.1.2	สรุปผลระยะที่ 2 การปฏิบัติการพัฒนาการดำเนินงาน.....	117
5.1.3	สรุปผลระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบ (Testing the Intervention).....	119
5.1.4	รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชนที่พัฒนาขึ้น ...	120
5.2	อภิปรายผล.....	121
5.2.1	อภิปรายผลระยะที่ 1 การเตรียมการและวิเคราะห์สถานการณ์.....	121
5.2.2	อภิปรายผลระยะที่ 2 การปฏิบัติการพัฒนาการดำเนินงาน	124
5.2.3	อภิปรายผลระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบ.....	125
5.2.4	รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชนที่พัฒนาขึ้น ...	125
5.3	จุดเด่นและข้อจำกัดของการศึกษา.....	128
5.4	ข้อเสนอแนะ.....	128
	บรรณานุกรม.....	130
	ภาคผนวก.....	138
	ภาคผนวก ก แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม	139
	ภาคผนวก ข แบบสัมภาษณ์และตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี.....	140
	ภาคผนวก ค แบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างขั้นตอนการทดลอง	144
	ภาคผนวก ง แบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงาน.....	147
	ภาคผนวก จ การพัฒนาเครื่องมือ.....	148
	ภาคผนวก ฉ เอกสารรับรองโครงการวิจัย.....	159
	ภาคผนวก ช โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี....	160
	ภาคผนวก ซ แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน	178
	ประวัติผู้เขียน.....	180

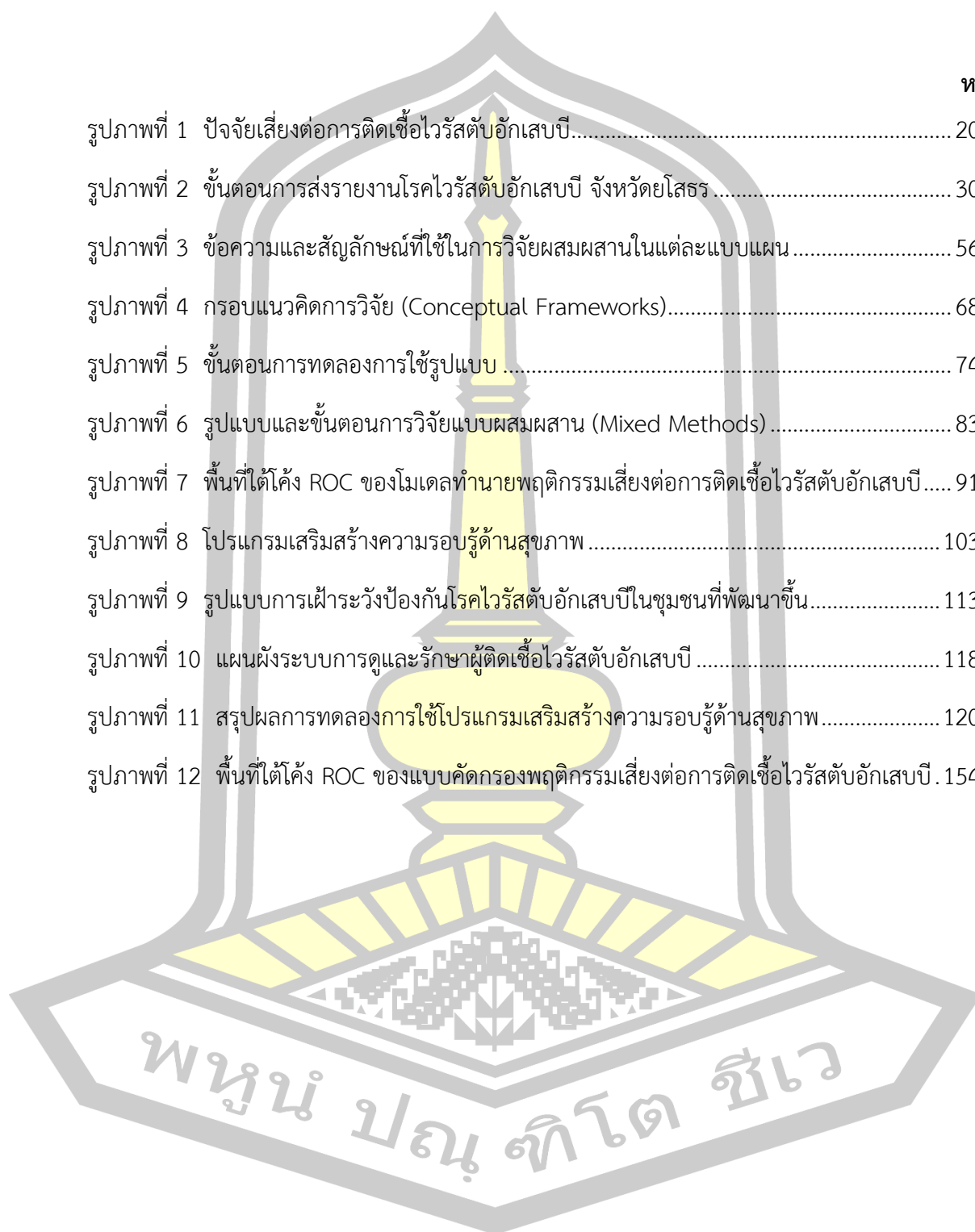
สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 1,258$)	86
ตารางที่ 2	ข้อมูลด้านพฤติกรรมเสี่ยง และความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี ($n = 1,258$).....	87
ตารางที่ 3	ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	87
ตารางที่ 4	ความสัมพันธ์เบื้องต้น (Bivariate Analysis) ของปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ($n = 1,258$).....	88
ตารางที่ 5	โมเดลทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Multivariable Analysis by Multiple Logistic Regression) ($n = 1,258$).....	90
ตารางที่ 6	แผนการดำเนินงานเพื่อป้องกันตับอักเสบริ้ร้งในผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี.....	97
ตารางที่ 7	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	106
ตารางที่ 8	คะแนนความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	107
ตารางที่ 9	คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม	108
ตารางที่ 10	คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี หลังเข้าร่วมโปรแกรมเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	109
ตารางที่ 11	สัดส่วนการป้องกันผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง เปรียบเทียบระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	110
ตารางที่ 12	สัดส่วนการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีรายใหม่ในผู้สัมผัสใกล้ชิด เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	110
ตารางที่ 13	คะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ($n = 74$).....	111
ตารางที่ 14	ความตรงเชิงเนื้อหา ความสัมพันธ์ระหว่างคำถามรายข้อ และค่าแอลฟาของแบบสอบถามส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	150
ตารางที่ 15	ค่าแอลฟาของแบบสอบถามส่วนที่ 5 ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี	152

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
รูปภาพที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี.....	20
รูปภาพที่ 2 ขั้นตอนการส่งรายงานโรคไวรัสตับอักเสบบี จังหวัดยโสธร	30
รูปภาพที่ 3 ข้อความและสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิจัยผสมผสานในแต่ละแบบแผน	56
รูปภาพที่ 4 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Frameworks).....	68
รูปภาพที่ 5 ขั้นตอนการทดลองการใช้รูปแบบ	74
รูปภาพที่ 6 รูปแบบและขั้นตอนการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods)	83
รูปภาพที่ 7 พื้นที่ใต้โค้ง ROC ของโมเดลทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี.....	91
รูปภาพที่ 8 โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ	103
รูปภาพที่ 9 รูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชนที่พัฒนาขึ้น.....	113
รูปภาพที่ 10 แผนผังระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	118
รูปภาพที่ 11 สรุปผลการทดลองการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ.....	120
รูปภาพที่ 12 พื้นที่ใต้โค้ง ROC ของแบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี .	154



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมา (Background)

โรคไวรัสตับอักเสบ (Hepatitis virus) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรโลก เป็นสาเหตุของการตายอันดับที่ 7 ของสาเหตุการตายของคนทั่วโลก ร้อยละ 47.0 ของโรคไวรัสตับอักเสบมีสาเหตุมาจากโรคไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B virus; HBV) และโรคไวรัสตับอักเสบบี ยังเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดโรคมะเร็งในตับคิดเป็นร้อยละ 53.0 (Perz, Armstrong, Farrington, Hutin & Bell, 2006) ประเทศไทยนับเป็นหนึ่งในประเทศที่มีการระบาดของโรคไวรัสตับอักเสบบี ประชากร 8 - 10 ล้านคนเป็นพาหะของโรคนี้ และประชากรที่เกิดก่อนปี 2535 หรือ อายุ 26 ปีขึ้นไป พบความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง ร้อยละ 4.5 - 5.16 (Leroi et al., 2016) และคาดว่าจะมีประชากรที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังอยู่ถึง 2.2 - 3 ล้านคน (ภานุมาศ ญาณเวทย์ และคณะ, 2559) โรคไวรัสตับอักเสบเป็นสาเหตุสำคัญของตับอักเสบเฉียบพลัน ตับอักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง และมะเร็งในตับ สอดคล้องกับการศึกษาในปัจจุบันที่บ่งชี้ว่าการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดในการเกิดมะเร็งตับ (Sriamporn et al., 1996) ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยตับอักเสบบีจะไม่หายขาด และร้อยละ 5 - 25 ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังจะเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคตับแข็งหรือมะเร็งตับ (ศตวรรษ ทองสวัสดิ์ และคณะ, 2558) กลุ่มอายุที่พบความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมากที่สุด คือ อายุ 26 ปีขึ้นไป (Leroi et al., 2016) ข้อมูลปี 2556 จังหวัดยโสธร พบอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งในตับสูงเป็นอันดับ 3 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบอัตราการตาย 50.3 ต่อประชากรแสนคน หรือกว่า 270 รายต่อปี สถานการณ์โรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเฉียบพลัน (Acute HBV) ระดับประเทศ ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า สถานการณ์โรคไวรัสตับอักเสบบี 10 ปี ย้อนหลัง ปี พ.ศ. 2549 - 2558 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2558 มีอัตราป่วยสูงเป็น 2 เท่าของปี พ.ศ. 2549 และในปี พ.ศ. 2558 พบผู้ป่วย จำนวน 6,647 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 10.16 ต่อประชากรแสนคน (กรมควบคุมโรค, 2559) สถานการณ์โรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเฉียบพลันจังหวัดยโสธร ปี พ.ศ. 2557 - 2559 จากระบบรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง. 506) ได้รับรายงานผู้ป่วยเฉลี่ยปีละ 45 ราย โดยอำเภอเมือง

จังหวัดยโสธร พบอัตราป่วยสูงสุด อัตราป่วย 31.5 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาพบในพื้นที่อำเภอไทยเจริญ และอำเภอกำแพงแสนแก้ว พบอัตราป่วย 29.8 และ 26.5 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และเมื่อจำแนกในรายตำบล พบว่าตำบลหนองคู อำเภอเมืองยโสธร พบอัตราป่วยสูงสุด 51.9 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร, 2560) อย่างไรก็ตาม คาดว่ายังมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัวอีกเป็นจำนวนมากที่ไม่เข้าสู่ระบบรายงาน (กัญญาภักดิ์ ศิลารักษ์ และณอม นามวงศ์, 2560)

โรคไวรัสตับอักเสบบี จัดให้เป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวังตามประกาศของคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อแห่งชาติ โดยอาศัยอำนาจของพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 (พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558, 2558) บทบาทหน้าที่ของสถานพยาบาลทุกแห่ง คือ ต้องรายงานให้เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อทราบภายใน 7 วัน ในทางปฏิบัติ คือ สถานพยาบาลในพื้นที่รายงานให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบผ่านระบบ รง.506 หลังจากนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะทำการรวบรวมและส่งต่อให้สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ และสำนักโรคติดต่อทั่วไปในลำดับต่อไป (กัญญาภักดิ์ ศิลารักษ์ และณอม นามวงศ์, 2560) ด้านการเฝ้าระวังและสอบสวนโรค ตามแนวทางคู่มือโรคติดต่อ พ.ศ. 2554 (สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2544) และมาตรฐานทีมเฝ้าระวังและสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว พ.ศ. 2555 (สำนักโรคติดต่อ, 2555) กำหนดบทบาทให้มีการสอบสวนโรคหากมีรายงานผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี เพื่อหาผู้สัมผัสโรคเพิ่มเติมและค้นหาการป่วยเป็นกลุ่มก้อน และมีการเฝ้าระวังโรคในกลุ่มโลหิตบริจาคนอกเหนือจากนี้ นอกจากนี้ ในการเฝ้าระวังโรคในกลุ่มเสี่ยง กรมควบคุมโรคร่วมกับมูลนิธิรณรงค์ได้จัดให้มีกิจกรรมสัปดาห์รณรงค์ตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป ปีละ 1 ครั้ง ด้านการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี มีกิจกรรมหลักอยู่ 2 ส่วน คือ การป้องกันด้วยวัคซีนในเด็กแรกเกิด และการป้องกันโดยการหลีกเลี่ยงสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยงที่เป็นวัยผู้ใหญ่ ซึ่งการฉีดวัคซีนในเด็กแรกเกิด กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้บรรจุวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีอยู่ในโปรแกรมสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี แพทย์และทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาล ดำเนินการดูแลรักษาผู้ป่วย ตรวจรักษาตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีและซีเรื้อรังในประเทศไทย พ.ศ. 2558 ทั้งการประเมินสภาพผู้ป่วย การให้ยา การติดตามการเฝ้าระวังโรคตับแข็งและโรคมะเร็งตับ (สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย, 2558)

การที่ระบบเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบีในปัจจุบันเป็นระบบเฝ้าระวังเชิงรับ (Passive Surveillances) ทำให้ข้อมูลในระบบเฝ้าระวังมีเฉพาะผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ซึ่งขาดข้อมูลอีกส่วนหนึ่งคือผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยที่ไม่ได้มารับการตรวจรักษา และข้อมูลที่มีอยู่อาจสะท้อนปัญหาไม่ครอบคลุม และระบบเฝ้าระวังนี้มีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถที่จะตรวจจับการเกิดโรคหรือการติดเชื้อในระยะเริ่มต้นได้ เช่น กลุ่มเสี่ยงที่ติดเชื้อหรือได้รับเชื้อใหม่ๆ ที่ยังไม่แสดงอาการ ก็จะทำให้

เสียโอกาสที่จะทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง เสียโอกาสในการเข้าสู่การรักษา และการป้องกันการแพร่เชื้อไปยังผู้อื่น ดังนั้น การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบีเชิงรุก (Active Surveillances) โดยเน้นการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชน (Community Based) จะช่วยให้สามารถตรวจพบกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ติดเชื้อได้รวดเร็วและครอบคลุมยิ่งขึ้น แล้วส่งต่อเข้าสู่กระบวนการรักษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ และลดผลกระทบจากภาวะตับอักเสบบีและมะเร็งตับในอนาคต (สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค, 2554)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ตระหนักดีว่าโรคไวรัสตับอักเสบบี เป็นปัญหาสาธารณสุขระหว่างประเทศที่สำคัญ ซึ่งที่ผ่านมาการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาในประเทศต่าง ๆ ไม่เข้มแข็ง จึงได้กำหนดกรอบยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีระหว่างปี พ.ศ. 2559-2564 (Framework for the Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis, 2016-2021) ไว้ดังนี้ 1) วิสัยทัศน์ คือ ผู้ที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบีทุกคนสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลและได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ปลอดภัย ราคาไม่แพง และมีประสิทธิภาพ 2) เป้าหมาย คือ สามารถกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบีซึ่งเป็นภัยคุกคามด้านสาธารณสุขให้หมดไป ภายในปี พ.ศ. 2573 ได้แก่ 1) ผู้ติดเชื้อ 6-10 ล้านราย ลดลงน้อยกว่า 1 ล้านราย ภายใน พ.ศ. 2573 และ 2) ผู้เสียชีวิต 1.4 ล้านราย ลดลงน้อยกว่า 500,000 ราย ภายใน พ.ศ. 2573 ซึ่งมีกรอบในการปฏิบัติการ 3 ด้าน ได้แก่ ความครอบคลุมด้านสุขภาพทั่วไป (Universal Health Coverage) ความต่อเนื่องของการบริการ (Continuum of Services) และวิธีการด้านสาธารณสุข (Public Health Approach) มียุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ระบบข้อมูล (Information for Focused Action) เพื่อค้นหาหรือระบุกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ดำเนินงาน (The “Who” and “Where”) ยุทธศาสตร์ที่ 2 มาตรการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ (Interventions for Impact) ได้แก่อะไรบ้าง (The “What”) ยุทธศาสตร์ที่ 3 ภาวการณ์กระจายที่เกี่ยวข้อง (Delivering for Equity) มีภาวการณ์กระจายการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องอย่างไรบ้าง (The “How”) ยุทธศาสตร์ที่ 4 การเงินเพื่อการดำเนินงานที่ยั่งยืน (Financing for Sustainability) เป็นการจัดหาทุนหรืองบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานให้มีความยั่งยืน และยุทธศาสตร์ที่ 5 การเร่งรัดนวัตกรรม (Innovation for Acceleration) เป็นการจัดหาทุนหรืองบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานให้มีความยั่งยืน (World Health Organization(WHO), 2016) ส่วนกรอบยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2560 - 2564 ขึ้น กรอบยุทธศาสตร์ ได้แก่ การเฝ้าระวังโรค การพัฒนาระบบข้อมูล การป้องกันควบคุมโรค การสื่อสารความเสี่ยง การค้นหา การดูแลผู้ป่วย การวิจัยเพื่อพัฒนาการป้องกันควบคุมโรค การบริหารและการจัดการทรัพยากร โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดยเน้นการให้วัคซีนแก่เด็กทารกแรก

เกิดมีความครอบคลุมไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และให้ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง สามารถเข้าถึงการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างน้อย ร้อยละ 50 ภายในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งจากการมีแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดของโรคไวรัสตับอักเสบบี จะส่งเสริมให้การดำเนินงานด้านการป้องกัน และการดูแลรักษาผู้ป่วย มีความชัดเจนและเห็นเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น (ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบบีจากเชื้อไวรัส, 2559) และจากกรอบยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดของโรคไวรัสตับอักเสบบี ที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งและยั่งยืน การเปิดโอกาสให้บุคคลผู้มีส่วนได้เสีย และผู้แทนของกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ที่อยู่ในชุมชนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการกำหนดทิศทางในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรค ซึ่งการมีส่วนร่วมจะทำให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีโอกาสในการรับรู้เรียนรู้ทำความเข้าใจร่วมแสดงทัศนะในการรับรู้ปัญหา และนำไปสู่กระบวนการคัดเลือกวิธีการแก้ไขปัญหามีความเหมาะสมกับบริบทของการดำเนินงานในชุมชน รวมทั้งผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะได้รับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และปรับทัศนคติเพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางของกลุ่ม ซึ่งจะส่งผลให้แนวความคิดที่ได้แลกเปลี่ยนกันเกิดความยั่งยืนและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนว่าโรคไวรัสตับอักเสบบียังเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุข ช่องทางหลักในการติดต่อ คือ ทางเพศสัมพันธ์ และทางเลือด โดยมีปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การมีคู่นอนหลายคน การรับเลือด การสักเจาะผิวหนัง การใช้ของมีคมร่วมกัน การสัมผัสใกล้ชิดหรือการอาศัยอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ติดเชื้อ ผลกระทบที่สำคัญของโรคไวรัสตับอักเสบบี คือ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของมะเร็งในตับ คนที่มีอายุ 26 ปีขึ้นไป มีความชุกของโรคในระดับสูง ผู้ที่เป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง จำเป็นต้องมีการติดตามเพื่อดูแลรักษา ประเมินผลกระทบในระยะยาว อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะมีแนวทางและยุทธศาสตร์การดำเนินงานที่ชัดเจน การดำเนินงานในระดับจังหวัดหรือในระดับพื้นที่ ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ดังกล่าว ผลการดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดยโสธรพบว่า ด้านการเฝ้าระวังโรคข้อมูลในระบบเฝ้าระวังส่วนใหญ่เป็นการเฝ้าระวังเชิงรับ (Passive Surveillance) ซึ่งเป็นการรายงานผู้ป่วย (Case Report) ส่วนการเฝ้าระวังเชิงรุก (Active Surveillance) มีการตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงมีกิจกรรมตรวจคัดกรองปีละ 1 ครั้ง ซึ่งจังหวัดยโสธรเพิ่งเข้าร่วมโครงการครั้งแรกในปี พ.ศ. 2560 จากปัญหาและข้อจำกัดของระบบเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบีในปัจจุบัน ทำให้ข้อมูลไม่สะท้อนสภาพปัญหาที่ชัดเจน ขาดข้อมูลที่สำคัญเพื่อการวางแผนการดำเนินงานและการติดตามประเมินผล ด้านการป้องกันโรค การดำเนินงานที่ผ่านมาที่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน คือ การฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีในเด็กแรกเกิด แต่ข้อมูลความครอบคลุมการฉีดวัคซีนในเด็กแรกเกิดในปี พ.ศ. 2560 พบเพียงร้อยละ 88.30 ซึ่งยังไม่ถึงเป้าหมายที่กำหนด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร, 2561) ส่วนการดำเนินงานป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงยังไม่มีแผนงานโครงการหรือกิจกรรมดำเนินการที่ชัดเจนทั้งในระดับจังหวัดและในพื้นที่ ด้านการรักษา

ถึงแม้จะมีแนวทางมาตรฐานการดูแลรักษาที่ชัดเจน แต่ยังไม่มีรูปแบบหรือการจัดการเพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยครอบคลุมและเกิดประสิทธิผล เช่น ขาดระบบติดตามการรักษาหรือส่งต่อผู้ป่วย ไม่มีคลินิกดูแลรักษาเฉพาะ รวมทั้งขาดการส่งเสริมสุขภาพหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยและผู้สัมผัสใกล้ชิด นอกจากนี้การติดตามผู้ป่วยในระยะยาวเพื่อเฝ้าระวังภาวะดัดแปลงหรือโรคเริมเรื้อรัง ก็ยังไม่มีการดำเนินการที่เป็นรูปธรรม ในส่วนของผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องยังไม่มีคำสั่งมอบหมายงานหรือผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน ยังไม่เข้าใจแนวทางการทำงานแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบีที่ตีพอ ทั้งแนวทางการตรวจคัดกรองโรค การดูแลรักษาผู้ป่วย การติดตาม และการดำเนินมาตรการควบคุมป้องกันโรค (กัญญาภักดิ์ ศิลารักษ์ และถนอม นามวงศ์, 2560; ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบบีจากเชื้อไวรัส, 2559) จากเหตุผลดังกล่าวจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในพื้นที่จังหวัดยโสธรขึ้น ทั้งนี้ เพื่อให้เป็นรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมในพื้นที่จังหวัดยโสธร พื้นที่อื่นหรือหน่วยงานอื่นนำไปปรับใช้ต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย (Research Question)

รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชน จังหวัดยโสธร โดยกระบวนการมีส่วนร่วมควรเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ (Objective)

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ในชุมชน จังหวัดยโสธร

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี
- 3) เพื่อทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีที่พัฒนาขึ้น

1.4 ขอบเขตการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) มีขอบเขตการวิจัยดังนี้

1.4.1 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- 1) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนในพื้นที่ตำบลหนองคู อำเภอมือง จังหวัดยโสธร ทุกคนที่มีอายุ 26 ปีขึ้นไป จำนวน 4,048 คน
- 2) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ประชาชนในพื้นที่ตำบลหนองคู อำเภอมือง จังหวัดยโสธร ที่มีอายุ 26 ปีขึ้นไป กำหนดขนาดตัวอย่างในการศึกษาใช้สูตรการคำนวณเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากรด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Cochran, 1977) ได้จำนวน 1,258 ตัวอย่าง และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ท้องถิ่น และบุคลากรด้านสาธารณสุข จำนวน 30 คน

1.4.2 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ มุ่งศึกษาค้นคว้าเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมไวรัสตับอักเสบบี ดังนี้

- 1) การศึกษาสภาพและขนาดของปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี ได้แก่ การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การประเมินความรู้ และพฤติกรรมเสี่ยง
- 2) การศึกษาความต้องการของชุมชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อวางแผนและพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน
- 3) การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคโดยกระบวนการมีส่วนร่วม
- 4) การทดลองและประเมินผล ด้านความพึงพอใจและประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

1.4.3 ขอบเขตด้านพื้นที่

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในพื้นที่ตำบลหนองคู อำเภอมือง จังหวัดยโสธร ซึ่งอำเภอมืองเป็นพื้นที่ที่มีความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบี สูงที่สุดของจังหวัดยโสธร อัตราความชุก 31.5 ต่อประชากรแสนคน ส่วนพื้นที่ตำบลหนองคู เป็นตำบลที่มีความชุกของโรคสูงที่สุดของอำเภอมือง จังหวัดยโสธร อัตราความชุก 51.9 ต่อประชากรแสนคน

1.4.4 ขอบเขตด้านเวลา

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.

1.5 นิยามศัพท์

1.5.1 ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี หมายถึง ผู้ที่มีผลการตรวจผลเลือดระบุว่า เป็นไวรัสตับอักเสบบี คือ Hepatitis B surface Antigen (HBsAg) ให้ผลบวก (Positive) ทั้งโรคไวรัสตับอักเสบบีเฉียบพลัน (Acute Hepatitis) และโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง (Chronic Hepatitis) (สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย, 2561)

1.5.2 โรคตับอักเสบบีเฉียบพลัน (Acute Hepatitis) หมายถึง โรคตับอักเสบบีที่ติดเชื้อแบบเฉียบพลัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการในช่วง 2 - 3 สัปดาห์แรกหลังการรับเชื้อ และมีระยะเวลาน้อยกว่า 6 เดือน (สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย, 2561)

1.5.3 โรคตับอักเสบบีเรื้อรัง (Chronic Hepatitis) หมายถึง โรคไวรัสตับอักเสบบีที่เป็นมานานกว่า 6 เดือน (สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย, 2561) แบ่งได้เป็น

- 1) พาหะ (Carrier) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในร่างกาย ผู้ป่วยจะไม่มีอาการ แต่ยังสามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้
- 2) ตับอักเสบบีเรื้อรัง (Chronic Hepatitis) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในร่างกาย และตรวจเลือดพบค่าการทำงานของตับผิดปกติ

1.5.4 การเฝ้าระวัง (Surveillance) หมายถึง การติดตาม สังเกตลักษณะการเปลี่ยนแปลง ของการเกิด การกระจายของโรคไวรัสตับอักเสบบี รวมทั้ง ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคไวรัสตับอักเสบบีอย่างต่อเนื่อง ด้วยกระบวนการที่เป็นระบบ ประกอบด้วย การรวบรวม เรียบเรียง วิเคราะห์แปลผล และกระจายข้อมูลข่าวสารสู่ผู้ใช้ประโยชน์ เพื่อการวางแผนหรือกำหนดนโยบาย รูปแบบการดำเนินงาน และการประเมินมาตรการควบคุมป้องกันโรคอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

1.5.5 การป้องกันโรค (Prevention) หมายถึง การดำเนินการ หรือทำกิจกรรมใดๆ เพื่อระงับการเกิดโรคหรือติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี รวมถึง การป้องกันผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีไม่ให้เป็นผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง หรือกลายเป็นโรคตับแข็งหรือมะเร็งในตับ

1.5.6 การควบคุมโรค (Control) หมายถึง การดำเนินการ หรือทำกิจกรรมใด ๆ เพื่อจัดการ จำกัดหรือการแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรคไวรัสตับอักเสบบีให้ขยายไปในวงกว้าง หรือเพิ่มจำนวน เพื่อให้กลับคืนสู่สภาวะปกติหรืออยู่ในระดับที่เหมาะสม

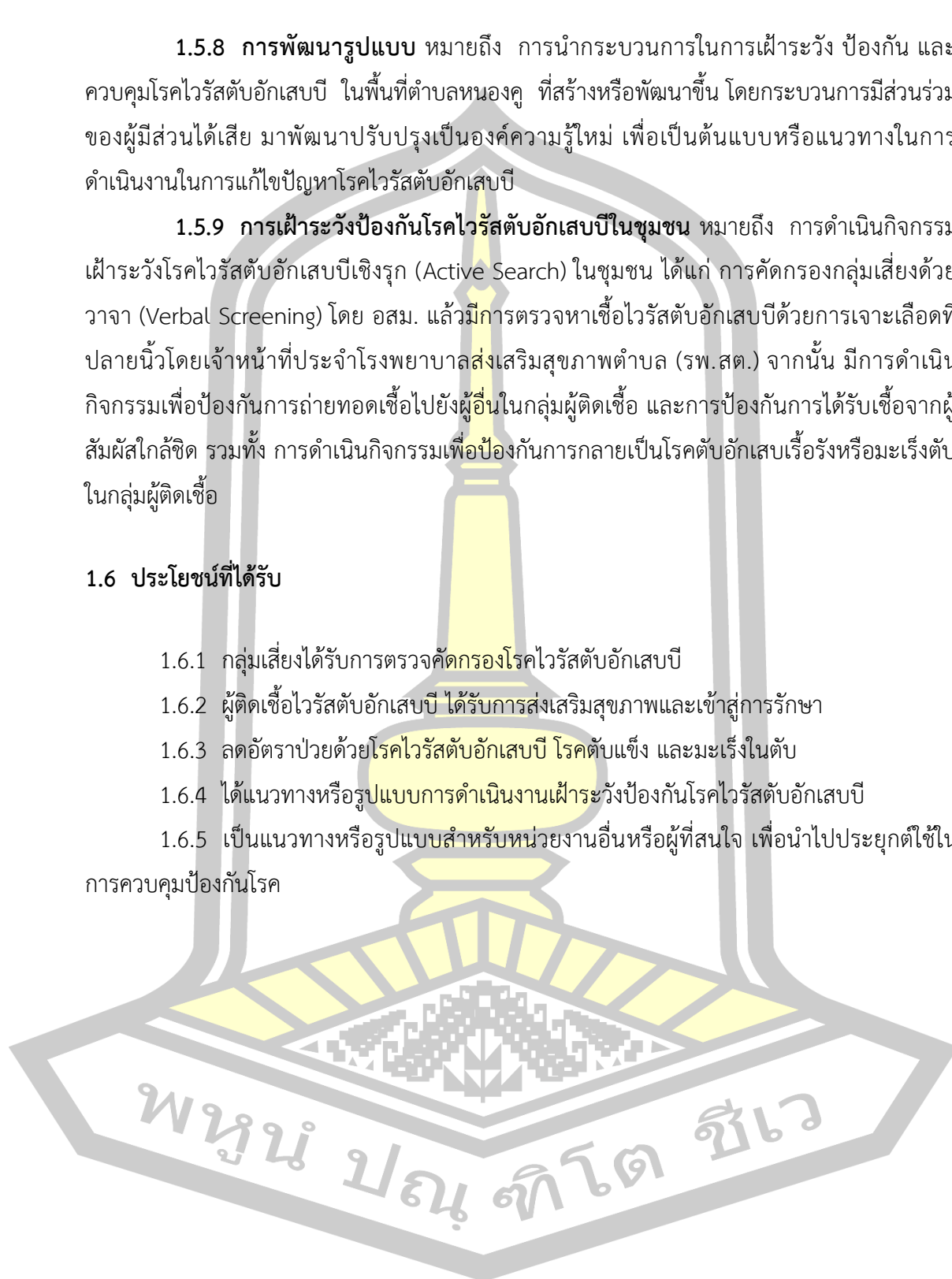
1.5.7 รูปแบบ (Model) หมายถึง รูปแบบของกระบวนการในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบีที่มีระเบียบแบบแผน ตลอดจนการบริหารจัดการอย่างเหมาะสม ตามศักยภาพและบริบทของพื้นที่

1.5.8 การพัฒนารูปแบบ หมายถึง การนำกระบวนการในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบปี ในพื้นที่ตำบลหนองคู ที่สร้างหรือพัฒนาขึ้น โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสีย มาพัฒนาปรับปรุงเป็นองค์ความรู้ใหม่ เพื่อเป็นต้นแบบหรือแนวทางในการดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบปี

1.5.9 การเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบปีในชุมชน หมายถึง การดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบปีเชิงรุก (Active Search) ในชุมชน ได้แก่ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยวาจา (Verbal Screening) โดย อสม. แล้วมีการตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบปีด้วยการเจาะเลือดที่ปลายนิ้วโดยเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จากนั้น มีการดำเนินกิจกรรมเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไปยังผู้อื่นในกลุ่มผู้ติดเชื้อ และการป้องกันการได้รับเชื้อจากผู้สัมผัสใกล้ชิด รวมทั้ง การดำเนินกิจกรรมเพื่อป้องกันการกลายเป็นโรคตับอักเสบเรื้อรังหรือมะเร็งตับในกลุ่มผู้ติดเชื้อ

1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ

- 1.6.1 กลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบปี
- 1.6.2 ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบปี ได้รับการส่งเสริมสุขภาพและเข้าสู่การรักษา
- 1.6.3 ลดอัตราป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบปี โรคตับแข็ง และมะเร็งในตับ
- 1.6.4 ได้แนวทางหรือรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบปี
- 1.6.5 เป็นแนวทางหรือรูปแบบสำหรับหน่วยงานอื่นหรือผู้ที่สนใจ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการควบคุมป้องกันโรค



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

ในการศึกษารั้วนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งมีหัวข้อดังต่อไปนี้

- 2.1 แนวคิดการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค
- 2.2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี
- 2.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี
- 2.4 ผลกระทบของโรคไวรัสตับอักเสบบี
- 2.5 มาตรการหรือนโยบายการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี
- 2.6 ระบบเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบี
- 2.7 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี
- 2.8 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.9 แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
- 2.10 แนวคิดเรื่องการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research)
- 2.11 แนวคิดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)
- 2.12 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.13 กรอบแนวคิดในการวิจัย

รายละเอียดแต่ละหัวข้อมีสาระดังต่อไปนี้

2.1 แนวคิดการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค

2.1.1 การเฝ้าระวังโรค (Surveillance)

1) ความหมายของการเฝ้าระวังโรค

การเฝ้าระวังโรค หมายถึง การติดตาม สังเกต พินิจพิจารณา ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของการเกิด การกระจายของโรค หรือปัญหาสาธารณสุข รวมทั้ง ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ อย่างต่อเนื่อง ด้วยกระบวนการที่เป็นระบบ ประกอบด้วย การรวบรวม เรียบเรียง วิเคราะห์แปลผล และกระจายข้อมูลข่าวสารสู่ผู้ใช้ประโยชน์ เพื่อการวางแผน กำหนดนโยบาย

การปฏิบัติงาน และการประเมินมาตรการควบคุมป้องกันโรคอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ (ค่านวน อึ้งชูศักดิ์, 2557)

2) ขั้นตอนการเฝ้าระวังโรค

ขั้นตอนการดำเนินงานในระบบเฝ้าระวังโรคประกอบไปด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

- (1) เก็บรวบรวมข้อมูล
- (2) เรียบเรียงและวิเคราะห์ข้อมูล
- (3) แปลผล
- (4) นำเสนอหรือส่งต่อข้อมูลไปยังผู้เกี่ยวข้อง
- (5) การตอบสนองเมื่อตรวจพบความผิดปกติ

3) ประเภทของการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (ค่านวน อึ้งชูศักดิ์, 2557)

(1) การเฝ้าระวังเชิงรับ (Passive Surveillance) คือ การเฝ้าระวังโรคโดยการรายงานข้อมูลเป็นปกติประจำ ในผู้ที่มารับบริการตามระยะเวลาที่กำหนด เช่น ระบบเฝ้าระวังโรคด้วยบัตรรายงานผู้ป่วย รง. 506

(2) การเฝ้าระวังเชิงรุก (Active Surveillance) คือ การค้นหาเชิงรุกเพื่อเพิ่มโอกาสที่จะได้ข้อมูลการเกิดโรคมมากขึ้น หรือเพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมจากการเฝ้าระวังปกติ ซึ่งการค้นหาการเกิดโรคเชิงรุก ผู้ต้องการข้อมูลจะต้องวางระบบที่จะไปค้นหาการเกิดโรคเป็นกรณีไป โดยอาจนำไปเสริมระบบปกติ เช่น การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในระยะเวลาที่มีการระบาดของอหิวาตกโรค

(3) การเฝ้าระวังเฉพาะกลุ่มเฉพาะพื้นที่ (Sentinel Surveillance) คือ การเฝ้าระวังโดยใช้ชนิดกลุ่มตัวอย่างที่จะเฝ้าระวังเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรที่ต้องการสะท้อนปัญหา เช่น HIV Sero Surveillance ในบางพื้นที่

(4) การเฝ้าระวังเฉพาะเหตุการณ์ (Special Surveillance) เป็นการจัดให้มีระบบเฝ้าระวังที่รวดเร็ว มีความน่าเชื่อถือ มีรายละเอียด และความจำเพาะ เช่น การเฝ้าระวังพิเศษในภาวะภัยพิบัติ โดยตั้งระบบเฝ้าระวังโรคหลังเกิดสึนามิที่ภาคใต้ หรืออุทกภัย

4) ประโยชน์ข้อมูลในระบบเฝ้าระวัง

- (1) ตรวจจับการระบาดของโรคหรือเหตุการณ์ผิดปกติเกิดขึ้นในพื้นที่
- (2) ติดตามสถานการณ์โรค โดยเฉพาะแนวโน้มของการเกิดโรค
- (3) พยากรณ์หรือทำนายการเกิดโรคในอนาคตเพื่อเตรียมพร้อมในการรับมือ
- (4) อธิบายธรรมชาติและการกระจายของโรค
- (5) ประเมินผลมาตรการควบคุมป้องกันโรค

โดยสรุปการเฝ้าระวังโรค หมายถึง กระบวนการติดตาม ลักษณะการเปลี่ยนแปลงการเกิด การกระจาย และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคที่ต่อเนื่องและเป็นระบบ ข้อมูลในเฝ้าระวังมีไว้ใช้

ประโยชน์ในการควบคุมป้องกันโรคในระดับพื้นที่และระดับประเทศ ระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยข้อมูลที่รวดเร็ว ครบถ้วน ถูกต้อง และน่าเชื่อถือ

2.1.2 การป้องกันโรค (Prevention)

การป้องกันโรค หมายถึง การดำเนินการหรือทำกิจกรรมใด ๆ เพื่อป้องกันหรือระงับการเกิดโรค เป็นการดำเนินการก่อนที่จะมีโรคหรือเหตุการณ์เกิดขึ้น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรครวมถึง การป้องกันผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วย ไม่ให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต ทั้งนี้ สามารถแบ่งการควบคุมและป้องกันโรคออกได้เป็น 3 ระดับ (คำณวน อึ้งชูศักดิ์, 2557; วิจิต มธุรสสาธน์, 2538) ได้แก่ ระดับที่ 1 การป้องกันโรคล่วงหน้า (Primary Prevention) ระดับที่ 2 การป้องกันในระยามีโรคเกิด (Secondary Prevention) และระดับที่ 3 การป้องกันการเกิดความพิการและการไร้สมรรถภาพ (Tertiary Prevention) รายละเอียดดังนี้

1) การป้องกันโรคล่วงหน้า คือ การป้องกันโรคก่อนระยะที่โรคเกิด เป็นวิธีการที่ยอมรับกันทั่วไปว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุด ประหยัดที่สุด และได้ผลมากที่สุดกว่าการป้องกันและควบคุมโรคระดับอื่น ๆ วัตถุประสงค์หลักของการป้องกันโรคล่วงหน้า คือ การปรับสภาพความเป็นอยู่ของมนุษย์ หรือการปรับปรุงภาวะสิ่งแวดล้อมหรือทั้งสองประการร่วมกัน เพื่อให้เกิดภาวะที่โรคต่าง ๆ ไม่สามารถเกิดหรือคงอยู่ได้ โดยการส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชนให้สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ให้มีความต้านทานต่อโรคต่าง ๆ ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ การปรับปรุงสุขภาพสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ เพื่อป้องกันมิให้มีพาหะและสื่อนำโรค ทั้งนี้ เพื่อทำให้การแพร่กระจายของเชื้อที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรค โดยผ่านทางสื่อต่าง ๆ ที่มีอยู่ในชุมชนหมดไป ซึ่งกิจกรรมในการป้องกันโรคล่วงหน้ามีดังนี้

1.1) การให้สุศึกษาเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปในการป้องกันโรค การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง การปฏิบัติตนให้ถูกหลักสุขวิทยาส่วนบุคคลและชุมชน

1.2) การจัดโภชนาการให้ถูกต้องตามมาตรฐาน เหมาะสมกับกลุ่มอายุและภาวะความต้องการของบุคคล เช่น ทารก เด็กเล็ก วัยรุ่น วัยชรา หญิงมีครรภ์ แม่ระยะให้นมลูก หรือผู้ป่วยด้วยโรคบางชนิดที่มีความต้องการอาหารพิเศษเฉพาะโรค

1.3) การให้ภูมิคุ้มกันโรคเพื่อป้องกันโรคติดต่อต่าง ๆ ที่สามารถป้องกันได้ โดยการใช้วัคซีน เช่น การให้ภูมิคุ้มกันโรคขั้นพื้นฐานสำหรับเด็กเล็กที่จำเป็นต้องได้รับสำหรับการป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก ไวรัสตับอักเสบบี โรคโปลิโอ และวัณโรค และการให้ภูมิคุ้มกันโรคขั้นเสริม ซึ่งได้แก่ กลุ่มชนอายุต่าง ๆ ตามความจำเป็นและโอกาสที่ต้องเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น การให้ภูมิคุ้มกันโรคอหิวาต์ ไข้ไทฟอยด์ ไข้สมองอักเสบ ไข้หัด เป็นต้น

1.4) กิจกรรมที่ส่งเสริมในด้านการเลี้ยงดูเด็กที่ถูกต้อง การสนใจ การสังเกต ถึงการเจริญเติบโตของเด็กทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งนี้ เพื่อให้เด็กได้เจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ

1.5) การจัดที่อยู่อาศัยที่ถูกสุขลักษณะ การจัดหาสถานที่พักผ่อนหย่อนใจในชุมชนได้เพียงพอ การจัดสถานที่เล่นกีฬา สนามเด็กเล่น รวมทั้งสถานที่สำหรับประกอบอาชีพที่ปลอดภัยและเหมาะสม

1.6) การจัดหรือปรับปรุงการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การจัดหา น้ำสะอาด การกำจัดของเสียและสิ่งปฏิกูล การสุขาภิบาลอาหาร เครื่องดื่ม นม การกำจัดหรือควบคุม มลพิษ การกำจัดหรือควบคุมสัตว์และแมลงนำโรค และการควบคุมสิ่งที่ก่อให้เกิดความรำคาญต่าง ๆ

1.7) การจัดบริการให้ความปลอดภัยในด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ภัยจากการประกอบอาชีพ การจราจร การเดินทางท่องเที่ยว ฯลฯ

1.8) การจัดให้มีบริการด้านการตรวจสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะสำหรับเด็ก เล็กหรือเด็กนักเรียนซึ่งกำลังเจริญเติบโต เพื่อให้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ

1.9) การจัดให้มีบริการด้านให้คำปรึกษา และแนะนำเกี่ยวกับเพศศึกษา การสมรส การส่งเสริมสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับพันธุกรรม การป้องกันโรค และการโภชนาการ

2) การป้องกันในระยะมีโรคเกิด คือ การป้องกันโรคล่วงหน้าระดับที่ 2 ในกรณีที่ การดำเนินงานระดับที่ 1 ยังไม่ได้ผลทำให้มีโรคเกิดขึ้น ดังนั้น จุดมุ่งหมายที่สำคัญของการป้องกันโรค ในระยะมีโรคเกิด คือการระงับกระบวนการดำเนินของโรค การป้องกันการแพร่เชื้อและระบาดของ โรคไปยังบุคคลอื่นในชุมชน และการลดการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในชุมชนให้น้อยลงและหายไปให้เร็ว ที่สุด ซึ่งกิจกรรมการป้องกันระยะมีโรคเกิด มีดังนี้

2.1) การค้นหาผู้ป่วยให้ได้ในระยะเริ่มแรก นับว่าเป็นการป้องกันและ ควบคุมโรคที่ดีและมีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยเฉพาะในกรณีโรคที่เกิดขึ้นเป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง และสามารถแพร่โรคไปยังบุคคลอื่น ๆ ในชุมชนได้ง่ายและรวดเร็ว เช่น ไข้ทรพิษ ไข้หวัดใหญ่ อหิวาตกโรค ไข้หัด โรคคอตีบ ไข้ซิกาหลังอักเสบ (โปลิโอ) และไข้รากสาดน้อย เป็นต้น การที่ สามารถค้นหาผู้ป่วยโรคเหล่านี้ได้ในระยะเริ่มแรกที่มีอาการและโรคยังไม่แพร่กระจายไปยังบุคคลอื่น ทำให้สามารถระงับกระบวนการดำเนินของโรคได้ เพื่อให้การรักษาได้ถูกต้อง และสามารถป้องกันมิให้ โรคติดต่อไปยังผู้อื่น รวมทั้งสามารถป้องกันโรคแทรกซ้อนและผลเสียที่อาจเกิดตามมา เป็นผลให้เกิด การไร้สมรรถภาพและความพิการลดน้อยลงได้

2.2) การวินิจฉัยโรคและให้การรักษาได้ทันที โรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นหากได้รับ การวินิจฉัยได้ถูกต้องและรวดเร็ว จะสามารถช่วยให้การรักษาโรคถูกต้องและมีประสิทธิภาพ มีผลให้

ความเจ็บป่วยหายได้รวดเร็ว และสามารถป้องกันผลเสียและโรคแทรกซ้อนที่เกิดตามมาได้เป็นอย่างดี และการรักษายังมีผลในด้านการกำจัดแหล่งแพร่โรคหรือบ่อเกิดโรค ซึ่งอยู่ในตัวผู้ป่วยได้ด้วย

2.3) การป้องกันการแพร่เชื้อ มีความจำเป็นมากสำหรับโรคติดต่อ แพร่กระจายไปสู่บุคคลอื่นในชุมชน โดยปะปนไปกับอาหาร น้ำ และแมลงนำโรคชนิดต่าง ๆ ดังนั้น การดำเนินการเกี่ยวกับการกำจัดเชื้อที่อยู่ในน้ำ อาหาร สิ่งแวดล้อมที่เป็นสื่อนำโรค โดยวิธีต่าง ๆ เช่น การควบคุมสัตว์และแมลงนำโรค การทำน้ำให้สะอาดปราศจากเชื้อ โดยเติมสารฆ่าเชื้อ เช่น คลอรีน ตลอดจนการสุขาภิบาลอาหารและสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะป้องกันการแพร่เชื้อโรค

2.4) การเพิ่มความต้านทานหรือป้องกันโรคให้แก่บุคคลหรือชุมชน เพื่อให้บุคคลในชุมชนมีความต้านทานต่อโรคที่เกิดขึ้น ที่สามารถจะป้องกันได้โดยการใช้วัคซีน เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันอหิวาตกโรค วัคซีนป้องกันโรคไข้ไทฟอยด์ วัคซีนป้องกันโรคคอตีบในระยะที่เกิดการระบาดของโรคขึ้น ควบคู่ไปกับการให้สุศึกษาแก่ชุมชน เมื่อมีโรคเกิดขึ้นในชุมชน โดยเฉพาะในด้านการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันมิให้เกิดโรคขึ้น การระมัดระวังในเรื่องอาหารและน้ำ การระวังและหลีกเลี่ยงจากการติดต่อหรือสัมผัสกับผู้ป่วย การระมัดระวังในด้านสุขภาพร่างกายเป็นพิเศษ

2.5) การใช้กฎหมายสาธารณสุข ในกรณีที่มีโรคติดต่อร้ายแรงเกิดขึ้น และแม้ว่าจะได้ใช้มาตรการป้องกันและควบคุมโรคโดยวิธีการต่าง ๆ แล้ว แต่ยังไม่ได้ผลเนื่องจากไม่ได้รับความร่วมมือจากชุมชนด้วยดี จึงต้องใช้มาตรการทางกฎหมายเข้ามาช่วยสนับสนุนเพื่อให้การดำเนินงานควบคุมโรคสามารถดำเนินการได้รวดเร็วมีประสิทธิภาพ ก็จะทำให้โรคสงบลงเร็วที่สุด เช่น การบังคับใช้กฎหมายตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558

3) การป้องกันการเกิดความพิการและการไร้สมรรถภาพ คือการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการให้หายโดยเร็ว เพื่อลดผลเสียและโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังการเกิดโรค รวมทั้งการติดตามสังเกตและให้การป้องกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ การป้องกันในระดับนี้จะรวมถึงการบำบัดความพิการและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายด้วย การดำเนินงานจะเกิดผลดีจะต้องประกอบด้วยสิ่งต่อไปนี้

3.1) มีวิธีการรักษาโรคที่ดีและมีประสิทธิภาพ

3.2) มีการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขกระจายอย่างทั่วถึงและมากพอที่ประชาชนจะมารับบริการได้สะดวก

3.3) ประชาชนมีความเข้าใจ และรู้จักใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีอยู่ให้ถูกต้อง

3.4) มีการศึกษาวิจัยและค้นคว้าถึงวิธีการใหม่ ๆ ที่ใช้รักษาโรคให้หายโดยรวดเร็วและรักษาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ เป็นการลดความพิการและการไร้สมรรถภาพที่อาจเกิดตามมาให้น้อยลง

การป้องกันการเกิดโรคที่สำคัญที่สุด คือ การป้องกันการเกิดโรคในระดับที่ 1 และจากการป้องกันโรคทั้ง 3 ระดับที่กล่าวมาแล้ว จะดำเนินไปได้ด้วยดีและมีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยความร่วมมือ และการสนับสนุนจากบุคคล ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนด้านนโยบาย การสนับสนุนด้านการบริหาร การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ และทรัพยากร รวมทั้งการสนับสนุนของสังคมด้วย จึงจะทำให้การควบคุมและป้องกันโรคประสบความสำเร็จ ในการวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคใน 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 การป้องกันโรคล่วงหน้า (Primary Prevention) คือ การป้องกันไม่ให้มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ ระดับที่ 2 การป้องกันในระยะมีโรคเกิด (Secondary Prevention) คือ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ติดเชื้อในชุมชน และระดับที่ 3 การป้องกันการเกิดความพิการและการไร้สมรรถภาพ (Tertiary Prevention) คือ การป้องกันไม่ให้ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีกลายเป็นตับอักเสบริื้อรัง (Chronic Hepatitis B)

2.1.3 การควบคุมโรค (Control)

1) ความหมายของการควบคุมโรค

การควบคุมโรค หมายถึง การดำเนินการ หรือทำกิจกรรมใด ๆ เพื่อจัดการ จำกัด หรือการแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรคมิให้ขยายไปในวงกว้าง หรือเพิ่มจำนวน เพื่อให้กลับคืนสู่สภาวะปกติหรืออยู่ในระดับที่เหมาะสม เป็นการดำเนินการเมื่อมีโรคหรือเหตุการณ์เกิดขึ้นแล้ว เพื่อลดขนาดและความรุนแรงของการเกิดโรค หลักการควบคุมโรคทางระบาดวิทยา ได้แก่ การทำลายแหล่งของเชื้อโรค เช่น การทำลายหรือตรวจรักษาสัตว์ป่วย ตลอดจนการตรวจคัดกรองสัตว์ที่ติดเชื้อแต่ไม่แสดงอาการ เพื่อลดแหล่งของเชื้อโรคในประชากร การขัดขวางห่วงโซ่ของการติดต่อเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อจากแหล่งของโรค ไม่ว่าจะเป็นพาหะหรือตัวสัตว์ป่วยไปยังสัตว์ที่ยังไม่ติดเชื้อ เช่น การทำลายพาหะของโรค การกักกันสัตว์ป่วย หรือการควบคุมการเคลื่อนย้ายสัตว์ เป็นต้น และสุดท้าย ได้แก่การสร้างภูมิคุ้มกัน เพื่อให้สัตว์สามารถต้านทานต่อการติดเชื้อได้ด้วยตนเอง แม้ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการสัมผัสเชื้อก่อโรคได้ เช่น การใช้วัคซีน เป็นต้น (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2012; คำนวน อึ้งชูศักดิ์, 2557) อย่างไรก็ตาม จากความหมายของการป้องกันโรคในข้างต้น มีความหมายครอบคลุมถึงการควบคุมโรคด้วย เพราะการป้องกันในระดับที่ 2 และระดับที่ 3 ความหมายรวมถึงการดำเนินการเมื่อมีโรคเกิดขึ้นแล้ว

การควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี หมายถึง การดำเนินการ หรือทำกิจกรรมใด ๆ เพื่อจัดการ จำกัด หรือการแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรคไวรัสตับอักเสบบี มิให้ขยายไปในวงกว้าง หรือเพิ่ม

จำนวน รวมทั้งเพื่อป้องกันมิให้ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีกลายเป็นโรคไวรัสตับอักเสบนิดเรื้อรังจนกลายเป็นโรคตับแข็ง หรือมะเร็งในตับ

2) องค์สามทางระบาดวิทยา (Epidemiologic Triad) (คำนวณ อึ้งชูศักดิ์, 2557)

การป้องกันและควบคุมโรคต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรค (Natural History of Disease) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบหลักที่มีอิทธิพลเกี่ยวข้องกับการเกิดและการกระจายของโรคในชุมชน หรือองค์สามทางระบาดวิทยา (Epidemiologic Triad) ประกอบด้วย

(1) มนุษย์ (Host) เช่น อายุ เพศ กรรมพันธุ์ ความรู้ ทักษะ สถานะสุขภาพ ภาวะโภชนาการ พฤติกรรม เป็นต้น

(2) สิ่งที่ทำให้เกิดโรค (Agent) ซึ่งมีทั้งสิ่งที่มีชีวิต เช่น เชื้อไวรัส แบคทีเรีย พาราไซต์ เป็นต้น และสิ่งที่ไม่มีชีวิต เช่น สารเคมี แสง เสียง พลังงาน เป็นต้น

(3) สิ่งแวดล้อม (Environment) เช่น สภาพอากาศ มลภาวะ อาหาร ที่อยู่อาศัย อาชีพ สถานการณ์ที่ทำให้เกิดการระบาด

ทั้งนี้ การเกิดโรคหรือการระบาดที่เกิดขึ้น เกิดจากความไม่สมดุลของปัจจัยทั้งสาม ซึ่งมีโอกาสเกิดขึ้นได้ในสถานการณ์ต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- เชื้อโรค (Agent) เพิ่มจำนวนความรุนแรงในการก่อโรค มากขึ้น
- การมีเชื้อโรค (Agent) เข้าไปในพื้นที่ที่ไม่เคยมีมาก่อน
- การมีการถ่ายทอดโรค (Transmission) เพิ่มมากขึ้น
- การเปลี่ยนแปลงความไวต่อการเกิดโรคมากขึ้น (Susceptibility)
- มีปัจจัยอื่นที่ทำให้เกิดการสัมผัสเชื้อโรค (Agent) เพิ่มมากขึ้น

3) ธรรมชาติของการเกิดโรคและหลักการควบคุมป้องกันโรค

ธรรมชาติของการเกิดโรคมี 4 ระยะ ซึ่งในแต่ละระยะมีหลักการควบคุมป้องกันโรคที่แตกต่างกัน (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2012; วิจิต มธุรสภานุ, 2538) รายละเอียดดังนี้

(1) ระยะมีภูมิไวรับ (Stage of Susceptibility) คือ โรคยังไม่เกิดขึ้น แต่มีปัจจัยหรือองค์ประกอบต่าง ๆ ที่ส่งเสริมต่อการเกิดโรค หรือ เป็นสาเหตุที่จะทำให้เกิดโรค โดยบุคคลนั้นอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย ต่อการเกิดโรคหรือสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยง หลักการป้องกันโรคเป็นการป้องกันโรคปฐมภูมิ คือ ป้องกันก่อนการเกิดโรค เช่น การส่งเสริมสุขภาพ ให้สุขศึกษา วัคซีน การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เป็นต้น

(2) ระยะไม่มีอาการ (Stage of Preclinical Disease) คือ มีการสัมผัสสาเหตุของการเกิดโรคแต่ยังไม่มีอาการ หลักการป้องกันโรคเป็นการป้องกันโรคทุติยภูมิ คือ ป้องกันเมื่อเกิด

โรคแล้ว เช่น การเฝ้าระวังการตรวจคัดกรอง หรือการตรวจวินิจฉัยเพื่อให้สามารถตรวจจับการเกิดโรคให้ได้อย่างรวดเร็ว (Early Detection) และกระบวนการสอบสวนและควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพเป็นต้น

(3) ระยะป่วยมีอาการ (Stage of Clinical Disease) คือ มีการสัมผัสสาเหตุของการเกิดโรค และเกิดการเปลี่ยนแปลงของส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย หลักการป้องกันโรคคือการป้องกันโรคทุติยภูมิ เป็นการป้องกันเมื่อเกิดโรคแล้ว เช่น การตรวจวินิจฉัยตามกระบวนการตรวจปกติ เพื่อให้สามารถตรวจจับโรคได้ และกระบวนการรักษาที่ได้มาตรฐาน

(4) ระยะหาย เรื้อรัง หรือพิการ (Stage of Disability) หลังการเกิดโรคอาจมีความพิการมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและการรักษา หลักการป้องกันโรคเป็นการป้องกันโรคตติยภูมิ คือ การป้องกันเมื่อเกิดโรคแล้ว เช่น การตรวจวินิจฉัยตามกระบวนการตรวจปกติ กระบวนการรักษาที่ได้มาตรฐาน การฟื้นฟูสภาพ

2.2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี

สำหรับความรู้ทั่วไปที่สำคัญเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี มีดังต่อไปนี้ (WHO, 2018; สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย, 2558)

2.2.1 อาการของโรคไวรัสตับอักเสบบี

ผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีอาจมีอาการคลื่นไส้ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ปวดทั่วท้อง ปวดเมื่อยตัว และมีไข้ นอกจากนี้ อาจมีอาการคันระคายเคือง รวมถึงอาการตัวเหลือง และตาเหลือง (ดีซ่าน) ผู้ป่วยบางรายอาจไม่แสดงอาการใด ๆ ของโรค

2.2.2 ช่องทางการติดต่อ

โรคไวรัสตับอักเสบบีสามารถติดต่อได้ทางเลือด เช่น การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การสักเจาะผิวหนังโดยใช้อุปกรณ์ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อ การมีเพศสัมพันธ์ทุกรูปแบบ และจากแม่ที่ติดเชื้อสู่ลูก การสัมผัสกับเลือดหรือสารคัดหลั่งต่าง ๆ ของผู้ติดเชื้อ นอกจากนี้ยังสามารถติดเชื้อโดยการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ เช่น อยู่ในครอบครัวเดียวกันเป็นต้น ซึ่งเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่อยู่ภายนอกในร่างกายมนุษย์จะสามารถมีชีวิตอยู่ได้ถึง 7 วัน

2.2.3 ระยะฟักตัว

หลังจากได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเข้าสู่ร่างกายแล้ว จะใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 75 วัน ในการฟักตัว (ต่ำสุด 30 วัน สูงสุด 180 วัน) และจะสามารถตรวจพบเชื้อตั้งแต่วันที่ 30 ถึง 60 วัน หลังการติดเชื้อ

2.2.4 การวินิจฉัย

การวินิจฉัยว่าเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีโดยอาศัยเกณฑ์ทางคลินิก จะไม่สามารถแยกโรคไวรัสตับอักเสบบีออกจากไวรัสตับอักเสบบีชนิดอื่นได้ ดังนั้น ผู้ป่วยที่ยืนยันได้ว่าเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี ต้องมีการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory Criteria) ได้แก่ การตรวจ anti-Hepatitis B core (HBc) IgM (Immunoglobulin M) และหรือ anti-Hepatitis B surface (HBs) IgM และหรือ Hepatitis B surface Antigen (HBsAg) ให้ผลบวก (Positive) (สำนักระบาดวิทยา, 2544)

2.2.5 ประเภทการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ศิรินาถ ศิริเลิศ และพรณี ศิริวรรณานา, 2561)

HBsAg หมายถึง การตรวจที่บ่งชี้การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Current Infection)

HBeAg หมายถึง การตรวจที่บ่งชี้ความสามารถในการแบ่งตัวของไวรัสตับอักเสบบี (Viral Replication)

anti-HBc หมายถึง การตรวจที่บ่งชี้เป็นภูมิคุ้มกันที่เกิดจากการตอบสนองของร่างกายต่อไวรัสตับอักเสบบี บ่งบอกถึงการเคยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือมีภูมิคุ้มกันจากการรับเชื้อ (Immune after infection)

anti-HBcIgM หมายถึง การตรวจที่บ่งชี้พบในตับอักเสเฉียบพลัน

anti-HBcIgG หมายถึง การตรวจที่บ่งชี้พบได้ทั้งในตับอักเสเฉียบพลัน, เรื้อรัง หรือแม้แต่ผู้ที่ตรวจไม่พบเชื้อแล้ว

anti-HBe หมายถึง การตรวจที่จะพบหลังจากตรวจไม่พบ HBeAg ในเลือดแล้ว

anti-HBs หมายถึง การตรวจที่จะพบหลังจากตรวจไม่พบ HBsAg ในเลือดแล้ว หรือเป็นภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากการได้รับวัคซีน (Immune After Vaccination)

2.2.6 ประเภทของโรคไวรัสตับอักเสบบี

โรคไวรัสตับอักเสบบี มีอยู่ 2 ชนิด ได้แก่

1) โรคไวรัสตับอักเสเฉียบพลัน (Acute Hepatitis) หมายถึง โรคตับอักเสบบีที่เป็นไม่นานก็หาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการ 2 - 3 สัปดาห์โดยมากไม่เกิน 6 เดือน โดยผู้ป่วยที่ติดเชื้อชนิดเฉียบพลัน ประมาณร้อยละ 5 จะกลายเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง

2) โรคไวรัสตับอักเสเรื้อรัง (Chronic Hepatitis) หมายถึง โรคไวรัสตับอักเสบบีที่เป็นนานกว่า 6 เดือน ซึ่งผู้ที่เป็นโรคไวรัสตับอักเสเรื้อรังจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคตับแข็ง และมะเร็งในตับ แบ่งได้เป็น

2.1) พาหะ (Carrier) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในร่างกาย ผู้ป่วยจะไม่มีอาการ แต่ยังสามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้

2.2) ตับอักเสบเรื้อรัง (Chronic Hepatitis) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในร่างกาย และตรวจเลือดพบค่าการทำงานของตับผิดปกติ (ศิรินาถ ศิริเลิศ และพรณี ศิริวรรณภา, 2013)

2.2.7 การป้องกัน

1) การป้องกันด้วยวัคซีน โรคไวรัสตับอักเสบบีมีวัคซีนสำหรับป้องกันโรค ทำการฉีด 3 เข็ม ในเด็กแรกเกิด, อายุ 4 เดือน และ 6 เดือน แต่ในปัจจุบันกรมควบคุมโรคปรับโปรแกรมการให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี คือ ตอนแรกเกิด, 2 เดือน, 4 เดือน และ 6 เดือน (พาหุรัตน์ คงเมือง และคณะ, 2560) ซึ่งประเทศไทยเริ่มบรรจุวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีในโปรแกรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเมื่อปี พ.ศ. 2535 หลังจากนั้นความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบีในประเทศไทยเริ่มมีแนวโน้มลดลง แต่ทั้งนี้ คนที่เกิดก่อน ปี พ.ศ. 2535 หรืออายุประมาณ 25 ปีขึ้นไป จะไม่ได้รับวัคซีนดังกล่าว ซึ่งยังพบความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบีอยู่ในระดับสูง สำหรับการฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มประชากรทั่วไป (General Population) ไม่อยู่ในสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งผู้ที่ต้องการฉีดวัคซีนดังกล่าวต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง

2) การป้องกันโดยการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น มีคู่นอนคนเดียว สวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนอื่น งดใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น ไม่ใช้มือเปล่าสัมผัสแผลหรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วยหรือบุคคลอื่น ไม่ใช้เข็มหรืออุปกรณ์จากการสักเจาะผิวหนังร่วมกับผู้อื่น เป็นต้น

2.2.8 การรักษา

1) การรักษาผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันแพทย์จะทำการรักษาตามอาการเท่านั้น ผู้ป่วยประมาณ ร้อยละ 95 สามารถสร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อและหายจากโรคได้เอง

2) การรักษาในระยะเรื้อรังการรักษาในปัจจุบัน ได้แก่ ยาต้านไวรัส การฉีดอินเตอร์เฟอรอนแอลฟา (Interferon-Alpha) การผ่าตัดเปลี่ยนตับ ทั้งนี้ ผู้ป่วยจะต้องไปพบแพทย์อยู่เป็นระยะเพื่อตรวจหรือประเมินการทำงานของตับ ประเมินภาวะตับอักเสบ หรืออาการแทรกซ้อนอื่น ๆ ซึ่งจะมีผลต่อการพิจารณาของแพทย์เพื่อการรักษา หรือสงสัยเป็นมะเร็งตับ

2.2.9 การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี

ถ้าหากพบว่าตัวเองติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ควรขอคำแนะนำจากแพทย์ในการดูแลตนเอง รวมทั้งแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองไม่ให้เชื้อแพร่กระจายไปสู่คนใกล้ชิด โดยทำได้ดังนี้

1) หากติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบี ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถหายได้เอง ดังนั้น จึงไม่ต้องกังวลมากนัก

2) รับประทานยาตามแพทย์สั่ง รวมทั้ง ควรปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรก่อนรับประทานยาใดๆ รวมทั้ง ยาสมุนไพรต่าง ๆ เพราะยาบางชนิดมีผลข้างเคียงต่อดับ

3) ไปพบแพทย์ตามนัดหรือเข้ารับการตรวจเลือดสม่ำเสมอ เพราะผลการตรวจเลือดจะทำให้รู้อาการหรือการดำเนินของโรค หรือการทำงานของตับ

4) บอกให้คนใกล้ชิดได้รู้ว่าคุณมีเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเพื่อให้ระวังตัว พร้อมทั้งแนะนำให้คนใกล้ชิดไปพบแพทย์ หรือไปตรวจเลือด รวมทั้งการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

5) สวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง

6) ห้ามบริจาคเลือด

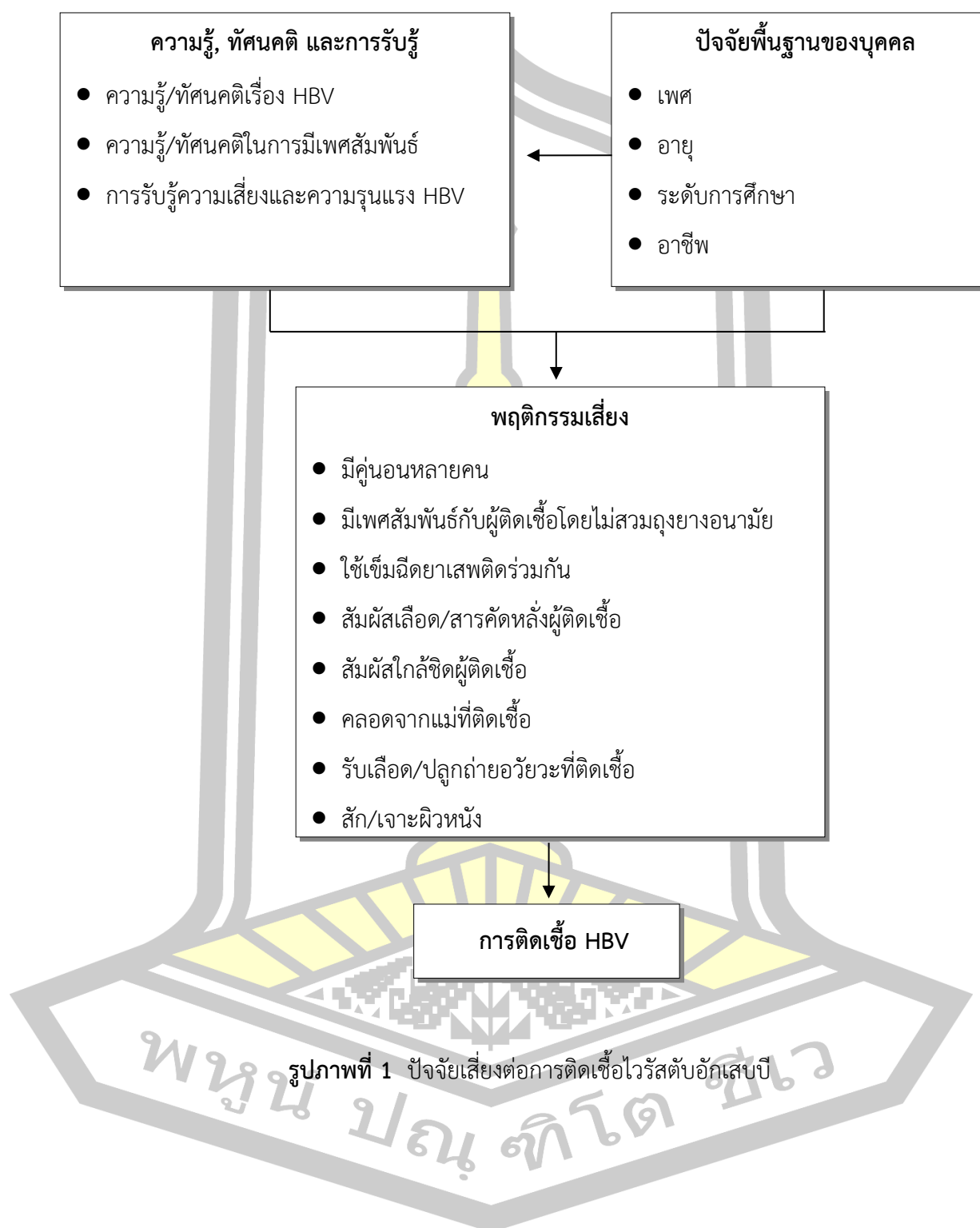
7) งดเว้นการดื่มสุรา และเครื่องดื่มหรือของที่มีแอลกอฮอล์

8) ออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอ และผ่อนคลายความเครียด

2.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Risk Factors of Hepatitis B Virus)

การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเหมือนกับการติดเชื้อเอชไอวีเพราะเป็นช่องทางการติดต่อเดียวกัน เช่น มีคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์กับคนที่ติดเชื้อโดยไม่สวมถุงยางอนามัย การใช้ยาเสพติดชนิดฉีดโดยใช้เข็มร่วมกัน การสักเจาะผิวหนังโดยใช้เข็มร่วมกัน การถ่ายทอดเชื้อจากแม่ที่ติดเชื้อสู่ลูก และการการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความเสี่ยงค่อนข้างสูงต่อการติดเชื้อจากการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วย (Leroi et al., 2016; WHO, 2018) และการที่สมาชิกในครอบครัวติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีคนในครอบครัวก็มักจะมีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีด้วยเช่นกัน เนื่องจากอาจมีโอกาสมัผัสใกล้ชิด (Mittal et al., 2013) รวมทั้ง เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้ง ความรู้และทัศนคติก็มีผลต่อระดับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Frew et al., 2017) ทั้งนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ กับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี สรุปได้ในรูปภาพที่ 1





2.4 ผลกระทบของโรคไวรัสตับอักเสบบี (Effective of Hepatitis B Virus)

คาดประมาณว่าคนไทยในกลุ่มประชากรทั่วไปจะมีความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีอยู่ร้อยละ 5 (Leroi et al., 2016) ซึ่งน่าจะมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีอยู่ในประเทศไทยประมาณ 3.5 ล้านคน ถึงแม้ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีส่วนใหญ่มีอาการจะไม่รุนแรงและหายเองได้ภายในระยะเวลาอันสั้น แต่พบว่าผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีประมาณร้อยละ 5 - 7 จะไม่หายขาดและกลายเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง (Chronic HBV) หรือประมาณ 2 แสนคน ในจำนวนนี้จะมีอย่างน้อยประมาณ ร้อยละ 25 กลายเป็นโรคตับแข็งและมะเร็งในตับ (Leroi et al., 2016) ส่วนการศึกษาวิจัยในประเทศไทยพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งในตับตรวจพบเชื้อไวรัสตับอักเสบบีถึงร้อยละ 48.7 (ธนกร ประจักษ์วิทยา และคณะ, 2555) หรือคาดว่าจะมีผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังที่กลายไปเป็นโรคตับแข็งหรือมะเร็งตับ เป็นจำนวน 50,000 – 200,000 คน และในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งตับหรือโรคตับแข็งที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจะมีโอกาสเสียชีวิตไวกว่าในกลุ่มที่ไม่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Tao, He and Xiu, 2016)

2.5 มาตรการหรือนโยบายการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี

2.5.1 ยุทธศาสตร์การดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบีขององค์การอนามัยโลก

องค์การอนามัยโลก (WHO) ตระหนักดีว่าโรคไวรัสตับอักเสบบี เป็นปัญหาสาธารณสุขระหว่างประเทศที่สำคัญ ซึ่งมิได้มีการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาอย่างจริงจังในช่วงที่ผ่านมา ดังนั้น จึงได้กำหนดกรอบยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีขึ้นเป็นกรอบยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานระหว่างปี พ.ศ. 2559 - 2564 (Framework for the Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis, 2016 - 2021) เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานไว้ดังนี้ (World Health Organization (WHO), 2016)

- 1) วิสัยทัศน์ คือ ผู้ที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบีทุกคนสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลและได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ปลอดภัย ราคาไม่แพง และมีประสิทธิภาพ
- 2) เป้าหมาย คือ สามารถกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบีซึ่งเป็นภัยคุกคามด้านสาธารณสุขให้หมดไป ภายในปี พ.ศ. 2573

เป้าหมายการดำเนินงานปี พ.ศ. 2573 (2030 TARGETS)

- (1) ผู้ติดเชื้อ 6 - 10 ล้านราย ลดลงน้อยกว่า 1 ล้านรายภายใน พ.ศ. 2573

(2) ผู้เสียชีวิต 1.4 ล้านราย ลดลงน้อยกว่า 500,000 ราย ภายใน พ.ศ.

2573

กรอบในการปฏิบัติการ

1) ความครอบคลุมด้านสุขภาพทั่วไป (Universal Health Coverage)

2) ความต่อเนื่องของการบริการ (Continuum of Services)

3) วิธีการด้านสาธารณสุข (Public Health Approach)

ซึ่งมียุทธศาสตร์ในการดำเนินงานดังนี้

- ยุทธศาสตร์ที่ 1 ระบบข้อมูล (Information for Focused Action) เพื่อค้นหาหรือระบุกลุ่มเป้าหมาย และพื้นที่ดำเนินงาน (The “Who” and “Where”)

- ยุทธศาสตร์ที่ 2 มาตรการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ (Interventions for Impact) ได้แก่อะไรบ้าง (The “What”)

- ยุทธศาสตร์ที่ 3 ภาวการณ์ช่วยเหลือที่เกี่ยวข้อง (Delivering for Equity) มีภาวการณ์ช่วยเหลือการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องอย่างไรบ้าง (The “How”)

- ยุทธศาสตร์ที่ 4 การเงินเพื่อการดำเนินงานที่ยั่งยืน (Financing for Sustainability) เป็นการจัดหาทุนหรืองบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานให้มีความยั่งยืน

- ยุทธศาสตร์ที่ 5 การเร่งรัดนวัตกรรม (Innovation for Acceleration) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ

2.5.2 ยุทธศาสตร์การดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบของประเทศไทย

กรมควบคุมโรค ได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบปี และปี พ.ศ. 2560 - 2564 (กรมควบคุมโรค, 2560) ซึ่งจะทำให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบปีมีความชัดเจนยิ่งขึ้น โดยกรอบยุทธศาสตร์มีอยู่ 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

1) การเฝ้าระวังโรคและระบบข้อมูล

2) การป้องกันควบคุมโรคและการสื่อสารความเสี่ยง

3) การค้นหาและดูแลผู้ป่วย

4) การวิจัยเพื่อพัฒนาการป้องกันควบคุมโรค

5) การบริหารและจัดการทรัพยากร

โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบปี เน้นการให้วัคซีนแก่เด็กทารกแรกเกิดมีความครอบคลุมไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และให้ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบเรื้อรัง สามารถเข้าถึงการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างน้อย ร้อยละ 50 ภายในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งมาตรการตรวจคัดกรองและส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเข้าสู่การรักษาและการส่งเสริมวัยผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 21 ขึ้นไป ที่ไม่มีภูมิคุ้มกันให้ได้รับวัคซีน

มีความคุ้มค่าและจะลดภาระงบประมาณของรัฐในการรักษาโรคแทรกซ้อนจากโรคไวรัสตับอักเสบบี ในอนาคต (นริสา ตัณทัย และคณะ, 2556)

2.5.3 ระบบสุขภาพตามกรอบที่พึงประสงค์หลัก 6 ส่วน (Six Building Blocks) กับ การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี

ในโลกปัจจุบันประเทศต่าง ๆ ได้มีการปรับและหารูปแบบระบบบริการสุขภาพที่ดีเหมาะสม และมีประสิทธิภาพสำหรับประชาชนของประเทศ ระหว่างประเทศองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2010; สงครามชัย ลีทองดี, 2558) ได้กำหนดกรอบระบบสุขภาพ (Health Systems Framework) ซึ่งมีองค์ประกอบที่พึงประสงค์ 6 ส่วน (Six Building Blocks of Health System) ได้แก่

- 1) ระบบบริการ (Service Delivery)
- 2) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)
- 3) ระบบข้อมูลข่าวสาร (Information)
- 4) เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medical Product, Vaccine and Technology)
- 5) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Financing)
- 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leading/Governance)

ในประเทศไทยนั้น กระทรวงสาธารณสุข ได้ปรับบทบาทด้านสุขภาพ โดยผ่านกลไก 3 ประการที่สำคัญ ตามข้อเสนอภายในและภายนอกของกระทรวงสาธารณสุข (สุรเดช ประดิษฐ์บาทูภา, 2555) คือ 1) ปรับปรุงบทบาทการนำด้านสุขภาพที่เป็นหลักของประเทศ (National Health Authority) โดยคณะกรรมการระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Delivery Board), 2) การจัดหน่วยงานรองรับระบบสุขภาพผ่าน 6 กลไก (Six Building Blocks of Health System) โดยการปรับบทบาทหน้าที่หน่วยงาน สำนักปลัดกระทรวง, กรมต่าง ๆ และหน่วยงานในระบบสุขภาพ (Regulated Reorganization) โดยสำนักบริหารจัดการยุทธศาสตร์ (Office of Strategy) และ 3) การจัดหน่วยบริการให้มีศักยภาพดูแลสุขภาพเบ็ดเสร็จ (Complete Care Service) ผ่านพวงเครือข่ายบริการสุขภาพเบ็ดเสร็จไร้รอยต่อ (Seamless Complete Service Network) ภายใต้การบริหารของคณะกรรมการพื้นที่สุขภาพ (Area Health Board) และสำนักงานเขตบริการสุขภาพ สำหรับการดำเนินการดูแลสุขภาพของประชาชนชาวไทยที่ผ่านมา ประสบกับปัญหาค่าใช้จ่ายและเงินที่ต้องใช้ในการบริการทางการแพทย์และรักษาพยาบาลไม่เพียงพอ ดังนั้นรัฐบาลจึงจำเป็นต้องหาทางเลือกทางการเงินของรัฐบาลในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยยึดกรอบแนวทางการบริหารจัดการงบหลักประกันสุขภาพเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพระดับเขตจำนวน 12 เขต ให้บริการประชาชนแบบเบ็ดเสร็จตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงระดับตติยภูมิขั้นสูง การจัดสรร

งบทหลักประกันสุขภาพให้เครือข่ายบริการสุขภาพระดับเขต (Contracting Unit For Regional Care) ซึ่งจัดบริการเบ็ดเสร็จทุกระดับ หน่วยบริการของจังหวัดภายในแต่ละเขตตามรายหัวประชากรของเขต งบประมาณสามารถบริหารจัดการได้ภายในเขต หรือปรับเปลี่ยนข้ามหมวดได้ ในการดำเนินงานป้องกัน และการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีให้ได้ผลงานตามเป้าหมายนั้น มีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยนำเข้า กระบวนการ จนถึงผลลัพธ์ เพื่อให้เห็นภาพชัดเจนเกี่ยวกับการจัดการปัญหาไวรัสตับอักเสบบีในระบบสุขภาพ ขออธิบายระบบงานป้องกันและการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีตามกรอบ Six Building Blocks รายละเอียดดังนี้

1) งานบริการสุขภาพ (Service Delivery)

งานให้บริการสุขภาพเป็นงานสำคัญที่สุดในระบบสุขภาพ ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่สุขภาพของประชาชน รวมทั้งเป็นสิทธิของประชาชนในการถึงบริการด้านสุขภาพ (สุรเดช ประดิษฐบุทา, 2555) ในกรอบยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2560 - 2564 ได้กำหนดยุทธศาสตร์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับงานบริการสุขภาพหรือระบบบริการ ได้แก่ การเฝ้าระวังโรคการป้องกันควบคุมโรคและการสื่อสารความเสี่ยง การค้นหา การวินิจฉัย และการดูแลผู้ป่วย (ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบบีจากเชื้อไวรัส, 2559) ปัจจุบันการดำเนินงานบริการสุขภาพที่มีความชัดเจน คือ งานส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งบรรจุอยู่ในโปรแกรมการให้วัคซีน ของกระทรวงสาธารณสุข งานตรวจคัดกรองหรือเฝ้าระวังโรคในกลุ่มประชากรต่าง ๆ ได้แก่ กลุ่มโลหิตบริจาค กลุ่มพนักงานบริการ (ขายบริการ) และกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ ส่วนงานการดูแลรักษาผู้ป่วย งานค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกรายใหม่ งานสื่อสารความเสี่ยง และงานควบคุมป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบียังไม่เห็นเป็นรูปธรรมหรือการดำเนินงานที่ชัดเจน (กัญญารักษ์ ศิลารักษ์ และณอม นามวงศ์, 2560)

2) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)

จากยุทธศาสตร์เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบีที่ค่อนข้างหลากหลาย ทำให้ต้องการกำลังคนหลายระดับและหลายภาคส่วน เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานให้สัมฤทธิ์ผล (ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบบีจากเชื้อไวรัส, 2559) จากการประเมินกำลังคนด้านสุขภาพที่มีอยู่ในขณะนี้ถือว่าเพียงพอต่อการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบบี ทั้งในระดับล่างสุด คือ กำลังคนในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ถัดมาคือระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ปัญหาของกำลังคนด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคไวรัสตับอักเสบบี คือ บุคลากรยังขาดความรู้ความเข้าใจที่เพียงพอต่อโรคไวรัสตับอักเสบบี รวมทั้ง แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (กัญญารักษ์ ศิลารักษ์ และณอม นามวงศ์, 2560) ซึ่งจะต้องมีการพัฒนาหรือฝึกอบรมในลำดับต่อไป

3) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Information)

ข้อมูลสารสนเทศที่น่าเชื่อถือ รวดเร็ว และให้รายละเอียดที่รอบด้านเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจ และวางแผนเพื่อขับเคลื่อนป้องกันแก้ไขปัญหาโรค

ไวรัสตับอักเสบบีได้ตรงจุด รวมทั้ง จะช่วยในการกำกับติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเป็นโรคที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลต่อเนื่อง เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความอ่อนไหวในการเปิดเผยข้อมูล ดังนั้น ระบบการจัดการข้อมูลต้องมีความจำเพาะ สอดคล้องกับลักษณะของโรค ปัจจุบันระบบสารสนเทศเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีมีค่อนข้างจำกัด เช่น ระบบการดูแลรักษาก็จะใช้ร่วมกับฐานข้อมูลการให้บริการกับโรคทั่วไป เช่น โปรแกรม HosXp และระบบ 43 แฟ้ม ส่วนข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาอยู่ในระบบรายงาน 506 (รง.506) ซึ่งอาจจะทำให้การติดตามสถานการณ์เพื่อการวางแผนป้องกันแก้ไขปัญหาล่าช้า การกำกับติดตามหรือประเมินผลการดำเนินงานมีข้อจำกัด (กัญญาก็ค ศิลารักษ์ และณอม นามวงศ์, 2560) นอกจากนี้ สื่อต่าง ๆ เพื่อการณรงค์ในกลุ่มประชาชนก็ยังไม่แพร่หลาย และเข้าไม่ถึงกลุ่มเสี่ยง

4) การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (Medical Product, Vaccine and Technology)

วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ได้รับการบรรจุอยู่ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประชาชนคนไทยทุกคนจะได้รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี เมื่อแรกเกิด, 2, 4 และ 6 เดือน (พาหุรัตน์ คงเมือง และคณะ, 2560) ซึ่งความครอบคลุมการได้รับวัคซีนมากกว่า ร้อยละ 90 (คลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center), 2560) แต่จะพบว่ากลุ่มประชาชนที่อายุมากกว่า 35 ปีที่ยังไม่ได้รับวัคซีนหรือมีภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบียังมีเป็นจำนวนมาก (Leroi et al., 2016) ส่วนการเข้าถึงยาต้านไวรัส หรือการดูแลรักษาด้วยยาที่มีความจำเพาะ ซึ่งในระดับโรงพยาบาลชุมชนต้องส่งต่อโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์เท่านั้น ก็อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยในชนบท

5) กลไกการคลังด้านสุขภาพ (Financing)

การคลังหรือการเงินด้านสุขภาพเป็นรากฐานสำคัญที่จะหล่อเลี้ยงระบบสุขภาพ หรือการขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบีให้เข้มแข็ง ปัจจุบันงบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแห่งชาติ (สปสช.) ในงบหลักประกันสุขภาพ ส่วนงบประมาณในการควบคุมป้องกันโรคในระดับตำบล สปสช. จัดสรรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นงบกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล ซึ่งสามารถใช้ดำเนินงานเพื่อการควบคุมป้องกันแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบีระดับพื้นที่ได้ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบีอาจส่งผลให้มีภาระงบประมาณจำนวนมาก โดยเฉพาะงบประมาณด้านการดูแลรักษา แต่หากเน้นมาตรการป้องกันไม่ให้มีผู้ป่วยรายใหม่ หรือการคัดกรองดูแลรักษาแต่เนิ่น ๆ ไม่ให้มีผู้ป่วยเรื้อรังจะส่งผลดีต่อภาระงบประมาณในภาพรวมในระยะยาว (นริสา ตันตัยย์ และคณะ, 2556) รวมทั้ง การบริหารจัดการ

งบประมาณหลักประกันสุขภาพระดับเขต จะทำให้การบริหารจัดการมีความยืดหยุ่นและคล่องตัวมากยิ่งขึ้น

6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leading/Governance)

ในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบีนั้น ได้รับการจัดสรรงบประมาณที่เป็นธรรมตามงบรายหัวตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ และงบกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล (สุรเดช ประดิษฐ์บุทกา, 2555) นอกจากนี้ ยังมีระบบตรวจสอบ กำกับติดตามการดำเนินงาน จากกรมควบคุมโรค เขตตรวจราชการ และระดับจังหวัด ซึ่งจะทำให้การบริหารจัดการมีความโปร่งใสและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ระบบสุขภาพตามกรอบองค์ประกอบที่พึงประสงค์หลัก 6 ส่วน (Six Building Blocks) กับการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบีสามารถสรุปได้ดังนี้ ระบบสุขภาพกับการดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบบีตามกรอบระบบสุขภาพ Six building box ทำให้เห็นภาพขององค์ประกอบต่าง ๆ ที่อยู่ในระบบสุขภาพที่จะเอื้อให้การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบบีบรรลุผล ทั้งการจัดระบบบริการที่สอดคล้องกับบริบทหรือสภาพปัญหาของผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี การจัดการกำลังคนหรือบุคลากร การพัฒนาระบบข้อมูลให้มีประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังโรคเพื่อการวางแผนและติดตามการดำเนินงาน การส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนในกลุ่มเสี่ยง การจัดการด้านงบประมาณเพื่อเฝ้าระวังป้องกันโรคโดยบูรณาการทำงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสร้างกลไกการติดตามประเมินผลหรือระบบตรวจสอบที่เข้มแข็ง โดยมีเป้าหมายหลักคือ ส่งเสริมการเข้าถึงบริการ (Access) การเพิ่มครอบคลุมการบริการ (Coverage) คุณภาพบริการและความปลอดภัย (Quality and Safety) ซึ่งจะส่งผลต่อการมีภาวะสุขภาพดี (Healthy) และมีความยั่งยืน (Sustainable)

โดยสรุป มาตรการหรือนโยบายการดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี ในภาพรวมมีความชัดเจนทั้งยุทธศาสตร์การดำเนินงานของ WHO และยุทธศาสตร์ของประเทศไทย มีความครอบคลุมมิติการดำเนินงานสาธารณสุขด้านการเฝ้าระวัง การป้องกัน และการดูแลรักษา และยังสอดคล้องกับกรอบองค์ประกอบที่พึงประสงค์หลัก 6 ส่วน (Six Building Blocks) ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการดำเนินงาน เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน โดยกระบวนการการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่าย ในงานวิจัยนี้ ต้องการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบีให้มีความชัดเจน โดยยึดตามกรอบยุทธศาสตร์การดำเนินงานของ WHO และยุทธศาสตร์ของประเทศไทย

2.6 ระบบเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบี

2.6.1 การเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบีประเทศไทย

โรคไวรัสตับอักเสบบี ถูกกำหนดให้เป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวังตามประกาศของคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อแห่งชาติ โดยอาศัยอำนาจของพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 (พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558, 2558) บทบาทหน้าที่ของสถานพยาบาลทุกแห่ง คือ ต้องรายงานให้เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อทราบภายใน 7 วัน ในทางปฏิบัติ คือ สถานพยาบาลในพื้นที่รายงานให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบผ่านระบบ รง.506 หลังจากนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะทำการรวบรวมและส่งต่อไปสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ และสำนักโรคติดต่อทั่วไป ด้านการเฝ้าระวังและสอบสวนโรค ตามแนวทางคู่มือโรคติดต่อ พ.ศ. 2554 (สำนักโรคติดต่อ, 2544) และมาตรฐานทีมเฝ้าระวังและสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว พ.ศ. 2555 (สำนักโรคติดต่อ, 2555) กำหนดบทบาทให้มีการสอบสวนโรคหากมีรายงานผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี เพื่อหาผู้สัมผัสโรคเพิ่มเติมและค้นหาการป่วยเป็นกลุ่มก้อนและมีการเฝ้าระวังโรคในกลุ่มโรคติดต่อจากและหญิงตั้งครรภ์ นอกจากนี้ ในการเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง กรมควบคุมโรคร่วมกับมูลนิธิรณรงค์ฯ ได้จัดให้มีกิจกรรมสัปดาห์รณรงค์ตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป ปีละ 1 ครั้ง ซึ่งในการเฝ้าระวัง สำนักโรคติดต่อได้ใช้นิยามจากคู่มือโรคติดต่อ พ.ศ. 2554 ดังนี้

1) นิยามในการเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบี (Case Definition for Surveillance of Hepatitis B virus)

ในการเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบี สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค ใช้นิยามในการเฝ้าระวังตามนิยามโรคติดต่อ พ.ศ. 2554 ซึ่งกำหนดเกณฑ์ในการเฝ้าระวังอยู่ 2 ข้อ คือ

1.1) เกณฑ์ทางคลินิก (Clinical Criteria) ได้แก่ มีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง และไม่มีประวัติได้รับยา หรือสารพิษที่เป็นสาเหตุของตับอักเสบเฉียบพลัน ร่วมกับอย่างน้อยหนึ่งอาการดังต่อไปนี้

- ปัสสาวะสีเข้ม
- ไข้
- อาการท้องอืด จุกแน่นบริเวณใต้ชายโครงขวา
- เบื่ออาหารมาก อ่อนเพลีย

1.2) เกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory Criteria) คือตรวจพบ anti HBc IgM และหรือพบ anti HBs IgM และหรือพบ HBs Ag

2) ประเภทผู้ป่วย (Case Classification)

2.1) ผู้ป่วยสงสัย (Suspected Case) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก

2.2) ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (Probable Case) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก ร่วมกับค่า Alanine Aminotransferase; ALT) หรือ SGST ในน้ำเหลืองมากกว่า 100 U/L

2.3) ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed Case) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก ร่วมกับเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

3) การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค หรือ รง.506 (Reporting Criteria) กรณีผู้ป่วยที่สงสัย (Suspected Case) และผู้ป่วยที่เข้าข่าย (Probable Case) ให้รายงานเป็นโรคไวรัสตับอักเสบไม่ระบุชนิด (Unspecified Viral Hepatitis) ส่วนผู้ป่วยที่ยืนยัน (Confirmed Case) ให้รายงานเป็น Hepatitis B

4) การสอบสวนโรค (Epidemiological Investigation)

4.1) สอบสวนเฉพาะราย (Individual Investigation) กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคตับอักเสบ ควรสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะรายเพื่อยืนยันการวินิจฉัยหาพฤติกรรม หรือปัจจัยเสี่ยง และเพื่อค้นหาผู้ป่วยรายอื่นต่อไป

4.2) สอบสวนการระบาด (Outbreak Investigation) สอบสวนโรคเมื่อพบการป่วยเป็นกลุ่มก้อน (Cluster) เพื่อหาเชื้อก่อโรคและสาเหตุการระบาด เพื่อการควบคุมและป้องกันโรคอย่างถูกต้องต่อไป

สรุปการเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบีระดับประเทศ ระบบเฝ้าระวังโรคในปัจจุบันเป็นระบบเฝ้าระวังเชิงรับ (Passive Surveillances) เป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวังตาม พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และรายงานตามแนวทางในคู่มือโรคติดต่อ พ.ศ. 2554 สถานพยาบาลที่ตรวจพบผู้ติดเชื้อต้องรายงานต่อกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค คือ เมื่อผู้ป่วยมีอาการหรือมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลแล้วตรวจพบว่าติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ก็จะทำกรายงานผ่านระบบ รง. 506 (Hospital Based)

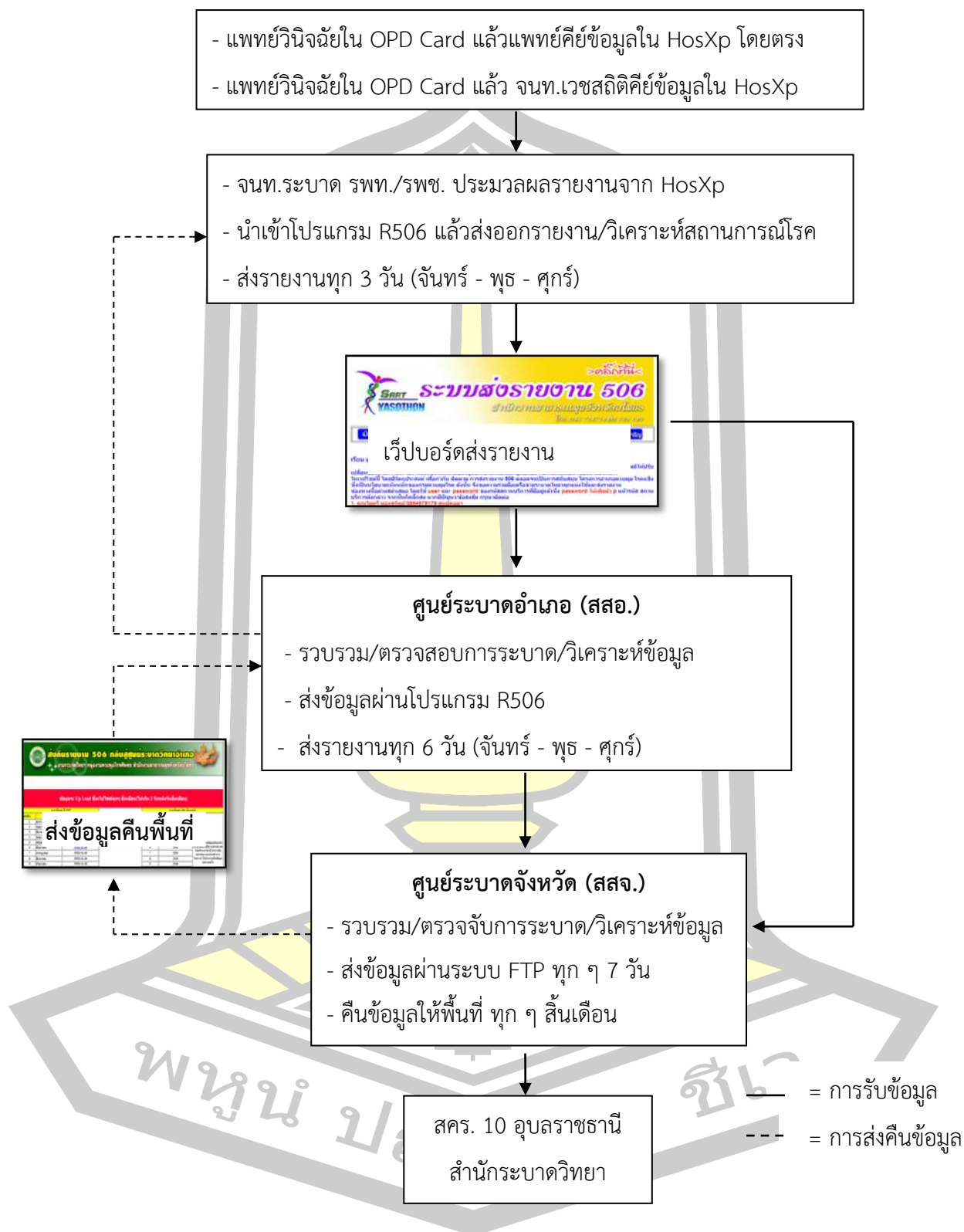
2.6.2 การเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบีจังหวัดยโสธร

1) แนวทางและขั้นตอนการรายงาน

จากการศึกษาผลการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบีในพื้นที่จังหวัดยโสธร (กัญญารักษ์ ศิลารักษ์ และถนอม นามวงศ์, 2560) พบว่าระบบการเฝ้าระวังและรายงานโรคไวรัสตับอักเสบบีในประเทศไทยรวมทั้งจังหวัดยโสธร จะมีคู่มือและแนวทางการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังโรค โดยใช้นิยามโรคติดต่อประเทศไทย พ.ศ. 2544 (สำนักระบาดวิทยา, 2544) เพื่อให้โรงพยาบาลทุกระดับปฏิบัติการเป็นไปในทิศทางเดียวกัน กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบในการเฝ้าระวังและรายงานโรคในทุกแผนก และมีศูนย์ระบาดวิทยาในกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ในการรับแจ้งข้อมูล ประมวลผล

ตรวจสอบ และรายงานผู้ป่วยไปยังศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอ ซึ่งจะแจ้งต่อไปยังศูนย์ระบาดวิทยา จังหวัด ขั้นตอนในการรายงานโรคไวรัสตับอักเสบบีของโรงพยาบาลทั้ง 9 แห่ง ในพื้นที่จังหวัดยโสธร มีขั้นตอนการรายงานไม่ซับซ้อน ทุกสถานพยาบาลใช้วิธีการตั้งหรือประมวลผลรายงานเฝ้าระวังทาง ระบาดวิทยาหรือ รง.506 จากโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วยหรือที่เรียกว่าโปรแกรม HosXp แล้ว ส่งออกข้อมูล แล้วนำเข้าโปรแกรมเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาหรือโปรแกรม R506 เพื่อตรวจสอบ ข้อมูล หลังจากนั้นส่งออกข้อมูลอีกครั้ง แล้วส่งข้อมูลให้ศูนย์ระบาดอำเภอและศูนย์ระบาดจังหวัด ซึ่งระบบรับ - ส่งรายงาน 506 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ได้จัดทำเว็บไซต์กำกับติดตามการ รับ-ส่งรายงานซึ่งมีขั้นตอนการรายงานดังรูปภาพที่ 2





รูปภาพที่ 2 ขั้นตอนการส่งรายงานโรคไวรัสตับอักเสบบี จังหวัดยโสธร

2) การยอมรับของผู้ที่เกี่ยวข้อง (Acceptability) ผู้บริหารทราบและยอมรับว่าโรคไวรัสตับอักเสบบีเป็นโรคที่ต้องรายงานทางระบาดวิทยาและเป็นโรคที่ควรเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง เพราะเป็นโรคติดต่อที่มีผลกระทบต่อสถานสุขภาพของประชาชน สำหรับผู้ปฏิบัติงานประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลประจำตึกผู้ป่วยนอก พยาบาลประจำตึกผู้ป่วยใน เจ้าหน้าที่เวชสถิติ ทั้งหมดเห็นความสำคัญของระบบเฝ้าระวังโรค ซึ่งบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานตามแนวทางที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยงานส่วนกลางกำหนดเป็นนโยบาย

3) การนำไปใช้ประโยชน์ (Usefulness) การเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบี ในบทบาทของผู้บริหารเห็นว่ามีประโยชน์อย่างมากทำให้ทราบสถานการณ์การระบาดของโรค เพราะว่า เป็นโรคติดต่อสำคัญที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขมีผลต่อสถานะสุขภาพของประชาชน รวมทั้งการพยากรณ์แนวโน้มการเกิดโรคจะนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาในพื้นที่และกำหนดนโยบาย อำนวยการ สนับสนุนและวางแผนกำกับติดตามในคณะกรรมการบริหารหรือประสานการดำเนินงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่วนระดับผู้ปฏิบัติทั้งหมดเห็นว่าเป็นโรคที่ต้องมีระบบเฝ้าระวังและเห็นความสำคัญของประโยชน์ที่จะนำไปใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ปฏิบัติงาน เพื่อเฝ้าระวัง ไม่ให้เกิดการระบาดของโรค รวมทั้งการพยากรณ์แนวโน้มการเกิดโรคและใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาในพื้นที่อย่างเฝ้าระวัง การนำข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังไวรัสตับอักเสบบีมาใช้ในการวางแผนการทำงานดังกล่าว ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอและระดับตำบล ยังไม่เคยมีหน่วยงานใดนำข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังมาใช้ประโยชน์

4) ความมั่นคงของระบบ (Stability) ระบบการเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบีของจังหวัดยโสธร ในการดำเนินงานที่ผ่านมาไม่เคยมีการสั่งการเป็นการเฉพาะสำหรับระบบเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบีหรือมีการประสานงานอย่างเป็นทางการ ซึ่งเป็นเพียงการชี้แจงนโยบาย หรือแนวทางในภาพรวมร่วมกับระบบเฝ้าระวังโรคอื่น ๆ ในระบบรายงาน 506 โดยใช้นิยามโรคติดต่อเชื้อประเทศไทย พ.ศ. 2544

5) ความง่าย (Simplicity) ระบบการเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบีของจังหวัดยโสธร เนื่องจากระบบเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบีมีลักษณะเฉพาะของโรคที่ไม่เหมือนโรคติดต่ออื่น ๆ ในระบบเฝ้าระวัง 506 แต่ถูกรวมอยู่ด้วยกัน ซึ่งทำให้เกิดความยุ่งยากในการจัดการระบบการรายงาน ในประเด็นย่อย ๆ ดังต่อไปนี้

(1) การรายงานโรคไวรัสตับอักเสบบีในระบบเฝ้าระวัง สำนักระบาดวิทยา กำหนดให้รายงานเฉพาะชนิดเฉียบพลัน (Acute HBV) ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความยุ่งยากของการรายงาน คือ ผู้ป่วยบางรายไม่แสดงอาการ บางรายแสดงอาการแต่เมื่อนานมาแล้วจนจำไม่ได้ บางรายมีอาการป่วยเรื้อรังเป็นมานานหลายปี และต้องมา

รับการตรวจเลือดหลายครั้ง ทำให้แพทย์วินิจฉัยคาดเคลื่อนระหว่างชนิดเฉียบพลัน (Acute HBV) และชนิดเรื้อรัง (Chronic HBV)

(2) ผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไปที่มีผู้ป่วยมารับบริการจำนวนมาก หรือผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยในที่แพทย์จะใช้บัตรผู้ป่วยนอก (OPD) หรือบัตรผู้ป่วยใน (IPD) ในการลงผลการวินิจฉัยผู้ป่วย ไม่ได้ลงข้อมูล (Enter Data) โดยตรงในระบบฐานข้อมูลการให้บริการผู้ป่วย (โปรแกรม HosXp) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีเจ้าหน้าที่เวชสถิติมาลงข้อมูลย้อนหลังในโปรแกรม HosXp ดังนั้น ในการลงวินิจฉัยผู้ป่วยตาม ICD10 เจ้าหน้าที่เวชสถิติจึงอาจลงข้อมูลผิดพลาดได้ ทั้งจากสาเหตุที่อ่านลายมือแพทย์ไม่ชัดเจน และการที่ตัดสินใจคาดเคลื่อนว่าจะลงผลการผลการวินิจฉัยเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเฉียบพลัน (Acute HBV) หรือชนิดเรื้อรัง (Chronic HBV)

(3) การรายงานโรคไวรัสตับอักเสบบีหลังจากที่แพทย์หรือเจ้าหน้าที่เวชสถิติลงข้อมูลผู้ป่วยตาม ICD10 ในโปรแกรม HosXp ตาม ICD10 คือ B160, B161, B12 และ B169 ทั้งหมดคือโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเฉียบพลัน (Acute HBV) ระบบรายงานในโปรแกรมจะถูกตั้งค่าเพื่อประมวลผลอัตโนมัติ และจะไปปรากฏอยู่ที่เมนูรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่ฝ่ายเวชกรรมของโรงพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาจะทำการดึงข้อมูลโรคไวรัสตับอักเสบบีออกจากโปรแกรม HosXp เพื่อนำเข้าสู่โปรแกรม R506 แล้วถึงจะส่งรายงานให้กับศูนย์ระบาดอำเภอหรือจังหวัด อย่างไรก็ตาม จากการตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเฉียบพลันแต่ละรายในโปรแกรม HosXp พบว่าไม่สามารถประมวลผลหรือออกรายงานได้ครบทั้งหมดตามที่ถูกวินิจฉัย สาเหตุของปัญหาดังกล่าว เจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญประจำโรงพยาบาลให้ข้อมูลว่า ข้อมูลโรคไวรัสตับอักเสบบีที่มีการลงข้อมูลย้อนหลังโดยเจ้าหน้าที่เวชสถิติ หรือเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่ไม่ใช่แพทย์ (เมนูตรวจรักษาผู้ป่วยของโปรแกรม HosXp) จะไม่ถูกส่งออกมาประมวลผลรายงาน โดยจากการประเมินที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งข้อมูลในปี พ.ศ. 2557 ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยตาม ICD10 รหัส B169 (Acute HB) มีจำนวน 83 ราย แต่ในการประมวลผลออกรายงานสามารถแสดงข้อมูลได้เพียง 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.4

(4) ระบบเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบี ถูกรวมอยู่ในระบบรายงาน 506 โดยใช้โปรแกรม R506 ในการจัดการข้อมูล ซึ่งในการตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูลสามารถตรวจสอบได้เพียงในรอบปีนั้น ๆ ไม่สามารถตรวจสอบข้ามปีได้ ซึ่งจะทำให้ข้อมูลที่มีอยู่ซ้ำซ้อน เพราะผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี มักจะมาพบแพทย์หลายครั้ง นอกจากนี้ วันเริ่มป่วยหรือแสดงอาการของผู้ป่วยก็อาจจะแสดงอาการเมื่อนานมาแล้ว บางรายอาจจะย้อนหลังและอยู่คนละปีกับปีปัจจุบัน ทำให้มีข้อจำกัดในการจัดการข้อมูลหรือลงรายงาน

(5) ผู้ป่วยส่วนใหญ่แพทย์หรือพยาบาลในห้องตรวจ ไม่ระบุนำการสำคัญในเวชระเบียน หรือระบุไม่ละเอียด ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นชนิดเฉียบพลันหรือชนิดเรื้อรัง รวมทั้งการจำแนกชนิดผู้ป่วยดังกล่าวก็จะมีเงื่อนไขเวลาเข้ามาเกี่ยวข้องร่วมด้วย

(6) ความยืดหยุ่น (Flexibility) ระบบการเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบีของจังหวัดยโสธร หากว่าเจ้าหน้าที่ผู้รายงานโรคไปประชุมหรือลงงาน จะมีเจ้าหน้าที่ผู้รายงานโรคที่ทำหน้าที่รับผิดชอบงานรองสามารถรายงานโรคเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังแทนได้เป็นปกติเพราะขั้นตอนส่งออกและนำเข้าข้อมูลไม่ซับซ้อน

ระบบเฝ้าโรคไวรัสตับอักเสบบีในจังหวัดยโสธร เป็นระบบเฝ้าระวังเชิงรับ (Passive Surveillances) ดำเนินการตามแนวทางของระบบเฝ้าระวังในระดับประเทศ โดยสถานพยาบาลทุกแห่งเป็นผู้รายงาน ในระดับ รพ.สต. ไม่สามารถวินิจฉัยหรือรายงานได้ การรายงานผ่านระบบ รง.506 โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้รวบรวมและส่งรายงานไปยังสำนักงานป้องกันควบคุมโรคระดับเขตในพื้นที่ และสำนักโรคบาติวิทยาต่อไป

โดยสรุป โรคไวรัสตับอักเสบบีเป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวังตาม พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 สถานพยาบาลที่ตรวจพบผู้ติดเชื้อต้องรายงานต่อสำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค ระบบเฝ้าระวังโรคในปัจจุบันเป็นระบบเฝ้าระวังเชิงรับ (Passive Surveillances) คือ เมื่อผู้ป่วยมีอาการหรือมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาล แล้วตรวจพบว่าติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ก็จะทำการรายงานผ่านระบบ รง. 506 (Hospital Based) ดังนั้น ข้อมูลในระบบเฝ้าระวังจึงมีแค่ผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ขาดข้อมูลอีกส่วนหนึ่งคือผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยที่ไม่ได้มารับการตรวจรักษา และข้อมูลที่มีอยู่อาจสะท้อนปัญหาไม่ครอบคลุม ระบบเฝ้าระวังนี้มีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถที่จะตรวจจับการเกิดโรคหรือการติดเชื้อในระยะเริ่มต้นได้ เช่น กลุ่มเสี่ยงที่ติดเชื้อหรือได้รับเชื้อใหม่ๆ ที่ยังไม่แสดงอาการ ก็จะทำให้เสียโอกาสที่จะทราบสถานการณ์ติดเชื้อของตนเอง เสียโอกาสในการเข้าสู่การรักษา และการป้องกันการแพร่เชื้อไปยังผู้อื่น ในงานวิจัยนี้ ต้องการพัฒนาระบบเฝ้าระวังที่เป็น (Active Surveillances) และเน้นการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชน (Community Based)

2.7 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี

หลังจากที่คนไข้มารับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาลและได้รับการตรวจร่างกาย พร้อมทั้งมีผลตรวจ HBsAg ให้ผลบวก ซึ่งบ่งชี้ว่ากำลังติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี แพทย์ผู้ให้การรักษาจะนัดตรวจ HBsAg อีกอย่างน้อย 1 ครั้ง เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยจะกลายเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังหรือไม่ ซึ่งหากเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง จะมีแนวทางในการตรวจรักษาตามแนวทางการดูแลรักษา

ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี และ ซี เรื้อรังในประเทศไทย พ.ศ. 2558 (สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย, 2558) รายละเอียดดังต่อไปนี้

2.7.1 การประเมินสภาพผู้ป่วย

- 1) ตรวจเลือดประเมินดูภาวะของโรค ได้แก่ HBeAg, HBeAb และ HBV-DNA
- 2) ตรวจติดตามการทำงานของตับโดยวัดระดับซีรั่ม Alanine Aminotransferase (ALT) อย่างน้อยทุก 3 - 6 เดือน
- 3) ตรวจประเมินระยะของโรคตับเบื้องต้นด้วยการตรวจทางรังสีวิทยา และ/หรือวิธีอื่น เช่น อัลตราซาวนด์ หรือตรวจวัดความยืดหยุ่นของตับ (Liver Stiffness) ด้วยเครื่อง Transient elastography เป็นต้น

2.7.2 ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีที่ควรได้รับการรักษา

สำหรับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติสมควรได้รับการรักษามีดังต่อไปนี้

- 1) ผู้ป่วยที่ตรวจซีรั่ม HBeAg ให้ผลบวกหรือลบ
 - (1) ตรวจพบ HBsAg ในเลือดไม่ต่ำกว่า 6 เดือน HBeAg เป็นบวกหรือลบ
 - (2) ปริมาณ HBV-DNA ในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 2,000 IU/ml
 - (3) ระดับซีรั่ม ALT มากกว่าหรือเท่ากับ 2 เท่าของค่าปกติ อย่างน้อย 2 ครั้ง ในระยะเวลาเกินกว่า 3 เดือนขึ้นไป
 - (4) ผู้ป่วยที่ตรวจพบหลักฐานว่ามีพังผืดในตับปานกลางถึงมาก เทียบเท่ากับ Fibrosis Stage Metavir มากกว่า 2 หรือ มีลักษณะทางคลินิกที่ชี้บ่งว่า มีตับแข็งหรือมี Hepatic Decompensation ในกรณีนี้หากยังตรวจพบ HBV-DNA ในเลือด (Detectable) ก็ควรให้การรักษา แม้พบว่าระดับซีรั่ม ALT อยู่ในเกณฑ์ปกติ
 - (5) ผู้ป่วยที่ตรวจพบระดับซีรั่ม ALT สูงผิดปกติแต่น้อยกว่า 2 เท่าของค่าปกติ ควรมีการตรวจพยาธิสภาพของตับด้วยการตรวจชิ้นเนื้อตับหรือวิธีอื่น ๆ เพื่อยืนยันว่ามีภาวะตับอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ร่วมกับมีลักษณะทางพยาธิวิทยาบ่งชี้ว่ามีการเปลี่ยนแปลงภายในเนื้อตับอยู่ในระยะที่สมควรให้การรักษา โดยตรวจพบมีการอักเสบทำลายเนื้อตับ (Necroinflammation) ตามระบบ HAI มากกว่าหรือเท่ากับ 4 หรือระบบ Metavir มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ($A > 2$) หรือมีลักษณะบ่งชี้โรคตับเรื้อรังโดยพบพังผืดในเนื้อตับ (Significant Fibrosis) ตามระบบ Metavir มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ($F > 2$) หรือระบบ Ishak Fibrosis มากกว่าหรือเท่ากับ 3 (Ishak Fibrosis Score > 3) การตรวจพบความยืดหยุ่นของตับ เช่น Transient Elastography หากสูงกว่า 7.0 kPa หรือวิธี Non-Invasive อื่น ๆ ที่ได้รับการรับรองว่าสามารถประเมินพังผืดในตับได้มีค่าพังผืดเทียบเท่ากับ Metavir Fibrosis มากกว่าหรือเท่ากับ 2 สามารถใช้ทดแทนการเจาะตับได้

(6) ผู้ป่วยที่ตรวจพบระดับซีรัม ALT อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคตับเรื้อรัง ได้แก่ เป็นผู้ชาย อายุมากกว่า 40 ปี มีประวัติโรคตับแข็งหรือมะเร็งตับในครอบครัว ตรวจร่างกายพบลักษณะทางคลินิกบ่งชี้โรคตับเรื้อรัง (Chronic Liver Stigmata) ควรตรวจประเมินพยาธิสภาพของตับด้วยการตรวจชิ้นเนื้อตับหรือวิธีอื่น ๆ เพื่อประเมินการรักษาเช่นเดียวกับผู้ป่วย ในข้อ 5

(7) ตรวจ HCV Ab, HIV Ab และ HAV Ab ในเลือดก่อนการรักษาทุกราย

(8) ผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ควรดื่มน้ำแอลกอฮอล์

2) ผู้ป่วยที่มีภาวะตับแข็ง

- ผู้ป่วยที่มีหลักฐานว่ามีตับแข็งและ/หรือมะเร็งตับ ให้การรักษาเมื่อตรวจพบ HBV-DNA ในเลือดถึงแม้มีระดับซีรัม ALT อยู่ในเกณฑ์ปกติ ในผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี ที่รอการผ่าตัดเปลี่ยนตับหรือหลังการเปลี่ยนตับควรให้ยาต้านไวรัสตับอักเสบบีทุกรายแม้ว่าตรวจไม่พบ HBV-DNA ในเลือด เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของไวรัสตับอักเสบบีภายหลังผ่าตัดปลูกถ่ายตับ

- ผู้ป่วยที่ยังไม่มีข้อบ่งชี้ในการรักษาควรได้รับการตรวจติดตามและประเมินการเปลี่ยนแปลงของตับเป็นระยะทุก 3 - 6 เดือน

- ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังก่อนให้การรักษา ควรได้รับการประเมินและแนะนำอย่างละเอียดเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ข้อจำกัดหรือข้อห้ามในการใช้ยา การปฏิบัติตัว ค่าใช้จ่ายในการรักษาและแนวทางการติดตามระยะยาว

2.7.3 การรักษา

ยาที่ใช้รักษาไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในปัจจุบันมีดังต่อไปนี้

- Conventional Interferon ขนาด 5 - 10 MU ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลานาน 6 เดือน

- Pegylated Interferon -2a ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังขนาด 180 ไมโครกรัม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือ Pegylated Interferon -2b ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังขนาด 1.5 ไมโครกรัมต่อน้ำหนัก 1 กิโลกรัม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลานาน 12 เดือน

- Lamivudine ขนาด 100-150 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 1 ครั้ง

- Adefovir Dipivoxil ขนาด 10 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 1 ครั้ง

- Entecavir ขนาด 0.5 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 1 ครั้ง

- Telbivudine ขนาด 600 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 1 ครั้ง

- Tenofovir Disoproxil Fumarate ขนาด 300 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 1

ครั้ง

- Clevudine ขนาด 30 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 1 ครั้ง สำหรับการปรับยาในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่องอาจอนุโลมเช่นเดียวกับ Lamivudine หรือ Telbivudine

2.7.4 ข้อเสนอแนะ

- 1) พิจารณาใช้ยา Pegylated Interferon ในผู้ป่วยที่มีระดับซีรัม ALT มากกว่าหรือเท่ากับ 2 เท่าของค่าปกติ ระดับไวรัสต่ำ (น้อยกว่า 8 log IU/mL ในผู้ป่วย HBeAg บวกหรือน้อยกว่า 6 log IU/mL ในผู้ป่วย HBeAg ลบ แต่ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยตับแข็งที่เป็นมากแล้ว (Decompensated Cirrhosis)
- 2) กรณีเลือกใช้ยาชนิดรับประทาน ให้พิจารณาใช้ Entecavir หรือ Tenofovir เป็นตัวแรกเพื่อลดความเสี่ยงต่อการดื้อยาในระยะยาว
- 3) กรณีที่รับประทานยาที่มีความเสี่ยงต่อการดื้อยาสูงเช่น lamivudine, Telbivudine หรือ Clevudine แล้วยังตรวจพบ HBV-DNA ในเลือดเมื่อให้การ รักษาไปนาน 24 สัปดาห์ ให้เพิ่มยา Adefovir หรือ Tenofovir หรืออาจ เปลี่ยนเป็นยาที่กดไวรัสได้ดีกว่าเช่น Tenofovir หรืออาจเป็น Entecavir ในกรณีที่ไม่มีหลักฐานของ rtM204V/I (YMDD) Mutation
- 4) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยามาก่อน และตอบสนองดีต่อการรักษานั้นโดยไม่มี Viral Breakthrough มากกว่า 3 ปี ให้รับประทานยาชนิดเดิมนั้นต่อยกเว้นมีข้อบ่งชี้อื่นที่จำเป็นต้องเปลี่ยนยา
- 5) การวัดระดับ HBsAg หากมีข้อมูลว่าพบมากขึ้นเรื่อย ๆ อาจมีประโยชน์ในการพิจารณาหยุดการรักษาในผู้ป่วย HBeAg บวกที่ได้รับการรักษาด้วย Pegylated Interferon โดยหากระดับ HBsAg มากกว่า 20,000 IU/mL ที่สัปดาห์ 12-24 อาจพิจารณาหยุดยา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงมาก ๆ หรือไม่ยอมได้รับยาฉีดต่อเนื่องจากโอกาสได้ผลน้อย นอกจากนั้น HBsAg อาจมีประโยชน์ในการประเมินความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยที่ใช้ยาชนิดรับประทานเมื่อหยุดยา
- 6) ในผู้ป่วย HBeAg บวก ที่ยัง Compensated หากได้รับยารับประทานมานานแล้วควบคุมระดับไวรัสได้แต่ไม่มี HBeAg loss/seroconversion การ Switch เป็น Pegylated Interferon อาจเพิ่มอัตราการเกิด HBeAg loss/seroconversion ทำให้สามารถหยุดยาได้
- 7) ผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่อง ให้พิจารณาปรับขนาดยา ดังตารางการปรับยา นอกจากนั้นมีข้อมูลมากขึ้นว่าผู้ป่วยที่ใช้ Telbivudine อาจช่วยรักษาระดับการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาระดับการทำงานของไตหรือบางรายอาจดีขึ้นด้วย

2.7.5 การติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา

- 1) ระหว่างการรักษาผู้ป่วยควรได้รับการตรวจระดับซีรัม ALT อย่างน้อยทุก 3 เดือนและ HBeAg/HBeAb (ในผู้ป่วยที่ HBeAg บวกก่อนเริ่มการรักษา) HBV-DNA และ HBsAg

อย่างน้อยทุก 6 เดือน ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Interferon หรือ Pegylated Interferon ควรได้รับการตรวจวัดระดับซีรัม ALT ทุก 2 สัปดาห์ในช่วง 1 - 2 เดือนแรก และหลังจากนั้นทุก 4 - 6 สัปดาห์ จนถึงสิ้นสุดการรักษาเพื่อประเมินผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา ซึ่งรวมถึงการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count; CBC) การตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์และผลข้างเคียงอื่น ๆ ในผู้ป่วยที่รักษาด้วย Adefovir หรือ Tenofovir ควรตรวจการทำงานของไตและระดับซีรัมฟอสฟอรัสเป็นระยะ ๆ และผู้ป่วยที่ได้รับยา Telbivudine, Lamivudine, Entecavir, Clevudine ควรตรวจวินิจฉัยยืนยันภาวะ Myopathy ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปวดกล้ามเนื้อหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง

2) ภายหลังสิ้นสุดการรักษาควรได้รับการติดตามเช่นเดียวกับขณะให้การรักษาซึ่งรวมถึงการตรวจ ระดับซีรัม ALT ทุก 3 เดือนและ HBeAg, HBeAb (ในผู้ป่วยที่ตรวจพบ HBeAg ก่อนเริ่มการรักษา) HBV-DNA อย่างน้อยทุก 6 เดือน ในผู้ป่วยที่การรักษาได้ผลดีคือ ตรวจพบระดับซีรัม ALT ปกติและมีปริมาณ HBV-DNA ในเลือดต่ำภายหลังหยุดการรักษาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน ผู้ป่วยควรตรวจติดตามต่อเนื่องทุก 3 - 6 เดือน

2.7.6 การพิจารณาหยุดยา

1) ผู้ป่วยที่ตรวจพบ HBeAg ก่อนเริ่มการรักษา เมื่อรักษาจนเกิด HBe Seroconversion (HBeAg เป็นลบและ HBeAb เป็นบวก) ร่วมกับตรวจไม่พบ HBV-DNA ในเลือด ให้รับประทานยาต่อไปอีกเป็นเวลานานอย่างน้อย 1 ปี อย่างไรก็ตามในผู้ป่วย Advanced Fibrosis/Cirrhosis ควรให้ยาต่อจนตรวจไม่พบ HBsAg ในเลือดหรือเกิด HBsAg Seroconversion

2) ผู้ป่วยที่ตรวจพบ HBeAg เป็นลบ ก่อนเริ่มการรักษา ให้รับประทานยาจนตรวจไม่พบ HBsAg ในเลือดหรือเกิด HBsAg Seroconversion

3) ผู้ป่วยที่ไม่ได้ผลจากการรักษาด้วย Interferon หรือกลับเป็นซ้ำ (HBV Reactivation) ภายหลังหยุดยา ให้รักษาด้วยยารับประทานหากมีข้อบ่งชี้ อย่างไรก็ตามการรักษาซ้ำด้วย Interferon-Based ก็ได้ผลเช่นเดียวกัน

2.7.7 การดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบริ้รในสภาวะดื้อยา

ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบริ้รในสภาวะดื้อยา หมายถึง ผู้ป่วยที่ตรวจพบระดับ HBV DNA ในเลือดเพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ 1 log IU/mL หรือกลับมาตรวจพบ HBV-DNA ในเลือดขณะที่ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ มีพิจารณาในการรักษาดังต่อไปนี้

1) ในผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะ Decompensation หรือมีภาวะเสี่ยงต่อ Decompensation และสามารถตรวจ HBV-DNA ได้สะดวก อาจแนะนำให้เข้มงวดเรื่องการรับประทานยาแล้วตรวจ HBV-DNA ซ้ำอีก 1 - 2 เดือน หากยังมีระดับ HBV-DNA ในเลือดเพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ 1 log IU/mL ให้ถือว่าดื้อยา

2) ผู้ป่วยที่เกิดสภาวะดื้อยา Lamivudine, Telbivudine, Clevudine หรือ Entecavir ควรเพิ่มยาต้านไวรัสในกลุ่มที่ไม่มีการดื้อยาข้ามกลุ่ม (Cross Resistance) ได้แก่ Adefovir หรือ Tenofovir หรืออาจเปลี่ยนการรักษาเป็น Pegylated Interferon หากจำเป็นอาจใช้ Entecavir ขนาดวันละ 1 มิลลิกรัมสำหรับผู้ป่วยที่ดื้อยา Lamivudine, Telbivudine หรือ Clevudine ได้แต่ควรเฝ้าระวังการดื้อยารับประทานชนิดนี้ผู้ป่วยที่เกิดสภาวะดื้อยา Adefovir หรือ Tenofovir ควรเพิ่มยาต้านไวรัสในกลุ่มที่ไม่มีการดื้อยาข้ามกลุ่มได้แก่ Lamivudine, Telbivudine, Entecavir, Clevudine หรือเปลี่ยนการรักษาเป็นการฉีดยา Pegylated Interferon

2.7.8 การดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในสภาวะพิเศษ

1) ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังที่ติดเชื้อไวรัส HIV ร่วมด้วย (Co-Infection) หากไม่มีข้อบ่งชี้ในการรักษา เชื้อ HIV แต่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาไวรัสตับอักเสบบี ให้รักษาด้วย Adefovir หรือ Pegylated Interferon เพื่อป้องกันการเกิดการดื้อยาต่อเชื้อเอชไอวี สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ของการรักษาเอชไอวี อยู่แล้วควรใช้สูตรยาที่มี Tenofovir ร่วมกับ Lamivudine หรือ emtricitabine

2) ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือได้รับการรักษาด้วยยากดภูมิร่างกาย (Immunosuppressive Drugs) รวมทั้งสเตียรอยด์ ควรตรวจหา HBsAg ในเลือดก่อนเริ่มยาดังกล่าว ถ้าตรวจ HBsAg ให้ผลบวก ควรรับประทานยา เช่น Lamivudine อย่างน้อย 1 สัปดาห์ก่อนได้รับยาดังกล่าว เพื่อป้องกันไวรัสตับอักเสบบีกำเริบ (Reactivation) และควรให้ยาต่อไปอย่างน้อย 6 เดือนภายหลังหยุดยาเคมีบำบัดหรือยากดภูมิร่างกาย ผู้ป่วยที่รับยา Rituximab หรือ Anti-CD20 Monoclonal Antibody ควรให้รับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องภายหลังหยุดยา Rituximab แล้วเป็นเวลานาน 1 ปี ผู้ป่วยที่การตรวจประเมินแล้วพบมีลักษณะบ่งชี้ในการรักษาโรคตับอักเสบบีเรื้อรังจากไวรัสบี ให้การรักษาตามแนวทางเดียวกับผู้ป่วยทั่วไปที่ควรได้รับการรักษา และควรตรวจ HBcAb ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา Rituximab และถ้า HBcAb เป็นบวกอย่างเดียว ควรตรวจ HBV-DNA และให้การรักษาด้วย Lamivudine ไปจนหลังหยุดยา Rituximab เป็นเวลา 1 ปี ในผู้ป่วยที่พบ HBcAb อย่างเดียวหากได้รับยาที่มี Moderate to Severe Immunosuppression เช่น Doxorubicin High Dose Prednisolone ก็ควรให้ Prophylaxis เช่นเดียวกันกับ Rituximab

3) ผู้ป่วยมะเร็งตับที่ตรวจพบ HBsAg แม้ว่าตรวจ HBV-DNA ไม่พบในเลือด เมื่อให้การรักษามะเร็งตับด้วยวิธี Transarterial Chemoembolization (TACE) ควรได้รับยาต้านไวรัสตับอักเสบบีเพื่อป้องกันไวรัสตับอักเสบบีกำเริบ ตั้งแต่ก่อนรักษาด้วยวิธีดังกล่าว

4) ผู้หญิงตั้งครรภ์ มีข้อบ่งชี้ของการรักษาไวรัสตับอักเสบบี ให้ใช้ยาต้านไวรัสที่อยู่ใน Class B ได้แก่ Tenofovir หรือ Telbivudine เพื่อลดการติดเชื้อในเด็กแรกเกิด ผู้หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีข้อบ่งชี้ของการรักษาไวรัสตับอักเสบบี แต่มีปริมาณ HBV-DNA ในเลือดมากกว่า 2,000,000

IU/ml ให้รับประทาน Telbivudine หรือ Tenofovir เมื่ออายุครรภ์ 24 - 32 สัปดาห์ และไปจนถึงคลอด ทั้งนี้เด็กแรกเกิดทุกรายต้องได้รับการฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีและ Hepatitis B Immune Globulin (HBIG) ร่วมด้วย

5) ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังที่มีโรคไตวายเรื้อรังและผ่าตัดปลูกถ่ายไต

- ผู้ป่วยที่มีไตวายเรื้อรัง ควรพิจารณาการรักษาไวรัสตับอักเสบบีเช่นเดียวกับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่มีการทำงานของไตปกติ โดยปรับขนาดยาตามการทำงานของไต ไม่แนะนำให้ใช้ยาฉีดในกลุ่มของ Interferon ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ที่มีไตวายเรื้อรังและรอผ่าตัดปลูกถ่ายไตควรประเมินความรุนแรงของตับด้วยการตรวจชิ้นเนื้อตับและพิจารณาความจำเป็นและเวลาที่เหมาะสมของการเริ่มรักษาไวรัสตับอักเสบบี

- ถ้ารักษาด้วยยาด้านไวรัสก่อนผ่าตัดปลูกถ่ายไต จำเป็นต้องรับประทานยาด้านไวรัสต่อหลังผ่าตัดตลอดไป โดยมีการติดตามการทำงานของตับ และ HBV-DNA เป็นระยะ ๆ

- ถ้ายังไม่ได้เริ่มยาด้านไวรัสก่อนการผ่าตัดปลูกถ่ายไต หลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต จำเป็นต้องรับประทานยาด้านไวรัสตับอักเสบบีตลอดไป

6) ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี ภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนตับ ควรรับประทานยาด้านไวรัสตับอักเสบบี และอาจร่วมกับการฉีด HBIG ไปตลอด

7) ผู้ป่วยเด็กอายุมากกว่า 1 ปี พิจารณาการรักษาเช่นเดียวกับในผู้ใหญ่ ยาที่รับรองให้ใช้รักษา ได้แก่

- Conventional Interferon ขนาด 5 - 10 MU/เมตร 2 ขนาดยาสูงสุดไม่เกิน 10 MU Lamivudine ขนาด 3 มิลลิกรัมต่อน้ำหนัก 1 กิโลกรัม รับประทานไม่เกินวันละ 100 มิลลิกรัม

- Adefovir Dipivoxil ขนาด 10 มิลลิกรัม ในเด็กที่อายุมากกว่า 12 ปี หรือขนาด 0.25 มิลลิกรัมต่อน้ำหนัก 1 กิโลกรัม รับประทานไม่เกินวันละ 10 มิลลิกรัม ในเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี

2.7.9 การเฝ้าระวังการเกิดมะเร็งตับ Hepatocellular Carcinoma

ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังกลุ่มต่อไปนี้

- 1) ผู้ชายอายุมากกว่า 40 ปี
- 2) ผู้หญิงอายุมากกว่า 50 ปี
- 3) ผู้ป่วยที่มีประวัติมะเร็งตับในครอบครัว
- 4) ผู้ป่วยตับแข็ง

ควรตรวจอัลตราซาวนด์และซีรัม Alpha Fetoprotein (AFP) ทุก 6 - 12 เดือนเพื่อเฝ้าระวังการเกิดมะเร็งตับชนิด Hepatocellular Carcinoma พิจารณาฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับ

อากเสบเอ ในผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังที่ไม่เคยติดเชื้อไวรัสหรือตรวจไม่พบภูมิต้านทานต่อไวรัสตับอักเสบบี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีตับแข็งแล้ว

2.7.10 การจัดระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีในสถานพยาบาล

จากการสอบถามเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาลโสธร ให้ข้อมูลว่า โรงพยาบาลไม่ได้มีการจัดการในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคตับอักเสบ เช่น จากไม่มีคลินิกเฉพาะสำหรับโรคไวรัสตับอักเสบบี และไม่มีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน ในการกำกับติดตามการมาตรวจรักษาตามนัดของผู้ป่วย เช่น ทำทะเบียน หรือระบบฐานข้อมูลของผู้ป่วย การกำกับติดตามการรับประทานยา การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มเติมโดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สนับสนุนถุงยางอนามัย เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ

โดยสรุป การรักษายาบาลผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในปัจจุบัน เป็นการรักษาตามอาการโดยแพทย์ประจำโรงพยาบาล มีทั้งการรักษาด้วยยาเม็ด ยาฉีด และการผ่าตัดตับ ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีต้องมีการไปพบแพทย์ตามนัดอยู่เป็นระยะเพื่อประเมินภาวะตับอักเสบบี และวางแผนการรักษา นอกจากนี้ ผู้ติดเชื้อต้องมีการปฏิบัติตัวที่เข้มงวด เช่น งดเว้นการดื่มสุรา หลีกเลี่ยงการรับประทานยาหรืออาหารใด ๆ ที่อาจมีผลเสียต่อดับ รวมทั้ง การรักษาสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ

2.8 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.8.1 ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) หมายถึง กระบวนการศึกษาค้นคว้าร่วมกันอย่างเป็นระบบของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน เพื่อทำความเข้าใจต่อปัญหาหรือข้อสงสัยที่กำลังเผชิญอยู่ และให้ได้แนวทางการปฏิบัติหรือวิธีการแก้ไขปรับปรุงที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในการปฏิบัติงาน เป็นการหาข้อสรุปเพื่อแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ รวมทั้งการใช้ความเข้าใจและมโนทัศน์ของตนเองมากกว่าของผู้เชี่ยวชาญ การวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานและผู้เกี่ยวข้องได้ใช้ความสามารถหรือควบคุมสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ด้วยตัวเอง (ประวิต เอรารธรรม, 2545)

2.8.2 ความแตกต่างระหว่างการวิจัยเชิงปฏิบัติการกับการวิจัยเชิงวิชาการอื่น

จุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อจะปรับปรุงประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานประจำให้ดีขึ้น โดยนำเอางานที่ปฏิบัติอยู่มาวิเคราะห์สภาพปัญหา อันเป็นเหตุให้งานนั้นไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร จากนั้นใช้แนวคิดทางทฤษฎีและประสบการณ์การปฏิบัติงานที่ผ่านมาเสาะหาข้อมูลและวิธีการที่คาดว่าจะแก้ปัญหาดังกล่าวได้ แล้วนำวิธีการดังกล่าวไปทดลองใช้กับกลุ่มที่

เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น ซึ่งแตกต่างจากการวิจัยเชิงวิชาการทั่วไป ดังที่ Kemmis และ McTaggart (1990) ได้กล่าวไว้สรุปได้ดังนี้

1) การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีจุดเน้นที่ผลการวิจัยนั้นนำไปใช้เฉพาะจุด เฉพาะที่ และเฉพาะเรื่อง โดยนำผลการวิจัยไปใช้แก้ปัญหาได้ทันที่

2) ผู้วิจัยที่เป็นผู้ทำการวิจัยเดี่ยวหรือเป็นผู้ร่วมโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะถูกกระตุ้นให้แสวงหาความรู้ ความเข้าใจในเรื่องที่ศึกษาและปัญหาที่เกี่ยวข้องอย่างลึกซึ้ง

3) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการกระตุ้นให้มีการร่วมมืออย่างเสมอภาคกันของผู้ร่วมโครงการวิจัยทั้งในส่วนของกระบวนการทำวิจัยและการนำผลการวิจัยไปใช้

4) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่มุ่งหวังประโยชน์หรือคำตอบในช่วงสั้นๆ ซึ่งนำไปสู่การวิจัยเชิงประยุกต์ (Applied Research)

จากลักษณะการวิจัยเชิงปฏิบัติการดังกล่าวเป็นการมุ่งหาคำตอบที่เป็นองค์ความรู้หรือข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการแก้ปัญหาหรือพัฒนา ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการทำงาน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ด้วย

2.8.3 กรอบแสดงลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

กรอบแสดงลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการมี 4 ลักษณะ ดังนี้

1) เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วมและร่วมมือ (Participation and Collaboration) ใช้การทำงานเป็นกลุ่ม ผู้ร่วมวิจัยทุกคน มีส่วนสำคัญและมีบทบาทเท่าเทียมกันในทุกกระบวนการของการวิจัย ทั้งการเสนอความคิดเห็นเชิงทฤษฎีและการปฏิบัติ ตลอดจนการวางแผนการวิจัย

2) เน้นการปฏิบัติ (Action Orientation) การวิจัยชนิดนี้ใช้การปฏิบัติเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและศึกษาผลของการปฏิบัติเพื่อมุ่งให้เกิดการพัฒนา

3) ใช้การวิเคราะห์วิจารณ์ (Critical Function) การวิเคราะห์การปฏิบัติการอย่างลึกซึ้งจากสิ่งที่สังเกตได้จะนำไปสู่การตัดสินใจที่สมเหตุสมผล เพื่อปรับปรุงแผนการปฏิบัติ

4) ใช้วงจรการปฏิบัติการ (The Action Research Spiral) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart คือการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) ตลอดจนการปรับปรุงแผน (Re-planning) เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไป จนกว่าจะได้รูปแบบของการปฏิบัติงานที่เป็นที่พึงพอใจ และได้ข้อเสนอเชิงทฤษฎีเพื่อเผยแพร่

2.8.4 กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีขั้นตอนที่สำคัญ ๆ ดังนี้

1) การจำแนกหรือพิจารณาปัญหาที่ประสงค์จะศึกษา ผู้วิจัยและกลุ่มที่ทำการวิจัยต้องศึกษารายละเอียดของปัญหาที่จะศึกษาอย่างชัดเจน ปัญหาที่เกิดขึ้นซึ่งจะทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะต้องมีทฤษฎีรองรับในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น การวิเคราะห์สภาพปัญหา ควรพิจารณาให้ครบ 4 องค์ประกอบต่อไปนี้ คือ ปัญหาที่เกี่ยวกับผู้ปฏิบัติ กลุ่มเป้าหมาย เนื้อหาวิธีการปฏิบัติ และสภาพแวดล้อม

2) เลือกปัญหาสำคัญที่เป็นสาระควรแก่การศึกษาวิจัย เลือกโดยอาศัยทฤษฎีมาร่วมพิจารณาลักษณะปัญหา สร้างวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตลอดจนอาจจะต้องสร้างสมมติฐานของการวิจัย ในรูปแบบของข้อความที่ต้องการประเมินที่แสดงความสัมพันธ์ปัญหากับหลักการหรือทฤษฎีพื้นฐานที่เกี่ยวข้องปัญหานั้น

3) เลือกเครื่องมือดำเนินการวิจัยที่จะช่วยให้ได้คำตอบตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ซึ่งเครื่องมือที่ใช้มี 2 ลักษณะ คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองปฏิบัติหรือฝึกหัดตามวิธีการและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติ

4) บันทึกเหตุการณ์อย่างละเอียดในแต่ละขั้นตอนของการวิจัย ทั้งส่วนที่เป็นความก้าวหน้า และเป็นอุปสรรคตามวงจรการปฏิบัติการ คือ ในขั้นตอนของการวางแผนการปฏิบัติการ สังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติการ เก็บสะสมข้อมูลที่บันทึกไว้เพื่อใช้ในการปรับปรุงวงจรปฏิบัติการต่อไป และเพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูล แล้ววิเคราะห์หาคำตอบของสมมติฐาน

5) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ในด้านต่าง ๆ ของข้อมูลที่รวบรวมไว้ ซึ่งส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การตรวจสอบรายละเอียดของข้อมูลเพื่อให้แน่ใจในความถูกต้อง แสดงรายละเอียด อธิบายสถานการณ์จัดหมวดหมู่ และแยกประเภทของกลุ่มข้อมูลตามหัวข้อที่เหมาะสมเปรียบเทียบกับข้อแตกต่างและคล้ายคลึงของข้อมูล

6) ตรวจสอบข้อมูลของกลุ่มผู้วิจัยได้พิจารณาไว้แล้วอีกครั้งหนึ่ง เพื่อสรุปหาคำตอบที่เป็นสาเหตุและวิธีแก้ปัญหานั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดโดยสรุปประมวลผลเป็นหลักการ (Principle) รูปแบบ (Model) ของการปฏิบัติ หรือเสนอเชิงทฤษฎี (Proposition) หรือทฤษฎี (Theory) ทั้งนี้ต้องอาศัยหลักตรรกวิทยา โดยวิธีอุปมานและความรู้เชิงทฤษฎีด้วย

2.8.5 ขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

กระบวนการวิจัยนี้ เมื่อกล่าวในเชิงการนำไปใช้เพื่อพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติงาน มีวิธีดำเนินการตามวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดังนี้

1) ขั้นการวางแผน (Planning) เริ่มต้นด้วยสำรวจปัญหาและวิเคราะห์ร่วมกันระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ปัญหาที่สำคัญที่ต้องการให้แก้ไขตลอดจนการแยกแยะ

รายละเอียดของปัญหานั้น เกี่ยวกับลักษณะของปัญหาเกี่ยวข้องกับใคร แนวทางแก้ไขอย่างไรจะต้องปฏิบัติอย่างไร ซึ่งในการเลือกหัวข้อการวิจัยในขั้นสุดท้ายที่ควรคำนึงถึงดังนี้

- หัวข้อนั้นสำคัญต่อผู้วิจัยอย่างไร
- หัวข้อนั้นสำคัญต่อองค์กรและกลุ่มเป้าหมายอย่างไร
- มีใครช่วยได้บ้าง
- ข้อจำกัดที่จะค้นพบทั้งในแง่ของการปฏิบัติและงบประมาณ
- ความสามารถของผู้วิจัยในการดำเนินการวิจัย

เมื่อได้ดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้ว ในขั้นนี้อาจจะต้องขอความร่วมมือจากผู้อื่น หรือผู้ช่วยวิจัยเพื่อกำหนดหัวข้อที่จะดำเนินการวิจัยให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ปรัชญาหรือว่าจะใช้เครื่องมืออะไร เก็บรวบรวมข้อมูลอย่างไร วิเคราะห์อย่างไร ใช้สถิติแบบใดบ้างจนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติต่อไป

2) ขั้นการปฏิบัติ (Action) เป็นการนำแนวคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมในชั้นวางแผนที่วางไว้มาดำเนินการ ในขั้นนี้ผู้วิจัยจะต้องพบปัญหาในการวิจัยมากมาย ต้องทำการวิเคราะห์ วิจัยปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกันของทีมวิจัยหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อทำการแก้ไขปรับปรุงแผน ดังนั้น แผนที่กำหนดไว้ควรจะมีที่ยืดหยุ่นปรับได้ เปลี่ยนแปลงไปตามความเหมาะสมโดยกำหนดให้เกิดความสมดุลกับการปฏิบัติจริง

3) ขั้นการสังเกต (Observation) เป็นการสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยความรอบคอบ ซึ่งสังเกตกระบวนการของการปฏิบัติการ (The Action of Process) และผลของการปฏิบัติการ (The Effect of Action) พร้อมทั้งจดบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งที่คาดหวังและไม่คาดหวัง โดยอาศัยเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกิดจากการปฏิบัติ ผู้วิจัยจะต้องเลือกใช้ให้เหมาะสม พิจารณาข้อดีข้อเสียของเครื่องมือแต่ละชนิด เพื่อรวบรวมข้อมูลให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด ดังมีรายละเอียด ดังนี้

ก. การบันทึกสนาม (Field Note) เป็นการจดบันทึกพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้เกี่ยวข้องตามสภาพที่เห็นโดยไม่ได้แสดงความคิดเห็นส่วนตัวหรือการแปลความหมาย การบันทึกลักษณะนี้จะทำให้ได้พฤติกรรมตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง

ข. การสัมภาษณ์ (Interviews) เป็นการทำให้ได้คำถามที่ยืดหยุ่นมากกว่าการรวบรวมแบบสอบถาม การสัมภาษณ์สามารถดำเนินการได้ 3 ลักษณะ คือ แบบไม่ได้วางแผน (Unplanned) เป็นการสนทนาอย่างไม่เป็นทางการของคู่สนทนา แบบวางแผนแต่ไม่มีโครงสร้าง (Planned but-Unstructured) เปิดโอกาสให้คู่สนทนาเลือกหัวข้อที่สนใจที่จะพูด ผู้สัมภาษณ์จะใช้คำถามอื่นประกอบเพื่อให้ได้คำตอบที่ชัดเจนตรงประเด็น และแบบมีโครงสร้าง (Structured) การสัมภาษณ์ที่เป็นไปตามชุดคำถามที่เตรียมการไว้แล้ว

ค. การใช้สังคมมิติ (Socio Metric Method) เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสังคมในกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้คำถามว่า เขาชอบที่จะทำงานหรือไม่ทำงานกับใคร แล้วนำมาเชื่อมโยงความสัมพันธ์ว่าใครเป็นผู้นิยมของกลุ่มหรือใครถูกเพื่อนเพิกเฉย

ง. แบบสอบถาม (Questionnaires) เป็นการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ตอบ สามารถใช้ได้ทั้งแบบปลายเปิดและปลายปิด เลือกให้เหมาะสมกับลักษณะของข้อมูลที่สำคัญ ซึ่งผู้วิจัยจะต้องกำหนดหัวข้อของเรื่องที่จะถามให้รัดกุมและครอบคลุม

จ. การใช้แบบสำรวจรายการ (Checklist) เพื่อให้การบันทึกพฤติกรรมมีความเชื่อถือมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยอาจสร้างรายการแสดงปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เกี่ยวข้อง กลุ่มเป้าหมาย แล้วใช้ประกอบการสังเกตโดยกา ✓ หรือ X หน้าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นไปตามรายการที่มีอยู่

ฉ. การบันทึกเสียง (Recording) เป็นวิธีที่สะดวกและง่าย ข้อดีคือ สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างละเอียด แต่ข้อด้อยคือไม่สามารถบันทึกกิจกรรมที่แสดงท่าทาง

ช. การใช้วีดิทัศน์ (Video Tape Recorder) สามารถบันทึกพฤติกรรมได้ทุกขั้นตอน บันทึกได้ทั้งภาพและเสียง สามารถเห็นพฤติกรรมได้ทั้งหมด หรือเลือกบันทึกรายการประเด็นที่สนใจ มีความเที่ยงตรงค่อนข้างสูง

ซ. การใช้แบบทดสอบ (Test) เป็นการวัดผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา เป็นการรวบรวมข้อมูลความสามารถทางด้านสมอง

4) ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นขั้นสุดท้ายของวงจรการทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การประเมินหรือตรวจสอบกระบวนการแก้ปัญหาหรือสิ่งที่เป็นข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการ ซึ่งผู้วิจัยร่วมกับทีมหรือผู้เกี่ยวข้องจะต้องตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่าง ๆ ว่าสัมพันธ์กับสภาพสังคม สิ่งแวดล้อมหรือกิจกรรมที่กำลังศึกษา โดยผ่านกระบวนการถกอภิปรายปัญหา การประเมินโดยกลุ่มจะทำให้ได้แนวทางของการพัฒนาขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมและเป็นพื้นฐานข้อมูลที่จะเป็นแนวทางนำไปสู่การปรับปรุงและการวางแผนการปฏิบัติต่อไป

2.8.6 สรุปหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

หลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ต้องตระหนักอยู่เสมอ คือ กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญต่อกระบวนการดำเนินการวิจัย นั่นคือ การวิจัยชนิดนี้ไม่ควรจะทำตามลำพัง และควรใช้วงจรของกระบวนการวิจัยซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติ เพื่อนำมาปรับปรุงแผนงาน แล้วดำเนินกิจกรรมที่ปรับปรุงใหม่ ซึ่งวงจรของ 4 ขั้นตอนดังกล่าว จะมีลักษณะการดำเนินการเป็นบันไดเวียน (Spiral) กระทำซ้ำตามวงจรจนกว่าจะได้ผลปฏิบัติตามจุดมุ่งหมาย

2.8.7 การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยนี้ ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การแจกแจงข้อค้นพบที่สำคัญในเชิงอธิบายความ ซึ่งจะนำมาสู่การสรุปเป็นผลงานวิจัย และแสดงให้เห็นแนวทางหรือรูปแบบการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาในเรื่องราวของสิ่งที่ศึกษานั้น

2.8.8 หลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

- 1) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นความพยายามที่จะปรับปรุงการดำเนินงาน โดยการเปลี่ยนแปลง (Changing) การศึกษานั้นและการเรียนรู้ลำดับขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงนั้น
- 2) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการทำงานของกลุ่ม (Participatory) และการใช้การปรึกษาหารือร่วมมือกันทำงาน (Collaboration) ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยการฝึกปฏิบัติตามแนวทางที่กลุ่มกำหนด
- 3) การวิจัยเชิงปฏิบัติการใช้การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) โดยประเมินตรวจสอบในทุก ๆ ขั้นตอน เพื่อปรับปรุงการฝึกหรือการปฏิบัติให้เป็นไปตามจุดมุ่งหมาย
- 4) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการเรียนอย่างมีระบบ (Systematic Learning Process) โดยบุคคลที่เกี่ยวข้องนำความคิดเชิงนามธรรมมาสร้างเป็นข้อสมมติฐานทดลองฝึกปฏิบัติและประเมินผลการปฏิบัติ ซึ่งเป็นการทดสอบ (Test) ว่าข้อสมมติฐานของแนวคิดนั้นผิดหรือถูก
- 5) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเริ่มต้นจากจุดเล็ก ๆ (Start Small) อาจจะเริ่มต้นจากบุคคล (ผู้วิจัย) คนเดียว ที่พยายามดำเนินการให้มีการเปลี่ยนแปลง หรือปรับปรุงบางสิ่งบางอย่างในการทำงานให้ดีขึ้นโดยขณะที่ปฏิบัติต้องปรึกษารับฟังข้อคิดเห็นและอาศัยการร่วมปฏิบัติจากผู้เกี่ยวข้อง
- 6) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการสร้างความรู้ใหม่ที่ให้แนวทางปฏิบัติเชิงรูปธรรมจากการบันทึก (Records) พัฒนาการของกิจกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เห็นกระบวนการเข้าสู่ปัญหา การแก้ปัญหา การปรับปรุง และได้ผลสรุปที่สมเหตุสมผล ในขณะเดียวกันสามารถนำปรากฏการณ์ที่ศึกษาไปประมวลเป็นข้อเสนอเชิงทฤษฎี (Proposition) ได้แนวทางของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เมื่อนำมาใช้ในการวิจัยเพื่อแก้ปัญหการปฏิบัติงาน โดยผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้เรียนรู้และวิเคราะห์วิจารณ์จากผลที่ได้จากการปฏิบัติ จะทำให้ได้รูปแบบการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาการปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของระบบหน่วยงานได้

จากแนวคิดที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คณะผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในครั้งนี้

2.9 แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

เป็นที่ทราบกันดีว่าปัญหาทางด้านสุขภาพหรือการเกิดโรคมียุบัติภัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ และมีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายภาคส่วน ดังนั้น การดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา ด้านสาธารณสุขให้ได้ผลนั้น จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งชุมชนและภาคี เครือข่ายต่าง ๆ โดยเฉพาะจากประชาชนหรือตัวผู้ป่วยเอง รวมทั้งกลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย การดำเนินงาน ที่เปิดโอกาสให้ประชาชนหรือกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการทุกขั้นตอน ตั้งแต่ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ ร่วมตรวจสอบและร่วมรับประโยชน์ โดยนำจุดเด่นหรือจุดแข็ง ในชุมชนมาต่อยอดหรือพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People-Centered Development) และแก้ปัญหาโดยใช้กระบวนการเรียนรู้ (Problem-Learning Process) จะทำให้ปัญหาที่แท้จริงถูกนำมาแก้ไข ชุมชนเกิดความเข้มแข็ง ผู้ให้บริการด้านสาธารณสุข สามารถพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงานให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการในพื้นที่ ประชาชนและผู้ป่วยให้ความร่วมมือ และการดำเนินงานจะมีความยั่งยืน (กานดา แจ่มจรัส, 2558.; ชื่นพันธ์ วิริยะวิภาต และคณะ, 2559; พรพิไล วรรณสัมพัส, 2558; พอเพียง ทรัพย์อินทร์, 2551) โดยเทคนิคที่นิยมในกระบวนการการมีส่วนร่วม คือเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control: A-I-C) การพัฒนาที่นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนคือการเปิดโอกาสให้บุคคลและกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียเข้ามามีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการกำหนด ทิศทางในการพัฒนาร่วมตัดสินใจอนาคตของชุมชนหรือองค์กร ร่วมดำเนินกิจกรรมการพัฒนาและ ร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น กระบวนการ A-I-C จะช่วยให้กลุ่มผู้มีส่วนได้เสียเข้าไปมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ ร่วมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน สร้างการยอมรับความรับผิดชอบ ในฐานะสมาชิกของชุมชน เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและเกิดความภาคภูมิใจในผลงานที่ตนมีส่วนร่วม กระบวนการพัฒนาจึงเกิดความต่อเนื่องและก่อให้เกิดความสำเร็จอยู่ในระดับสูง (ธีระพงษ์ แก้วหาญ, 2543)

2.9.1 ความสำคัญของกระบวนการ A-I-C

- 1) กระบวนการ A-I-C ช่วยให้ประชาชนและกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ทั้งในและนอกชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วม มีความกระตือรือร้นในการเข้าร่วมกิจกรรมหรือพัฒนาชุมชนมากขึ้น
- 2) การวางแผนแบบมีส่วนร่วม เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้แทนกลุ่มต่าง ๆ หรือกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียเข้ามามีบทบาทในการร่วมคิดกำหนดแนวทางการพัฒนาและจัดสรรทรัพยากรการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมและเสริมสร้างความเข้าใจซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นการรวมพลังเชิงสร้างสรรค์

3) กลุ่มผู้มีส่วนได้เสียหรือกลุ่มองค์กรต่าง ๆ มีความรู้สึกเป็นเจ้าของทั้งกิจกรรม โครงการ และผลของการพัฒนาทำให้เกิดความรู้สึกมีพลัง รับรู้ถึงศักยภาพในการพึ่งพาตนเอง

4) องค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนเรียนรู้ที่จะเข้าร่วมมือกันในการพัฒนา อย่างประสานสอดคล้องนับได้ว่ากระบวนการ A-I-C เป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการทำงานร่วมกัน เพื่อจัดทำแผนโดยเป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์นำเสนอข้อมูลข่าวสารที่จะทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหาความต้องการข้อจำกัด และศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้มีการระดมพลังสมองในการศึกษา วิเคราะห์พัฒนาทางเลือกเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาเกิดการตัดสินใจร่วมกันเกิดพลังของการ สร้างสรรค์และรับผิดชอบต่อการพัฒนางาน

2.9.2 ขั้นตอนสำคัญของกระบวนการ A-I-C

1) ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation: A) คือ ขั้นตอนการเรียนรู้และ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ขั้นตอนนี้จะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนแสดงความคิดเห็นรับฟัง และหาข้อสรุปร่วมกันอย่างสร้างสรรค์เป็นประชาธิปไตยยอมรับในความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิกโดย ใช้การวาดรูปเป็นสื่อในการแสดงความคิดเห็นและแบ่งเป็น 2 ส่วน

(1) การวิเคราะห์สภาพการณ์ของหมู่บ้านชุมชนหรือตำบลในปัจจุบัน

(2) การกำหนดอนาคตหรือวิสัยทัศน์อันเป็นภาพพึงประสงค์ในการพัฒนา ว่าต้องการอย่างไรโดยการวาดภาพมีความสำคัญคือ

- การวาดภาพจะช่วยให้ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถสร้างจินตนาการคิด วิเคราะห์จนสรุปมาเป็นภาพและช่วยให้ผู้ไม่ถนัดในการเขียนสามารถสื่อความหมายได้

- ช่วยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมคิดและพูดเพื่ออธิบายภาพซึ่งตนเอง วาดนอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมอื่น ๆ ได้ซักถามข้อมูลจากภาพเป็นการเปิดโอกาสให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนและกระตุ้นให้คนที่ไม่ค่อยกล้าพูดได้มีการนำเสนอ

- การรวมภาพของแต่ละบุคคลเพื่อเป็นภาพรวมของกลุ่มจะช่วยให้มีความง่ายต่อการรวบรวมแนวคิดของผู้เข้าร่วมประชุมและสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของภาพ (ความคิด) และมีส่วนร่วมในการสร้างภาพพึงประสงค์ของกลุ่ม

- จะช่วยเสริมสร้างบรรยากาศการประชุมให้มีความสุขและเป็นกันเอง ในบางครั้งผู้เข้าร่วมประชุมมักมองว่าการวาดภาพเป็นกิจกรรมสำหรับเด็ก ดังนั้นวิทยากร กระบวนการจำเป็นต้องสร้างความเข้าใจและนำเสนอเกมต่าง ๆ เกี่ยวกับการวางแผนการละลายพฤติกรรม กลุ่มหรือการวาดภาพเพื่อการแนะนำตนเองหรือวาดภาพสิ่งที่ตนเองชอบและไม่ชอบมาใช้उनเครื่อง เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้เข้าร่วมประชุม

2) ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) คือขั้นตอนการหาวิธีการและเสนอทางเลือกในการพัฒนาตามที่ได้สร้างภาพพึงประสงค์หรือที่ได้ช่วยกันกำหนดวิสัยทัศน์ไว้ กำหนดเป้าหมายกำหนดกิจกรรมและจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมโครงการโดยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ

(1) การคิดกิจกรรมโครงการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามภาพพึงประสงค์

(2) การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมโครงการโดย

- กิจกรรมหรือโครงการที่หมู่บ้านชุมชนท้องถิ่นทำเองได้เลย
- กิจกรรมหรือโครงการที่บางส่วนต้องการความร่วมมือหรือการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุน
- กิจกรรมโครงการที่ชุมชนหรือตำบลไม่สามารถดำเนินการได้เองต้องขอความร่วมมือเช่นการดำเนินการจากหน่วยงานอื่น ทั้งภาครัฐและเอกชน

3) ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control: C) คือยอมรับและทำงานร่วมกัน โดยนำเอาโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ มาสู่การปฏิบัติและจัดกลุ่มผู้ดำเนินการซึ่งจะรับผิดชอบโครงการโดยขั้นตอนกิจกรรมประกอบด้วย

(1) การแบ่งความรับผิดชอบ

(2) การตกลงในรายละเอียดของการดำเนินงานจัดทำแผนปฏิบัติงานนอกจากนี้ ผลลัพธ์ที่ได้จากการประชุมคือรายชื่อกิจกรรมหรือโครงการที่ชุมชนดำเนินการได้เองภายใต้ความรับผิดชอบและเป็นแผนปฏิบัติการของชุมชน

(3) กิจกรรมโครงการที่ชุมชนหรือองค์กรเสนอขอรับการส่งเสริมสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(4) รายชื่อกิจกรรมโครงการที่ชุมชนต้องแสวงหาทรัพยากรและประสานความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ทั้งจากภาครัฐหรือองค์กรพัฒนาเอกชน เป็นต้น

2.9.3 ปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้กระบวนการประชุม A-I-C ประสบความสำเร็จได้

1) การจัดประชุมตามกระบวนการ A-I-C นี้ “เน้นความเป็นกระบวนการ” จะดำเนินการข้ามขั้นตอนหรือสลับขั้นตอนไม่ได้ เน้นการระดมความคิดและสร้างการยอมรับซึ่งกันและกันให้มีความสำคัญกับการตัดสินใจในการกำหนดอนาคตร่วมกัน และเน้นการสร้างพลังความคิดวิเคราะห์และเสนอทางเลือกในการพัฒนาและพลังความรักความเอื้ออาทร การสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรอันเป็นพลังเชิงสร้างสรรค์ในการพัฒนา

2) การศึกษาและเตรียมชุมชนเพื่อให้เข้าใจสภาพการณ์ของหมู่บ้านชุมชนหรือตำบลความสัมพันธ์ของกลุ่มต่าง ๆ การทราบความสามารถหรือศักยภาพของกลุ่มสภาพการพึ่งตนเอง

เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอและเป็นข้อเท็จจริงในการกำหนดอนาคตทางเลือก รวมทั้งกลวิธีที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาและการประสานความร่วมมือการเตรียมชุมชน เพื่อให้กลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนประชาชนเข้าใจและส่งผู้แทนที่มีอำนาจในการตัดสินใจของกลุ่มเข้าร่วมประชุม รวมทั้งมีการพิจารณาเพื่อกระจายโอกาสให้กลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ด้อยโอกาส หรือผู้ประสบปัญหาต่าง ๆ เป็นต้น

3) วิทยาการกระบวนการที่เข้าใจในขั้นตอนของกระบวนการ A-I-C มีประสบการณ์ความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องในการประชุมมีไหวพริบในการแก้ไขปัญหาสถานการณ์เฉพาะหน้า สามารถไกล่เกลี่ยหรือมีวิธีการในการจัดการกับความขัดแย้งที่เหมาะสมในกรณีที่เกิดขึ้น โดยสามารถทำหน้าที่ได้ ดังนี้

- (1) เตรียมชุมชนเตรียมการประชุมดำเนินการประชุมและสรุปผล
- (2) สร้างบรรยากาศในการประชุมเพื่อคลายความตึงเครียดของผู้ร่วมประชุม
- (3) ควบคุมขั้นตอนและเวลาในการประชุมให้เป็นไปตามกระบวนการ
- (4) สรุปความเห็นที่แท้จริงของผู้ประชุมโดยไม่สอดแทรกความคิดเห็นหรือทัศนคติของตนเองลงไป
- (5) ในกรณีที่มีข้อถกเถียงระหว่างผู้ร่วมประชุมซึ่งเกิดความต้องการปกป้องผลประโยชน์ของตนเอง ผู้นำการประชุมต้องทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยและหาข้อยุติให้ได้
- (6) วิเคราะห์และสังเกตบรรยากาศในการประชุมสำหรับจำนวนผู้จัดการประชุมอาจมีเพียงคนเดียวก็ได้ เป็นผู้นำการประชุมซึ่งจะมีข้อดี คือ กระบวนการประชุมจะเป็นเอกภาพมากกว่าแต่หากไม่มั่นใจในการดูแลบรรยากาศการประชุม อาจจัดคนมาช่วยกันโดยแบ่งหน้าที่ ดังนี้
 - ผู้จัดการประชุมดูแลอำนวยความสะดวกทั่วไป ได้แก่ การลงทะเบียน การดูแลเรื่องอาหารและเครื่องดื่ม
 - ผู้นำการประชุมซึ่งทำหน้าที่หลักในการประชุม หรือวิทยาการกระบวนการ
 - ผู้จัดการกิจกรรมเกมสร้างบรรยากาศเพื่อการละลายพฤติกรรมคลายเครียด และการนำเข้าสู่ขั้นตอนแต่ละขั้นตอน
 - ผู้เตรียมวัสดุอุปกรณ์ จะต้องทำความเข้าใจในขั้นตอนและวิธีการให้ตรงกันสอดคล้องกัน

สรุปได้ว่า การพัฒนาการดำเนินงานในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้วงจร PAOR ในขั้นตอนการวางแผน (Planning) ซึ่งกระบวนการ A-I-C ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน คือ การสร้างความรู้เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีข้อมูลมีความรู้มีเป้าหมายในการ

ดำเนินการร่วมกัน รวมทั้งการรับรู้ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมา ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติการเปิดโอกาสให้บุคคลผู้มีส่วนได้เสีย และผู้แทนของกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ที่อยู่ในชุมชนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการกำหนดทิศทางการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรค ซึ่งการมีส่วนร่วมทำให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีโอกาสในการรับรู้เรียนรู้ทำความเข้าใจร่วมแสดงทัศนะในการรับรู้ปัญหา และนำไปสู่กระบวนการคัดเลือกวิธีการแก้ไขปัญหามีความเหมาะสมกับบริบทของการดำเนินงานในชุมชน รวมทั้งผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะได้รับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และปรับทัศนคติเพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางของกลุ่ม ซึ่งจะส่งผลให้แนวความคิดที่ได้แลกเปลี่ยนกันเกิดความยั่งยืนและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

2.10 แนวคิดเรื่องการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research)

การวิจัยแบบผสมผสานเป็นการวิจัยที่ใช้วิธีวิทยาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพร่วมกันในระยต่าง ๆ ของการวิจัย ทั้งการเก็บรวบรวม การวิเคราะห์ข้อมูลและ การแปลความหมายข้อมูลเพื่อหาคำตอบของการวิจัย ที่มีความครอบคลุม ลุ่มลึกและชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่ความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษามากขึ้น ปัญหาวิจัยในปัจจุบันมีความซับซ้อนมากขึ้น ประกอบกับข้อจำกัดของวิธีวิทยาทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ ดังนั้น การวิจัยแบบผสมผสานจึงเป็นทางออกที่เหมาะสมที่สุดในการหาคำตอบในปรากฏการณ์ที่ศึกษา อย่างไรก็ตาม การวิจัยแบบผสมผสานก็มีลักษณะเฉพาะและเกณฑ์คุณภาพหลายประการที่นักวิจัยจะต้องตระหนักและดำเนินการให้เหมาะสมไม่นำไปใช้อย่างผิวเผิน หากแต่จะต้องฝึกตนเองให้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญทั้งวิธีเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การวิจัยแบบผสมผสานสามารถแบ่งการผสมผสานเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

- 1) การผสมผสานวิธีรวบรวมข้อมูลหลาย ๆ วิธีในการวิจัย (Mixed Methods)
- 2) การผสมผสานรูปแบบของการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed Models)

ทั้งนี้ อาจผสมผสานโดยให้น้ำหนักความสำคัญกับการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเท่าเทียมกันหรือผสมผสานในลักษณะวิธีหลัก-วิธีรอง กล่าวคือ ให้น้ำหนักความสำคัญกับการดำเนินการวิจัยแบบใดแบบหนึ่งมากกว่าอีกแบบหนึ่งทั้งในระยะเดียวกันหรือในระยะที่ต่างกันของการวิจัย สำหรับการผสมผสานรูปแบบนี้ Creswell และ Clark (2011) ได้เสนอปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกรูปแบบการวิจัยไว้ 4 ประการ

- 1) ระดับการเชื่อมโยงของผลการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Integration)
- 2) ระดับความสำคัญของผลการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Priority)
- 3) เวลาในการดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Timing)
- 4) ช่วงเวลาและวิธีการผสมผสานการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixing)

การวิจัยแบบผสมผสานยึดปรัชญาปฏิบัตินิยมซึ่งเป็นแนวคิดที่มีความเชื่อพื้นฐานในการแสวงหาความจริงที่เน้นผลลัพธ์จากการปฏิบัติ มุ่งการแก้ปัญหามากกว่าการยึดติดวิธีวิจัย ใช้วิธีเก็บข้อมูลหลากหลายวิธีและมุ่งที่การปฏิบัติในโลกแห่งความเป็นจริง

2.10.1 ความหมายของการวิจัยแบบผสมผสาน

การวิจัยแบบผสมผสานมีชื่อที่ใช้เรียกแตกต่างกันทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เช่น การวิจัยพหุวิธี (Multi-methods) การวิจัยพหุกลยุทธ์ (Multi-strategy) การวิจัยแบบผสมวิธีวิทยา (Mixed Methodology) ชื่อที่ได้รับความนิยมมากที่สุดและนำมาใช้ในบทความนี้คือ การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research หรือ MMR)

จากการที่มีชื่อเรียกต่างกัน มีข้อสังเกตว่าการวิจัยแบบพหุวิธีและการวิจัยแบบผสมผสานมีความแตกต่างกันตรงที่การวิจัยแบบพหุวิธีใช้วิธีรวบรวมข้อมูลมากกว่าหนึ่งวิธี แต่วิธีที่นำมาใช้นั้นมาจากกระบวนทัศน์การวิจัยแบบเดียวกัน เช่น วิธีเชิงปริมาณอย่างเดียว หรือวิธีเชิงคุณภาพอย่างเดียว ขณะที่การวิจัยแบบผสมผสานใช้วิธีรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพผสมผสานกัน แต่การจะเลือกวิธีรวบรวมข้อมูลแบบใดมาผสมผสานกันนั้นขึ้นกับแนวคิดเชิงปรัชญา (Philosophical Assumption) ซึ่งประกอบด้วยภววิทยาหรือธรรมชาติของความจริง (Ontology) และญาณวิทยาหรือวิธีค้นหาความรู้ความจริง (Epistemology) ซึ่งจะเป็นสิ่งที่กำหนดกรอบการคิด (Frame of Reference) ของนักวิจัย การผสมผสานวิธีรวบรวมข้อมูล ในกระบวนการวิจัยแบบผสมผสานมีความเกี่ยวข้องกับ 2 ประเด็นคือ แบบแผนการวิจัย (Research Design) ซึ่งเชื่อมโยงไปถึงการเลือกวิธีเก็บข้อมูลซึ่งต้องสัมพันธ์กับลักษณะของคำถามวิจัย และการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล (Creswell and Clark, 2011) ด้วยเหตุดังกล่าว การวิจัยแบบผสมผสานจึงมีความเชื่อว่า ข้อมูลที่ได้จากวิธีเดียวไม่สามารถอธิบายรายละเอียด ของสถานการณ์หรือปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้อย่างลึกซึ้ง ดังนั้นการผสมผสานวิธีทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจะทำให้ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์สามารถให้คำตอบในปัญหาวิจัยได้อย่างดี

นักวิชาการได้แสดงทัศนะเกี่ยวกับความหมายของการวิจัยแบบผสมผสานว่า การวิจัยแบบผสมผสานเป็นการวิจัยที่ใช้วิธีวิทยาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แล้วนำผลการวิจัยมาสรุปร่วมกันทั้งนี้เพื่อให้ได้คำตอบที่สมบูรณ์ที่สุด สำหรับประเด็นในการผสมผสานนั้นจะครอบคลุมตั้งแต่การกำหนดปัญหาวิจัย การกำหนดวิธีการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การแปลความหมาย และการสรุปอ้างอิง นอกจากจะผสมผสานกันระหว่างวิธีเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแล้วยังผสมผสานข้อมูลที่มีลักษณะต่างกันและการใช้ศึกษาที่ต่างกันอีกด้วย (Creswell and Clark, 2011; Julia Brannen, 2007)

จากทัศนะของนักวิชาการดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า การวิจัยแบบผสมผสานหมายถึง การแสวงหาความรู้ความจริงด้วยการใช้วิธีเชิงปริมาณและวิธีเชิงคุณภาพร่วมกันในระยะใด

ระยะหนึ่งหรือใช้ต่อเนื่องในระยะที่ต่างกันแล้วนำผลที่ได้จากแต่ละวิธีมาสรุปร่วมกันซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในสิ่งที่ศึกษา

2.10.2 ความสำคัญของการวิจัยแบบผสมผสาน

ตามแนวคิดของ Julia Brannen (2007) และ Creswell และ Clark (2011) ให้ข้อสรุปว่าการวิจัยแบบผสมผสานมีความสำคัญดังนี้ และ

- 1) ผลการวิจัยจากวิธีการวิจัยแบบผสมผสานวิธีสามารถเสริมต่อกัน โดยใช้ผลการวิจัยจากวิธีหนึ่งอธิบายขยายความผลการวิจัยอีกวิธีหนึ่ง ช่วยให้การตอบคำถามการวิจัยได้ละเอียดชัดเจนมากกว่าการใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพเพียงรูปแบบเดียว
- 2) การใช้ผลการวิจัยจากวิธีหนึ่งไปช่วยพัฒนาการวิจัยอีกวิธีหนึ่งหรือการใช้ผลการวิจัยวิธีหนึ่งไปตั้งคำถามการวิจัยอีกวิธีหนึ่ง
- 3) การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพต่างก็มีจุดเด่นในตนเอง สามารถนำจุดเด่นมาใช้ในการแสวงหาความรู้ความจริงได้ถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้น
- 4) การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพต่างก็มีจุดด้อยในตนเอง ผู้วิจัยสามารถใช้จุดเด่นของการวิจัยเชิงปริมาณมาแก้ไขจุดด้อยของการวิจัยเชิงคุณภาพ ขณะเดียวกันอาจใช้จุดเด่นของการวิจัยเชิงคุณภาพมาแก้ไขจุดด้อยของการวิจัยเชิงปริมาณ
- 5) สามารถนำผลผลิตจากการวิจัยแบบผสมผสานวิธีมาสร้างความรู้ความจริงที่สมบูรณ์สำหรับใช้ในการปรับเปลี่ยนทฤษฎีหรือการปฏิบัติงาน

2.10.3 เหตุผลที่นิยมใช้การวิจัยแบบผสมผสาน

- 1) การมองโลกอย่างคับแคบมักจะนำไปสู่การปฏิบัติที่ผิดพลาด ดังนั้นการใช้มุมมองที่แตกต่างไปจากเดิมจะช่วยให้เห็นภาพรวมที่ชัดเจนลึกซึ้งขึ้น เช่น นักวิจัยต้องการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลให้นักเรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหากใช้การวิจัยเชิงปริมาณ ก็จะรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามและใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยในการวิเคราะห์คำตอบ แต่ถ้านักวิจัยใช้การวิจัยแบบผสมผสานก็จะเพิ่มวิธีเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เข้ามาซึ่งจะทำให้ทราบปัจจัยที่ชัดเจนยิ่งขึ้น
- 2) แต่ละวิธีวิทยาต่างก็มีทั้งจุดอ่อนและจุดแข็ง เช่น การวิจัยเชิงปริมาณมีจุดอ่อนที่ไม่ให้ความสำคัญกับมุมมองของคนใน แต่มีจุดแข็งที่สามารถวัดสิ่งที่ศึกษาออกมาเป็นตัวเลขได้ ในขณะที่การวิจัยเชิงคุณภาพมีจุดอ่อนที่ไม่สามารถวัดสิ่งที่ศึกษาออกมาเป็นตัวเลขได้ แต่มีจุดแข็งที่การให้ความสำคัญกับมุมมองความรู้สึกและปฏิกิริยาของคนใน ดังนั้น ถ้าใช้วิธีวิทยามากกว่าหนึ่งวิธีย่อมจะช่วยให้ภาพของปรากฏการณ์ที่ศึกษาชัดเจนขึ้นและได้คำอธิบายที่เหมาะสมยิ่งขึ้น
- 3) การวิจัยแบบผสมผสานมีปรัชญาปฏิบัตินิยมรองรับอย่างชัดเจน

4) ปัญหาวิจัยในปัจจุบันมีความซับซ้อนมากขึ้น มีลักษณะเป็นพลวัต ดังนั้น จึงต้องใช้การบูรณาการวิธีเก็บข้อมูล วิธีวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลความหมายข้อมูลหลากหลายมากขึ้น

5) ปฏิเสธไม่ได้ว่าค่านิยมส่วนตัวของนักวิจัยมีผลต่อการเลือกใช้วิธีรวบรวมข้อมูล และการแปลความหมายข้อมูลโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการวิจัยเชิงคุณภาพ ในขณะที่การวิจัยเชิงปริมาณ นักวิจัยจะแปลความหมายข้อมูลจากหลักฐานที่รวบรวมมาได้แม้จะไม่ครอบคลุมก็ตาม ดังนั้น การวิจัยแบบผสมผสานจึงน่าจะทำได้คำตอบที่ครอบคลุมที่สุด

2.10.4 จุดมุ่งหมายของการวิจัยแบบผสมผสาน

จากการประมวลทัศนะของนักวิชาการ (Greene, Caracelli and Graham, 1989; Creswell and Clark, 2011) สามารถสรุปจุดมุ่งหมายของการวิจัยแบบผสมผสานได้ดังนี้

- 1) เพื่อแก้ไขจุดอ่อนและเสริมจุดแข็งของการวิจัยเชิงเดี่ยว (Mono method Research)
- 2) เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในผลการวิจัยด้วยการใช้วิธีต่าง ๆ ในการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation)
- 3) เพื่อเสริมความสมบูรณ์หรือเติมเต็มประเด็นที่แตกต่างของปรากฏการณ์ที่ศึกษา
- 4) เพื่อค้นหาประเด็นหรือข้อค้นพบที่ผิดปกติ ขัดแย้งหรือเป็นทัศนะใหม่
- 5) เพื่อนำผลการศึกษาในระยะหนึ่งไปใช้ให้เป็นประโยชน์ในอีกระยะหนึ่งของการวิจัย
- 6) เพื่อขยายงานวิจัยให้มีขอบเขตกว้างขวาง ลุ่มลึกมากขึ้น
- 7) เพื่อให้ได้ข้อมูลการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

นอกจากนี้ McMillan และ Schumacher (2010) ยังได้สรุปจุดมุ่งหมายวิธีวิทยาการวิจัยแบบผสมผสาน ซึ่งอาจเป็นประการใดประการหนึ่งหรือหลายประการดังนี้

- 1) เพื่อเป็นการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ให้เกิดความเชื่อมั่นในผลการวิจัยมากขึ้น
- 2) เพื่อเป็นการเสริมให้สมบูรณ์หรือเติมให้เต็ม เช่น ตรวจสอบประเด็นที่ซ้ำซ้อนหรือประเด็นที่แตกต่างของปรากฏการณ์ที่ศึกษา เป็นต้น
- 3) เพื่อเป็นการริเริ่ม เช่น ค้นหาประเด็นที่ผิดปกติ ค้นหาประเด็นที่มีความขัดแย้งหรือทัศนะใหม่ ๆ เป็นต้น
- 4) เพื่อเป็นการพัฒนา เช่น นำเอาผลจากการวิจัยในขั้นตอนหนึ่งไปใช้ให้เกิดประโยชน์กับการวิจัยในอีกขั้นตอนหนึ่ง เป็นต้น

5) เพื่อเป็นการขยายให้งานวิจัยมีขอบข่ายที่กว้างขวางมากขึ้น วิธีวิทยาการวิจัยแบบผสมผสานจำแนกออกเป็นสองลักษณะ คือ การประยุกต์ลักษณะเดียว (Single Application) และการประยุกต์ลักษณะพหุ (Multiple Application) โดยการผสมผสานนั้นเกิดขึ้นภายในขั้นตอนของการวิจัย ซึ่งกระบวนการวิจัยที่ใช้อาจเป็นเชิงปริมาณ แต่การรวบรวมข้อมูลอาจเป็นเชิงคุณภาพ หรือกลับกันหรือข้อมูลที่รวบรวมมาอาจเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ แต่อาจวิเคราะห์ให้เป็นเชิงปริมาณ ด้วยการปรับข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นเชิงปริมาณ หรือข้อมูลเชิงปริมาณ แต่วิเคราะห์ให้เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการปรับข้อมูลเชิงปริมาณให้เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพดังความแตกต่างของการวิจัยเชิงปริมาณกับการวิจัยเชิงคุณภาพ

การผสมผสานข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แนวคิดในการผสมผสานข้อมูลระหว่างข้อมูลเชิง ปริมาณกับข้อมูลเชิงคุณภาพนั้น ยังมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันในหมู่นักวิชาการ โดยบางท่านเห็นว่า ข้อมูลทั้ง 2 แบบ เข้ากันไม่ได้เนื่องจากใช้สมมติฐานทางญาณวิทยาที่แตกต่างกัน บางท่านเห็นว่า เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านเวลาในการทำการวิจัย จึงมีความจำเป็นที่จะต้องกำหนดขอบเขตของการศึกษา ซึ่งถือว่าเป็นอุปสรรคต่อการวิจัยที่จะใช้การผสมผสานข้อมูลระหว่างข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ ในขณะที่บางท่านเห็นว่าการผสมผสานวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณเข้าด้วยกัน อาจทำให้ได้ผลผลิตสุดท้ายที่สามารถแสดงให้เห็นคุณประโยชน์อย่างสำคัญของวิธีการวิจัยทั้งสองแบบอย่างเด่นชัด อย่างไรก็ดี สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงก็คือ แนวทางการวิจัยนั้นจะต้องเหมาะสมสอดคล้องกับคำถามการวิจัย มากกว่าความพึงพอใจต่อวิธีการวิจัยของแต่ละบุคคล ในการผสมผสานวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพนั้น เราสามารถนำมาใช้ได้ในลักษณะดังต่อไปนี้

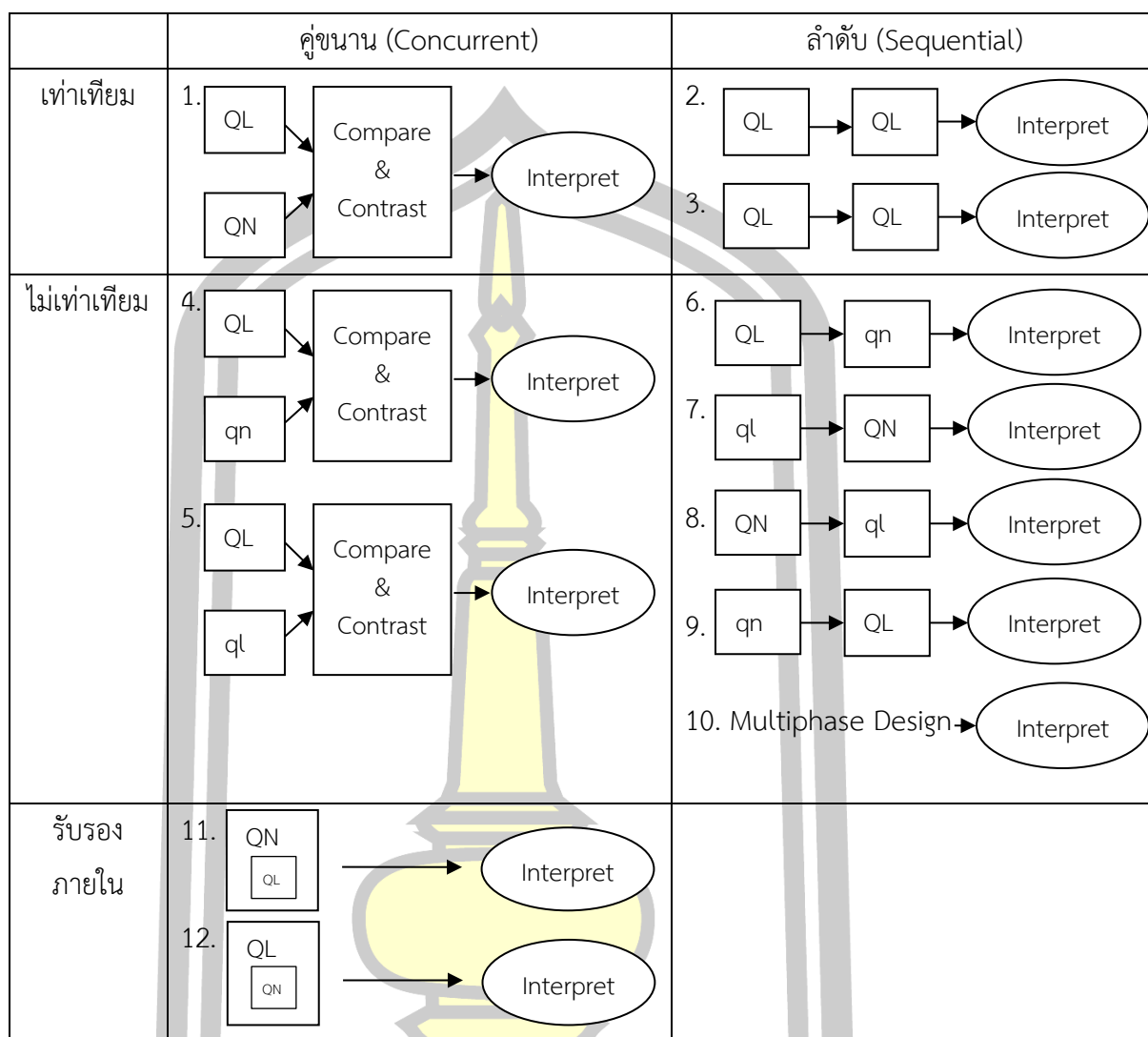
1) การใช้วิธีการวิจัยหนึ่งช่วยสนับสนุนอีกวิธีการวิจัยหนึ่ง เช่น วิธีการวิจัยเชิงปริมาณอาจแสดงให้เห็นถึงปรากฏการณ์หรือเหตุการณ์บางอย่างที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายปรากฏการณ์หรือเหตุการณ์เหล่านั้นได้ด้วยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

2) การใช้วิธีการวิจัยทั้งสองวิธีศึกษาหาคำตอบให้กับคำถามการวิจัยคำถามเดียวกัน เราอาจใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณเก็บรวบรวมข้อมูลที่ย่าง ๆ ไม่ซับซ้อน (Simple) หรือข้อมูลตัวเลขจากกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ และใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลที่ละเอียด หรือข้อมูลเชิงลึกจากกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเล็ก สิ่งหนึ่งที่จะต้องพิจารณาตั้งแต่เริ่มแรกก่อนตัดสินใจใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสานวิธีก็คือเรื่องเวลาและทรัพยากร ที่จะใช้ในการดำเนินการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ปกติครั้งที่วิธีการศึกษาแบบผสมผสานวิธีจะต้องใช้เวลาและงบประมาณมากกว่าวิธีการวิจัยเฉพาะแบบใดแบบหนึ่ง ดังนั้น จึงจำเป็นที่จะต้องพิจารณาเรื่องนี้อย่างรอบคอบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับเวลาและทรัพยากร ลักษณะสำคัญ ๆ ในแต่ละองค์ประกอบของวิธีการ วิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ที่ทำให้เกิดลักษณะของวิธีการวิจัยแบบผสมผสาน

2.10.5 แบบแผนการวิจัยผสมผสาน

จากทัศนะของ Brannen (2005) และ Creswell และ Clark (2011) สามารถสรุปแบบแผนของการวิจัยแบบผสมผสานได้ 12 แบบแผน ซึ่งมีทั้งแบบแผนที่ทำการศึกษาวิจัยระยะเดียวที่เรียกว่า แบบแผนคู่ขนาน (Concurrent or Simultaneous Design) แบบแผนที่ทำการศึกษาวิจัยสองระยะที่เรียกว่า แบบแผนลำดับขั้น (Sequential Design) และแบบแผนที่ทำวิจัยมากกว่าสองระยะที่เรียกว่า แบบแผนหลายระยะ (Multiphase or Multi-sequenced Design) แบบแผนที่ทำให้ความสำคัญกับวิธีเชิงปริมาณและวิธีเชิงคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน (Equivalent Status Design) แบบแผนที่ใช้วิธีใดวิธีหนึ่งเป็นวิธีหลักและอีกวิธีหนึ่งเป็นวิธีรอง (ไม่เท่าเทียมกัน) (Dominant-Less Dominant Design) และแบบแผนรองรับภายใน (Embedded Design) เพื่อให้เกิดความเข้าใจในแบบแผนต่าง ๆ ของการวิจัยแบบผสมผสานง่ายขึ้น ขออธิบายความหมายของข้อความและสัญลักษณ์ที่ใช้ในแต่ละแบบแผน ดังรูปภาพที่ 3





ที่มา : Brannen, 2007; Creswell and Clark, 2011

QL หมายถึง ใช้วิธีเชิงคุณภาพเป็นวิธีหลัก

QN หมายถึง ใช้วิธีเชิงปริมาณเป็นวิธีหลัก

ql หมายถึง ใช้วิธีเชิงคุณภาพเป็นวิธีรอง

qn หมายถึง ใช้วิธีเชิงปริมาณเป็นวิธีรอง

รูปภาพที่ 3 ข้อความและสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิจัยผสมผสานในแต่ละแบบแผน

คู่ขนาน หมายถึง การใช้วิธีเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพร้อม ๆ กัน เพื่อเสริมเติมเต็มซึ่งกันและกัน ดำเนินการวิจัยระยะเดียว

ลำดับชั้น หมายถึง การใช้วิธีเก็บข้อมูล เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแบบใดแบบหนึ่งเป็นวิธีหลักและอีกแบบเป็นวิธีรอง ดำเนินการวิจัยเป็นสองระยะ

เท่าเทียม หมายถึง การใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเป็นวิธีหลัก อย่างเท่าเทียมกัน

ไม่เท่าเทียม หมายถึง การใช้วิธีเก็บข้อมูลแบบใดแบบหนึ่งเป็นวิธีหลักและอีกแบบเป็นวิธีรองไม่ว่าจะดำเนินการวิจัยระยะเดียวหรือสองระยะก็ตาม

รองรับภายใน หมายถึง การใช้วิธีเก็บข้อมูลแบบใดแบบหนึ่งเป็นวิธีหลักและอีกแบบหนึ่งเป็นวิธีรอง แต่ประเด็นที่ศึกษาด้วยวิธีหลักและวิธีรองไม่ใช่ประเด็นเดียวกัน นิยมใช้แบบแผนนี้ในการวิจัยเชิงทดลองไม่ว่าจะดำเนินการวิจัยระยะเดียว (แบบดั้งเดิม) หรือสองระยะก็ตาม

แม้การวิจัยแบบผสมผสานจะมีหลายแบบแผน แต่ก็มิได้หมายความว่า นักวิจัยจะต้องยึดติดกับแบบแผนใดแบบแผนหนึ่ง แต่จะต้องมีศิลปะในการเลือกและผสมผสานวิธีวิทยาและวิธีรวบรวมข้อมูลที่เหมาะสมที่สุดกับความมุ่งหมายของการวิจัยภายใต้ทรัพยากรและสภาพแวดล้อมที่มีหรือเป็นอยู่

2.10.6 รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน

การวิจัยแบบผสมผสาน แบ่งออกได้ตามเวลาการดำเนินการวิจัย และความสำคัญของการวิจัยเป็น 6 รูปแบบ (Creswell, 2013) ได้แก่

1) การวิจัยแบบพร้อมกัน (Convergent Parallel Design) เป็นการที่นักวิจัยดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพพร้อมกันกับเชิงปริมาณ โดยให้ความสำคัญกับการวิจัยทั้ง 2 อย่างแบบเท่าเทียมกัน และนำผลมารวมกันในช่วงการแปลผลเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง หรือทำให้การวิจัยสมบูรณ์มากขึ้น

2) การวิจัยแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย (Explanatory Sequential Design) เป็นการวิจัยที่แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ช่วงแรกเป็นการวิจัยเชิงปริมาณก่อน ต่อจากนั้นเป็นการวิจัยคุณภาพเพื่อช่วยในการอธิบายผลให้กระจ่างยิ่งขึ้น

3) การวิจัยแบบขั้นตอนเชิงสำรวจ (Exploratory Sequential Design) เป็นการวิจัยที่แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ช่วงแรกเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ และนำผลมาต่อยอดด้วยการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อยืนยันและสามารถนำผลไปใช้ต่อไปในวงกว้าง

4) การวิจัยแบบรองรับภายใน (Embedded Design) เป็นการวิจัยที่มีการวิจัยย่อยเป็นเชิงคุณภาพหรือเชิงปริมาณภายในการวิจัยหลัก ไม่ว่าจะเป็นเชิงคุณภาพหรือเชิงปริมาณ เพื่อให้การวิจัยไปสนับสนุนการวิจัยหลักให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

5) การวิจัยแบบปฏิรูป (Transformative Design) เป็นการวิจัยที่นักวิจัยต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกรอบแนวคิดจากผลการวิจัย เป็นการวิจัยด้วยวิธีวิจัยหนึ่งแล้วต่อยอดอีกวิธีหนึ่ง แบบไหนก่อนก็ได้อย่างอิสระ เพื่อต้องการให้เกิดความร่วมมือสูงสุด มักดำเนินการในกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยาก แล้วนำผลของการศึกษามาสรุปร่วมกันในช่วงแปลผล

6) การวิจัยแบบหลายช่วง (Multi-Phase Design) เป็นการวิจัยที่มีหลายช่วงหลายรูปแบบ อาจมีทั้งแบบเป็นขั้นตอน และแบบพร้อมกัน เพื่อตอบปัญหาในการวิจัยอย่างเป็นระบบพร้อมกัน ซึ่งอาจต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของนักวิจัยเป็นกลุ่มใหญ่

ส่วน Tashakkori และ Teddie (1998) ได้นำเสนอรูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานไว้ 4 รูปแบบดังนี้

1) การวิจัยด้วยการศึกษาเชิงคุณภาพก่อน เพื่อที่จะนำผลการศึกษามาพัฒนาเครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (Qualitative Measures to Develop Quantitative Tools)

2) การวิจัยด้วยการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อที่จะนำผลการศึกษาไปอธิบายหรือสนับสนุนผลการศึกษาเชิงปริมาณ (Qualitative Methods to Explain Quantitative Results)

3) การวิจัยด้วยการศึกษาเชิงปริมาณ เพื่อที่จะเสริมให้ขนาดตัวอย่างในขั้นตอนการศึกษาเชิงคุณภาพมีขนาดใหญ่และเพียงพอ (Quantitative Methods to Enlarge on Qualitative Study)

4) การวิจัยด้วยการศึกษาเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณที่เท่าเทียมกันและดำเนินการไปพร้อม ๆ กันก่อน (Quantitative and Qualitative Methods Equal and Parallel)

2.10.7 ข้อดีและข้อจำกัดของวิธีการวิจัยแบบผสม

ข้อดี

1) ทำให้ได้คำตอบหรือสามารถตอบคำถามการวิจัยประเภทที่วิธีการเชิงปริมาณและวิธีการเชิงคุณภาพ เพียงวิธีการใดวิธีการหนึ่ง ไม่สามารถตอบได้อย่างครอบคลุม

2) ทำให้ได้คำตอบที่ก่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ในประเด็นที่ศึกษาอย่างกว้างขวางและลุ่มลึก

3) ทำให้นักวิจัยมีโลกทัศน์ทางวิชาการกว้างขวาง สอดคล้องกับความเป็นจริงของศาสตร์ทางสังคมหรือ การศึกษามากกว่าการที่ยึดมั่นถ้อยคำเพียงโลกทัศน์เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพียงอย่างเดียว

4) ช่วยให้นักวิจัยตั้งคำถามและวัตถุประสงค์ของการศึกษาหาคำตอบได้อย่างหลากหลาย และยังสามารถใช้เทคนิควิธีการอย่างหลากหลายในการหาคำตอบให้กับคำถามและวัตถุประสงค์การวิจัยข้อนั้น ๆ อีกด้วย

ข้อจำกัด

- 1) มีความยากในการดำเนินงานวิจัยโดยเฉพาะ นักวิจัยที่ถูกฝึกฝนมาเฉพาะแนวทางการวิจัยแนวทางใด แนวทางหนึ่งเท่านั้น
- 2) สิ้นเปลืองทรัพยากรในการดำเนินงานมากกว่า ทั้งเรื่องระยะเวลาและงบประมาณในการวิจัย
- 3) ยังไม่มีรูปแบบของการเขียนรายงานที่ชัดเจนว่าควรเขียนอย่างไร
- 4) ผลการศึกษาหรือข้อค้นพบที่ขัดแย้งกัน ทำให้ยากแก่การนำไปใช้และสร้างความเข้าใจต่อผู้อ่าน

โดยสรุป แนวคิดการวิจัยผสมผสาน ให้ความสำคัญการเทคนิคการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพควบคู่กันหรือเสริมกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลาย ทั้งในภาพกว้างและเชิงลึก จะทำให้ผลการศึกษา มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น สำหรับในการวิจัยนี้ เป็นการวิจัยผสมผสานของ Creswell (2013) โดยใช้แบบแผนรองรับภายใน (Embedded Design) ซึ่งเป็นการวิจัยที่มีการวิจัยย่อยเป็นเชิงคุณภาพหรือเชิงปริมาณภายในการวิจัยหลัก ทั้งนี้ ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ระยะ ในระยะที่ 1 ใช้การวิจัยเชิงปริมาณเป็นหลักและการใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นส่วนเสริม ระยะที่ 2 ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลักและการใช้การวิจัยเชิงปริมาณเป็นส่วนเสริม ส่วนระยะที่ 3 ใช้การวิจัยเชิงปริมาณเป็นหลักและการใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นส่วนเสริม

2.11 แนวคิดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพนี้ เป็นเครื่องมือสำคัญที่เหมาะสมกับความต้องการของประชาชนและชุมชนในการสร้างโอกาสการเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อเพิ่มศักยภาพและความสามารถในการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ ตามองค์ประกอบที่สำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ข้อ (กองสุศึกษา, 2561) ได้แก่

- 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ
- 2) ความรู้ความเข้าใจ
- 3) การสื่อสารโต้ตอบ ชักถาม
- 4) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง
- 5) การจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง
- 6) การเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น หรือบอกต่อเพื่อการมีสุขภาพดี

ความรอบรู้ทั้ง 6 องค์ประกอบ จะส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพใน 3 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐานหรือ Functional Health Literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

ระดับที่ 2 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ หรือ Communicative/ Interactive Health Literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและการมีพหุปัญญา (Cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (Social Skill) ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ระดับที่ 3 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ หรือ Critical Health Literacy ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ความฉลาดทางสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณเน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล (Individual Action) และการมีส่วนร่วมผลักดันสังคม การเมืองไปพร้อมกัน จึงเป็นการเชื่อมโยงของบุคคลกับสังคมและสุขภาพของประชาชนทั่วไป (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล, 2558; ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมลตรี เพชรศรีอุไร, 2554)

ดังนั้น กระบวนการเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมาจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญ ในการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชน ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี ทั้งในกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย รวมทั้งในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันหรือลดผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีรายใหม่ และผู้ติดเชื้อไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือกลายเป็นตับอักเสบรวมถึง รวมทั้ง ไม่กลายเป็นตับแข็งและมะเร็งในตับ โดยมีการออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับ 6 องค์ประกอบ และเป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 3 ระดับ

2.12 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.12.1 งานวิจัยเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบี

Imsamran และคณะ (2015) ทำการศึกษาและรวบรวมสถิติของมะเร็งในประเทศไทย ข้อมูลในปี ค.ศ. 2010 - 2012 พบว่ามะเร็งตับเป็นอันดับหนึ่งในเพศชาย อัตราป่วย 33.9 ต่อประชากรแสนคน และพบเป็นอันดับ 3 ในเพศหญิง อัตราป่วย 12.9 ต่อประชากรแสนคน โดยพบมากในกลุ่มอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป เมื่อจำแนกเป็นรายพื้นที่พบว่า จังหวัดขอนแก่น พบอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งตับสูงที่สุด รองลงมา คือ จังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดอุดรธานี

Ziraba และคณะ (2010) ทำการศึกษาเรื่อง Sero-Prevalence and Risk Factors for Hepatitis B Virus Infection among Health Care Workers in a Tertiary

Hospital in Uganda เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับโรคไวรัสตับอักเสบบีในบุคลากรของโรงพยาบาล เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) จำนวน 370 ตัวอย่าง ผลการศึกษาพบความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในปัจจุบันของตัวอย่าง ร้อยละ 8.1 และพบว่าตัวอย่างมีภูมิคุ้มกันจากการติดเชื้อ ร้อยละ 23.0 ส่วนมีภูมิคุ้มกันจากการฉีดวัคซีน ร้อยละ 3.0 ส่วนคนที่ยังไม่ติดเชื้อและยังไม่มีภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 48.9 ด้านปัจจัยเสี่ยงพบว่า การเป็นเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ (OR_{adj} 12.23 [95%CI 1.85, 81.08]) และผู้ช่วยพยาบาล (OR_{adj} 17.78 [95%CI 2.17, 45.87]) มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษายังชี้ว่าบุคลากรของโรงพยาบาลที่ต้องสัมผัสคลุกคลีกับผู้ป่วยโดยเฉพาะสารคัดหลั่งมีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบี ในขณะที่การฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีของกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวอยู่ในระดับต่ำ

Tseng และคณะ (2012) ทำการศึกษาเรื่อง Sero-Prevalence of Hepatitis Virus Infection in Men Who Have Sex With Men aged 18 - 40 years in Taiwan เพื่อศึกษาความชุกของการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอายุ 18 - 40 ปี จำนวน 1,128 ตัวอย่าง ในประเทศไต้หวัน เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มตัวอย่างมีความชุกของการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 10.0 โดยตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) พบความชุกของการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 16.4 ส่วนตัวอย่างที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี พบความชุกของการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 6.2 ซึ่งการศึกษานี้สรุปว่า ความชุกของการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายหรือชายรักชายค่อนข้างสูง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อมีไม่ติดเชื้อเอชไอวี หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งสะท้อนว่าโรคไวรัสตับอักเสบบีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย

Garima Mittal และคณะ (2013) ได้ทำการศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของโรคไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มประชาชน (Population Based) ในประเทศอินเดีย เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางตัวอย่าง จำนวน 495 ราย พบความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 2.8 ส่วนด้านปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับโรคไวรัสตับอักเสบบี ได้แก่ มีประวัติรับเลือดหลายครั้ง สมาชิกในครอบครัวมีผู้ติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบีและระดับการศึกษา ข้อสรุปสำคัญที่ได้จากการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในตัวอย่างโลหิตบริจาค รวมทั้งการคัดกรองผู้ที่ประสงค์จะบริจาคโลหิต

Leroi และคณะ (2016) ได้ทำการศึกษา เรื่อง Prevalence of Chronic Hepatitis B Virus Infection in Thailand: a Systematic Review and Meta-analysis ซึ่งเป็นการศึกษาความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง ในประเทศไทย โดยทบทวนงานวิจัยที่ตีพิมพ์

ในวารสารระหว่างปี ค.ศ. 1975 - 2015 จำนวน 54 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคไวรัสตับอักเสบบีมีการระบาดไปในวงกว้าง คาดประมาณว่าทั่วโลกจะมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง (Chronic Hepatitis B Virus [CHBV]) จากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B Virus [HBV]) ถึง 240 ล้านคน และจะมีอย่างน้อย ร้อยละ 25 ที่ได้รับผลกระทบโดยมีโอกาสมากลายเป็นโรคตับแข็งและมะเร็งตับ ซึ่งมีผู้เสียชีวิตประมาณ 8 แสนรายต่อปี ผลการศึกษาความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังในประเทศไทยพบว่า ในภาพรวมแนวโน้มพบผู้ป่วยลดลง ความชุกของการติดเชื้อในประชากรทั่วไป ร้อยละ 5.14 (95%CI 4.32, 6.03) แต่ยังคงมีความชุกอยู่ในระดับสูงในประชากรบางกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ขายเสฟติคชนิดฉีด ร้อยละ 8.50 (95%CI 3.65, 18.08) กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 8.05 (95%CI 6.62, 9.67) และกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 5.19 (95%CI 3.47, 7.22) เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่าในกลุ่มอายุ 25 ปีขึ้นไป ยังพบความชุกต่อการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบีอยู่ในระดับสูง ส่วนกลุ่มอายุที่มีความชุกของการติดเชื้อสูงสุดคือ อายุ 55 ปีขึ้นไป โดยคาดประมาณว่าจะพบผู้ติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบีกว่า 1.1 ล้านคน และคาดประมาณว่าคนไทยในประชากรทั่วไปจะมีความชุกต่อการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 5

Jongh และคณะ (1992) ได้ทำการศึกษาการรอดชีพและปัจจัยพยากรณ์การเป็นโรคตับแข็งและมะเร็งในตับของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง (Chronic HBV) จำนวน 89 ราย ในปี ค.ศ. 1970 - 1990 โดยมีระยะการติดตามเฉลี่ย 4.3 ปี โอกาสในการรอดชีพในปีแรก ร้อยละ 92 และในปีที่ 5 ร้อยละ 71 ผลการวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคตับแข็งและโรคมะเร็งตับพบว่าตัวแปร อายุ, ค่าเอนไซม์ *Aspartate Aminotransferase* (AST), บิลิรูบิน (*Bilirubin*) และมีการท้องมานหรือบวม (*Ascites*) มีความสัมพันธ์กับระยะปลอดเหตุการณ์ (*Survival Time*)

Tao และคณะ (2016) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคไวรัสตับอักเสบบีกับอาการทางคลินิกและศึกษาการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งในท่อน้ำดี (*Intrahepatic Cholangiocarcinoma*) เป็นการศึกษา *Retrospective Study* โดยในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งในท่อน้ำดีจำนวน 97 ราย ได้ทำการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม ตามผลการตรวจ HBsAg และ Anti HBs ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มที่ตรวจพบ HBsAg และ Anti HBs เป็นบวกทั้งคู่ ซึ่งเป็นกลุ่ม 1 มีอัตราการรอดชีพต่ำที่สุด ส่วนในกลุ่มที่ตรวจพบ HBsAg และ Anti HBs เป็นลบทั้งคู่ ซึ่งเป็นกลุ่ม 2 มีอัตราการรอดชีพสูงที่สุด ส่วนกลุ่มที่ตรวจ HBsAg เป็นลบคือกลุ่มที่ 3 อัตราการรอดชีพอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีอัตราการรอดชีพในปีที่ 5 ในกลุ่มที่ 1, 2 และ 3 คิดเป็น ร้อยละ 0.0, 0.0 และ 50.0 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีมีความสัมพันธ์กับมะเร็งท่อน้ำดี คือ อายุ, CA 19-9 (*Cancer Antigen*), Alpha Fetal Protein (AFP), Prothrombin Time และโรคตับแข็ง

Mittal และคณะ (2013) ได้ทำการศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (*Cross-Sectional Study*) ในชุมชน

(Community Based) จำนวน 495 ตัวอย่าง พบผู้ติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบีจำนวน 14 ราย ร้อยละ 2.8 ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบี ได้แก่ การได้รับเลือดหลายครั้ง (OR 2.63; 95%CI 0.99, 6.99; p 0.054), สมาชิกในครอบครัวเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี (OR 4.55 95%CI 1.48–13.4, p 0.007) ไปพบแพทย์หรือหมอเถื่อน (OR 2.9; 95%CI: 0.97, 8.36; p 0.038). และระดับการศึกษาต่ำ (OR 2.28; 95%CI 0.94, 5.56; p 0.098)

Frew และคณะ (2017) ทำการศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มนักท่องเที่ยวในประเทศไทย เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,680 คน ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเดินทางมาเที่ยวเคยได้ยินหรือรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคไวรัสตับอักเสบบีร้อยละ 63 และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวัคซีนโรคไวรัสตับอักเสบบีคิดเป็นร้อยละ 69 ด้านความรู้สามารถตอบได้เกี่ยวกับช่องทางการติดต่อของโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีคิดเป็นร้อยละ 24 ด้านทัศนคติพบว่านักท่องเที่ยวไม่สามารถประเมินหรือประเมินความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีในประเทศในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 40 ด้านพฤติกรรมเสี่ยงของนักท่องเที่ยวที่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 20 ส่วนมีประวัติเคยฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีคิดเป็นร้อยละ 31 และในการศึกษานี้แบ่งกลุ่มเสี่ยงออกเป็น 2 ระดับ กลุ่มเสี่ยงต่ำหรือไม่เสี่ยง และกลุ่มเสี่ยงสูง แล้วหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความเสี่ยง พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบี ได้แก่ อายุ (OR_{adj} 0.94; 95%CI 0.90, 0.97), เพศชาย (OR_{adj} 0.61; 95%CI 0.47, 0.80) และระยะเวลาในการท่องเที่ยวมากกว่า 1 เดือน (OR_{adj} 0.45; 95%CI 0.22, 0.92)

Bauer Staeb และคณะ (2017) ทำการศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มประชากรที่มีความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรง รูปแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวางในชุมชน (Population Based) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรงจำนวน 97,797 ราย พบผู้ติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบีอยู่ 518 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.53 โดยคนที่ที่มีความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบีอยู่ 2.29 เท่า (95%CI 2.09, 2.51, p < 0.001) เมื่อเปรียบเทียบกับคนทั่วไป ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบี ได้แก่ อายุ สถานทางเศรษฐกิจและสังคม

Taylor และคณะ (2009) เป็นการศึกษาเกี่ยวกับคุณลักษณะทางประชากรและอาการทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีต่อการเสียชีวิตด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบี และเป็นมะเร็งในตับ เป็นการศึกษาแบบการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematically Reviewed) ทำการทบทวนหรือศึกษาในบทความวิจัยจำนวน 41 เรื่อง ที่ตีพิมพ์ในวารสาร Medline ระหว่างปี ค.ศ. 1993 - 2007 ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตและเป็นมะเร็งตับ ได้แก่ การเป็นโรคตับแข็ง ระดับเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบีในเพศชาย และในผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิด

เรื้อรังหลายคนมีอาการที่คลินิกที่ค่อนข้างต่ำ ซึ่งขึ้นอยู่กับพื้นฐานของผู้ป่วยและระยะเวลาที่เป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี

Sriamporn และคณะ (1996) ได้ทำการศึกษาการเป็นมะเร็งในประเทศไทยปี ค.ศ. 1988 – 1991 ในพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ ขอนแก่น กรุงเทพฯ สงขลา พบว่ามะเร็งตับพบเป็นอันดับหนึ่งในเพศชาย อัตราป่วย 26.8 ต่อประชากรแสนคน และพบเป็นอันดับ 2 ในเพศหญิง อัตราป่วย 12.2 ต่อประชากรแสนคน เมื่อดูการกระจายชนิดของมะเร็งระหว่างมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีจำแนกรายจังหวัดพบว่า กรุงเทพมหานครพบมะเร็งตับมากที่สุด ร้อยละ 70.8 จังหวัดขอนแก่น พบมะเร็งท่อน้ำดีมากที่สุด ร้อยละ 89.0 จังหวัดเชียงใหม่พบเป็นมะเร็งตับมากกว่าเล็กน้อย โดยพบมะเร็งตับร้อยละ 47.9 ส่วนจังหวัดสงขลาพบมะเร็งตับมากที่สุด ถึงร้อยละ 95.9 แต่ยังไม่พบข้อมูลที่ไม่สามารถระบุชนิดของมะเร็งได้เป็นจำนวนมาก ถึงร้อยละ 76.9

เด่นพงษ์ วงศ์วิจิตร และคณะ (2557) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายรักชาย ภาคเหนือตอนบน ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2557 ในพื้นที่ 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย และจังหวัดพะเยา ผลการศึกษาพบว่า การสักเจาะผิวหนัง ลิ่น และอายุ มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กล่าว คือ คนที่มีอายุมากขึ้นจะมีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมากขึ้น

สมหญิง งามอรุณเลิศ และคณะ (2560) ได้ทำการศึกษาความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและภาวะติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีแบบซ่อนเร้นในคนไทยสุขภาพดี ซึ่งเกิดหลังนโยบายแผนงานขยายการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในทารกแรกเกิด ศึกษาในกลุ่มนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ในมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติซึ่งเป็นอาสาสมัครที่มีสุขภาพดีจำนวนทั้งสิ้น 5,886 คน ระหว่างปี พ.ศ. 2552 - 2554 ทดสอบการติดเชื้อด้วยการตรวจ HBsAg, anti-HBs และ anti-HBc ผลการศึกษาตรวจไม่พบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดยตรวจไม่พบ HBV markers ใดๆ ร้อยละ 78.0 (4,593/5,886) มีภูมิคุ้มกันจากการฉีดวัคซีน โดยพบ anti-HBs อย่างเดีย্বর้อยละ 18.4 (1,083/5,886) ตรวจพบการติดเชื้อโดยพบ Markers ของการติดเชื้อร้อยละ 3.6 (210/5,886) และพบผู้ติดเชื้อร้อยละ 1.4 (80/5,886) ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของนโยบายแผนงานขยายการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในทารกแรกเกิดที่บรรลุเป้าหมาย

ธนกร ประุงวิทยา และคณะ (2555) ได้ทำการศึกษาอัตราการตรวจพบผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีในผู้ป่วยโรคมะเร็งตับรายใหม่ที่มาใช้บริการที่สถาบันมะเร็งระหว่าง พ.ศ. 2550 - 2552 ผลการศึกษาพบผู้ป่วยมะเร็งตับ 119 รายเป็นชาย 92 ราย (ร้อยละ 77.3) หญิง 27 ราย (ร้อยละ 22.7) และพบผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) 58 ราย (ร้อยละ 48.7) ผู้ป่วยมะเร็งตับที่มีผลตรวจไวรัสตับอักเสบบี (anti-HCV) 48 รายพบ anti-HCV 13 ราย (ร้อยละ 27.1) และผู้ป่วยมะเร็งตับเพศชายถูกตรวจพบ HBsAg และ anti-HCV มากที่สุดคือร้อยละ 50.0 และร้อยละ

33.3 ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนว่าโรคไวรัสตับอักเสบบีและโรคไวรัสตับอักเสบบีซีเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในผู้ป่วยโรคมะเร็งในตับ

2.12.2 งานวิจัยเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดโรคไวรัสตับอักเสบบี

Kao (2015) ได้ทำการศึกษาเรื่องวันขึ้นโรคไวรัสตับอักเสบบีและการป้องกันโรคมะเร็งในตับในประเทศไต้หวัน ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก โดยเฉพาะในแถบทวีปเอเชีย ผลการศึกษาพบว่าวัคซีนโรคไวรัสตับอักเสบบีสามารถป้องกันและลดความชุกของการเกิดโรคไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มเด็กและเยาวชนได้เป็นอย่างดี และยังพบว่าวัคซีนไวรัสตับอักเสบบียังสามารถป้องกันการเกิดโรคมะเร็งในตับในหลายๆ ประเทศ ซึ่งสะท้อนถึงความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีด้วยวัคซีน ในแต่ละประเทศควรมีโปรแกรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันสำหรับเด็กและเยาวชนอย่างครอบคลุมและมีความสม่ำเสมอ

กานดา แจ่มจรัส (2558) ได้ทำการศึกษาเพื่อค้นหารูปแบบของกระบวนการในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยการแพทย์แผนไทยอย่างมีระเบียบแบบแผน ตลอดจนการบริหารจัดการอย่างเหมาะสมตามศักยภาพและอัตลักษณ์ของแต่ละสถานพยาบาล ที่มีหลักในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยการแพทย์แผนไทยในรูปแบบที่แตกต่างกันไป โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีความมุ่งหมาย 3 ประการคือ 1) ศึกษาความเป็นมาของกระบวนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยด้วยการแพทย์แผนไทย 2) ศึกษาสภาพปัจจุบันปัญหาและข้อเสนอแนะของกระบวนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีด้วยการแพทย์แผนไทย 3) พัฒนารูปแบบของกระบวนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีด้วยการแพทย์แผนไทย ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบกระบวนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีด้วยการแพทย์แผนไทยประกอบไปด้วย ขั้นตอนการวินิจฉัยประกอบด้วยการซักประวัติการตรวจร่างกายและการสรุปการตรวจวินิจฉัยซึ่งควรคำนึงถึงสภาพกายจิตสังคมของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม เน้นการตรวจผลเลือดรวมทั้งใช้เทคโนโลยีการแพทย์แผนปัจจุบันเข้ามาเสริม ส่วนขั้นตอนการดูแลรักษาเน้นการดูแลแบบองค์รวมคือการรักษาผู้ป่วยด้วยมิติกายจิตสังคมรักษาสสมดุลของธาตุสี่คือดินน้ำลมไฟรวมกับการใช้สมุนไพรเป็นยาและอาหาร อีกทั้งต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของอาหารแสดงอย่างเคร่งครัด และขั้นตอนที่สามคือการติดตามประเมินผลควรเน้นการดูแลการตรวจเลือดและการปรับปริมาณยา การแนะนำการรับประทานยาและการปฏิบัติตนเป็นการกระตุ้นให้คนไข้รู้สึกถึงความเอาใจใส่ของแพทย์แผนไทย และเปิดพื้นที่สังคมออนไลน์เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและติดต่อสื่อสารได้รวดเร็วและทั่วถึงมากขึ้น

อัญญาณี สิมารักษ์อำไพ และคณะ (2559) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีแบบเร่งรัดเร่งรัด (ให้ 3 เข็มในวันที่ 0, 4 และ 7) เปรียบเทียบกับการให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีแบบปกติ (ให้ 3 เข็มในวันที่ 0, 7 และ 28) ในบุคลากรที่ปฏิบัติงาน

ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาพบว่าประสิทธิผลของการให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีแบบเร่งรัดและแบบปกติ เท่ากับ ร้อยละ 83.4 และ 76.4 ตามลำดับ ซึ่งสรุปว่าการให้วัคซีนแบบเร่งรัดมีประสิทธิผลกว่าการให้วัคซีนแบบปกติเล็กน้อย

นริสา ตันทัย และคณะ (2556) ได้ทำการศึกษาความคุ้มค่าในการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบีในประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความคุ้มค่าด้านสุขภาพและผลกระทบด้านงบประมาณของการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ผลการศึกษาพบว่า การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) มีความคุ้มค่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การไม่ตรวจคัดกรองในประชากรทุกกลุ่มอายุ โดยยึดอายุและลดค่าใช้จ่ายจากการรักษาโรคแทรกซ้อน การให้วัคซีนผู้ที่ไม่มีภูมิคุ้มกัน ช่วยยืดอายุและค่าใช้จ่ายจากการรักษาโรคแทรกซ้อน โดยหากตรวจคัดกรองเฉพาะ HBsAg ในประชากรอายุ 21 ปีขึ้นไป ซึ่งมีอยู่ประมาณ 45 ล้านคน จะใช้งบประมาณ 13,600 ล้านบาท ส่วนหากมีการคัดกรอง HBsAg ร่วมกับฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีจะใช้งบประมาณ 33,500 ล้านบาท ซึ่งถือว่าคุ้มค่าเมื่อเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเมื่อเกิดโรคแทรกซ้อนในอนาคตซึ่งควรมีการตรวจคัดกรองและการให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในระบบสุขภาพ โดยให้มีรูปแบบไปตามความสามารถในการจ่ายเงินและการบริหารจัดการในแต่ละกองทุน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อ การส่งต่อหรือติดตามผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสม รวมทั้งการส่งเสริมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง หรือป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไปยังบุคคลอื่นยังไม่มีเป็นรูปธรรมหรือมีความชัดเจน ดังนั้น ในการวิจัยนี้ จะเป็นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบในการควบคุมป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบีรายใหม่ การติดตามเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังไม่ให้อาการแทรกซ้อน กลายเป็นโรคตับแข็งและมะเร็งในตับ โดยการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้เสีย

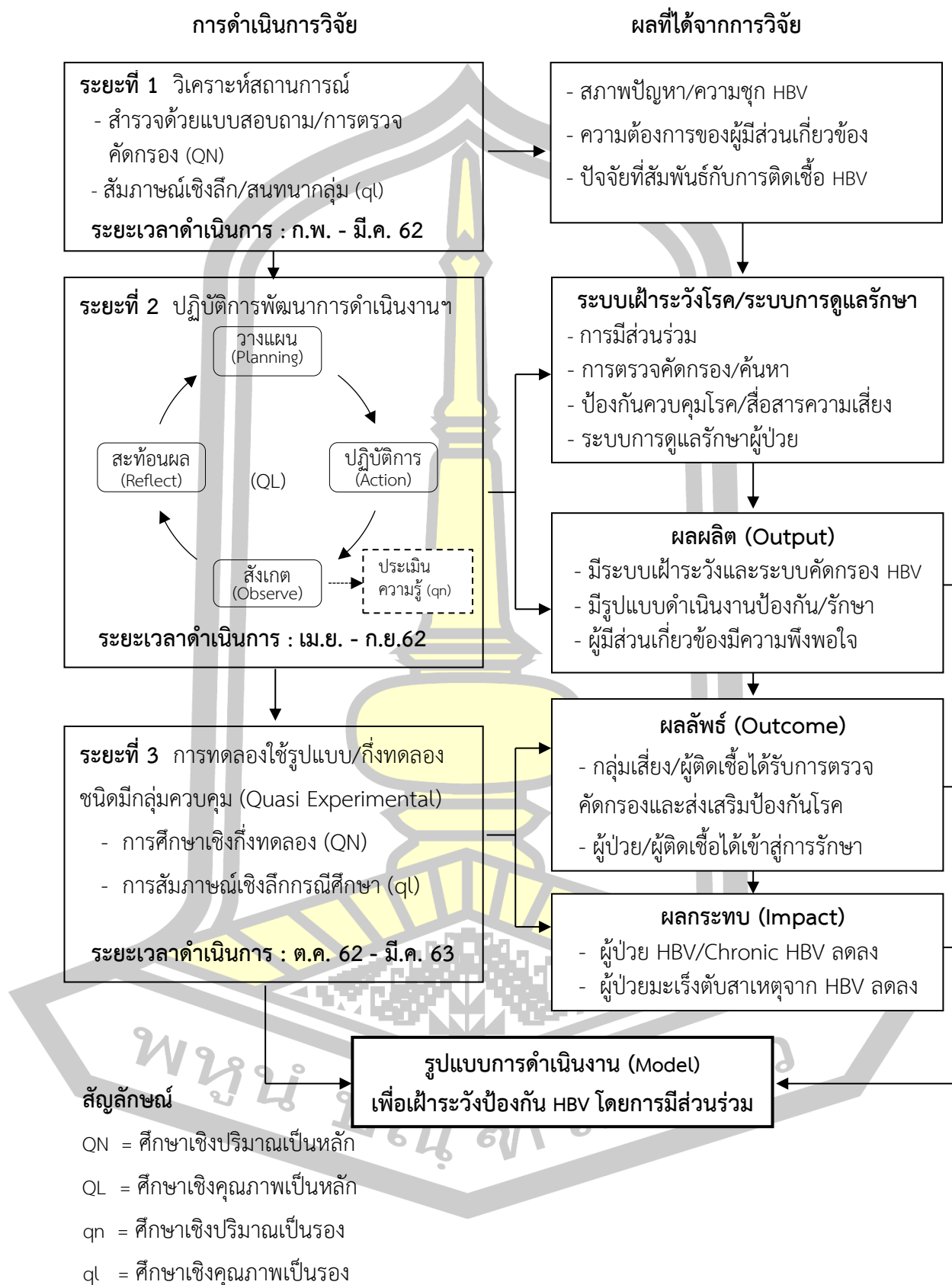
จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่า โรคไวรัสตับอักเสบบี ยังเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุข ถึงแม้แนวโน้มโรคลดลงแต่ภาระโรคยังอยู่ในระดับสูง โรคไวรัสตับอักเสบบีมีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การมีคู่นอนหลายคน การรับเลือด การสักเจาะผิวหนัง การอาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ติดเชื้อ การเป็นบุคลากรทางการแพทย์ เช่น เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ผู้ช่วยพยาบาล ผลกระทบที่สำคัญของโรคไวรัสตับอักเสบบี คือ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของมะเร็งตับ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของโลกและในประเทศไทย ผลจากการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีทำให้ความชุกของโรคลดลง อย่างไรก็ตามพบว่าในกลุ่มอายุมากกว่า 26 ปี ขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนและมีสถานการณ์ของโรคไวรัสตับอักเสบบีอยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วง โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสาเหตุที่ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีอาการใด ๆ ในช่วงแรก ๆ หรืออาจไม่แสดงอาการเลย หรือแสดงอาการที่ไม่รุนแรงและส่วนใหญ่หายเองได้และมีวัคซีน

ป้องกันโรค อาจเป็นเหตุผลหนึ่งทำให้ผู้ติดเชื้อไม่เข้ารับการตรวจรักษาหรือไม่มีการป้องกันโรค และกลุ่มเสี่ยงหรือประชาชนทั่วไปไม่ตระหนักในการป้องกันตนเองจากพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ สำหรับโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง (Chronic HBV) ยังต้องมีการติดตามเพื่อดูแลรักษา เพื่อลดแนวโน้มหรือผลกระทบในระยะยาว และถึงแม้ประเทศไทยมีแผนยุทธศาสตร์เพื่อที่จะแก้ไขปัญหาและการดำเนินงานควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบีจนถึงปี พ.ศ. 2564 แต่การดำเนินงานยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน กลุ่มเสี่ยงยังไม่ได้การตรวจคัดกรองที่ครอบคลุม ผู้ป่วยไม่ได้รับการติดตามเพื่อดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง งานวิจัยหลาย ๆ ชิ้น ได้พยายามหารูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกันและแก้ไข ซึ่งพบว่ากระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้การดำเนินการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเกิดความยั่งยืนและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ทำการทบทวนในประเด็นการพัฒนากระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อ การส่งต่อหรือติดตามผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสม รวมทั้งการส่งเสริมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง หรือป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไปยังบุคคลอื่นยังไม่เป็นรูปธรรมหรือมีความชัดเจน ดังนั้น ในการวิจัยนี้ จะเป็นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบในการควบคุมป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบีรายใหม่ การติดตามเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังไม่ให้มีอาการแทรกซ้อน กลายเป็นโรคตับแข็งและมะเร็งตับ โดยการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้เสีย และเพื่อให้ได้ผลการศึกษามีรายละเอียดที่ครบถ้วนทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ จึงได้นำแนวคิดการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) โดยใช้วิธีแบบแผนรองรับภายใน (Embedded Design) ซึ่งเป็นการวิจัยที่มีการวิจัยย่อยเป็นเชิงคุณภาพหรือเชิงปริมาณภายในการวิจัยหลัก มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินการวิจัยนี้

2.13 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชน จังหวัดยโสธรครั้งนี้ มีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังรูปภาพที่ 4

พญ. ปณ. จิต ชีวะ



รูปภาพที่ 4 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Frameworks)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดรายละเอียดของการศึกษาไปตามระยะของการศึกษา ซึ่งมีอยู่ 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

3.1 รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยใช้วิธีวิจัยแบบแผนรองรับภายใน (Embedded Design) มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินการวิจัยนี้ ในแต่ละระยะจะมีทั้งการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อช่วยอธิบายหรือยืนยันผลการศึกษาร่วมกัน กระบวนการดำเนินการวิจัยมี 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การเตรียมการและวิเคราะห์สถานการณ์

ในขั้นตอนนี้จะศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณเป็นหลักเพื่อสำรวจสภาพปัญหาของโรคไวรัสตับอักเสบซี และการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง จากนั้นจะเป็นการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อเป็นข้อมูลเสริมการศึกษาเชิงปริมาณ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นสภาพปัญหาและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไวรัสตับอักเสบซี แล้วทำการสรุปแปลผลจากข้อมูลทั้ง 2 ส่วน กระบวนการวิจัยในระยะที่ 1 รายละเอียดดังนี้

1) การประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการวิจัยกระบวนการตลอดจนระยะเวลาในการจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างชัดเจนและตรงกันแก่ทีมวิจัย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

2) การสำรวจข้อมูลพื้นฐานสภาพปัญหาด้วยแบบสอบถาม และตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบื้องต้นด้วยแบบสอบถาม (Verbal Screening) และผู้ที่มีความเสี่ยงจะได้รับการตรวจยืนยันด้วยการตรวจ HBsAg โดยวิธีการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว

3) การสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Information) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและปัจจัยเสี่ยงวิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาบริบทในพื้นที่

4) การวิเคราะห์สภาพปัญหาร่วมกันเพื่อนำข้อมูลไปเป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการพัฒนาการดำเนินงาน

ในขั้นตอนนี้ ใช้กระบวนการตามกรอบแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกต (Observe) และขั้นการสะท้อนผล (Reflect) โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลัก ซึ่งมีทั้งการสนทนากลุ่มและการประชุมเชิงปฏิบัติการผู้มีส่วนได้เสีย รวมทั้ง การศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณเป็นส่วนเสริมเกี่ยวกับการประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้ได้รูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม รายละเอียดดังนี้

1) ขั้นการวางแผน (Planning) หลังจากได้ทำการวิเคราะห์สภาพปัญหาการระบาดของโรคไวรัสตับอักเสบบี และปัญหาหรือข้อจำกัดในระบบเฝ้าระวังในรูปแบบเดิม การดำเนินการมาตรการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ หลังจากนั้น จะมีการประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อแสวงหาทางออก กำหนดมาตรการดำเนินงานเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหา รวมทั้ง ร่วมกันพัฒนาแผนการดำเนินงานโดยกระบวนการมีส่วนร่วม

2) ขั้นการปฏิบัติการ (Action) ในขั้นตอนนี้เป็นการดำเนินงานตามแผนที่ทีมผู้วิจัยได้ร่วมกันทำขึ้น

3) ขั้นการสังเกตการณ์ (Observing) ในขั้นตอนนี้จะเป็นการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนดไว้ ทั้งการสังเกตและประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีด้วยแบบสอบถามสำหรับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

4) ขั้นการสะท้อนผล (Reflecting) ในขั้นตอนนี้จะเป็นการสะท้อนผลการดำเนินการตามแผนที่ทีมวิจัยในระดับพื้นที่ เจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและชุมชน โดยการประชุมประชาคมและสรุปสถานการณ์คืนข้อมูลในเวทีประชุมประจำเดือน

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบ (Testing the Intervention)

ขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณเป็นหลัก โดยการนำรูปแบบการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีที่พัฒนาขึ้น ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในชุมชนที่เป็นผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental) ชนิดมีกลุ่มควบคุม และการประเมินความพึงพอใจของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับรูปแบบที่พัฒนาขึ้น รวมทั้ง การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นส่วนเสริม โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเด่น เช่น ผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นตับแข็ง หรือมะเร็งตับ เพื่อศึกษาข้อมูลเชิงลึกหาความเชื่อมโยงกับโรคไวรัสตับอักเสบบี และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

3.2 ประชากร ตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากรในการศึกษา

ในการวิจัยนี้ประชากร คือ ประชาชนในตำบลหนองคู อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร อายุ 26 ปีขึ้นไป จำนวน 4,048 คน

3.2.2 ตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีหลายระยะและหลายขั้นตอน จึงขอเสนอรายละเอียดของตัวอย่าง ขนาดตัวอย่าง และการสุ่มตัวอย่าง ไปตามขั้นตอนของการวิจัยซึ่งมีอยู่ 3 ระยะ รายละเอียดดังต่อไปนี้

1) กลุ่มตัวอย่างขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์

ในขั้นตอนนี้จะเป็นการศึกษาเกี่ยวกับสภาพปัญหาของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และรูปแบบการควบคุมป้องกันโรค รวมทั้งการดูแลรักษาในช่วงที่ผ่านมาโดยการสำรวจข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) สำหรับกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนนี้รายละเอียดดังนี้

(1) กลุ่มตัวอย่างในการสำรวจสภาพปัญหาและการตรวจคัดกรอง เป็นประชาชนในชุมชนที่มีอายุ 26 ปีขึ้นไป หรือเกิดหลังปี พ.ศ. 2535 โดยชุมชนหรือพื้นที่ศึกษาทำการคัดเลือกจากตำบลที่มีความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบีสูงที่สุด 5 อันดับแรกของจังหวัดยโสธรในช่วง 5 ปี ย้อนหลัง ได้แก่ ตำบลหนองคู อำเภอเมืองยโสธรซึ่งมีประชากรอายุ 26 ปีขึ้นไป จำนวน 4,048 คน คำนวณขนาดตัวอย่างได้ จำนวน 1,258 ตัวอย่าง ทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย จากรายชื่อที่อยู่ในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาศัยอยู่จริงต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 1 ปี การกำหนดขนาดตัวอย่างในการศึกษา ใช้สูตรการคำนวณเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากรด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Cochran, 1977) รายละเอียดดังนี้

$$n_o = \frac{Z^2 \frac{a}{r^2} \frac{q}{p}}{2}$$

$$n = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o}{N}}$$

n คือ ขนาดตัวอย่างที่ต้องการกรณีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

n_o คือ เป็นขนาดตัวอย่างเริ่มแรก

N คือ จำนวนประชากรศึกษาทั้งหมดจำนวน 4,048 คน

$Z_{\alpha/2}$ คือ ระดับความเชื่อมั่นในการประมาณค่าสถิติ ซึ่งกำหนด ณ ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนี้

$$Z_{\alpha/2} = Z_{0.025} = 1.96$$

p คือ สัดส่วนของประชากรที่เป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 5.0 (Leroi et al., 2016)

q คือ สัดส่วนของประชากรที่ไม่เป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี หรือ 1-p

r คือ ความคลาดเคลื่อนสัมพัทธ์ (Relative Standard Error) กำหนดที่ร้อยละ 20 หรือ 0.20

แทนค่าในสูตรดังนี้

$$n_0 = \frac{1.96^2 \times 0.95}{0.2^2 \times 0.05} = 1,824.8$$

$$n = \frac{1,824.8}{1 + \frac{1,824.8}{4,048}} = 1,257.8$$

ขนาดตัวอย่างในการศึกษาขั้นตอนนี้ จำนวน 1,258 ตัวอย่าง

(2) กลุ่มตัวอย่างสำหรับสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อทำการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับสภาพปัญหาของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี สุ่มเลือกอย่างง่ายจากผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง จำนวน 6 คน

(3) กลุ่มตัวอย่างสำหรับสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหาของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง (Key Informants) ได้แก่

(3.1) แพทย์	จำนวน	2	คน
(3.2) พยาบาล	จำนวน	2	คน
(3.3) นักวิชาการสาธารณสุข	จำนวน	2	คน
(3.4) ตัวแทนท้องถิ่น, ผู้นำชุมชน และอสม.	จำนวน	6	คน
รวม		12	คน

2) กลุ่มตัวอย่างขั้นตอนการปฏิบัติการพัฒนาดำเนินงาน

เป็นขั้นตอนการพัฒนาการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี ใช้กระบวนการตามกรอบแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart โดยมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกต (Observe) และขั้นการสะท้อนผล

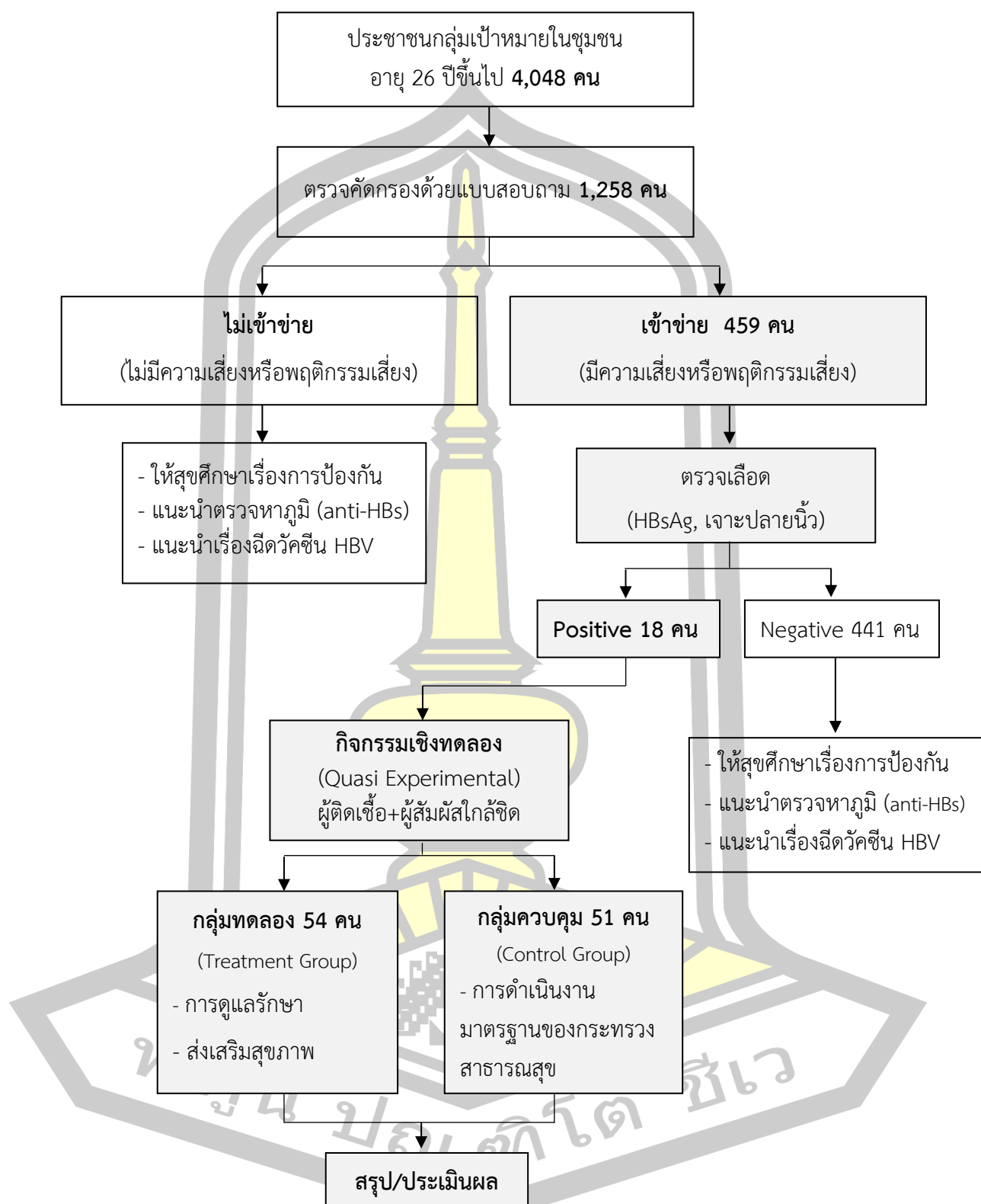
(Reflect) กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนนี้ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอเมืองยโสธร ส่วนตัวแทนชุมชน อสม. ท้องถิ่น และแกนนำผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในพื้นที่ตำบลหนองคู คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน ได้แก่

1) พยาบาลวิชาชีพ	จำนวน	3	คน
2) นักวิชาการสาธารณสุข	จำนวน	4	คน
3) ตัวแทนท้องถิ่น	จำนวน	2	คน
4) ผู้นำชุมชน	จำนวน	3	คน
5) แกนนำ อสม.	จำนวน	9	คน
6) แกนนำผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	จำนวน	9	คน
	รวม	30	คน

3) กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการทดลองใช้รูปแบบ

ในขั้นตอนนี้เป็นการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบี เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental) ชนิดมีกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนนี้ กลุ่มทดลองเป็นผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในพื้นที่ตำบลหนองคู ที่ตรวจพบเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 18 คน และผู้สัมผัสใกล้ชิดในครอบครัวๆ ละ 2 คน รวมเป็น 54 คน และกลุ่มควบคุม ในพื้นที่ตำบลน้ำคำ อำเภอเมืองยโสธร ที่ตรวจพบเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 17 คน และผู้สัมผัสใกล้ชิดในครอบครัวๆ ละ 2 คน รวมเป็น 51 คน การดำเนินงานขั้นตอนการทดลองการใช้รูปแบบสรุปได้ดังรูปภาพที่ 5





รูปภาพที่ 5 ขั้นตอนการทดลองการใช้รูปแบบ

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.3.1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) เพื่อศึกษาความคิดเห็น และรายละเอียดของเนื้อหาที่สำคัญเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบปี (รายละเอียดตามภาคผนวก ก)

3.3.2 แบบสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้เสียเพื่อศึกษาความคิดเห็น และรายละเอียดของเนื้อหาที่สำคัญเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบปี (รายละเอียดตามภาคผนวก ก)

3.3.3 แบบสัมภาษณ์และตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบปี ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาข้อมูลเบื้องต้น สภาพปัญหา ความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มตัวอย่างในชุมชน มีอยู่ 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 3 ข้อมูลประวัติเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบปีและมะเร็งตับ จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบปี จำนวน 12 ข้อ และส่วนที่ 5 ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบปี จำนวน 13 ข้อ (รายละเอียดตามภาคผนวก ข)

3.3.4 แบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างขั้นตอนการทดลอง เพื่อรวบรวมข้อมูล และใช้เปรียบเทียบผลการศึกษาก่อนและหลังการวิจัย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอยู่ 5 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมปฏิบัติตัว จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบปี จำนวน 13 ข้อ และส่วนที่ 5 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบปี จำนวน 10 ข้อ (รายละเอียดตามภาคผนวก ค)

3.3.5 แบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงาน เพื่อประเมินความพึงพอใจของรูปแบบการดำเนินงาน ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 อันดับ (1 = น้อยที่สุด, 2 = น้อย, 3 = ปานกลาง, 4 = มาก และ 5 = มากที่สุด) (รายละเอียดตามภาคผนวก ง)

3.3.6 แบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เป็นการบันทึกการทำกิจกรรมที่นำประเด็นและแนวทางการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบปี ที่ได้จากการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลมานำเสนอ และปรึกษาหารือ การวางแผน รวมทั้งการปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้ได้ข้อสรุปเป็นรูปแบบกระบวนการเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบปีที่เหมาะสม โดยผ่านการระดมความคิดจากผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ

3.4 การพัฒนาเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม และการสนทนากลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง การตรวจสอบและประเมินคุณสมบัติของเครื่องมือ ดำเนินการดังนี้

1) กำหนดนิยาม และรวบรวมคำถาม จากการทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน และการสนทนากลุ่มตัวแทนผู้ติดเชื้อ จำนวน 4 คน อายุ 26- 59 ปี ในพื้นที่อำเภอเมืองยโสธร ซึ่งเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนนี้ คือ แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญและการสนทนากลุ่ม เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) แล้วสรุปความ และสร้างข้อคำถาม โดยเครื่องมือที่ได้จากขั้นตอนนี้เป็นแบบสอบถามฉบับร่างที่ 1 มีอยู่ 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพทั่วไป จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูล/ประวัติเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีและมะเร็งตับ จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 12 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง กำหนดคำตอบ ได้แก่ “ใช่” และ “ไม่ใช่” หรือ “เคย” และ “ไม่เคย” ถ้าตอบใช่หรือเคยให้ “1” คะแนน และตอบไม่ใช่หรือไม่เคยให้ “0” คะแนน

ส่วนที่ 5 ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 16 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคไวรัสตับอักเสบบี มี 2 คำตอบ ได้แก่ “ใช่” และ “ไม่ใช่” ถ้าตอบถูกให้ “1” คะแนน และตอบไม่ถูกให้ “0” คะแนน

ข้อคำถามทั้ง 5 ส่วน จะทำการทดสอบคุณสมบัติด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) ความเข้าใจด้านภาษาและความหมายของคำถาม ส่วนข้อคำถามส่วนที่ 4 และส่วนที่ 5 ทำการทดสอบคุณสมบัติด้านความเที่ยงประเภทความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) โดยหาค่าแอลฟาด้วยวิธี Kuder Richardson 20 หรือ KR-20 และข้อคำถามส่วนที่ 4 จะหาจุดตัดคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงที่สะท้อนหรือทำนายการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ด้วยการวิเคราะห์พื้นที่ใต้โค้งอาร์โอซี (Receiver Operator Characteristic [ROC] Curve) ซึ่งเป็นการประเมินว่าข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงสามารถทำนายหรือสะท้อนการติดโรคไวรัสตับอักเสบบีได้หรือไม่

2) ประเมินความตรงเชิงเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามฉบับร่างที่ (1) ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 6 คน ซึ่งเลือกแบบเจาะจง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาอย่างเป็นอิสระต่อกัน เครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนนี้ คือ แบบสอบถามประเภทตอบเองเพื่อประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของคำถาม โดย

กำหนดระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อความตรงตามเนื้อหาของคำถามแต่ละข้อเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่สอดคล้อง, สอดคล้องน้อย, สอดคล้องค่อนข้างมาก และสอดคล้องมาก ให้คะแนน 1, 2, 3 และ 4 ตามลำดับ เก็บข้อมูลในขั้นตอนนี้โดยผู้วิจัย แล้วนำไปหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) ในขั้นตอนการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยขอคำแนะนำด้านความชัดเจนของภาษาจากผู้เชี่ยวชาญร่วมด้วย ทั้งนี้ การกำหนดระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อคำถามแต่ละข้อ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับคือ

- | | |
|-----------------------|-------------|
| - ไม่สอดคล้อง | ให้ 1 คะแนน |
| - สอดคล้องน้อย | ให้ 2 คะแนน |
| - สอดคล้องค่อนข้างมาก | ให้ 3 คะแนน |
| - สอดคล้องมาก | ให้ 4 คะแนน |

แล้วนำมาคำนวณค่า CVI ของคำถามแต่ละข้อ โดยคำนวณจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ให้ความเห็น 3 และ 4 คะแนน}}{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด}}$$

ซึ่งค่า CVI ที่ดี กรณีผู้เชี่ยวชาญ 6 คนขึ้นไป ควรมีค่าตั้งแต่ 0.83 ขึ้นไป (Streiner & Norman, 2008) คำถามที่มีความสมบูรณ์ด้านเนื้อหา ค่า CVI จะเท่ากับ 1 พร้อมกับขั้นตอนการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำเกี่ยวกับความชัดเจนของภาษาที่ใช้ด้วย ข้อคำถามที่ค่า CVI ไม่ผ่านตามเกณฑ์จะพิจารณาตัดออกหรือปรับปรุงใหม่ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

ซึ่งผลจากการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาแบบสอบถามในการวิจัยนี้ มีค่า CVI รายข้ออยู่ระหว่าง 0.83 ถึง 1 โดยมีค่า CVI รวมเท่ากับ 0.99 สิ้นสุดจากขั้นตอนนี้ได้แบบสอบถามฉบับร่างที่ (2)

3) การประเมินความเข้าใจด้านภาษาและความหมายของคำถาม

นำแบบสอบถามฉบับร่างที่ (2) ไปให้ประชาชนอายุ 26 - 59 ปี ในพื้นที่อำเภอเมืองยโสธร ซึ่งเลือกแบบเจาะจง จำนวน 8 คน ประเมินความเข้าใจด้านภาษาและความหมายของคำถามเครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนนี้ คือ แบบสอบถามประเภทตอบเองเพื่อประเมินความเข้าใจด้านภาษา เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย โดยให้ตัวอย่างทำแบบสอบถาม หลังจากนั้นผู้วิจัยสอบถามว่าในแต่ละคำถามเข้าใจหรือไม่เข้าใจอย่างไร แล้วนำมาปรับแก้ภาษาโดยยังคงใจความสำคัญของคำถามไว้ ผลการประเมินความเข้าใจด้านภาษาในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า คำถามที่ตัวอย่างเข้าใจและไม่มีการปรับปรุง มี 10 ข้อ

ส่วนคำถามที่ตัวอย่างเข้าใจแต่มีการปรับปรุงข้อความเล็กน้อย มี 2 ข้อ เมื่อดำเนินการเสร็จแล้วจะได้แบบสอบถามฉบับร่างที่ (3)

4) การประเมินความเที่ยงประเภทความสอดคล้องภายใน

นำแบบสอบถามฉบับร่างที่ (3) ไปเก็บข้อมูลในกลุ่มประชาชนอายุ 26 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน โดยผู้วิจัย ตัวอย่างได้มาโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ประเมินความเที่ยงประเภทความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) โดยหาค่าแอลฟาด้วยวิธี Kuder Richardson 20 หรือ KR-20 ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงประเภทความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีซึ่งจะใช้เป็นแบบคัดกรอง ประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อ พบค่าแอลฟาเท่ากับ 0.67 แบบสอบถามส่วนที่ 5 ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี คำถามที่ทำการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) เบื้องต้นจำนวน 16 ข้อ ผลการทดสอบเบื้องต้นมีคำถามบางข้อที่ตัดออกแล้วจะทำให้ค่าความเชื่อมั่นเพิ่มสูงขึ้น จึงพิจารณาข้อคำถามข้อออก 3 ข้อ คงเหลือคำถามจำนวน 13 ข้อ ผลปรากฏว่าได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83 ส่วนค่าความเชื่อมั่นรายข้ออยู่ระหว่าง 0.78 ถึง 0.86 เสร็จจากขั้นตอนนี้ได้แบบสอบถามฉบับร่างที่ (4) (รายละเอียดตามภาคผนวก จ)

5) การหาจุดตัดเพื่อจำแนกกลุ่มเสี่ยง

นำแบบสอบถามฉบับร่างที่ 4 ไปคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1,258 คน ได้กลุ่มเสี่ยงจำนวน 459 คน ทั้งนี้ แบบสอบถามส่วนที่ 4 ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จะนำไปวิเคราะห์หาจุดตัดเพื่อทำนายโอกาสในการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ด้วยการวิเคราะห์พื้นที่ใต้โค้งอาร์โอซี (Receiver Operator Characteristic [ROC] Curve) ซึ่งเป็นการประเมินว่าแบบคัดกรองนี้สามารถทำนายโอกาสในการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้มากน้อยแค่ไหน ผู้วิจัยจำแนกตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งคือ “กลุ่มที่ตรวจพบเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg Positive)” อีกกลุ่มหนึ่งคือ “กลุ่มที่ตรวจไม่พบเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg Negative)” ผลการวิเคราะห์พบว่า พื้นที่ใต้โค้ง ROC เท่ากับร้อยละ 79.2 (95%CI=69.1-89.2) คะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่จุดตัด 2 คะแนน ให้ค่าความไวสูงสุด เท่ากับร้อยละ 83.3 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 63.9 ส่วนค่าความถูกต้อง ร้อยละ 64.1

6) การจัดทำคำแนะนำหรือคู่มือการนำแบบสอบถามไปใช้

จัดทำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ คู่มือการใช้ รายละเอียดตามภาคผนวก จ.

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1 การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญและประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ

1) ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ไปถึงต้นสังกัดของตัวอย่างที่เป็นผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ให้ข้อมูลหลัก

2) ประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญ เพื่อนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ เพื่อออกสัมภาษณ์เชิงลึกและประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ

3.5.2 การสนทนากลุ่ม

1) ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ไปถึงผู้นำชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่เพื่อประสานงานกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมสนทนากลุ่ม

2) ประสานงานกับตัวแทนกลุ่ม เพื่อนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมจัดกิจกรรมสนทนากลุ่ม

3.5.3 การเก็บข้อมูลเพื่อประเมินความเข้าใจด้านภาษาและประเมินความเที่ยงของเครื่องมือ

1) ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ไปถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล รวมทั้งประสานกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมตอบแบบสอบถาม

2) ประสานงานกับแกนนำกลุ่มเป้าหมายเพื่อนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่เพื่อขอให้ตอบแบบสอบถามสำหรับการประเมินความเข้าใจด้านภาษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3.5.4 การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามและแบบตรวจคัดกรองเบื้องต้น เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป สภาพปัญหา และความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

1) ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ไปถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล รวมทั้งประสานกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเข้าร่วมตอบแบบสอบถามและตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี

2) ประสานงานกับแกนนำกลุ่มเป้าหมายเพื่อนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ เพื่อขอให้ตอบแบบสอบถามและรับการตรวจคัดกรอง

3) ผู้ที่มีความเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงจากการคัดกรองด้วยแบบสอบถาม จะได้รับการตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบ (HBsAg) ด้วยชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น (Test Kit) โดยการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว

4) ผู้ที่พบผลเลือดบวก (HBsAg Positive) จะได้รับคำปรึกษาก่อนแจ้งผลเลือดให้กับเจ้าตัวทราบ ให้คำแนะนำเรื่องปฏิบัติตัว แนวทางการดูแลรักษา การติดตาม และคัดเลือกให้เข้าร่วมการวิจัยในระยะถัดไป

3.5.5 การเก็บข้อมูลในขั้นปฏิบัติการดำเนินงาน

- 1) ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เพื่อขอเชิญกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรมจาก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ไปถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ เพื่อขออนุญาตจัดกิจกรรม รวมทั้งประสานกลุ่มเป้าหมายเพื่อเข้าร่วมกิจกรรม
- 2) ประสานงานกับแกนนำกลุ่มเป้าหมายเพื่อนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ เพื่อ เข้าร่วมกิจกรรม

3.5.6 การเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนการทดลองใช้รูปแบบ (Testing the Intervention)

- 1) ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เพื่อขอเชิญกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรมจาก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ไปถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ เพื่อขออนุญาตจัดกิจกรรม รวมทั้งประสานกลุ่มเป้าหมายเพื่อเข้าร่วมกิจกรรม
- 2) ประสานงานกับแกนนำกลุ่มเป้าหมายเพื่อนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ เพื่อ เข้าร่วมกิจกรรม

ทั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย และผู้ช่วยผู้วิจัยที่ผ่านการอบรมเรื่องการใช้เครื่องมือ และการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว

3.6 การประมวลผล

3.6.1 การตรวจสอบข้อมูล

การประมวลผลข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม จะทำการถอดเทปคำต่อคำส่วนการประมวลผลข้อมูลจากแบบสอบถาม จะทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ ของการตอบแบบสอบถามแต่ละฉบับ โดยหากแบบสอบถามฉบับใดไม่สมบูรณ์จะพิจารณาคัดออก รวมทั้ง การตรวจสอบค่าว่าง (Missing) โดยปรับแก้ไขให้เรียบร้อยก่อนบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์

3.6.2 การบันทึกข้อมูล

ทำการบันทึกข้อมูลจากแบบสอบถามลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย ด้วยโปรแกรม Epi info V 3.5.4 และโปรแกรม Excel หลังจากนั้น นำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกข้อมูล มาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ด้วยโปรแกรม Excel และมีการปรับแก้ไข เรียบร้อยหากพบความผิดพลาด

3.6.3 การจัดการข้อมูล

ดำเนินการเพื่อจัดการข้อมูลให้พร้อมสำหรับการวิเคราะห์ เช่น การให้คะแนนในแต่ละข้อคำถาม การหาคะแนนรวม และการจัดกลุ่มข้อมูล เช่น จัดกลุ่มตัวแปรอายุ การจัดกลุ่มระดับความพึงพอใจ

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

3.7.1 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม จะทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เพื่อนำมาสรุปเป็นประเด็นปัญหา ปัจจัยเสี่ยง ความต้องการ และกำหนดเป็นแนวทางการดำเนินงาน รวมทั้ง ใช้เป็นข้อมูลหลักและข้อมูลเสริมของการศึกษาเชิงปริมาณในการอธิบายผลการวิจัยให้มีความชัดเจนและหนักแน่นยิ่งขึ้น

3.7.2 ข้อมูลเชิงปริมาณที่เป็นลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง ความชุก และการประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นก่อนหลัง ใช้สถิติพรรณนา เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลด้านความรู้ จะนำมาหาคะแนนและจัดกลุ่ม (Classified) โดยประยุกต์ใช้เกณฑ์ของ Bloom และคณะ (1971) แบ่งเป็น 2 ระดับ

เกณฑ์	ระดับการประเมิน
ต่ำกว่าร้อยละ 0-59.9	ระดับไม่ดี (ต่ำ)
ร้อยละ 60-100	ระดับดี (ปานกลาง-สูง)

ส่วนข้อมูลด้านความพึงพอใจ จะนำมาหาคะแนนและจัดกลุ่ม (Classified) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Best (1977) ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง และสูง ตามสูตรดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \text{ช่วงคะแนน}$$

3.7.3 ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรม ดังนี้

1) ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Dependent t-test

2) ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Independent t-test

3.7.4 ทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนผลการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Z-test

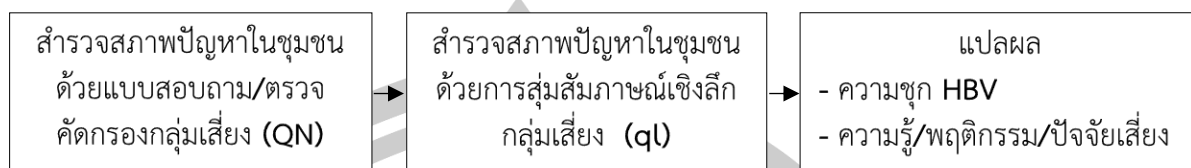
3.7.5 การหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ด้วยสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้ Multiple Logistic Regression

3.7.6 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติที่นำเสนอข้างต้นโดยโปรแกรม Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Software, Version 18.0 (SPSS®, Chicago, USA).

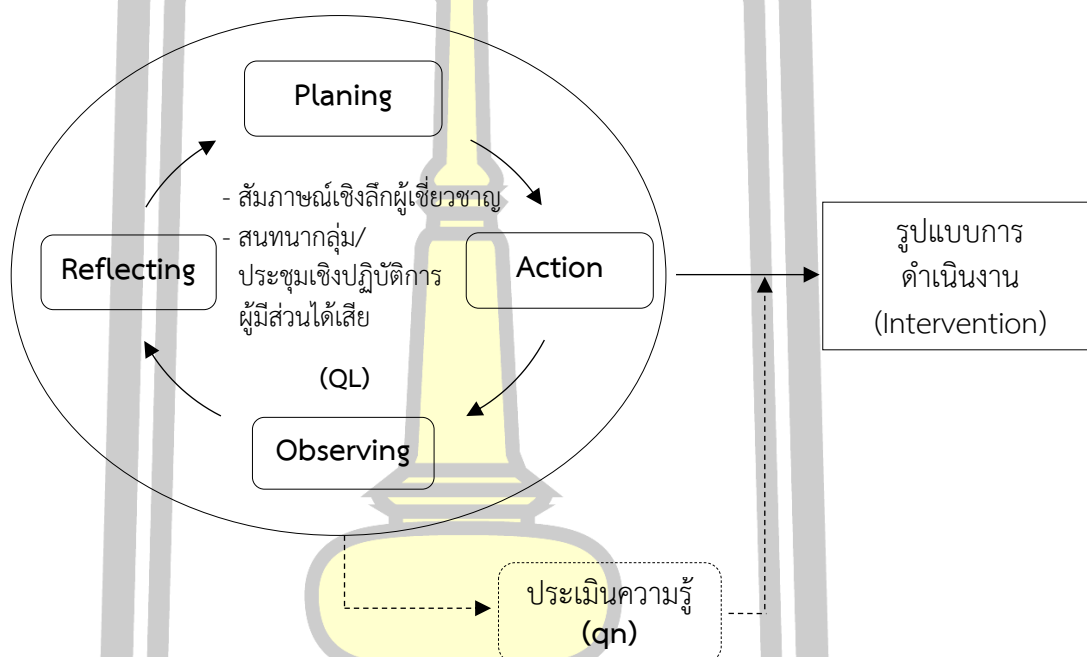
ทั้งนี้ สำหรับกระบวนการวิจัยในภาพรวมสามารถสรุปได้ ดังรูปภาพที่ 6



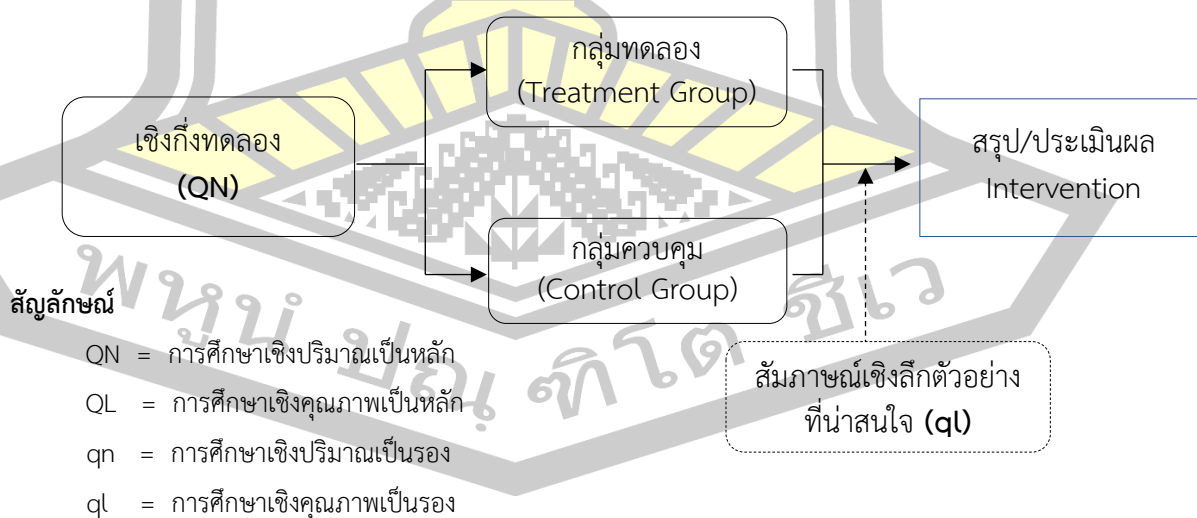
ระยะที่ 1 การเตรียมการและวิเคราะห์สถานการณ์



ระยะที่ 2 ขั้นปฏิบัติการดำเนินงานโดยกระบวนการ PAOR



ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบ (Testing the Intervention)



รูปภาพที่ 6 รูปแบบและขั้นตอนการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods)

3.8 จริยธรรมในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมในการวิจัย ได้แก่

3.8.1 ก่อนตอบแบบสอบถามผู้เก็บข้อมูลจะต้องชี้แจงวัตถุประสงค์โดยละเอียด พร้อมกับยืนยันกับผู้ให้ข้อมูลว่ายินดี หรือยินยอมให้ข้อมูลโดยสมัครใจหรือไม่

3.8.2 การเก็บรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลโดยเคร่งครัด

3.8.3 การแปลผลและการนำเสนอข้อมูลจะเป็นไปในภาพรวม

3.8.4 การศึกษานี้ดำเนินการภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 058/2562 รายละเอียดตามภาคผนวก ฉ.



บทที่ 4

ผลการวิจัย

บทนี้นำเสนอรายละเอียดของผลการศึกษาไปตามขั้นตอนของการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ในแต่ละระยะมีทั้งการศึกษาข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อช่วยอธิบายหรือยืนยันผลให้กระจ่างยิ่งขึ้น ซึ่งกระบวนการดำเนินการวิจัยมี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การเตรียมการและวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 การปฏิบัติการพัฒนาการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี และระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบ ผลการศึกษาดังต่อไปนี้

4.1 ผลการศึกษาระยะที่ 1 การเตรียมการและวิเคราะห์สถานการณ์

จากการสำรวจสภาพปัญหาของโรคไวรัสตับอักเสบบีและการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง พบว่า

4.1.1 การสำรวจข้อมูลพื้นฐานและสภาพปัญหา

สำรวจข้อมูลพื้นฐานและสภาพปัญหาด้วยการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบื้องต้นด้วยแบบสอบถาม (Verbal Screening) และผู้ที่มีความเสี่ยงจะได้รับการตรวจยืนยันด้วยการตรวจ HBsAg จากการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว ผู้ที่ผลเลือดเป็นบวกจะทำการส่งต่อเพื่อตรวจยืนยันและพบแพทย์ในลำดับต่อไป นอกจากการคัดกรองแล้ว ในขั้นตอนนี้ยังมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและหาโมเดลทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มประชาชนในชุมชน ซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องนำไปใช้วางแผนเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีต่อไป ผลการสำรวจข้อมูลพื้นฐานและสภาพปัญหา รายละเอียดดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,258 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.2 อายุ 45 ปีขึ้นไป ร้อยละ 75.2 (อายุเฉลี่ย 53.1 ปี [SD 12.8]) สถานภาพโสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่ ร้อยละ 75.4 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 68.3 การศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา ร้อยละ 76.2 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 1,258)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	501	39.8
หญิง	757	60.2
อายุ (ปี)		
26-44	312	24.8
≥45	946	75.2
Mean (SD), Median (min: max)	53.1 (12.8), 53 (26: 96)	
สถานภาพ		
สมรส	317	24.6
โสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่	971	75.4
อาชีพ		
เกษตรกรกรรม	856	68.1
รับจ้าง	223	17.7
อื่น ๆ	179	14.2
การศึกษา		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	958	76.2
มัธยมศึกษาขึ้นไป	300	23.8

2) ข้อมูลด้านพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

ด้านพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากพฤติกรรมเสี่ยง 12 ข้อ นำมาจัดกลุ่มใหม่ โดยคนที่มีความเสี่ยงตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไปคือกลุ่มที่มีความเสี่ยง ส่วนกลุ่มที่ไม่เสี่ยงคือมีพฤติกรรมเสี่ยงน้อยกว่า 1 ข้อ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า คนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 36.5 ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 57.6 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านพฤติกรรมเสี่ยง และความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี (n = 1,258)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมเสี่ยง HBV		
ไม่เสี่ยง	799	63.5
เสี่ยง	459	36.5
ความรู้ HBV		
ความรู้ระดับดี ($\geq$ ร้อยละ 60)	533	42.4
ความรู้ระดับไม่ดี ($<$ ร้อยละ 60)	725	57.6

3) ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

เมื่อนำกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงมาทำการตรวจเลือดพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.9 ซึ่งผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวหรือญาติที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ตับแข็ง หรือมะเร็งตับ ถึงร้อยละ 61.1 (11/18) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

ครอบครัวมี HBV ตับแข็ง มะเร็งตับ	Verbal Screening	Risk Group and Blood Testing	HBV Positive	
	N	n (%)	n	% (95%CI)
มี	224	148 (66.1)	11	7.4 (6.7 -8.1)
ไม่มี	1,034	311 (30.1)	7	2.3 (1.8- 2.8)
รวม	1,258	459 (36.5)	18	3.9 (3.5-4.4)

4) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีด้วยวิธี Unconditional Multiple Logistic Regression โดยตัวแปรตาม (Dependent Variables) เป็นกลุ่มเสี่ยง - ไม่เสี่ยง ซึ่งได้มาจากการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทั้ง 12 ข้อ คนที่มีความเสี่ยงตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป คือ กลุ่มเสี่ยง (High Risk Group) ส่วนคนที่มีความเสี่ยงน้อยกว่า 1 ข้อ คือ กลุ่มไม่เสี่ยง (Non Risk Group) ส่วนตัวแปรอิสระ (Independent Variables) คือ ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล เริ่มจากนำปัจจัยต่าง ๆ ที่มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้น (Bivariate analysis) หาค่า Crude OR (95%CI) เพื่อเลือกตัวแปรที่มีค่า p value น้อยกว่า 0.25 (Hosmer, D.W. and Lemeshow, 2000) เข้าสู่การวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (Multivariate Analysis) ในโมเดลเริ่มต้น (Initial Regression Model) จากนั้นทดสอบความสัมพันธ์กันของตัวแปรต้น (Multicollinearity) เพื่อหาค่า VIF (Variance Inflation Factor) ก่อนทำการ fit model ด้วยเทคนิค Backward Elimination โดยคงตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติในโมเดลสุดท้าย (Final Model) การสร้างโมเดลและการประเมินความถูกต้องเหมาะสมของโมเดล หาค่าความแม่นยำในการทำนายและค่าจุดตัด (Cut-off) ที่เหมาะสมในการจำแนกกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดยการหาพื้นที่ใต้โค้ง (Receiver Operating Characteristics [ROC] Curve) และทดสอบโมเดลด้วยวิธี Hosmer-Lemeshow Goodness-of-fit test (HL test)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเบื้องต้น (Bivariate Analysis) มีจำนวน 6 ตัวแปร จากนั้นทดสอบความสัมพันธ์กันของตัวแปรต้น (Multicollinearity) เพื่อหาค่า VIF (Variance Inflation Factor) ก่อนทำการ fit model ผลปรากฏว่าทุกตัวแปรมีค่า VIF น้อยกว่า 10 ซึ่งไม่เกิด Multicollinearity รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์เบื้องต้น (Bivariate Analysis) ของปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (n = 1,258)

ปัจจัย	n	High Risk Group n (%)	Crude OR	95%CI	p-value
เพศ					0.009
หญิง	757	298 (39.4)			
ชาย	501	161 (32.1)	1.4	1.1-1.7	
อายุ					0.484
26-44 ปี	312	119 (38.1)			
≥45 ปี	946	340 (35.9)	0.9	0.9-1.9	
สถานภาพสมรส					0.004
แต่งงาน/มีคู่	949	325 (34.2)			
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	309	134 (43.4)	1.5	1.1- 1.9	

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์เบื้องต้น (Bivariate Analysis) ของปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (n = 1,258) (ต่อ)

ปัจจัย	n	High Risk Group n (%)	Crude OR	95%CI	p-value
ระดับการศึกษา					0.533
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	958	345 (36.0)			
ตั้งแต่มัธยมศึกษาขึ้นไป	300	114 (38.0)	1.1	0.8-1.4	
อาชีพ					0.065
เกษตรกร	859	302 (35.2)			
รับจ้าง	220	81 (36.8)	1.1	0.8-1.5	
อื่น ๆ	179	76 (42.5)	1.4	0.9-1.9	
โรคประจำตัว (DM/HT/Heart/Kidney)					0.319
ไม่มี	836	297 (35.5)			
มี	422	162 (38.4)	1.1	0.9-1.4	
สูบบุหรี่					0.074
ไม่สูบ	901	315 (35.0)			
สูบ	357	144 (40.3)	1.3	0.9-1.6	
การดื่มแอลกอฮอล์					0.018
ไม่ดื่ม	587	194 (33.0)			
ดื่ม	671	265 (39.5)	1.3	1.0-1.7	
ความรู้เกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบบี					<0.001
ความรู้ดี ($\geq$ ร้อยละ 60)	533	160 (30.0)			
ความรู้ไม่ดี ($<$ ร้อยละ 60)	725	299 (41.2)	1.6	1.3-2.1	

ตัวแปรที่มีค่า p-value < 0.25 (Hosmer, D.W. and Lemeshow, 2000) ที่จะนำไปเป็นโมเดลเริ่มต้น (Initial Model) ในการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (Multivariate Analysis) หลังจากนั้นทำการแบบหลายตัวแปร (Multivariate Analysis) ด้วยวิธีถดถอยโลจิสติกพหุ (Unconditional Multiple Logistic Regression) ผลการวิเคราะห์สุดท้าย (Final Model) มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 5 ตัวแปร รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 โมเดลทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Multivariable Analysis by Multiple Logistic Regression) (n = 1,258)

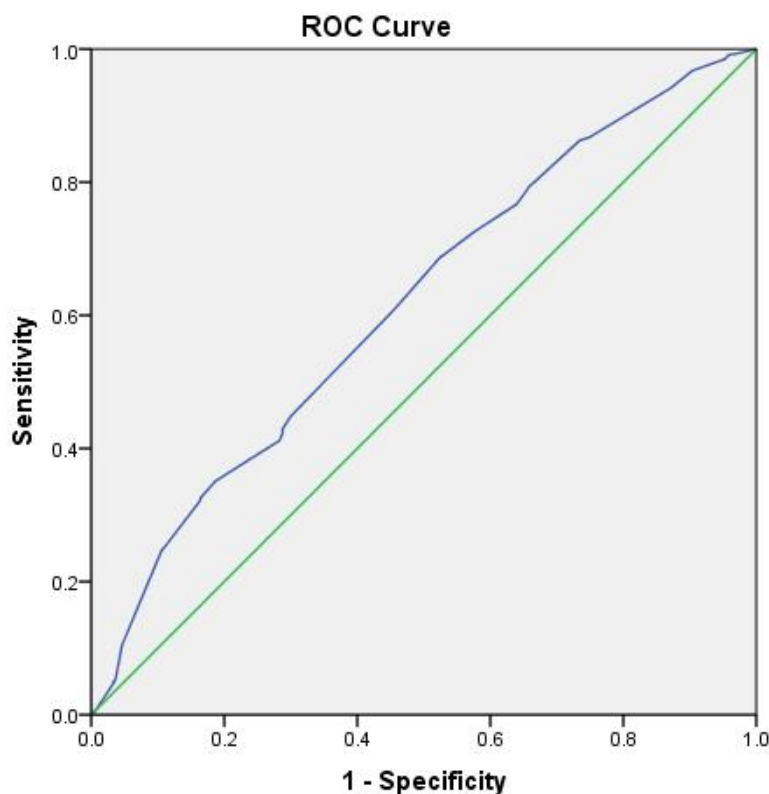
Variables	Co-efficient	SE	Crude OR	Adj. OR	95% CI for OR _{adj}		p-value
					Lower	Upper	
เพศ (ชาย)	0.69	0.17	1.4	2.0	1.4	2.8	<0.001
สถานภาพสมรส (โสด)	0.37	0.14	1.5	1.5	1.1	1.9	0.007
ดื่มแอลกอฮอล์	0.44	0.13	1.3	1.6	1.2	2.0	0.001
สูบบุหรี่	0.42	0.19	1.1	1.5	1.1	2.2	0.025
ความรู้ HBV (ไม่ดี)	0.52	0.12	1.6	1.7	1.3	2.1	0.001
Constants	-1.72	0.19	-	-	-	-	-

โดยทั้ง 5 ตัวแปรในโมเดลสุดท้ายมีอิทธิพลทำนายกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งสามารถสร้างเป็นสมการถดถอยโลจิสติกได้ดังนี้

$$P(Y=1/X) = 1/[1+\text{EXP}(-1.72 + 0.69 \text{ เพศ(ชาย)} + 0.37 \text{ สถานภาพสมรส(โสด)} + 0.44 \text{ ดื่มแอลกอฮอล์} + 0.42 \text{ สูบบุหรี่} + 0.52 \text{ ความรู้(ไม่ดี)})]$$

การประเมินความเหมาะสมของ Model ด้วย HL test ได้ค่า p-value เท่ากับ 0.241 รวมทั้ง พื้นที่ใต้โค้ง ROC เพื่อหาความสามารถของสมการในการทำนายตัวแปรตาม พบว่าพื้นที่ใต้โค้ง ROC ร้อยละ 61.8 (95%CI, 58.6 to 65.0) ที่จุดตัด -0.6563947 มีค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 72.6 และค่าความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 42.4 ส่วนค่าความถูกต้อง (Accuracy) ร้อยละ 53.4 รายละเอียดดังรูปภาพที่ 7

พญ. ปณ. จิตโต ชีเว



รูปภาพที่ 7 พื้นที่ใต้โค้ง ROC ของโมเดลทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

5) การวิเคราะห์สภาพปัญหาและปัจจัยเสี่ยง

จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า

(1) ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 1 “...ไวรัสตับอักเสบบี สามารถติดต่อทางเลือด น้ำเชื้อ และสารคัดหลั่งอย่างอื่น เช่น น้ำเหลือง โดยสามารถรับเชื้อได้จากการมีเพศสัมพันธ์กับคนที่ติดเชื้อโดยไม่ได้สวมถุงยางอนามัย การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การใช้เข็มสักตามตัวร่วมกัน และการเจาะหู การใช้ของมีคมร่วมกัน ถูกเข็มตำจากการทำงาน การติดเชื้อขณะคลอดจากแม่ที่ติดเชื้อ การสัมผัสกับเลือด น้ำเลือด น้ำคัดหลั่ง โดยเชื้อจะเข้าทางบาดแผล”

ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 2 “...จากข้อมูลเบื้องต้นของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มบุคคลที่มีกรรมพันธุ์ หรือเชื้อชาติ ที่ป่วยและเสียชีวิตด้วยมะเร็งตับ”

ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 3 “... ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้แก่ ผู้ที่มีคนในครอบครัวเป็นไวรัสตับอักเสบบี บุคลากรทางการแพทย์

โดยเฉพาะผู้ช่วยพยาบาลที่มีโอกาสสัมผัสกับเลือดหรือสารคัดหลั่งผู้ป่วย รวมทั้ง ผู้ที่ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น”

จากการสอบถามแกนนำผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 3 คน คนที่ 1 เป็นเพศหญิงอายุ 46 ปี อาชีพทำนา ให้ข้อมูลว่า “ไม่ทราบว่าตัวเองได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมาได้อย่างไร และรับเชื้อมาเมื่อไหร่ แต่ก็สันนิษฐานว่า อาจได้รับตอนไปรับบริการที่ร้านเสริมสวยหรือเปลา่” คนที่ 2 เป็นเพศชายอายุ 54 ปี อาชีพเป็นลูกจ้างหน่วยงานราชการในพื้นที่ ซึ่งให้ข้อมูลว่า “ไม่ทราบว่าได้รับเชื้อมาได้อย่างไร และตอนไหน แต่สงสัยว่าอาจได้รับเชื้อมาจากตอนที่ไปรับยารุ่นหรือเปลา่ หรืออาจได้รับเชื้อตอนไปตัดผมหรือไม่” ส่วนคนที่ 3 เป็นเพศชายอาชีพรับจ้าง ก็ไม่สามารถระบุได้ว่าตนเองได้รับเชื้อมาจากพฤติกรรมเสี่ยงใด แต่ให้ข้อมูลว่า “เคยไปรับบริการสักผิวหนังเมื่อราว ๆ 2 – 3 ปีที่แล้ว”

จากข้อมูลข้างต้นสรุปได้ว่า ช่องทางหลักในการติดต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบี คือ ทางเพศสัมพันธ์ และทางเลือด โดยมีปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การมีคู่นอนหลายคน การรับเลือด การสักเจาะผิวหนัง การใช้ของมีคมร่วมกัน การสัมผัสใกล้ชิดหรือการอาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ติดเชื้อ

(2) ด้านการเฝ้าระวังโรค

ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 1 “...ที่ผ่านมามีการตรวจสุขภาพประจำปี และตรวจคัดกรองในคลินิกวางแผนครอบครัว ซึ่งจะมีการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในสามีร่วมด้วย หากพบเชื้อมีแนวโน้มจะมีการให้คำแนะนำเข้าสู่กระบวนการรักษา”

ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 2 “...จะต้องเน้นที่กลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่ชัดเจน โดยจะต้องมีฐานข้อมูลแต่ละประเภทมีใครบ้าง จำนวนเท่าไร และจัดลำดับความสำคัญแต่ละกลุ่มเสี่ยง ซึ่งกลุ่มเสี่ยงอาจจะเป็นพนักงานบริการมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ หรืออาจจะเป็นพนักงานเก็บขยะของเทศบาล เพื่อวางแผนในการคัดกรองและตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดยหากจะมีการบูรณาการจะต้องพิจารณาว่ากลุ่มเป้าหมายเกี่ยวข้องกับงานใด”

ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 3 “...กำหนดให้มีการจัดกิจกรรมรณรงค์วันไวรัสตับอักเสบบีเพื่อจัดกิจกรรมในการให้ความรู้และตรวจคัดกรอง และดำเนินการส่งต่อหากพบผู้ติดเชื้อ ซึ่งจะส่งผลให้ง่ายต่อการติดตามเมื่อครบ 1 ปีซึ่งเป็นวันรณรงค์ดังกล่าวในปีถัดไป”

จากข้อมูลข้างต้นสรุปได้ว่า การเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบียังไม่มีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจนและเป็นระบบ ไม่มีการขยายไปถึงกลุ่มเป้าหมายที่เป็นประชาชนที่อยู่ในชุมชน ซึ่งการดำเนินงานจะต้องเน้นที่กลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่ชัดเจน เช่น ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดหรือผู้ที่อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่อยู่ในชุมชน และควรมีการจัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักร่วมด้วย

(3) ด้านการดำเนินงานป้องกันโรค

ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 4 “...การดำเนินงานที่ผ่านมาไม่ชัดเจน ว่ามีแนวทางอย่างไรบ้าง กลุ่มเป้าหมายที่จะดำเนินการก็ยังไม่ชัดเจน ส่วนการดำเนินงานที่ชัดเจนคือการให้วัคซีนไวรัสตับอักเสบบีตามโปรแกรมสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ส่วนแผนงานโครงการหรืองบประมาณในการดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่เคยดำเนินงานหรือได้รับการสนับสนุน”

ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 3 “...ด้านการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ที่ผ่านมาบูรณาการกับงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ส่วนการดำเนินงานป้องกันเฉพาะโรคไวรัสตับอักเสบบี ยังไม่มีแผนงานโครงการที่ชัดเจน สื่อหรือสิ่งสนับสนุนให้กับ รพ.สต. ในพื้นที่ก็ยังมี”

ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 2 “...ควรมีการดำเนินการจัดทำแผนทั้งอำเภอ เพื่อใช้งบประมาณของ CUP (Contracting Unit for Primary Care) หรือหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ หรือขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในพื้นที่”

ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 3 “...ควรมีการดำเนินงานรณรงค์ป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ควบคู่และทำไปพร้อมกับการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ เพราะมีเป้าหมายเดียวกัน คือ ป้องกันโรคมะเร็งตับ”

ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 2 “...สสจ.ยโสธร ควรให้มีการผลักดันการดำเนินงานนี้ในภาพจังหวัด ซึ่งอำเภออื่น ๆ จะต้องต้องมีข้อมูลและการดำเนินงานเช่นเดียวกัน เพียงแต่ใช้พื้นที่ตำบลหนองคูเป็นพื้นที่นำร่องต้นแบบในการดำเนินการ”

ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 5 “...ที่ผ่านมา อบต.หนองคู ยังไม่ได้มีการดำเนินงานด้านการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีโดยเฉพาะ แต่ในอนาคตสามารถทำแผนและเสนอขอใช้งบดำเนินงานจากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลได้ โดยอาจให้ รพ.สต.หนองคูเสนอแผนงานโครงการเข้ามา ให้สภาพิจารณาอนุมัติ”

จากข้อมูลข้างต้นสรุปได้ว่า การดำเนินงานเพื่อป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ยังไม่ได้มีการดำเนินงานด้านการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีโดยเฉพาะ ที่ผ่านมาบูรณาการกับงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ส่วนแนวทางในการดำเนินงาน รพ.สต. ในพื้นที่ควรบูรณาการการดำเนินงานโรคพยาธิใบไม้ในตับ และสามารถทำแผนและเสนอขอใช้งบดำเนินงานจากงบกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลได้ รวมทั้งมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานในภาพรวมระดับจังหวัด

(4) ด้านการรักษาพยาบาลหรือการดูแลผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 1 “... ส่วนใหญ่จะเป็นการให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สำหรับผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลตรวจแล้วพบเชื้อ ซึ่งดำเนินการโดยแพทย์ผู้ให้การรักษา และพยาบาลประจำคลินิก และมีการดำเนินการทุกครั้ง”

ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 2 “...กลุ่มเป้าหมายที่สำคัญที่ต้องได้รับการรักษา คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี ระยะเรื้อรัง ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาเพื่อลดความเสี่ยงที่ทำให้เป็นโรคตับอักเสบบี และป้องกันไม่ให้แพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น โดยการรักษาขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของผู้ป่วย และดุลยพินิจของแพทย์ ที่สำคัญคือต้องมีระบบติดตามการรักษาผู้ป่วยให้มาพบแพทย์ตามนัด รวมทั้งการลดพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจทำให้ตับได้รับผลกระทบ เช่น การลดการดื่มสุรา การไม่ซื้อยารับประทานเอง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ”

ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 1 “... ควรมีระบบการติดตามผู้ป่วย ซึ่งที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานที่แผนกผู้ป่วยนอก ทำได้เพียงการจัดทำข้อมูล ไม่มีการติดตาม ซึ่งอาจจะต้องมีคลินิกไวรัสตับอักเสบบี มีทะเบียน มีระบบการเฝ้าระวัง การสอบสวน การตรวจรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม”

ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 3 “... เนื่องจากการนัดหมายด้วยวาจา ให้มาตรวจซ้ำปีละ 1 ครั้ง ซึ่งเป็นช่วงเวลายาวนาน ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อไม่มาตามนัดและออกจากระบบไป ในการพัฒนาระบบรักษาและการติดตามอาจจะต้องมีการนัดหมายผ่าน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพิ่มข้อมูลเข้าไปในระบบเฝ้าระวัง พร้อมกับระบุวันนัดหมายให้ชัดเจน”

ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ให้ข้อมูลหลักคนที่ 3 “...ขอฝากข้อพิจารณาไว้ที่ท้องถิ่น ที่จะต้องมีการรณรงค์ ป้องกันและสนับสนุนการตรวจให้ครอบคลุม ในส่วน รพ.สต.หนองคู อยากให้มีการจัดตั้งคลินิกไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งจะเป็นตัวอย่างให้กับพื้นที่อื่น ๆ หรือเป็นโมเดลให้ทั้งจังหวัด”

จากข้อมูลข้างต้นสรุปได้ว่า ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน ไม่มีคลินิกเฉพาะ ไม่มีระบบติดตามการรักษาผู้ป่วยให้มาพบแพทย์ตามนัด รวมทั้ง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงผู้ติดเชื้อเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อให้ผู้อื่น และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจมีผลต่อการอักเสบของตับ ซึ่งการดำเนินงานต้องมีการจัดตั้งคลินิกเฉพาะโรคขึ้น มีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่รับผิดชอบเฉพาะในการประสานส่งต่อข้อมูลและติดตามการรักษาผู้ป่วยร่วมกับ รพ.สต.ในพื้นที่

(5) แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

จากการประชุมกลุ่ม ที่ประชุมได้ระดมความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดยเฉพาะด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติด

เชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งได้เสนอแนวทางโดยใช้กระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพหรือ Health literacy เพื่อให้ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีมีความสามารถและทักษะในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกรับบริการเพื่อจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมและสามารถบอกต่อผู้อื่นได้ กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี แกนนำครอบครัว อสม. และบุคลากรสาธารณสุข ทั้งนี้ ที่ประชุมวางแผนการดำเนินงานออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 0, 1, 3 และ 6 เดือน ซึ่งที่ประชุมเห็นชอบ และสอบถามระยะเวลาในการดำเนินการตามโปรแกรม ซึ่งในที่ประชุมได้อธิบายว่าในการดำเนินงานสร้างความรอบรู้ดังกล่าว ทั้ง 4 ระยะ อาจใช้เวลาประมาณ 6 เดือน

ผลจากการศึกษาในระยะเตรียมการและวิเคราะห์สถานการณ์ ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ทำให้ได้ผลการศึกษาที่สำคัญ ได้แก่

1) ผลการศึกษาสภาพปัญหาที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ พบผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีซึ่งส่วนใหญ่พบในผู้ที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคตับอักเสบบี ดับแฉียง และมะเร็งในตับ หรือผู้สัมผัสใกล้ชิด (Close Contact) ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี เกือบครึ่งหนึ่งมีความรู้อยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่สัมพันธ์เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และระดับความรู้

2) ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่ารูปแบบการดำเนินงานทั้งการเฝ้าระวัง การรักษา และการป้องกันยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน ขาดการประสานงานหรือบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย ซึ่งควรมีการพัฒนาหรือกำหนดแนวทางในการดำเนินงานให้มีความชัดเจน เช่น การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ผู้ติดเชื้อควรได้รับการส่งเสริมให้เข้าถึงการรักษาอย่างต่อเนื่อง และได้รับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันผลกระทบด้านสุขภาพที่จะตามมา ผู้สัมผัสใกล้ชิดควรได้รับองค์ความรู้และทักษะในการป้องกันโรค

ทั้งนี้ ผลการศึกษาที่สำคัญในระยะที่ 1 จะนำเข้าสู่การปฏิบัติการพัฒนาการดำเนินงานของการวิจัยในระยะที่ 2

4.2 ผลการศึกษาระยะที่ 2 การปฏิบัติการพัฒนาการดำเนินงาน

เป็นขั้นตอนการพัฒนาการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี ใช้กระบวนการตามกรอบแนวคิดของ Kemmis and McTaggart โดยมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกต (Observe) และขั้นการสะท้อนผล (Reflect) กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนนี้ ได้แก่ แกนนำผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ตัวแทนชุมชน ท้องถิ่น และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง คัดเลือกแบบเจาะจง การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนนี้เป็น

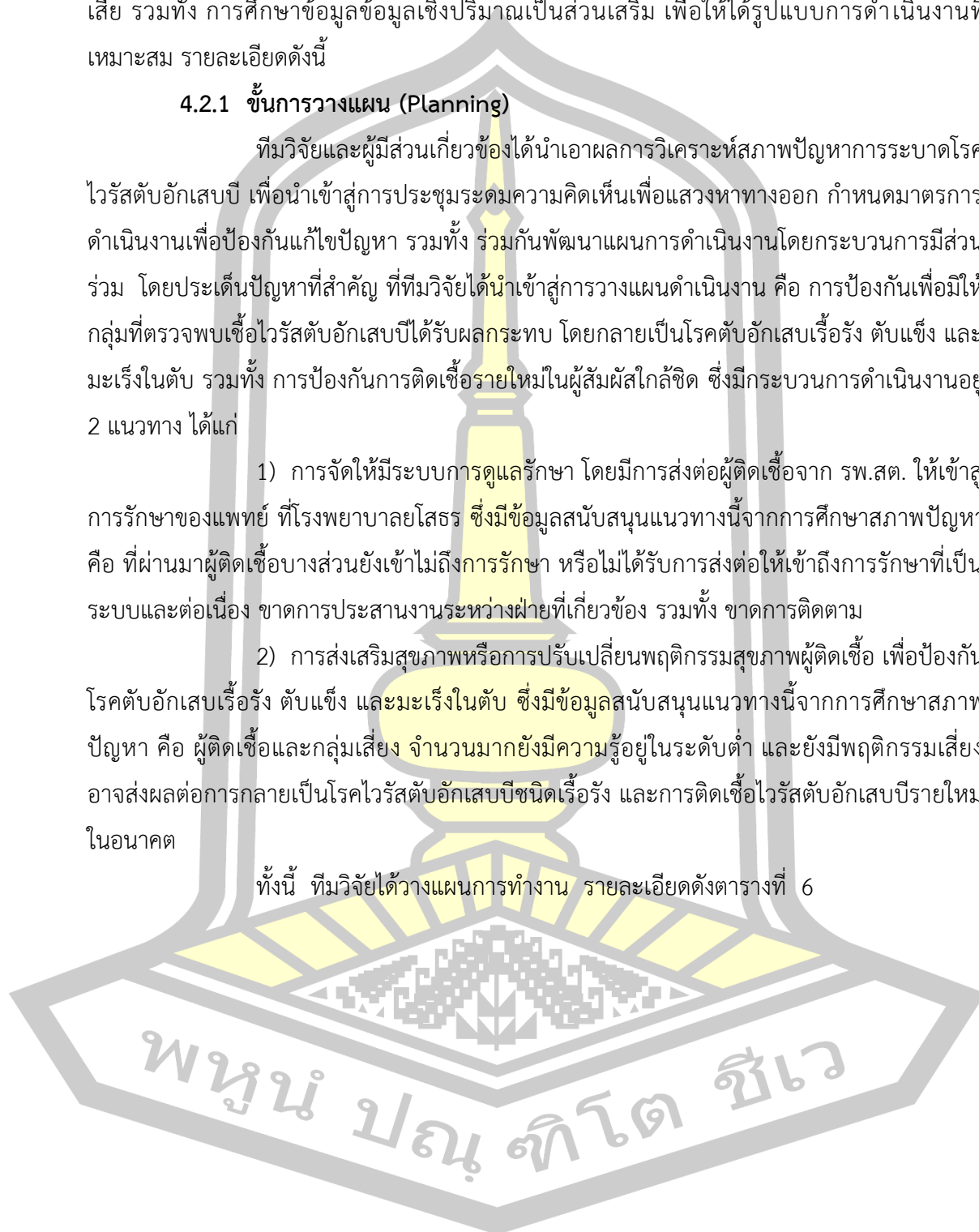
การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลัก ซึ่งมีทั้งการสนทนากลุ่มและการประชุมเชิงปฏิบัติการผู้มีส่วนได้เสีย รวมทั้ง การศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณเป็นส่วนเสริม เพื่อให้ได้รูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม รายละเอียดดังนี้

4.2.1 ขั้นการวางแผน (Planning)

ทีมวิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้นำเอาผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาการระบาดของโรคไวรัสตับอักเสบปี เพื่อนำเข้าสู่การประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อแสวงหาทางออก กำหนดมาตรการดำเนินงานเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหารวมทั้ง ร่วมกันพัฒนาแผนการดำเนินงานโดยกระบวนการมีส่วนร่วม โดยประเด็นปัญหาที่สำคัญ ที่ทีมวิจัยได้นำเข้าสู่การวางแผนดำเนินงาน คือ การป้องกันเพื่อมิให้กลุ่มที่ตรวจพบเชื้อไวรัสตับอักเสบปีได้รับผลกระทบ โดยกลายเป็นโรคตับอักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง และมะเร็งในตับ รวมทั้ง การป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ในผู้สัมผัสใกล้ชิด ซึ่งมีกระบวนการดำเนินงานอยู่ 2 แนวทาง ได้แก่

- 1) การจัดให้มีระบบการดูแลรักษา โดยมีการส่งต่อผู้ติดเชื้อจาก รพ.สต. ให้เข้าสู่การรักษาของแพทย์ ที่โรงพยาบาลโสธร ซึ่งมีข้อมูลสนับสนุนแนวทางนี้จากการศึกษาสภาพปัญหา คือ ที่ผ่านมาผู้ติดเชื้อบางส่วนยังเข้าไม่ถึงการรักษา หรือไม่ได้รับการส่งต่อให้เข้าถึงการรักษาที่เป็นระบบและต่อเนื่อง ขาดการประสานงานระหว่างฝ่ายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง ขาดการติดตาม
- 2) การส่งเสริมสุขภาพหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อ เพื่อป้องกันโรคตับอักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง และมะเร็งในตับ ซึ่งมีข้อมูลสนับสนุนแนวทางนี้จากการศึกษาสภาพปัญหา คือ ผู้ติดเชื้อและกลุ่มเสี่ยง จำนวนมากยังมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ และยังมีพฤติกรรมเสี่ยงอาจส่งผลต่อการกลายเป็นโรคไวรัสตับอักเสบปีชนิดเรื้อรัง และการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบปีรายใหม่ในอนาคต

ทั้งนี้ ทีมวิจัยได้วางแผนการทำงาน รายละเอียดดังตารางที่ 6



ตารางที่ 6 แผนการดำเนินงานเพื่อป้องกันตับอักเสบเรื้อรังในผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

แผนงาน/ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	แหล่ง ข้อมูล	ผู้รับ ผิดชอบ	ระยะเวลา ดำเนินการ
พัฒนาการ ส่งต่อเข้าสู่ การดูแล รักษา	- เพื่อ พัฒนาระบบ การส่งต่อผู้ ติดเชื้อให้ เข้าสู่การ รักษา	- ประชุมระดมสมอง - สนทนากลุ่ม - วางระบบการดูแลรักษา - แต่งตั้ง จนท./พยาบาล ประจำคลินิก - ทำทะเบียนผู้ป่วย - ทำแผนผังการส่งต่อ ข้อมูล	- บันทึกการ ประชุม - แผนผังการ ส่งต่อผู้ติด เชื้อ/ผู้ป่วย - ทะเบียนผู้ ติดเชื้อ/ผู้ป่วย HBV	- ทีมวิจัย - จนท. ผู้เกี่ยวข้อง	ส.ค. 62
การส่งเสริม สุขภาพ	- เพื่อ ส่งเสริมการ เข้าถึงข้อมูล ด้านสุขภาพ - เพื่อส่งเสริม และ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม เสี่ยง	- ประชุมระดมสมอง - สนทนากลุ่ม - ออกแบบ/พัฒนา โปรแกรมการเสริมสร้าง ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ - จัดอบรมพัฒนาการ เสริมสร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพ - การติดตาม/เยี่ยมบ้าน	- บันทึกการ ประชุม - ทะเบียน ผู้เข้าร่วม กิจกรรม	- ทีมวิจัย - จนท. ผู้เกี่ยวข้อง - ผู้ติดเชื้อฯ - ผู้สัมผัส ใกล้ชิดใน ครอบครัว - อสม.	ก.ย. 62

4.2.2 ขั้นการปฏิบัติการ (Action)

ในขั้นตอนนี้เป็นการดำเนินงานตามแผนที่ทีมผู้วิจัยได้ร่วมกันทำขึ้น

1) การพัฒนาการส่งต่อเข้าสู่การดูแลรักษา

ทีมวิจัย และเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมประชุมระดมสมอง และ
สนทนากลุ่ม เพื่อดำเนินการออกแบบระบบ ขั้นตอน และช่องทางการส่งต่อผู้ป่วย การส่งต่อข้อมูล
การทำทะเบียนผู้ป่วย และระบบติดตามผู้ป่วย

2) การส่งเสริมสุขภาพด้วยการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

ผลจากการประชุมกลุ่ม ที่ประชุมได้เสนอและนำเอากระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพหรือ Health Literacy (HL) ไปเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมสุขภาพหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้สัมผัสใกล้ชิด โปรแกรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถและทักษะในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ตอบคำถามจนสามารถประเมิน ตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกรับบริการเพื่อจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถบอกต่อผู้อื่นได้ ซึ่งที่ประชุมกลุ่มได้พิจารณาแล้วว่าเป็นกระบวนการที่เหมาะสมกับผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และสอดคล้องกับบริบทของสภาพปัญหาที่กลุ่มผู้ติดเชื้อและกลุ่มเสี่ยงยังขาดความรู้ และยังมีพฤติกรรมเสี่ยง จากนั้น ได้มีการจัดทำร่างของโปรแกรม แล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเหมาะสมและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เพื่อพัฒนาโปรแกรมให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

4.2.3 ขั้นการสังเกตการณ์ (Observing)

ในขั้นตอนนี้จะเป็นการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนการที่กำหนดไว้

1) ผลการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

(1) การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ

ทีมวิจัย ได้ร่วมประชุมกับเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดให้มีระบบการดูแลรักษาและการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หนองคู สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง และโรงพยาบาลยโสธร ซึ่งที่ผ่านมาไม่มีระบบการดูแลรักษาและการติดตามผู้ป่วยที่ชัดเจนและเป็นระบบ ในการประชุมได้ข้อสรุปในการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ดังนี้

ก. เมื่อมีการตรวจคัดกรองเบื้องต้นจาก รพ.สต. ในพื้นที่แล้ว รพ.สต. จะทำการส่งต่อผู้ติดเชื้อโดยมีใบส่งตัวมา รพ.ยโสธร เพื่อทำการตรวจยืนยัน และวางแผนการตรวจรักษาของแพทย์

ข. รพ.ยโสธร จัดตั้งให้มีคลินิกการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดยพยาบาลที่ดูแลคลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นผู้รับผิดชอบประจำคลินิก ทำหน้าที่ในการประสานการรักษาระหว่าง รพ.สต. และแพทย์ด้านอายุรกรรม

ค. เมื่อผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เข้ารับการตรวจรักษากับแพทย์ ณ โรงพยาบาลแล้ว พยาบาลประจำคลินิกจะทำทะเบียนผู้ติดเชื้อและจะออกใบนัดหมายสำหรับการติดตาม (Follow-up) ให้ผู้ติดเชื้อมาทำการตรวจตามนัด และส่งต่อข้อมูลไปยัง รพ.สต. ในพื้นที่

ง. เปิดให้บริการคลินิกโรคไวรัสตับอักเสบบี ของโรงพยาบาลโสธร เฉพาะวันอังคารและวันศุกร์ของสัปดาห์ บริการในเวลาราชการ ระหว่างเวลา 08.30 – 16.30 น.

(2) ผลการส่งต่อผู้ติดเชื้อเข้าสู่การรักษา

จากผลการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง พบผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 18 ราย ได้รับการส่งต่อเพื่อตรวจยืนยัน และเข้าสู่การรักษา จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.4 อีก 1 ราย ไม่สมัครใจเข้ารับการตรวจรักษา โดยให้เหตุผลว่าตนเองไม่น่าจะป่วยหรือมีความเสี่ยงเป็นมะเร็งตับ โดยผลตรวจยืนยันที่ รพ.ยโสธร พบว่าทั้ง 17 ราย ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี นอกจากนี้ ยังมีแผนหรือคู่สมรสเข้าร่วมตรวจไวรัสตับอักเสบบีด้วย จำนวน 12 ราย ซึ่งไม่พบการติดเชื้อ ในการตรวจยืนยันครั้งนี้ แพทย์ได้มีการตรวจหาการทำงานของตับ (Liver Function Test; LFT) ในผู้ติดเชื้อทุกราย และได้มีการนัดหมายอีก 6 เดือน ซึ่งผู้ติดเชื้อไปรับการตรวจตามนัดทุกราย

2) ผลการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

ได้โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งได้มีการส่งเนื้อหาของโปรแกรมให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยมีประเด็นที่ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ข้อเสนอแนะ ได้แก่

- ให้เพิ่มรายละเอียดกรอบของโปรแกรมและกลุ่มเป้าหมาย ระยะห่างของแต่ละช่วงเวลา
- เพิ่มวิธีการวัดและประเมินผลของแต่ละกิจกรรม
- ให้เพิ่มวิธีการวัดและประเมินผลของแต่ละกิจกรรม
- การประเมินผล ควรเพิ่มข้อคำถามในเชิงลบเพื่อป้องกันการเดาเวลาทำแบบสอบถาม
- ระมัดระวังการแบ่งกลุ่มในการทำกิจกรรม เพราะสมาชิกแต่ละกลุ่มมีความสามารถในการรับรู้แตกต่างกัน
- บุคลากรด้านสาธารณสุขหรือผู้ดำเนินกิจกรรมต้องมีความเข้าใจและมีทักษะในการดำเนินกิจกรรมอย่างดี

หลังจากนั้น ได้ปรับปรุงโปรแกรมเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะดังกล่าว ซึ่งโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไวรัสตับอักเสบบี (รายละเอียดตามภาคผนวก ข.) มีดังนี้

(1) วัตถุประสงค์ของโปรแกรม

(1.1) เพื่อให้ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมีความรู้ ความเข้าใจในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

(1.2) เพื่อให้ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีสามารถตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้อย่างเหมาะสมและสามารถบอกต่อผู้อื่นได้

(2) กลุ่มเป้าหมาย

(2.1) ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	จำนวน	18	คน
(2.2) ผู้สัมผัสใกล้ชิดในครอบครัว	จำนวน	36	คน
(2.3) อสม.ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ	จำนวน	18	คน
(2.4) บุคลากรสาธารณสุข	จำนวน	2	คน
รวมทั้งสิ้น		74	คน

(3) กรอบของโปรแกรม

การจัดโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระยะที่ 2 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ระยะที่ 3 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 และระยะที่ 4 การติดตามและประเมินผล โดยมีรายละเอียดแต่ละกิจกรรมดังนี้

(3.1) ระยะที่ 1 การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระยะเวลา 1 วัน

แนวคิด: เป็นการอบรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญที่เหมาะสมกับความต้องการของประชาชนและชุมชน ในการสร้างโอกาสการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อเพิ่มศักยภาพและความสามารถในการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ ตามองค์ประกอบ ที่สำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ข้อ คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) การสื่อสารโต้ตอบ ชักถาม 4) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 5) การจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง และ 6) การเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น หรือบอกต่อเพื่อการมีสุขภาพดี (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

ดังนั้น จึงนำเอากระบวนการเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมาใช้เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี โดยมีการออกแบบกิจกรรมดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1.1 ประเมินตนเองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ใช้เวลา 30 นาที

เป็นกิจกรรมการเตรียมความพร้อม การประเมินตนเองก่อนการฝึกอบรม ด้วยแบบสอบถาม ของผู้เข้าร่วมโปรแกรม โดยมีการเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบว่าผู้เข้าอบรมมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเป็นเช่นใด มากน้อยแค่ไหน ตลอดจนนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุง แก้ไข หรือพัฒนากิจกรรมการฝึกอบรมอื่น ๆ ให้ดียิ่งขึ้น และเป็นฐานข้อมูลในการเปรียบเทียบหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

กิจกรรมที่ 1.2 ไวรัสตับอักเสบบี มีผลต่อสุขภาพอย่างไร ใช้เวลา 90 นาที

เป็นกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ และมีความรู้ ความเข้าใจในการส่งเสริม ป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี เป็นกิจกรรมกลุ่มโดยการเล่นเกมแล้วสอดแทรกความรู้ และการเปิดคลิปวิดีโอเกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบบี ร่วมกับการสาธิตการใช้สื่อ การเข้าถึงแหล่งความรู้ในช่องทางต่าง ๆ

กิจกรรมที่ 1.3 เล่าสู่กันฟัง ใช้เวลา 90 นาที

เพื่อส่งเสริมทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งการสื่อสารสุขภาพเป็นเครื่องมือในการเผยแพร่ข่าวสารด้านสุขภาพเพื่อประโยชน์ในการป้องกันสุขภาพแก่ประชาชน ซึ่งบ่งบอกถึงความสามารถในการเพิ่มระดับความรู้และความตระหนักในปัญหาสุขภาพ แนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพ มีทักษะในการอธิบายบอกต่อถึงเรื่องการดูแลสุขภาพ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นอกจากนี้ในการดูแลสุขภาพให้ครบทุกมิติจะต้องได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เข้ามามีส่วนร่วมและสนับสนุน เป็นการแบ่งกลุ่มเพื่อแสดงบทบาทสมมติในการสื่อสารตามบทบาทและสถานการณ์ต่าง ๆ

กิจกรรมที่ 1.4 เป้าหมายมีไว้พุ่งชน ใช้เวลา 90 นาที

การตั้งเป้าหมายของผู้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมตั้งเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยตนเอง ให้มีทิศทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนขึ้น ช่วยทำให้ผู้เข้าร่วมอบรมทราบถึงสิ่งที่อยากจะทำให้สำเร็จ จากนั้นก็จะสามารถวางแผนเพื่อที่จะบรรลุเป้าหมายนั้นให้สำเร็จได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังเป็นการเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง เมื่อได้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ เป็นกิจกรรมให้ผู้เข้าอบรมได้วาดภาพและเขียนข้อความที่สื่อถึงเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และมาเล่าให้เพื่อนในกลุ่มฟัง แล้วเก็บภาพหรือข้อความนั้นไว้เพื่อเป็นสิ่งที่เตือนใจ เป็นแรงบันดาลใจ แล้วนำมาใช้เพื่อประเมินผลในระยะเวลาสุดท้ายว่าทำได้ตามเป้าหมายแค่ไหน

(3.2) ระยะเวลาที่ 2 เยี่ยมยามถามไถ่ ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 20 นาที/คน

ความเจ็บป่วยของสมาชิกในบ้านเพียงแค่คนหนึ่งคน ย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น ๆ อีกหลายคนในครอบครัว ในขณะที่เดียวกันนั้น สมาชิกในครอบครัวเองก็มีผลกระทบต่อความเจ็บป่วยของสมาชิกเช่นกัน ดังนั้น การเยี่ยมบ้านจึงมีความสำคัญ นอกจากจะช่วยให้มีการจัดการ และแนะนำแนวทางการปฏิบัติตัวในด้านต่าง ๆ แล้ว ยังเป็นการเพิ่มพลังใจ (Empowerment) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมองเห็นความสำคัญในการแก้ปัญหาชีวิตไปพร้อม ๆ กัน ทั้งการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) และกิจกรรมด้านอื่น ๆ ทั้งนี้ การเยี่ยมยามถามไถ่ ครั้งที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเสริมพลังและให้กำลังใจผู้ติดเชื้อ

ไวรัสตับอักเสบบีและครอบครัว เป็นการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสาธารณสุข และ อสม. ที่รับผิดชอบในพื้นที่ แล้วบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มการเยี่ยมบ้าน พร้อมกับเซ็นชื่อกำกับ (รายละเอียดตามภาคผนวก ข.)

(3.3) ระยะที่ 3 เยี่ยมยาม ถามไถ่ ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 10 นาที/คน

การติดตามเยี่ยมบ้านเพียงครั้งเดียวอาจจะไม่เพียงพอสำหรับการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของป่วย ควรจะมีการติดตามผลจากการให้คำแนะนำและกำลังใจต่อเนื่องจากครั้งที่ 1 เนื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการในระยะยาว ซึ่งต้องได้รับการติดตามและให้กำลังใจ รวมถึงการเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ การเยี่ยมยามถามไถ่ ครั้งที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามการแก้ไขปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อเนื่องจากครั้งที่แล้ว และเสริมพลังให้กำลังใจผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและครอบครัว เป็นการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสาธารณสุข และ อสม. ที่รับผิดชอบในพื้นที่ แล้วบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มการเยี่ยมบ้าน พร้อมกับเซ็นชื่อกำกับ (รายละเอียดตามภาคผนวก ข.)

(3.4) ระยะที่ 4 ติดตามและประเมินผล

เป็นกิจกรรมในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ด้านความรู้และพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมอบรมหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยมีการออกแบบกิจกรรมดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 4.1 สู้เส้นชัยคุณทำได้ ใช้เวลา 120 นาที

กระบวนการในการติดตามการดำเนินงานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากจะเป็นการประเมินผลดีจากการเข้าร่วมโปรแกรมแล้ว ควรจะต้องมีเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้เข้าร่วมอบรม โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เพื่อให้เกิดแนวคิด แรงบันดาลใจ รวมถึงให้ผู้เกี่ยวข้องนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในกระบวนการดำเนินงานต่อไป เป็นกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสรุปผลการดำเนินงานทุกระยะที่ผ่านมา รวมทั้ง ประเมินผลกิจกรรม “เป้าหมายมีไว้พุ่งชน” การยกย่องเชิดชูผู้ที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ตามเป้าหมาย และให้กำลังใจผู้ที่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

กิจกรรมที่ 4.2 ประเมินตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรม ใช้เวลา 30 นาที

หลังจากที่ทำกิจกรรมตามโปรแกรม เพื่อให้ทราบถึงศักยภาพของผู้ร่วมอบรม ว่าสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการประเมินตนเอง ทดสอบวัดระดับความรู้เพื่อหาผลลัพธ์ของประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของตัวเองเองใน 6 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งเป็นการประเมินตนเองด้วยแบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม

หลังจากนั้น ได้มีการเขียนคู่มือการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคไวรัสตับอักเสบบี (รายละเอียดตามภาคผนวก ข และ ซ)

สำหรับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการวิจัยนี้ สามารถสรุปได้ดังรูปภาพที่ 8



รูปภาพที่ 8 โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

4.2.4 ขั้นการสะท้อนผล (Reflecting)

ทีมวิจัยได้สะท้อนผลการดำเนินการตามแผนร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ ทั้งการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีให้เข้าสู่การรักษา และการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้วยการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการประชุมกลุ่มในชุมชน และการประชุมกลุ่มสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

4.3 ผลการศึกษาระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบ (Testing the Intervention)

ทีมวิจัยได้นำโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และผู้สัมผัสใกล้ชิดในครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันตับอักเสบริ้ร้ง ตับแข็ง

และมะเร็งตับ ในผู้กลุ่มติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีรายใหม่ในผู้สัมผัสใกล้ชิดในครอบครัว กลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งสิ้น จำนวน 74 คน รายละเอียดดังนี้

- ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 18 คน
- ผู้สัมผัสใกล้ชิดในครอบครัวกับผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้แก่ คู่สมรส บุตร หรือบิดา มารดา จำนวน 36 คน
- อสม. ที่รับผิดชอบหลังคาเรือนหรือดูแลประจำครอบครัว จำนวน 18 คน
- พยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุข ประจำ รพ.สต. จำนวน 2 คน

ในการจัดกิจกรรมมีการประเมินความรู้ พฤติกรรม ด้วยแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน (รายละเอียดตามภาคผนวก ข) ซึ่งผู้ที่มีคะแนนสูง หมายถึง มีความรู้และมีพฤติกรรมที่ดี และตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในกิจกรรมระยะสุดท้าย ทั้งนี้ ในการประเมินประสิทธิผลการนำรูปแบบนี้ไปปรับใช้ ได้มีเปรียบเทียบผลการดำเนินงานในกลุ่มผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและผู้สัมผัสใกล้ชิดกับกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นตำบลที่อยู่ใกล้เคียงกัน โดยได้รับบริการมาตรฐานตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข คือ มีการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล และการนัดหมายผู้ติดเชื้อให้มาพบแพทย์ตามนัด ผลการศึกษารายละเอียดดังนี้

4.3.1 ผลการดำเนินงานของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจากการสังเกตการณ์และการสัมภาษณ์

จากการสังเกตการณ์และการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ในแต่ละกิจกรรมพบว่า

1) ระยะที่ 1 การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กิจกรรม: ประเมินตนเองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

- กลุ่มเป้าหมายบางคน มีปัญหาเรื่องการอ่าน ต้องแก้ปัญหาด้วยการสัมภาษณ์ หรืออ่านให้ฟัง
- กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 1 คน ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามนัด

กิจกรรม: ไวรัสตับอักเสบบี มีผลต่อสุขภาพอย่างไร

- ผู้เข้าร่วมอบรมมีความสนุกสนานและผ่อนคลายค่อนข้างมาก เพราะเป็นการตอบคำถามผ่านการเล่นเกม และมีการเสริมคำตอบหรือความรู้เพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่
- การใช้ภาษาอีสานในการจัดกิจกรรมทำให้ผู้เข้าอบรมเข้าใจง่าย
- การสื่อสารด้วยวิธีทัศนทำให้ผู้เข้าร่วมอบรมเห็นภาพ และฟังเสียง ส่งผลให้ผู้เข้าอบรมสนใจมากขึ้น

- กิจกรรมการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารบางช่องทางมีข้อจำกัด เช่น ในผู้สูงอายุหรือคนที่ไม่ม่มีสมาร์ทโฟน ผู้นำกิจกรรมก็เลยแนะนำการเข้าถึงข้อมูลผ่านสื่อบุคคล เช่น อสม. หรือบุคลากรสาธารณสุข

- กิจกรรมมีการประเมินความรู้ด้วยการตอบคำถาม “ใช่ หรือ ไม่ใช่” ผลการประเมินความรู้ ซึ่งส่วนใหญ่จะตอบถูก

กิจกรรม: เล่าสู่กันฟัง

- ผู้เข้าร่วมอบรมบางคนมีส่วนร่วมในกิจกรรมค่อนข้างน้อย เช่น คนที่ไม่ค่อยได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มใดๆ มาก่อน ส่วนคนที่มีส่วนร่วมมาก คือ กลุ่ม อสม.
- การแสดงบทบาทสมมติในบางสถานการณ์ไม่ครอบคลุมเนื้อหา ซึ่งผู้ดำเนินกิจกรรมต้องคอยเติมเต็มในประเด็นที่ไม่ครอบคลุม

2) ระยะที่ 2 เยี่ยมยาม ถามไถ่ ครั้งที่ 1

- ดีใจที่มีเจ้าหน้าที่มาเยี่ยม ได้กำลังใจมากขึ้น อยากให้มาเยี่ยมบ่อย ๆ เยี่ยมจนหายป่วย แต่ต้องแจ้งล่วงหน้า
- ส่วนใหญ่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ตามคำแนะนำ เช่น การรับประทานอาหาร หรือหลีกเลี่ยงยาที่เป็นอันตรายต่อดับ ส่วนพฤติกรรมที่ยังทำได้ไม่ดีนัก เรื่องการดื่มสุรา

3) ระยะที่ 3 เยี่ยมยาม ถามไถ่ ครั้งที่ 2

- กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ตามคำแนะนำ จากสภาพปัญหาที่ได้มีการพูดคุยกันจากการเยี่ยมบ้านในครั้งก่อน เช่น การลดการดื่มสุรา การสูบบุหรี่

4) ระยะที่ 4 ติดตามและประเมินผล

กิจกรรม: สู่เส้นชัย..คุณทำได้

- การนำเอาภาพหรือข้อความที่เป็นการตั้งเป้าหมายมาสรุปผล ซึ่งส่วนใหญ่สามารถทำได้ตามเป้าหมาย มีเพียงส่วนน้อยที่ไม่สามารถทำได้
- กลุ่มเป้าหมาย 2 คน ไม่มาเข้าร่วมกิจกรรม และบางคนลืมเอาภาพเป้าหมายที่เขียนไว้มาติดตัวมาด้วย

กิจกรรม: ประเมินตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรม

- จากการเปิดโอกาสให้สะท้อนความรู้สึก ซึ่งผู้เข้าร่วมอบรมอยากให้มีการจัดกิจกรรมแบบนี้อีก และขยายกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมมากกว่านี้ เพราะเห็นว่ามีประโยชน์ทั้งการตรวจคัดกรอง และการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

- ผู้เข้าร่วมอบรมอยากให้มีการเยี่ยมบ้านบ่อย ๆ
- ผู้เข้าร่วมอบรมมีความมั่นใจ ในการพูด หรือการสื่อสารเรื่องโรคไวรัสตับอักเสบบีมากยิ่งขึ้น

- ผู้สัมผัสร่วมบ้านหรือสมาชิกในบ้านรู้สึกดี ที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม เพื่อนำความรู้มาใช้ในการดูแลและป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีของคนในครอบครัว

- การสังเกตผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 1 คน ที่ตรวจพบเชื้อซ้ำซึ่งบ่งชี้ว่ามีความเสี่ยงที่จะเป็นตับอักเสบเรื้อรัง และมีภาวะอ้วน ผู้ติดเชื้อรู้สึกกังวลเล็กน้อย เพราะที่บ้านไม่มีสมาชิกในครอบครัวที่คอยดูแล มีเฉพาะ อสม. และเพื่อนบ้านคอยดูแล ซึ่งเจ้าหน้าที่ได้มีการให้กำลังใจ และให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ และขอให้ไปพบแพทย์ตามนัด

4.3.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.1 อายุระหว่างตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป ร้อยละ 72.2 อาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 48.2 การศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา ร้อยละ 64.8 ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.7 อายุระหว่างตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป ร้อยละ 74.5 อาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 51.0 การศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา ร้อยละ 68.6 รายละเอียดดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=54)		กลุ่มควบคุม (n=51)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	21	38.9	19	37.3
หญิง	33	61.1	32	62.7
อายุ (ปี)				
26-44	15	27.8	13	25.5
≥45	39	72.2	38	74.5
Mean (SD),	47.9 (11.5),		49.3 (11.4),	
Median (min: max)	51 (26: 68)		51 (26: 69)	
อาชีพ				
เกษตรกรกรรม	26	48.2	26	51.0
รับจ้าง	14	25.9	13	25.5
อื่น ๆ	14	25.9	12	23.5
การศึกษา				
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	35	64.8	35	68.6
มัธยมศึกษาขึ้นไป	19	35.2	16	31.4

4.3.3 ความรู้และพฤติกรรมโรคไวรัสตับอักเสบบี ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งคะแนนความรู้ (p-value 0.407) และคะแนนพฤติกรรม (p-value 0.110) รายละเอียดดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 คะแนนความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	n	Mean	s.d.	t	Mean Difference	95% CI	p-value*
คะแนนความรู้							
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	54	11.7	2.1	-0.8	-0.3	-1.1 to 0.5	0.407
กลุ่มควบคุม	51	12.0	2.0				
คะแนนพฤติกรรม							
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	54	23.2	4.3	-1.6	-1.1	-2.5 to 0.3	0.110
กลุ่มควบคุม	51	24.3	2.4				

* Independent t-test

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลอง พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งคะแนนความรู้ (p-value <0.001) และคะแนนพฤติกรรม (p-value <0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 9

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มควบคุม พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นเล็กน้อย (p-value 0.014) ส่วนคะแนนพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน (p-value 0.552) รายละเอียดดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	n	Mean	s.d.	t	Mean Difference	95% CI	p-value*
กลุ่มทดลอง							
คะแนนความรู้							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	54	11.7	2.1				
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	54	14.2	1.0	11.3	2.4	2.1 to 2.9	<0.001
คะแนนพฤติกรรม							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	54	23.2	1.6				
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	54	26.3	4.3	6.6	3.1	2.2 to 4.1	<0.001
กลุ่มควบคุม							
คะแนนความรู้							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	51	12.0	1.9				
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	51	12.4	2.0	2.6	0.4	0.1 to 0.7	0.014
คะแนนพฤติกรรม							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	51	24.3	2.4				
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	51	24.2	2.1	-0.6	-0.1	-0.4 to 0.2	0.552

* Dependent t-test

และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มกลุ่มควบคุม ทั้งคะแนนความรู้ (p-value <0.001) และคะแนนพฤติกรรม (p-value <0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี หลังเข้าร่วมโปรแกรม
เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	n	mean	s.d.	t	Mean Difference	95% CI	p-value*
คะแนนความรู้							
กลุ่มทดลอง	54	14.2	1.0	5.7	1.7	1.2 to 2.3	<0.001
กลุ่มควบคุม	51	12.4	1.9				
คะแนนพฤติกรรม							
กลุ่มทดลอง	54	26.3	1.6	5.8	2.1	1.4 to 2.8	<0.001
กลุ่มควบคุม	51	24.2	2.1				

* Independent t-test

4.3.4 ประสิทธิภาพของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น

การเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ในประเด็นการป้องกันผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีไม่ให้เป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง (Chronic Hepatitis B) และการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีรายใหม่ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดในครอบครัว พบว่าในกลุ่มทดลองมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีกลายเป็นชนิดเรื้อรัง จำนวน 1 ราย ร้อยละ 5.6 ส่วนกลุ่มควบคุมมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีกลายเป็นชนิดเรื้อรัง จำนวน 3 ราย ร้อยละ 17.7 ด้านการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีรายใหม่ พบว่าในกลุ่มทดลองไม่มีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีรายใหม่ ส่วนกลุ่มควบคุมมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 2 ราย ร้อยละ 5.9

เมื่อเปรียบเทียบการป้องกันผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีไม่ให้กลายเป็นชนิดเรื้อรัง และการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีรายใหม่ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดในครอบครัว พบว่าการป้องกันผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีไม่ให้กลายเป็นชนิดเรื้อรังไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (p-value 0.265) รายละเอียดดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 สัดส่วนการป้องกันผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง เปรียบเทียบระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้ติดเชื้อไวรัส ตับอักเสบบี	ผู้ติดเชื้อไวรัส ตับอักเสบบีเรื้อรัง (จำนวน/ร้อยละ)	Z Score	Proportions difference	95%CI	p-value
กลุ่มทดลอง (n=18)	1 (5.6)	1.1	12.0	-0.1 to 32.9	0.265
กลุ่มควบคุม (n=17)	3 (17.7)				

ส่วนการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีรายใหม่ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิด กลุ่มทดลอง
สามารถป้องกันได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม (p-value <0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 สัดส่วนการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีรายใหม่ในผู้สัมผัสใกล้ชิด เปรียบเทียบ
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้สัมผัสใกล้ชิด	ผู้ติดเชื้อไวรัส ตับอักเสบบีรายใหม่ (จำนวน/ร้อยละ)	Z Score	Proportions Difference	95%CI	p-value
กลุ่มทดลอง (n=36)	0 (0.00)	5.4	5.9	4.2 to 7.5	<0.001
กลุ่มควบคุม (n=34)	2 (5.9)				

4.3.5 ความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่าส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจอยู่ใน
ระดับปานกลางร้อยละ 55.6 รองมาคือระดับสูง ร้อยละ 33.3 ส่วนความพึงพอใจในระดับต่ำ พบ
เพียงร้อยละ 11.1 รายละเอียดดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 คะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (n = 74)

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	8	10.8
ปานกลาง	40	54.1
สูง	26	35.1
Mean (SD), Median (min: max)	25.9 (1.8), 26 (21: 30)	

4.4 ผลกระทบอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการวิจัยในพื้นที่

จากการดำเนินโครงการวิจัยในครั้งนี้ นอกจากผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยแล้ว ยังมีผลกระทบด้านอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งในชุมชน และภาพรวมของการดำเนินงานในระดับจังหวัดตามมา ดังนี้

4.4.1 การริเริ่มการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่

รพ.สต.หนองคู, อบต.หนองคู และประชาชนในชุมชน ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งควรขยายกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมประชาชนกลุ่มเสี่ยงทั่วทั้งตำบล ส่งผลให้ อบต.หนองคู จึงได้ให้การสนับสนุนโครงการรณรงค์ตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ประจำปี พ.ศ. 2563 จำนวน 20,000 บาท โดยให้ รพ.สต.หนองคู เป็นผู้รับผิดชอบโครงการ

4.4.2 การขยายพื้นที่ดำเนินงานเฝ้าระวังโรคในระดับจังหวัด

ในภาพรวมระดับจังหวัด ได้มีการขยายการดำเนินงานเฝ้าระวังและตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี และตับอักเสบบี ในกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ ในพื้นที่อื่น ๆ ทั้ง 9 อำเภอ ได้แก่

- 1) การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และซี ในพนักงานคัดแยกขยะสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 2) การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในกลุ่มผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต.
- 3) การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดในครอบครัวที่มีญาติ เช่น พ่อ แม่ บุตร หรือคู่สมรส ที่เป็นโรคตับอักเสบบี ตับแข็ง หรือมะเร็งตับ

4.5 รูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชนที่พัฒนาขึ้น

สำหรับผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชนที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษาวิจัยนี้ มีรูปแบบดังนี้

4.5.1 การคัดกรองประชาชนในชุมชนเพื่อหากลุ่มเสี่ยงด้วยแบบคัดกรอง 12 ข้อ (Verbal Screening) โดยเน้นคัดกรองประชาชนที่อายุ 26 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มอายุที่เกิดก่อนที่กระทรวงสาธารณสุขจะมีการบรรจุวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีในโปรแกรมสร้างเสริมภูมิคุ้มกันและมีความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบีสูง คนที่ถูกคัดกรองแล้วมีความเสี่ยงตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป จะได้รับการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในลำดับต่อไป ซึ่งดำเนินการโดย อสม. ในชุมชน หรือเจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต. ในพื้นที่

4.5.2 การตรวจเลือดเพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มเสี่ยง (Blood Testing) โดยตรวจหา HBsAg ซึ่งเจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต. ในพื้นที่ทำการตรวจตรวจคัดกรองด้วยการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว (Test Strip/Cassette Strip) เมื่อพบผลบวก (HBsAg+) จากนั้นจะส่งต่อเพื่อตรวจยืนยันด้วยวิธี PCR ที่โรงพยาบาลประจำอำเภอในพื้นที่

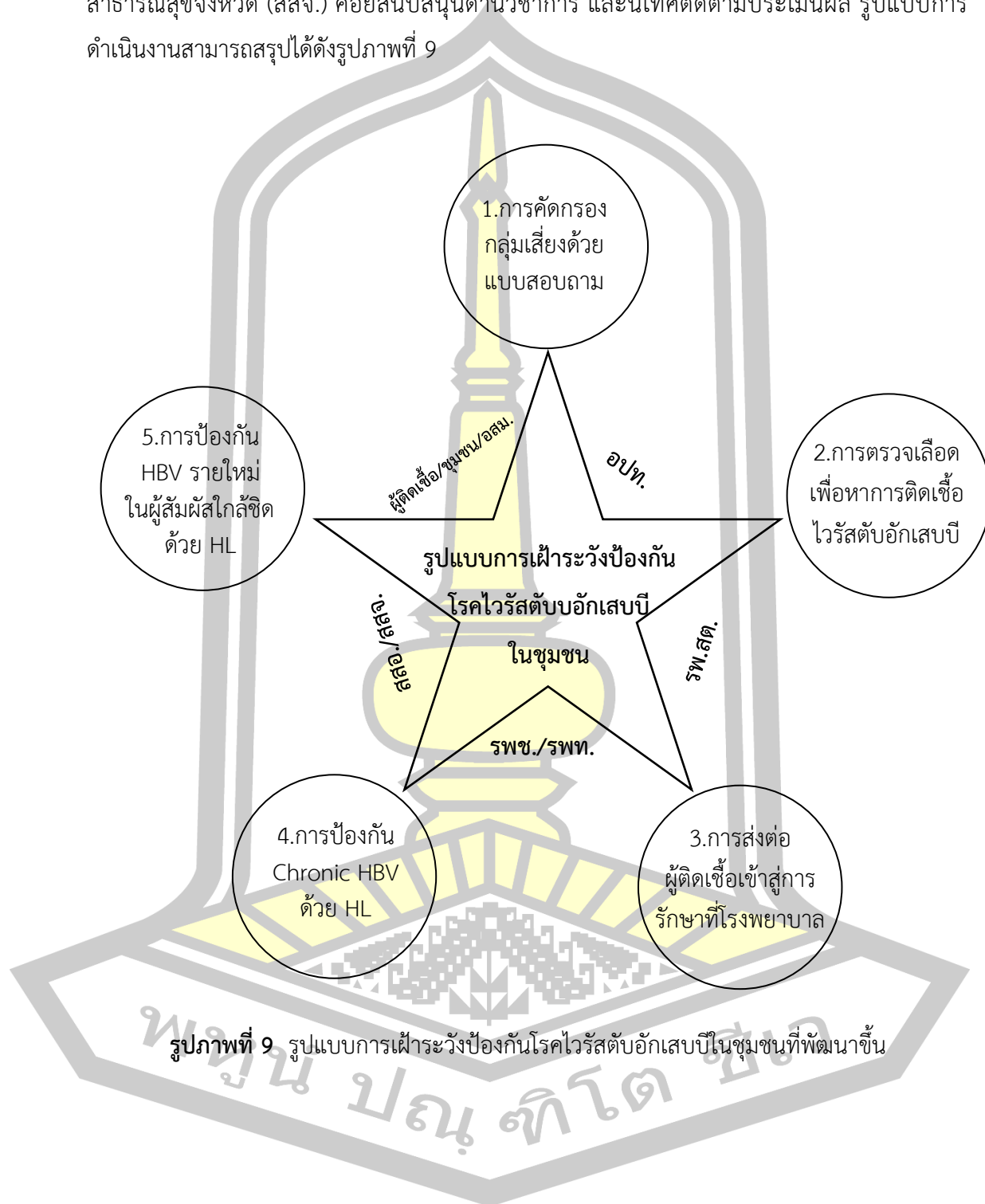
4.5.3 การส่งต่อผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเข้าสู่กระบวนการรักษา (Treatment) ของแพทย์ในโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ เมื่อผู้ติดเชื้อได้รับการตรวจยืนยันที่โรงพยาบาลประจำอำเภอในพื้นที่แล้ว จะทำการส่งต่อเข้าสู่การรักษาโดยผ่านคลินิกโรคไวรัสตับอักเสบบี มีพยาบาลประจำคลินิกทำหน้าที่ประสานงานและส่งต่อผู้ติดเชื้อเข้าพบแพทย์ ซึ่งแพทย์จะทำการตรวจรักษาไปตามอาการ และมีการนัดหมายผู้ติดเชื้อ (Follow Up) ให้มาตรวจตามนัดเป็นระยะ ๆ จากนั้นพยาบาลจะทำทะเบียนนัดหมายและส่งต่อผู้ติดเชื้อไปยัง รพ.สต. พื้นที่

4.5.4 การเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มผู้ติดเชื้อเพื่อลดการป่วยเป็นไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง ตับแข็ง หรือมะเร็งตับในอนาคต (Preventing Chronic HBV Infection)

4.5.5 การเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เช่น คู่สมรส และสมาชิกในครอบครัว เพื่อป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ (Preventing New HBV Infection)

การดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้สัมผัสใกล้ชิด เป็นการดำเนินงานโดย รพ.สต. ในพื้นที่โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล), อสม. และแกนนำชุมชน เป็นส่วนสนับสนุน

ทั้งนี้ การดำเนินกิจกรรมทั้งหมด จะมีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) คอยสนับสนุนด้านวิชาการ และนิเทศติดตามประเมินผล รูปแบบการดำเนินงานสามารถสรุปได้ดังรูปภาพที่ 9



รูปภาพที่ 9 รูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชนที่พัฒนาขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบซี เป็นการศึกษาวิจัยผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยใช้แบบแผน รองรับภายใน (Embedded Design) กระบวนการวิจัยมี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การเตรียมการ และวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 การปฏิบัติการพัฒนาการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุม โรคไวรัสตับอักเสบซี และระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบ (Testing the Intervention) ผลที่ได้คือ รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบซี การสรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และ ข้อเสนอแนะ รายละเอียดดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มี 3 ระยะ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงขอสรุปผลการศึกษาไปตามระยะของการศึกษา ดังต่อไปนี้

5.1.1 สรุปผลระยะที่ 1 การเตรียมการและวิเคราะห์สถานการณ์

ในขั้นตอนนี้จะศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณเป็นหลักเพื่อสำรวจสภาพปัญหาของโรคไวรัสตับอักเสบซี และการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง จากนั้นจะเป็นการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อเป็นข้อมูลเสริมการศึกษาเชิงปริมาณ และยังมีกระบวนการพัฒนาเครื่องมือรวมอยู่ในขั้นตอนนี้ สรุปผลการศึกษาดังนี้

1) การเตรียมพื้นที่การวิจัย

ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการวิจัย กระบวนการ ตลอดจนระยะเวลาในการจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างชัดเจนและตรงกันแก่ทีมวิจัย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมจากชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งได้รับการต้อนรับและยินดีเข้าร่วมโครงการจากชุมชน และเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่

2) การพัฒนาเครื่องมือ

การศึกษานี้ ได้พัฒนาแบบคัดกรองขึ้นมาใหม่ กระบวนการพัฒนาแบบคัดกรองประกอบไปด้วย การทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์เชิงลึก ได้แบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี จำนวน 12 ข้อ ผลการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา มีค่า CVI อยู่ระหว่าง 0.83 ถึง 1 โดยมีค่า CVI รวมเท่ากับ 0.99 การประเมินความเที่ยงประเภทความสอดคล้อง

ภายใน ได้ค่าแอลฟาเท่ากับ เท่ากับ 0.67 หลังจากนั้น นำไปคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาจุดตัดคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงที่สะท้อนหรือทำนายการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ด้วยการวิเคราะห์พื้นที่ใต้โค้ง ROC ซึ่งเป็นการประเมินว่าแบบคัดกรองนี้ สามารถทำนายหรือสะท้อนการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้หรือไม่ ซึ่งมีพื้นที่ใต้โค้ง ROC เท่ากับร้อยละ 79.2 (95%CI 69.1 to 89.2) คะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่จุดตัด 2 คะแนน ให้ค่าความไวสูงสุด ร้อยละ 83.3 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 63.9 ส่วนค่าความถูกต้อง ร้อยละ 64.1 เมื่อเสร็จสิ้นจากขั้นตอนทั้งหมดข้างต้น ได้จัดทำแบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงฉบับสมบูรณ์ คู่มือการใช้ การหาคะแนนและการแปลผล เพื่อให้ผู้ที่สนใจนำไปใช้ต่อไป

3) การสำรวจสภาพปัญหา

กลุ่มตัวอย่างจะถูกคัดกรองเบื้องต้นด้วยแบบสอบถาม (Verbal Screening) และผู้ที่มีความเสี่ยงจะได้รับการตรวจยืนยันด้วยการตรวจ HBsAg จากการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว นอกจากการคัดกรองแล้ว ในขั้นตอนนี้ยังมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและหาโมเดลทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องนำไปใช้วางแผนเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีต่อไป

(1) ข้อมูลทั่วไปและสภาพปัญหา

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,258 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 57.6 คนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง จำนวน 459 ราย ร้อยละ 36.5 ซึ่งได้รับการตรวจคัดกรองพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 18 ราย ร้อยละ 3.9 ซึ่งผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวหรือญาติที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ตับแข็งหรือมะเร็งตับ ถึงร้อยละ 61.1

(2) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 5 ตัวแปร ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี การประเมินความเหมาะสมของ Model ด้วย HL test ได้ค่า p-value เท่ากับ 0.241 พื้นที่ใต้โค้ง ROC ร้อยละ 61.8 (95%CI, 58.6 to 65.0) ที่จุดตัด -0.6563947 มีค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 72.6 ค่าความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 42.4 ส่วนค่าความถูกต้อง (Accuracy) ร้อยละ 53.4

4) การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม

การสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Information) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและปัจจัยเสี่ยง วิเคราะห์

สถานการณ์สภาพปัญหาบริบทในพื้นที่ เพื่อนำข้อมูลไปเป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป ได้แนวทางในการกำหนดรูปแบบการดำเนินงานใน 5 ประเด็นหลัก ๆ ได้แก่

1) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังหรือการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ที่ผ่านมานั้นเฉพาะในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มพนักงานบริการในสถานบันเทิง กลุ่มผู้ขายเสพติดชนิดฉีด ส่วนการดำเนินงานในชุมชนยังไม่มีดำเนินการใด ๆ ซึ่งการดำเนินการในชุมชนควรเน้นในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ที่มีคนในครอบครัวเป็นไวรัสตับอักเสบบี โรคตับแข็ง ตับอักเสบ หรือมะเร็งตับ และควรมีการจัดทำฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยงในการเฝ้าระวังโรค

2) การขับเคลื่อนงานป้องกันโรค ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมาไม่ชัดเจนว่ามีแนวทางอย่างไรบ้าง กลุ่มเป้าหมายที่จะดำเนินการก็ยังไม่ชัดเจน ได้มีข้อเสนอว่าควรมีการจัดทำแผนงานโครงการ เพื่อดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในภาพรวมทั้งอำเภอเพื่อใช้งบประมาณของ CUP (Contracting Unit for Primary Care) หรือหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ และในระดับตำบล อาจขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในพื้นที่ และควรมีดำเนินงานต่อเนื่อง ซึ่งอาจจัดกิจกรรมรณรงค์วันไวรัสตับอักเสบบีประจำปี เพื่อรณรงค์สร้างกระแสสร้างความตระหนักในการป้องกันและตรวจคัดกรอง ทั้งนี้ การดำเนินงานต้องอาศัยความร่วมมือจากทุก ๆ ภาคส่วนทั้งในระดับตำบล ได้แก่ ชุมชน ท้องถิ่น และ รพ.สต. ระดับอำเภอ คือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลประจำอำเภอ และระดับจังหวัด คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

3) การพัฒนาระบบการดูแลรักษาและการส่งต่อ ที่ผ่านมามีส่วนใหญ่จะเป็นการให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สำหรับผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลที่ตรวจพบเชื้อ ซึ่งดำเนินการโดยแพทย์ผู้ให้การรักษา และพยาบาลประจำคลินิก และมีการดำเนินการทุกครั้ง แต่ยังไม่ชัดเจนและขาดการจัดทำระบบฐานข้อมูลผู้ป่วย ขาดการส่งต่อผู้ป่วยไปยังพื้นที่ และไม่มีการติดตามผู้ป่วยให้กลับมาพบแพทย์ตามนัด ในการพัฒนาระบบรักษาและการติดตาม เสนอให้โรงพยาบาลโยธธรร จัดตั้งคลินิกโรคไวรัสตับอักเสบบีขึ้น และมีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน การส่งต่อผู้ป่วยหรือการติดตาม ให้ประสานผ่านสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

4) การส่งเสริมสุขภาพหรือลดผลกระทบของผู้ติดเชื้อ ซึ่งได้เสนอแนวทางโดยใช้กระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพหรือ Health Literacy มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีมีความสามารถและทักษะในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ ตอบซักถามจนสามารถประเมิน ตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการเพื่อจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมและสามารถบอกต่อผู้อื่นได้ เป้าหมาย คือ การป้องกันเพื่อมิให้กลุ่มที่ตรวจพบเชื้อไวรัสตับ

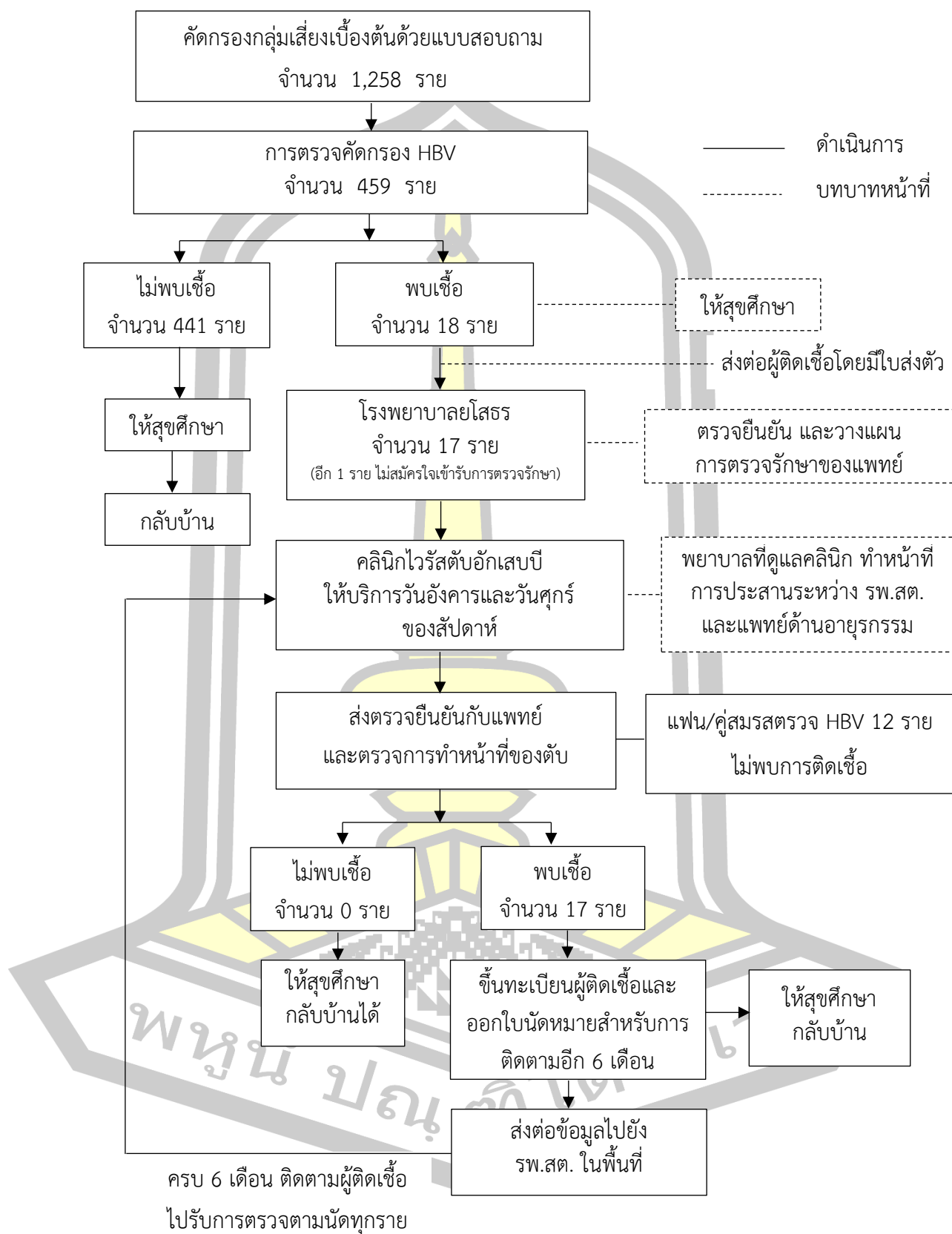
อักเสบปีได้รับผลกระทบ โดยกลายเป็นโรคตับอักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง และมะเร็งในตับ รวมทั้งผู้สัมผัสใกล้ชิดไม่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

5) ด้านปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี แกนนำผู้ติดเชื้อไม่ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจนของตนเองว่ามีสาเหตุมาจากอะไร แต่จากข้อมูลการตรวจคัดกรอง ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะมีคนในครอบครัวเป็นไวรัสตับอักเสบบี โรคตับแข็ง ตับอักเสบ หรือมะเร็งตับ เป็นไปได้ว่าอาจได้รับเชื้อจากการสัมผัสคลุกคลีกับคนภายในครอบครัว

5.1.2 สรุปผลระยะที่ 2 การปฏิบัติการพัฒนาการดำเนินงาน

การพัฒนาการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี ใช้กระบวนการตามกรอบแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1990) โดยมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ขั้นตอนปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกต (Observe) และขั้นการสะท้อนผล (Reflect) การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลัก ซึ่งมีทั้ง การสนทนากลุ่มและการประชุมเชิงปฏิบัติการผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้ง การศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณเป็นส่วนเสริมเกี่ยวกับการประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้ได้รูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม ประเด็นปัญหาที่สำคัญ ที่ทีมวิจัยได้นำเข้าสู่การวางแผนดำเนินงาน คือ การป้องกันโรคในกลุ่มที่ตรวจพบเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมิให้กลายเป็นโรคตับอักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง และมะเร็งในตับ รวมทั้งผู้สัมผัสใกล้ชิดไม่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีรายใหม่ โดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้วยการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อให้ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถประเมิน และตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถบอกต่อผู้อื่นได้ มีการดำเนินกิจกรรม 4 ระยะ คือ ในเวลา 0, 1, 3 และ 6 เดือน หลังจากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของโปรแกรม แล้วปรับปรุงโปรแกรมตามความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ เขียนคู่มือหลักสูตร ก่อนนำไปทดลองในกลุ่มตัวอย่าง ในขั้นตอนต่อไป

ในขั้นตอนนี้ ทีมวิจัยได้ร่วมประชุมกลุ่มกับเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดให้มีระบบการดูแลรักษาและการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หนองคู และ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง และโรงพยาบาลยโสธร ซึ่งที่ผ่านมาไม่มีระบบการดูแลรักษาและการติดตามผู้ป่วยที่ชัดเจนและเป็นระบบ จากการประชุมได้ข้อสรุปในการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี สรุปได้ดังรูปภาพที่ 10



รูปภาพที่ 10 แผนผังระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

5.1.3 สรุปผลระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบ (Testing the Intervention)

ทีมวิจัยได้นำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้วยกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และผู้สัมผัสใกล้ชิดในครอบครัว กลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งสิ้นจำนวน 54 คน โดยมีการเข้าร่วมกิจกรรม 4 ครั้ง กิจกรรมอบรม 1 ครั้ง กิจกรรมเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. อีก 2 ครั้ง และกิจกรรมประเมินผล 1 ครั้ง ในการจัดกิจกรรมมีการประเมินความรู้ พฤติกรรม ด้วยแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน และตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในระยะสุดท้าย ทั้งนี้ ในการประเมินประสิทธิผลการนำรูปแบบนี้ไปปรับใช้ มีการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานในกลุ่มผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและผู้สัมผัสใกล้ชิดกับกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นตำบลที่อยู่ใกล้เคียงกัน ผลพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรู้และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม และป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีรายใหม่ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไรก็ตาม ยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่ากลุ่มทดลองสามารถลดการป่วยเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังได้ดีกลุ่มควบคุม ส่วนด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่าส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง

สามารถสรุปผลตามความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมได้ดังนี้

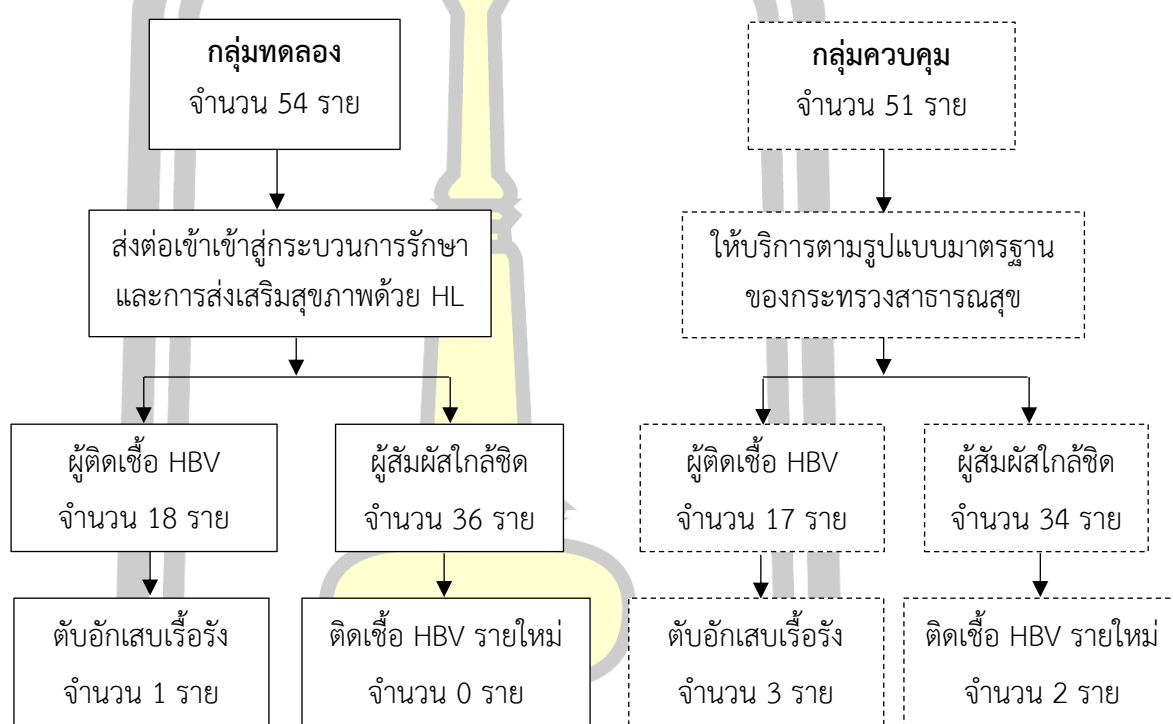
- 1) ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มีความรู้เพิ่มขึ้น มีความเข้าใจในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ดีใจที่มีเจ้าหน้าที่มาเยี่ยม ได้กำลังใจมากขึ้น อยากให้มาเยี่ยมบ่อย ๆ เยี่ยมจนหายป่วย แต่ต้องแจ้งล่วงหน้า
- 2) แกนนำครอบครัว (Close Contact) เข้าใจผู้ป่วย ช่วยดูแลและปฏิบัติตามคำแนะนำ ให้กำลังใจผู้ป่วยและทำให้รู้สภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง
- 3) อสม.ที่ดูแลในเขตพื้นที่ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ดีใจที่มีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและไม่ได้คิดว่าเป็นภาระแต่อย่างใด มีความมั่นใจมากขึ้นที่จะสื่อสารเรื่องไวรัสตับอักเสบบีได้อย่างถูกต้อง
- 4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประชาชนมีความตื่นตัว ให้ความสำคัญในการตรวจคัดกรองโรค อยากให้มีโครงการแบบนี้อย่างต่อเนื่อง

จากความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้ง 4 กลุ่มเป้าหมาย สรุปได้ว่า การจัดโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ก่อให้เกิด “5 ดี” ได้แก่

- มีความรู้ดี : มีความรู้เรื่องไวรัสตับอักเสบบีเป็นอย่างดี
- ปฏิบัติดี : มีความเข้าใจและนำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง
- สื่อสารดี : สามารถนำความรู้ไปถ่ายทอดให้ผู้อื่นฟังได้อย่างมั่นใจ
- รู้ตัวดี : ทำให้รู้สภาวะการเจ็บป่วยของตนเองเป็นอย่างดี

- กำลังใจดี : จากการเยี่ยมบ้านทำให้มีกำลังใจในการดูแล รักษาสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้ สรุปผลการทดลองการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ส่งผลต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีรายใหม่ และตับอักเสบรวม เรื้อรัง สามารถแสดงได้ตามรูปภาพที่ 11



รูปภาพที่ 11 สรุปผลการทดลองการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

5.1.4 รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชนที่พัฒนาขึ้น ประกอบไปด้วย 5 องค์ประกอบดังนี้

- 1) การคัดกรองประชาชนในชุมชนเพื่อหากลุ่มเสี่ยง
- 2) การตรวจเลือดเพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มเสี่ยง
- 3) การส่งต่อผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเข้าสู่กระบวนการรักษา
- 4) การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มผู้ติดเชื้อ
- 5) การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิด

ทั้งนี้ การดำเนินงานเป็นการบูรณาการร่วมกันระหว่างประชาชนในชุมชน, อสม., องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล), รพ.สต., และโรงพยาบาลในพื้นที่ โดยมีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) คอยสนับสนุนด้านวิชาการ

5.2 อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้ ได้แบ่งการอภิปรายไปตามขั้นตอนของการศึกษา ซึ่งมีอยู่ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การเตรียมการและวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 การปฏิบัติการพัฒนาการดำเนินงาน และระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบ รายละเอียดดังต่อไปนี้

5.2.1 อภิปรายผลระยะที่ 1 การเตรียมการและวิเคราะห์สถานการณ์

ในขั้นตอนนี้จะศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณเป็นหลักเพื่อสำรวจสภาพปัญหาของโรคไวรัสตับอักเสบซี และการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง จากนั้นจะเป็นการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อเป็นข้อมูลเสริมการศึกษาเชิงปริมาณ และยังมีกระบวนการพัฒนาเครื่องมือรวมอยู่ในขั้นตอนนี้ ทำให้ผลการศึกษาที่ได้มีความชัดเจนและรอบด้าน ทำให้สามารถนำไปวางแผนเพื่อพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบซีได้

1) การเตรียมพื้นที่การวิจัย

การดำเนินการวิจัยสำเร็จลุล่วงลงได้ เพราะชุมชนและเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการเตรียมพื้นที่วิจัยของทีมวิจัย การศึกษาชุมชนล่วงหน้ามาก่อน เพื่อให้รู้เข้าใจบริบทและประเพณีวัฒนธรรมของชุมชน และวางแผนในการเข้าถึง เพื่อสร้างความเข้าใจในวัตถุประสงค์ เห็นถึงผลประโยชน์ที่ชุมชนจะได้รับ และขอความร่วมมือเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

2) การพัฒนาเครื่องมือ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้พัฒนาแบบคัดกรองขึ้นมาใหม่ คำถามหรือตัวบ่งชี้ของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีในการศึกษานี้ รวบรวมโดยใช้วิธีการหลัก 3 วิธี ได้แก่ การทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญ และการสนทนากลุ่มแกนนำผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี พบว่าคำถามหรือตัวบ่งชี้ที่รวบรวมได้มีหลายประเด็น ผู้วิจัยได้นำเอาประเด็นต่าง ๆ มาตั้งเป็นคำถาม ซึ่งแบบคัดกรองทั้งหมดมี 12 ข้อ ครอบคลุมและสอดคล้องกับพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีสอดคล้องตามทฤษฎี (สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย, 2561; สำนักกระบาดวิทยา, 2544) ทั้งนี้ การรวบรวมคำถามหรือตัวบ่งชี้จากทั้ง 3 วิธี ทำให้ได้คำถามที่หลากหลาย และสอดคล้องกับบริบทหรือพฤติกรรมเสี่ยงมากยิ่งขึ้น คุณสมบัติของแบบคัดกรอง จากผลการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา ตามวิธีการของ Lynn ที่นำเสนอในปี 1986 ซึ่งอ้างอิงใน Striener และ

Norman ถือว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา และความเที่ยงประเภทความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (Streiner & Norman, 2008) เมื่อพิจารณาจากจุดตัดของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เมื่อพิจารณาจากพื้นที่ใต้โค้ง ROC บ่งชี้ว่าเครื่องมือนี้จำแนกกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้ค่อนข้างดี (Greiner and Pfeiffer, 2000) น่าจะเป็นเพราะพฤติกรรมทั้ง 12 ข้อ สอดคล้องและครอบคลุมความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จึงทำให้อำนาจจำแนกและค่าความไวของแบบคัดกรองที่ได้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ เหมาะสมสำหรับใช้คัดกรองผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง หรือส่งต่อเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ทั้งนี้ ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในครั้งต่อไปควรใช้เกณฑ์คะแนนพฤติกรรมเสี่ยงตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไปในการจำแนกกลุ่มเสี่ยงหรือในการส่งต่อเพื่อตรวจเลือด

3) การสำรวจสภาพปัญหา

(1) ข้อมูลทั่วไปและสภาพปัญหา

ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีของการศึกษานี้ มีความใกล้เคียงกับการศึกษาอื่น หรือในภาพรวมของประเทศไทย (Leroi et al., 2016) สะท้อนขนาดปัญหาและบ่งชี้ว่าปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบียังอยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วง ถึงแม้จะเป็นประชาชนที่อยู่ในชุมชน การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบื้องต้นด้วยแบบสอบถามจะมีส่วนช่วยเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้มาก ทั้งลดระยะเวลาและทรัพยากร ในการตรวจเลือดเพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่ตรวจพบ ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมาก่อน หรือเป็นโรคตับแข็ง หรือมะเร็งในตับ สอดคล้องกับการศึกษาของ (Costa et al., 2017; Phaetthayasat, 2015) ที่พบว่าผู้สัมผัสใกล้ชิดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งแนวทางการเฝ้าระวังหรือตรวจคัดกรองโรคควรมุ่งเน้นไปที่กลุ่มเสี่ยงดังกล่าว

ความรู้ความเข้าใจด้านการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค (กานดา แจ่มจรัส, 2558; สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข, 2004) ซึ่งในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีไม่มากนัก ส่งผลให้ประชาชนในชุมชนมีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อ โดยเฉพาะบุคคลที่สัมผัสใกล้ชิดในครอบครัว รวมทั้งผู้ติดเชื้อขาดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดการเกิดภาวะตับอักเสбреื้อรังหรือลดการแพร่เชื้อ

(2) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

โมเดลทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี พบว่าทั้ง 5 ปัจจัย ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และความรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ เพศชายมีพฤติกรรม

เสี่ยงมากกว่าเพศหญิง ซึ่งอาจเป็นเพราะเพศชายมีโอกาสดูแลในการแสดงออกในการมีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง เช่น การสักเจาะผิวหนัง การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคน เป็นต้น คนที่มีสถานภาพโสด หย่าหรือแยก มีความเสี่ยงมากกว่าคนที่มีสถานภาพสมรส อาจเป็นเพราะคนที่ไม่มีคู่มิ โอกาสที่จะมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคนได้มากกว่าคนที่มีความสัมพันธ์ที่มั่นคง คนที่มีประวัติติดยาเสพติดมีความเสี่ยงมากกว่าคนที่ไม่ติดยา คนที่มีประวัติสูบบุหรี่มีความเสี่ยงมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ อาจจะเป็นเพราะในกลุ่มคนที่ติดยาเสพติดและสูบบุหรี่มักเป็นคนที่มีบุคลิกที่อาจเป็นปัจจัยเอื้อนำไปสู่การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากกว่าคนที่ไม่ติดยาเสพติดหรือไม่สูบบุหรี่ ส่วนคนที่มีความรู้ไม่ดีเป็นกลุ่มความเสี่ยงมากกว่าคนที่มีความรู้ดี ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าคนที่มีความรู้ไม่ดีหรือมีความรู้ต่ำจะมีโอกาสสัมผัสปัจจัยเสี่ยงหรือมีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าคนมีความรู้ดี (กานดา แจ่มจรัส, 2558; สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข, 2004)

การประเมินความเหมาะสมของ Model ด้วย GOF บ่งชี้ว่าโมเดลเข้ากับข้อมูลได้ดี (Fit) และโมเดลการทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ด้วยวิธีการหาพื้นที่ใต้โค้ง ROC พบว่าทั้ง 5 ตัวแปร สามารถทำนายพฤติกรรมเสี่ยงหรือจำแนกกลุ่มเสี่ยงอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนค่า 95%CI ของ ROC ที่แคบสะท้อนว่ามีความแม่นยำในการทำนายได้ ค่าความไวอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนค่าความจำเพาะค่อนข้างน้อย (Greiner and Pfeiffer, 2000) อย่างไรก็ตามสามารถนำโมเดลดังกล่าวที่ประกอบไปด้วย 5 ตัวแปร ไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบีได้ โดยเฉพาะด้านการคัดกรองหรือจำแนกกลุ่มเสี่ยงเบื้องต้นเพื่อทำการตรวจเลือดหรือดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

4) การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม

การสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Information) ทำให้เข้าใจสภาพปัญหาและปัจจัยเสี่ยงตลอดจนบริบทในพื้นที่ เพื่อนำข้อมูลไปเป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินงานในขั้นตอนต่อไปได้แนวทางในการกำหนดรูปแบบการดำเนินงานใน 5 ประเด็นหลัก ๆ ได้แก่

(1) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังหรือการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ควรเน้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ที่มีคนในครอบครัวเป็นไวรัสตับอักเสบบี โรคตับแข็ง ตับอักเสบหรือมะเร็งตับ และควรมีการจัดทำฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยงในการเฝ้าระวังโรค ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงปริมาณเพื่อหาปัจจัยเสี่ยง และสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบีของกระทรวงสาธารณสุข (ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบบีจากเชื้อไวรัส, 2559) และการศึกษาของวิโรจน์ เจริญจรัสรังสี (วิโรจน์ เจริญจรัสรังสี, อัจฉรา กัลป์ยานชาติ และ สุวรรณ พันเจริญ, 2546) ที่ควรเน้นการเฝ้าระวังโรคในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิด

(2) การขับเคลื่อนงานป้องกันโรค โดยเน้นการมีส่วนร่วมโดยเฉพาะภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ และในระดับตำบล การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในพื้นที่ บูรณาการกับกิจกรรมรณรงค์วันไวรัสตับอักเสบบีประจำปี ในการรณรงค์สร้างกระแสเพื่อสร้างความตระหนักในการป้องกัน และตรวจคัดกรอง จะส่งผลให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (กานดา แจ่มจรัส, 2558; พรพิไล วรรณสัมผัส, 2558) ที่เน้นกระบวนการการมีส่วนร่วมจะทำให้การดำเนินงานแก้ไขปัญหาในชุมชนมีความเข้มแข็งและยั่งยืน

(3) การพัฒนาระบบการดูแลรักษาและการส่งต่อ โดยจัดตั้งคลินิกโรคไวรัสตับอักเสบบีขึ้น และมีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน มีช่วงเวลาบริการที่ชัดเจน และมีระบบการส่งต่อติดตามผู้ป่วย จะส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้อย่างครอบคลุม ส่งผลดีต่อการลดผลกระทบด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการป้องกันโรคตับอักเสบบีเรื้อรัง ตับแข็ง หรือมะเร็งในตับ รวมทั้ง ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ (กานดา แจ่มจรัส, 2558) ที่พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

(4) การส่งเสริมสุขภาพหรือลดผลกระทบของผู้ติดเชื้อ การส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งได้เสนอแนวทางโดยใช้กระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพหรือ Health Literacy จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีมีความสามารถและทักษะในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ ได้ตอบคำถามจนสามารถประเมิน ตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกรับบริการเพื่อจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมและสามารถบอกต่อผู้อื่นได้

(5) ด้านปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี การที่แกนนำผู้ติดเชื้อไม่ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจนของตนเองว่ามีสาเหตุมาจากอะไร และผู้ติดเชื้อบางส่วนอายุเกินวัยเจริญพันธุ์ หรือไม่เคยมีเพศสัมพันธ์มาเป็นระยะเวลายาวนาน สะท้อนว่า ลักษณะการติดต่อหรือแพร่เชื้อของโรคไวรัสตับอักเสบบี มีความแตกต่างจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ซึ่งอาจติดต่อได้ง่ายกว่า หรือติดต่อผ่านการสัมผัสสารคัดหลั่งจากผู้ติดเชื้อโดยไม่รู้ตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ (Bauer-Staeb et al., 2017; Costa et al., 2017) ที่ระบุว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีคือการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ เช่น เลือด น้ำเหลือง

5.2.2 อภิปรายผลระยะที่ 2 การปฏิบัติการพัฒนาการดำเนินงาน

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี ใช้กระบวนการ 4 ขั้นตอน หรือ PAOR ได้แก่ ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกต (Observe) และขั้นการสะท้อนผล (Reflect) ประเด็นปัญหาที่สำคัญ ที่ทีมวิจัยได้นำเข้าสู่การวางแผนดำเนินงาน คือ การป้องกันกลุ่มที่ตรวจพบเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้รับผลกระทบ โดยกลายเป็นโรคตับอักเสบบีเรื้อรัง ตับแข็ง และมะเร็งในตับ โดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้วยการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) จะช่วยให้ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีมีความสามารถ

และทักษะในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ ได้ตอบซักถามจนสามารถประเมิน ตัดสินใจปรับเปลี่ยน พฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม (กองสุขศึกษา, 2561) การปฏิบัติการพัฒนาการดำเนินงานทำให้ได้ โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Health Literacy for Hepatitis B Virus) โดยกระบวนการการมีส่วนร่วมจากเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โปรแกรมที่ได้ที่มี คุณภาพ ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เสี่ยงได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ กานดา แจ่มจรัส (2558) ที่ใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมในการ การพัฒนารูปแบบกระบวนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีด้วย การแพทย์แผนไทย จะทำให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในพื้นที่

5.2.3 อภิปรายผลระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบ

การจัดโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Health Literacy for Hepatitis B Virus) ส่งผลดีต่อผู้ติดเชื้อ ผู้สัมผัสใกล้ชิดในครอบครัว สามารถ เข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ ประเมินและตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม จนสามารถ ป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีรายใหม่ในผู้สัมผัสใกล้ชิดได้ ถึงแม้จะยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าช่วย ลดการเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังได้หรือไม่ นอกจากนี้ กิจกรรมการเยี่ยมบ้านยังทำให้ผู้ติด เชื้อและสมาชิกในครอบครัวมีกำลังใจในการดูแล รักษาสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการ ประเมินผลโปรแกรมดังกล่าว ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี สัมผัสใกล้ชิดในครอบครัว (Close contact) อสม.และบุคลากรสาธารณสุข มีความพึงพอใจต่อกิจกรรมเป็นอย่างมาก สถานที่ และระยะเวลาในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม เป็นโปรแกรมที่มีประโยชน์ เหมาะสม สามารถ นำไปใช้กับพื้นที่อื่นได้ ก่อให้เกิด 5 ดี ต่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อไวรัสตับ อักเสบบีและผู้เกี่ยวข้อง และสอดคล้องกับแนวทางการใช้กระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กองสุขศึกษา, 2561)

ข้อพึงระวังในการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจาก กลุ่มเป้าหมายมีความหลากหลาย การรับรู้จึงมีความแตกต่างกัน ดังนั้นในขณะทำกิจกรรมควรมีการ ประเมินกลุ่มเป้าหมายเป็นระยะ ๆ เพื่อให้กิจกรรมนั้นมีประสิทธิภาพ และในกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน ควรมีการกำหนดวันและช่วงเวลาให้ชัดเจน หรือแจ้งล่วงหน้า เพื่อลดความเสี่ยงต่อการไม่พบผู้ติดเชื้อ หรือหากผู้ติดเชื้อเดินทางไปต่างจังหวัดก็สามารถเยี่ยมผ่านทางโทรศัพท์ก็ได้

5.2.4 รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชนที่พัฒนาขึ้น

ผู้วิจัยขออภิปรายผลรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีใน ชุมชนที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษานี้ใน 2 ประเด็น ได้แก่ 1) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปตามหลักการป้องกัน โรคและกรอบยุทธศาสตร์การดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี และ 2) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นไป ตามหลักการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน รายละเอียดดังนี้

1) การอภิปรายรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปตามหลักการป้องกันโรคและกรอบยุทธศาสตร์การดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี

สำหรับรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชนที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษาวิจัยนี้ มีอยู่ 5 องค์ประกอบ ครอบคลุมการดำเนินงานตามหลักการควบคุมป้องกันโรค ซึ่งแบ่งการควบคุมและป้องกันโรคเป็น 3 ระดับ (ค่านวน อึ้งชูศักดิ์, 2557; วิจิต มธุรสภาชน, 2538) ได้แก่ ระดับที่ 1 การป้องกันโรคล่วงหน้า (Primary Prevention) มีวัตถุประสงค์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชนให้สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ให้มีความต้านทานต่อโรคต่าง ๆ ซึ่งรูปแบบการดำเนินงานจากการวิจัยนี้ ได้แก่ การเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เช่น คู่สมรส และสมาชิกในครอบครัว รวมถึงกิจกรรมการให้ความรู้ในชุมชนสำหรับประชาชนกลุ่มอื่น ๆ ระดับที่ 2 การป้องกันในระยะมีโรคเกิด (Secondary Prevention) เพื่อระงับกระบวนการดำเนินของโรค การป้องกันการแพร่เชื้อและระบาด ของโรคไปยังบุคคลอื่นในชุมชน การค้นหาหรือตรวจจับการเกิดโรคในชุมชนให้ได้อย่างรวดเร็ว และการลดการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในชุมชนให้น้อยลง ซึ่งรูปแบบการดำเนินงานจากการวิจัยนี้ ได้แก่ การคัดกรองประชาชนในชุมชนเพื่อหากลุ่มเสี่ยงด้วยแบบคัดกรอง 12 ข้อ (Verbal Screening) และกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจเลือดยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และระดับที่ 3 การป้องกันการเกิด ความพิการและการไร้สมรรถภาพ (Tertiary Prevention) คือการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการให้หายโดยเร็ว เพื่อลดผลเสียและโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังการเกิดโรค รวมทั้งการติดตามสังเกตและให้ การป้องกันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งรูปแบบการดำเนินงานจากการวิจัยนี้ ได้แก่ การส่งต่อผู้ติดเชื้อไวรัสตับ อักเสบบีเข้าสู่กระบวนการรักษา และการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เสี่ยงในกลุ่มผู้ติดเชื้อเพื่อลดการป่วยเป็นไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง ดับแข็ง หรือมะเร็งตับในอนาคต ทั้งนี้ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปตามหลักการป้องกันโรคที่ได้จากการศึกษานี้ สอดคล้องกับการแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับอักเสบของสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย (สมาคมโรคตับแห่ง ประเทศไทย, 2561)

รูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชนที่พัฒนาขึ้นจากการ ศึกษาวิจัยนี้ ซึ่งมีอยู่ 5 องค์ประกอบ ยังสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานควบคุม ป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี พ.ศ. 2560-2564 ของประเทศไทย (กรมควบคุมโรค, 2560) ใน ยุทธศาสตร์ที่ 1 - 3 ได้แก่ 1) การเฝ้าระวังโรคและระบบข้อมูล 2) การป้องกันควบคุมโรคและการ สื่อสารความเสี่ยง และ 3) การค้นหาและดูแลผู้ป่วย ยังสอดคล้องกับกรอบยุทธศาสตร์ในการ ดำเนินงานเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบของ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization (WHO), 2016) ซึ่งเป็นกรอบยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานระหว่างปี พ.ศ. 2559-2564 (Framework for the Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis, 2016-2021) ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่

1 ระบบข้อมูล เพื่อค้นหาหรือระบุกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ดำเนินงาน ยุทธศาสตร์ที่ 2 มาตรการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ภาาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน และยุทธศาสตร์ที่ 4 การเงินเพื่อการดำเนินงานที่ยั่งยืน (Financing for Sustainability) เป็นการจัดหาทุนหรืองบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานให้มีความยั่งยืน นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับกรอบระบบสุขภาพ (Health Systems Framework) ซึ่งมีองค์ประกอบที่พึงประสงค์ 6 ส่วน (Six Building Blocks of Health System) (World Health Organization, 2010; สงครามชัย ลิทองดี, 2558) โดยรูปแบบการดำเนินงานนี้สอดคล้องกับกรอบที่ 1 คือ ระบบบริการ (Service Delivery)

2) การอภิปรายรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปตามหลักการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

ในการดำเนินงานรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชนที่พัฒนาขึ้น ทั้ง 5 องค์ประกอบ เป็นการบูรณาการร่วมกันระหว่างประชาชนในชุมชน, อสม., องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล), รพ.สต., และโรงพยาบาลในพื้นที่ โดยมีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) คอยสนับสนุนด้านวิชาการ และนิเทศติดตามประเมินผล ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าปัญหาทางด้านสุขภาพหรือการเกิดโรคไวรัสตับอักเสบบีมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ และมีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายภาคส่วน ดังนั้น การดำเนินงานเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือ และการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งชุมชนและภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อให้ดำเนินงานมีความยั่งยืน ทั้งนี้ การที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองคูได้ให้การสนับสนุนเงินงบประมาณเพื่อดำเนินโครงการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบีในพื้นที่ สะท้อนถึงการมีส่วนร่วมและความเข้มแข็งในการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กานดา แจ่มจรัส (2558), ชื่นพันธ์ วิริยะภาค และคณะ (2559), พรพพิไล วรรณสัมผัส (2558) และพอเพียง ทรัพย์อินทร์ (2551) ที่เน้นการมีส่วนร่วม เช่น ร่วมคิด ร่วมวางแผน และร่วมทำ จะทำให้การดำเนินงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เกิดความเข้มแข็งและยั่งยืน และยังสอดคล้องกับกรอบยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization (WHO), 2016) ในยุทธศาสตร์ที่ 3 คือ ภาาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม และยุทธศาสตร์ที่ 4 คือ การเงินเพื่อการดำเนินงานที่ยั่งยืน (Financing for Sustainability) ซึ่งองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นได้ให้การสนับสนุนทุนหรืองบประมาณก็เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

5.3 จุดเด่นและข้อจำกัดของการศึกษา

5.3.1 จุดเด่นของการศึกษา

1) มีการใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) มาประยุกต์ใช้ ในแต่ละระยะจะมีทั้งการศึกษาข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งช่วยอธิบายหรือยืนยันผลให้ชัดเจนยิ่งขึ้น นำไปสู่การวางแผนแก้ไขปัญหาคัดกรองหรือกำหนดมาตรการหรือโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตรงประเด็น และช่วยให้การสรุปผลมีความน่าเชื่อถือ

2) การพัฒนาแบบคัดกรองในการศึกษานี้ เป็นไปตามขั้นตอนมาตรฐานของงานวิจัยประเภทสร้างเครื่องมือ และเครื่องมือที่ได้มีคุณสมบัติด้านความตรงและความเที่ยงตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้

3) การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเกิดจากการมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ ส่งผลให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบีได้ รูปแบบการดำเนินงานมีความชัดเจนและเป็นรูปธรรม

5.3.2 ข้อจำกัดของการศึกษา

การวิจัยนี้ศึกษาในประชาชนในชุมชนอายุตั้งแต่ 26 ปีขึ้นไป เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี เพราะเกิดก่อนที่จะมีการบรรจุวัคซีนนี้ในโปรแกรมสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทย และมีความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบีค่อนข้างสูง ดังนั้นอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปใช้ในกลุ่มประชากรที่อายุต่ำกว่า 26 ปี

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) ระบบเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบีเชิงรุก (Active Surveillances) โดยเน้นการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชน (Community Based) ด้วยแบบสอบถามหรือ Verbal Screening ด้วยอสม. หลังจากนั้นทำการตรวจเลือดด้วยการเจาะปลายนิ้วด้วยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จะช่วยให้สามารถตรวจพบกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้รวดเร็วและครอบคลุมยิ่งขึ้น สามารถส่งต่อเข้าสู่กระบวนการรักษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ และลดผลกระทบจากภาวะตับอักเสบบี และมะเร็งตับในอนาคต ซึ่งควรมีการนำแบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หรือรูปแบบการเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบีที่ได้จากการศึกษานี้ ไปใช้คัดกรองกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงหรือดำเนินการเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบีในพื้นที่อื่น ๆ

2) เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องสามารถนำเอาปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการเฝ้าระวังป้องกันโรคในพื้นที่ รวมทั้งสามารถนำแบบสอบถามดังกล่าวไปคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบื้องต้นก่อนตรวจเลือดหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งจะช่วยลดระยะเวลาและทรัพยากรในการดำเนินงานได้

3) โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) จะช่วยให้ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีมีความสามารถและทักษะในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ ตอบซักถามจนสามารถประเมิน ตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น ควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Health Literacy for Hepatitis B Virus) ไปปรับใช้ในพื้นที่อื่น รวมทั้ง นำไปปรับใช้ในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพอื่น ๆ

4) รูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชนที่พัฒนาขึ้น ทั้ง 5 องค์ประกอบ ซึ่งครอบคลุมหลักการป้องกันโรคระดับต่าง ๆ และกรอบยุทธศาสตร์การดำเนินงาน เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี รวมทั้งยังเป็นการบูรณาการร่วมกันของชุมชนและภาคีเครือข่ายต่าง ๆ จะส่งผลให้ดำเนินงานจะมีความเข้มแข็งและยั่งยืน ซึ่งควรนำรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีโดยกระบวนการมีส่วนร่วมที่ได้จากการศึกษานี้ ไปปรับใช้ในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบีให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

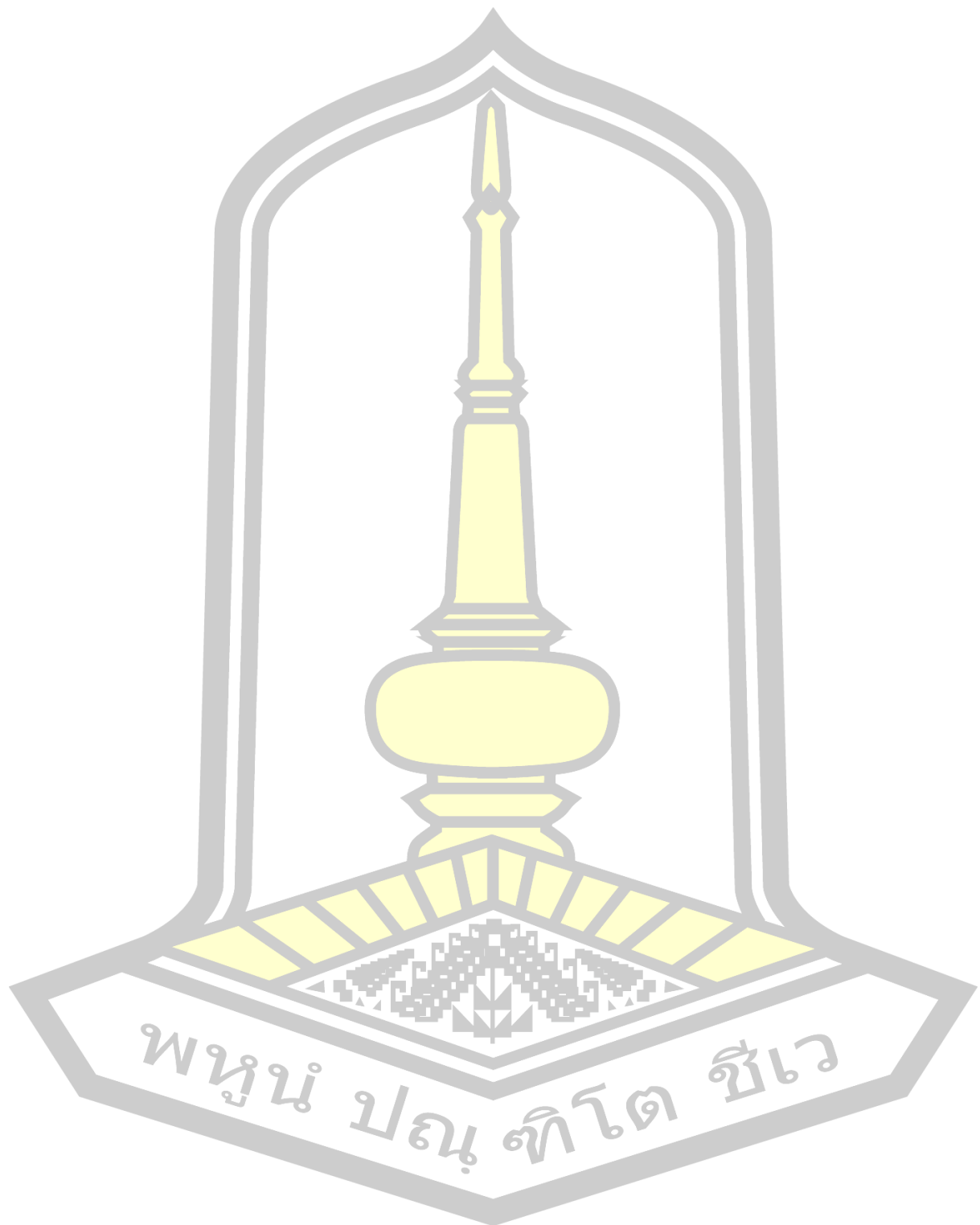
5.4.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีปัจจัยอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น ทักษะชีวิต และการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

2) ควรมีการพัฒนาแบบคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี สำหรับกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ เช่น กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้ต้องขัง กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มพนักงานบริการในสถานบันเทิง กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด เป็นต้น

3) ควรมีการศึกษาในระยะยาว ในการติดตามผลการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิด รวมทั้งติดตามผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเพื่อประเมินผลกระทบเกี่ยวกับการป่วยเป็นโรคตับแข็ง หรือมะเร็งตับ

บรรณานุกรม



กรมควบคุมโรค. (2559). *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2559*. นนทบุรี. [ออนไลน์].

ได้จาก: <http://boe.moph.go.th>. [สืบค้นเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2561].

กรมควบคุมโรค. (2560). *กรอบแผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560*. (กลุ่มพัฒนาแผนปฏิบัติการ กองแผนงาน กรมควบคุมโรค). นนทบุรี. [ออนไลน์]. ได้จาก: <http://plan.ddc.moph.go.th>. [สืบค้นเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2561].

กองสุศึกษา. (2561). *โปรแกรมสุศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy: HL) ตามหลัก 2 ส. (สื่อบุหรี่ และดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์) ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง สำหรับวัยทำงาน 2561*. นนทบุรี. กัญญากัด ศิลารักษ์ และณอม นามวงศ์. (2560). การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบี จังหวัดยโสธร ปี พ.ศ. 2557-2559. *รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์*, 48(49), 769-784.

กานดา แจ่มจรัส. (2558). *การพัฒนารูปแบบกระบวนการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีด้วยการแพทย์แผนไทย*. ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวัฒนธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล. (2558). การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 9(2).

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และณณมลตรี เพชรศรีอุไร. (2554). *ความฉลาดทางสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: นิเวศรรดาการพิมพ์.

คลังข้อมูลสุขภาพ (Health data center). (2560). ความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีน. [ออนไลน์]. ได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php [สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2561].

คำนวน อึ้งชูศักดิ์. (2557). *พื้นฐานระบาดวิทยา (BASICS OF EPIDEMIOLOGY)*. กรุงเทพฯ: แคนนา กราฟฟิค.

คลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center). (2560). ความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปีที่ได้รับวัคซีน. [ออนไลน์]. ได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php [สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2561].

งามอรุณเลิศ สมหญิง, อีสยา จันทรวินยานุชิต, สมรัตน์ ชวงษ์วัฒนะ, สุดา ลุยศิริโรจนกุล และประเสริฐ เอื้อวรากุล. (2560). ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในคนไทยสุขภาพดีภายหลังนโยบายแผนงานขยายการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในทารกแรกเกิด. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 35(1), 47-53.

ชื่นพันธ์ วิริยะวิภาต, ศศิธร ตั้งสวัสดิ์, สุพัตรา สิมมาทัน และบุญหนากร พรหมภักดี. (2559).

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนไทย-ลาว ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ตามแนวทางการบันทึกความร่วมมือ. *สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น*, 23(1), 112–134.

เด่นพงษ์ วงษ์วิจิตร, วิภาพ สุทชนะ, ธวัชชัย อภิเดชกุล และมลथा เพชรสุวรรณ. (2557). ระบาดวิทยาการติดเชื้อร่วมระหว่างโรคเอดส์และไวรัสตับอักเสบบีและโรคเอดส์ และโรคไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มชายรักชาย ภาคเหนือของประเทศไทย.

ธนกร ประจวิทยา, สมมาตรย์ จันทร, สุจิตรา สุวรรณธาดา, ปรีชา หอมจำปา และศิริพร ประจวิทยา. (2555). อัตราการตรวจพบผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีในผู้ป่วยโรคเอดส์เรื้อรังที่มารับบริการที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. *วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด*, 24(3), 264–271.

ธีระพงษ์ แก้วหาญ. (2543). *กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง: ประชาคม ประชาสังคม*. พิมพ์ครั้งที่ 6. ขอนแก่น: คลังนันทวิทยา.

นริสา ตันชัยย์, พิศพรรณ วีระยิ่งยง, พัทธรา ลิขหรรค์ และยศ ตีระวัฒนานนท์. (2556). ความคุ้มค่าของการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบีในประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 7(4), 440–451.

ประวิต เอรารธรรม. (2545). *การวิจัยปฏิบัติการ*. กรุงเทพฯ: บริษัท สำนักพิมพ์ดอกหญ้าวิชาการ จำกัด.

พรพิไล วรรณสัมพันธ์. (2558). รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้วยกระบวนการห้าเครือข่าย ห้าร่วม ห้าคุณลักษณะ อำเภอเมืองยโสธร. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24(5), 1096–1105.

พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558. (2558). *พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558*. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 132 ตอนที่ 86 ก.

พอเพียง ทรัพย์อินทร์. (2551). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพการท่องเที่ยวเชิงนิเวศ ในวัด : กรณีศึกษา วัดสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี*. Animal Genetics. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

พาหุรัตน์ คงเมือง, ยศพนธ์ แก่นจันทร์ และกรกฎ ดวงผาสุข. (2560). *คู่มือความรู้เรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเพื่อป้องกันควบคุมโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน*. กรุงเทพฯ: มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

- วิจิต มธุรสภานัน. (2538). หน่วยที่ 7 หลักการป้องกันและควบคุมโรค ในเอกสารการสอนชุดวิชา การสาธารณสุข 2 หน่วยที่ 1-7. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, อัจฉรา กัลป์ยามชาติ และสุวรรณ พันเจริญ. (2546). การศึกษารูปแบบ การตรวจคัดกรองที่เหมาะสมเพื่อการให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีแก่บุคลากร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 47(5), 295–308.
- ศิรินาถ ศิริเลิศ และพรณี ศิริวรรณภา. (2561). การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี. [ออนไลน์]. ได้จาก: http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=850:2013-05-28-03-02-26&catid=45:topic-review&Itemid=561. [สืบค้นเมื่อ 21 พฤศจิกายน 2561].
- ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบบีจากเชื้อไวรัส. (2559). *ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2560-2564*. กรุงเทพฯ: เจ เอส การพิมพ์.
- สงครามชัย ลีทองดี. (2558). *การจัดการระบบสุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: คลังนาโนวิทยา.
- สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข. (2559). ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด
- สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย. (2559). *แนวทางการดูแลรักษา ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรังในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561*. นนทบุรี: บริษัท ภาพพิมพ์ จำกัด.
- สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี และ ซีเรื้อรังในประเทศไทย ปี 2558*. นนทบุรี: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์. <https://doi.org/10.1016/j.cld.2018.06.002>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. (2560). ระบบรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง. 506). [ออนไลน์]. ได้จาก: <http://203.157.181.13/cdyaso>. [สืบค้นเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2561].
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. (2561). รายงานตามตัวชี้วัดกระทรวง ปี พ.ศ. 2560. [ออนไลน์]. ได้จาก: <https://yst.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>. [สืบค้นเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2561].
- สำนักระบาดวิทยา. (2544). *นิยามโรคติดเชื้อประเทศไทย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สำนักระบาดวิทยา. (2555). *มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ฉบับปรับปรุงใหม่ (2555)*. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สุรเดช ประดิษฐ์บาทุกา. (2555). ระบบสุขภาพและแนวทางการจัดการบริหารจัดการระบบ
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. [ออนไลน์]. ได้จาก:

http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/book55_2/hospital.htm.

[สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2561].

อัญญาณี สิมะรักษำไพ, เนสินี ไชยเอีย, พิศาล ไม้เรียง, สุปล สิมวัฒนานนท์

และสุภาพร เลิศร่วมพัฒนา. (2559). ประสิทธิภาพของโปรแกรมวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี

แบบเร่งรัดเปรียบเทียบกับการให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีแบบปกติในบุคลากร

ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลก่อนเริ่มปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียง
เหนือ. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 31(3), 247–256.

Bauer-Staeb, C., Jorgensen, Bauer-Staeb, C., Jorgensen, L., Lewis, G.,

Dalman, C., Osborn, D. P. J. and Hayes, J. F. (2017). Prevalence and risk factors
for HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness: a total
population study of Sweden. *The Lancet Psychiatry*, 4(9), 685–693.

[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30253-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30253-5)

Best, J. W. (1977). *Research in Education*. New York: Prentice-Hall, Englewood Cliffs.

Bloom, B. S., Madaus, G. F. and Hastings, J. T. (1971). *Handbook on formative and
summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill.

Brannen, J. (2007). Mixing Methods : The Entry of Qualitative and Quantitative

Approaches into the Research Process Mixing Methods : The Entry of Qualitative
and Quantitative Approaches into the Research Process. *International Journal
of Social Research Methodology*, 8(3), 173–184.

<https://doi.org/10.1080/13645570500154642>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2019). Introduction to Public
Health Surveillance. [Online].

Available from: <https://www.cdc.gov/publichealth101/surveillance.html>.

[Cited 28 November 2019].

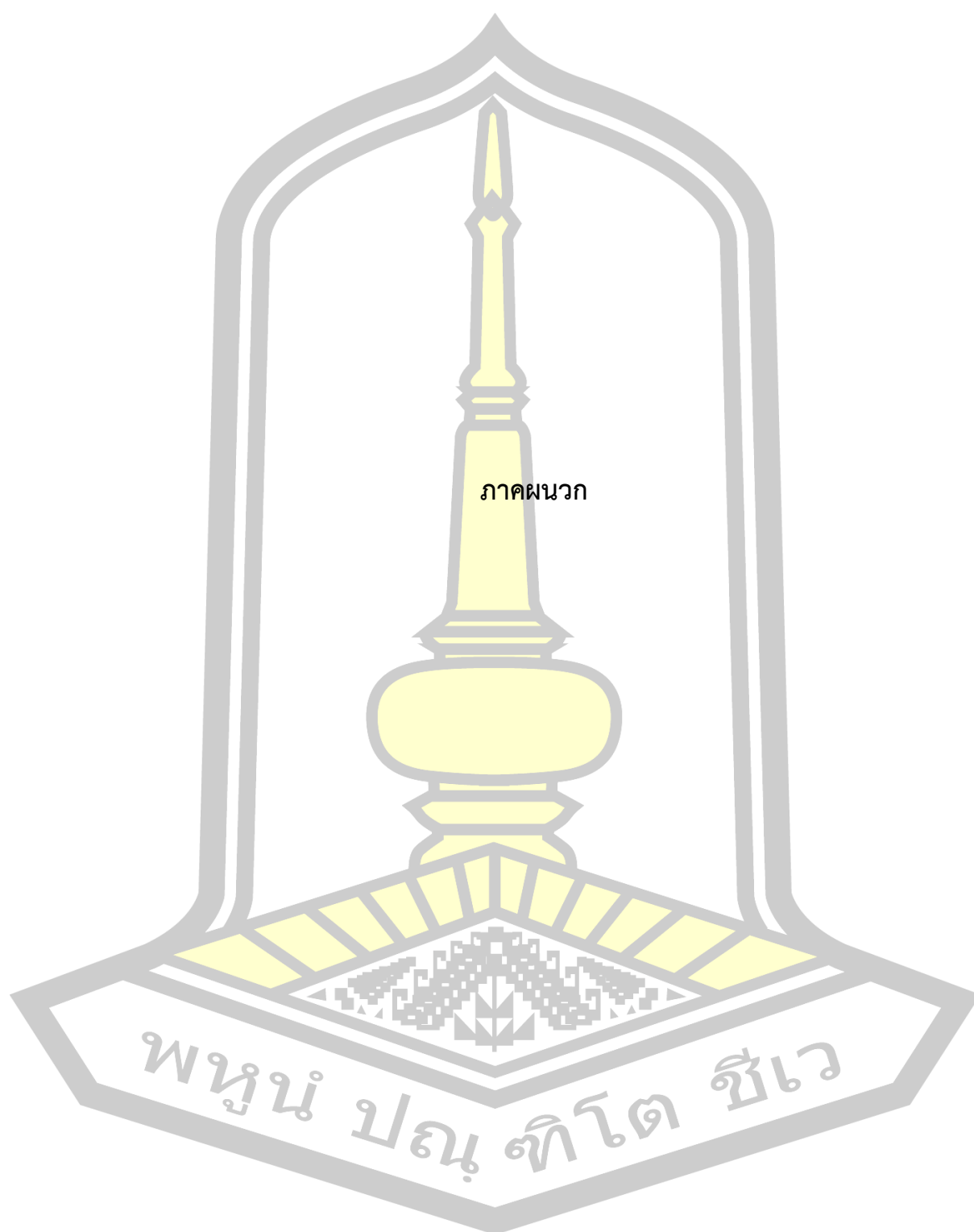
Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2012). *Principles of Epidemiology
in Public Health Practice* (3rd ed.). Atlanta, GA, USA: Centers for Disease Control
and Prevention. [Online]. Available from: www.cdc.gov/TCEOnline

[Cited 28 November 2019].

- Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques. Biostatistics* (3rd ed.). New York: John Wiley & Son.
- Costa, J. E. F., Morais, V. M. S., Goncales, J. P., Silva, D. M., and Coelho, M. R. C. D. (2017). Prevalence and risk factors for hepatitis B and C viruses in patients with leprosy. *Acta Tropica*, 172(February), 160–163.
<https://doi.org/10.1016/j.actatropica.2017.04.024>
- Creswell, J. W. and Clark, V. P. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing among Five Approaches* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Frew, G., McGeorge, E., Grant, S. and de Wildt, G. (2017). Hepatitis B: A cross-sectional survey of knowledge, attitudes and practices amongst backpackers in Thailand. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 15, 57–62.
<https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2016.11.008>
- Greene, J. C., Caracelli, V. J. and Graham, W. F. (1989). Toward a conceptual framework for mixedmethod evaluation designs. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 11(3), 255–274.
- Greiner, M. and Pfeiffer, D. S. R. (2000). Principles and practical application of the receiver-operating characteristic analysis for diagnostic tests. *Preventive Veterinary Medicine*.
- Hosmer, D. W. and Lemeshow, S. (2000). *Applied logistic regression* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill. <https://doi.org/10.1002/0471722146>
- Jongh, F. E. D. E., Janssen, H. L. A., & Van, M. (1992). B Surface Antigen-Positive Cirrhosis of the Liver. *GASTROENTEROLOGY*, 1630–1635.
- Kao, J. H. (2015). Hepatitis B vaccination and prevention of hepatocellular carcinoma. *Best Practice and Research: Clinical Gastroenterology*, 29(6), 907–917.
<https://doi.org/10.1016/j.bpg.2015.09.011>
- Kemmis, S. and McTaggart, R. (1990). *The action research planner*. Victoria: Deakin University press.

- Lemeshow, S., Hosmer, D. W. and Klar, J. L. S. (1990). *Part 1: Statistical Methods for Sample Size Determination. Adequacy of Sample Size in Health Studies*.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-335>
- Leroi, C., Adam, P., Khamduang, W., Kawilapat, S., Ngo-Giang-Huong, N., Ongwandee, S. and Jourdain, G. (2016). Prevalence of chronic hepatitis B virus infection in Thailand: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Infectious Diseases*, 51, 36–43.
<https://doi.org/10.1016/j.ijid.2016.08.017>
- McMillan, J. H. and Schumacher, S. (2010). *Research in education: evidence-based inquiry* (7th ed.). Boston: Pearson.
- Mittal, G., Gupta, P., Gupta, R., Ahuja, V., Mittal, M. and Dhar, M. (2013). Seroprevalence and risk factors of hepatitis B and hepatitis C virus infections in uttarakhand, India. *Journal of Clinical and Experimental Hepatology*, 3(4), 296–300. <https://doi.org/10.1016/j.jceh.2013.10.006>
- Perz, J. F., Armstrong, G. L., Farrington, L. A., Hutin, Y. J. F. and Bell, B. P. (2006). The contributions of hepatitis B virus and hepatitis C virus infections to cirrhosis and primary liver cancer worldwide q, 45, 529–538.
<https://doi.org/10.1016/j.jhep.2006.05.013>
- Phaetthayasat, K. (2015). Risk Factors of HIV and HBV Co-infection in Northern Thailand. *Siriraj Medical Journal*, 67(6).
<https://tci-thaijo.org/index.php/sirirajmedj/article/view/55214>
- Sriamporn, S., Vatanasapt, V., Martin, N., Sriplung, H., Chindavijak, K., Sontipong, S., and Ferlay, J. (1996). Incidence of childhood cancer in Thailand 1988-1991. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 10(1), 73–85.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-3016.1996.tb00028.x>
- Streiner, D. L., and Norman, G. R. (2008). *Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use*. Oxford University.
- Tao, L. Y., He, X. D. and Xiu, D. R. (2016). Hepatitis B virus is associated with the clinical features and survival rate of patients with intrahepatic cholangiocarcinoma. *Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology*, 40(6), 682–687. <https://doi.org/10.1016/j.clinre.2016.04.001>

- Tashakkori, A. and Teddlie, C. (1998). *Mixed Methodology: Combining Qualitative and Quantitative Approaches* (Vol. 46). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Taylor, B. C., Yuan, J. M., Shamliyan, T. A., Shaukat, A., Kane, R. L. and Wilt, T. J. (2009). Clinical outcomes in adults with chronic hepatitis B in association with patient and viral characteristics: A systematic review of evidence. *Hepatology*, 49(SUPPL. 5), 85–95. <https://doi.org/10.1002/hep.22929>
- Tseng, Y. T., Sun, H. Y., Chang, S. Y., Wu, C. H., Liu, W. C., Wu, P. Y. and Hung, C. C. (2012). Seroprevalence of hepatitis virus infection in men who have sex with men aged 18-40 years in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*, 111(8), 431–438. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2011.06.022>
- Imsamran, W., Chaiwerawattana, A., Wilangnon, S., Pongnikorn, D., Suwanrungrung, K. Sangrajrang, S. and Buason, R. (2015). *Cancer in Thailand. Animal Genetics* (Vol. 39).
- WHO. (2018). Hepatitis B. [Online]. Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>. [Cited 10 October 2018].
- World Health Organization (WHO). (2016). *Global Health Sector Strategy on Viral hepatitis 2016–2021*. Geneva, Switzerland: the WHO Document Production Services.
- World Health Organization (WHO). (2010). *Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies*. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services. [Online]. Available from: http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf. [Cited 10 October 2018].
- Ziraba, A. K., Bwogi, J., Namale, A., Wainaina, C. W. and Mayanja-Kizza, H. (2010). Sero-prevalence and risk factors for hepatitis B virus infection among health care workers in a tertiary hospital in Uganda. *BMC Infectious Diseases*, 10, 1-12 <https://doi.org/10.1186/1471-2334-10-191>



ภาคผนวก ก แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี”

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความคิดเห็น และรายละเอียดของเนื้อหาที่สำคัญเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี

ขั้นตอนของการสัมภาษณ์/การสนทนากลุ่ม

1. ผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) แนะนำตนเองและทีมงาน
2. อธิบายถึงจุดมุ่งหมายในการสัมภาษณ์/การสนทนากลุ่ม และวัตถุประสงค์ของการศึกษาในการเข้าร่วมการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม
3. เริ่มคำถามในแนวการสนทนาที่จัดเตรียมไว้ตามประเด็น แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และกระตุ้นให้ทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็น
4. สรุปประเด็นจากการสนทนากลุ่มกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมกิจกรรมในการสัมภาษณ์/การสนทนากลุ่ม จะทำการบันทึกเสียงโดยผู้ช่วยนักวิจัย แล้วทำการถอดเทปด้วยผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- 1.1 จำนวนผู้เข้าร่วมสัมภาษณ์เชิงลึก/สนทนากลุ่ม จำนวน.....คน
- 1.2 สถานที่.....
- 1.3 เริ่มสนทนาเวลา.....สิ้นสุดการสนทนาเวลา.....

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ประเด็นดังนี้

- 2.1 สภาพปัญหาเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีในปัจจุบันเป็นอย่างไร ?
- 2.2 การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบีที่ผ่านมาเป็นอย่างไร?
มีจุดเด่น จุดด้อยอย่างไรบ้าง?
- 2.3 การดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ใครควรมีส่วนร่วมบ้าง?
- 2.4 การดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ควรเป็นอย่างไร?

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพทั่วไป

- 2.1 น้ำหนัก กิโลกรัม
- 2.2 ส่วนสูง เซนติเมตร
- 2.3 เส้นรอบเอว เซนติเมตร
- 2.4 ความดันโลหิต MmHg
- 2.5 ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี(ระบุ).....
- 2.6 ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
- ☐ 1) ไม่ดื่ม ☐ 2) เคยดื่มแต่เลิกแล้ว ☐ 3) ปัจจุบันยังดื่มอยู่ รวม ปี
- 2.7 ประวัติการสูบบุหรี่
- ☐ 1) ไม่สูบ ☐ 2) เคยสูบแต่เลิกแล้ว ☐ 3) ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ รวม ปี

ส่วนที่ 3 ข้อมูล/ประวัติเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีและมะเร็งตับ

- 3.1 มีประวัติการป่วยเป็นโรคตับอักเสบบีหรือไม่ (กรณีตอบว่าไม่มี ข้ามไปข้อ 3.3)
- ☐ 1) ไม่มี ☐ 2) มี/เป็น ระยะเวลาที่ป่วย.....ปี หรือวันที่ตรวจพบ...../...../.....
- ☐ 2.1) ยังไม่ได้รับการรักษา
- ☐ 2.2) อยู่ในระหว่างการรักษา
- ☐ 2.3) รักษาหายแล้ว
- ☐ 2.4) ไม่ทราบ
- 3.2 มารดาของท่านติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่
- ☐ ไม่มีการติดเชื้อ ☐ ไม่ทราบ ☐ ติดเชื้อ
- 3.3 ท่านเคยฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่
- ☐ เคย ระบุวันที่/...../..... ☐ ไม่เคย ☐ จำไม่ได้
- 3.4 ในครอบครัวของท่านมีผู้ที่ป่วยเป็นโรคตับแข็ง ตับอักเสบบี หรือมะเร็งตับหรือไม่
- ☐ มี จำนวน.....คน ☐ ไม่มี ☐ จำไม่ได้

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ	
4.1	ใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น	☐ 1) เคย	☐ 2) ไม่เคย
4.2	เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี	☐ 1) ใช่	☐ 2) ไม่ใช่
4.3	เคยได้รับเลือด หรือเคยศัลยกรรม หรือเคยปลูกถ่ายอวัยวะ	☐ 1) เคย	☐ 2) ไม่เคย

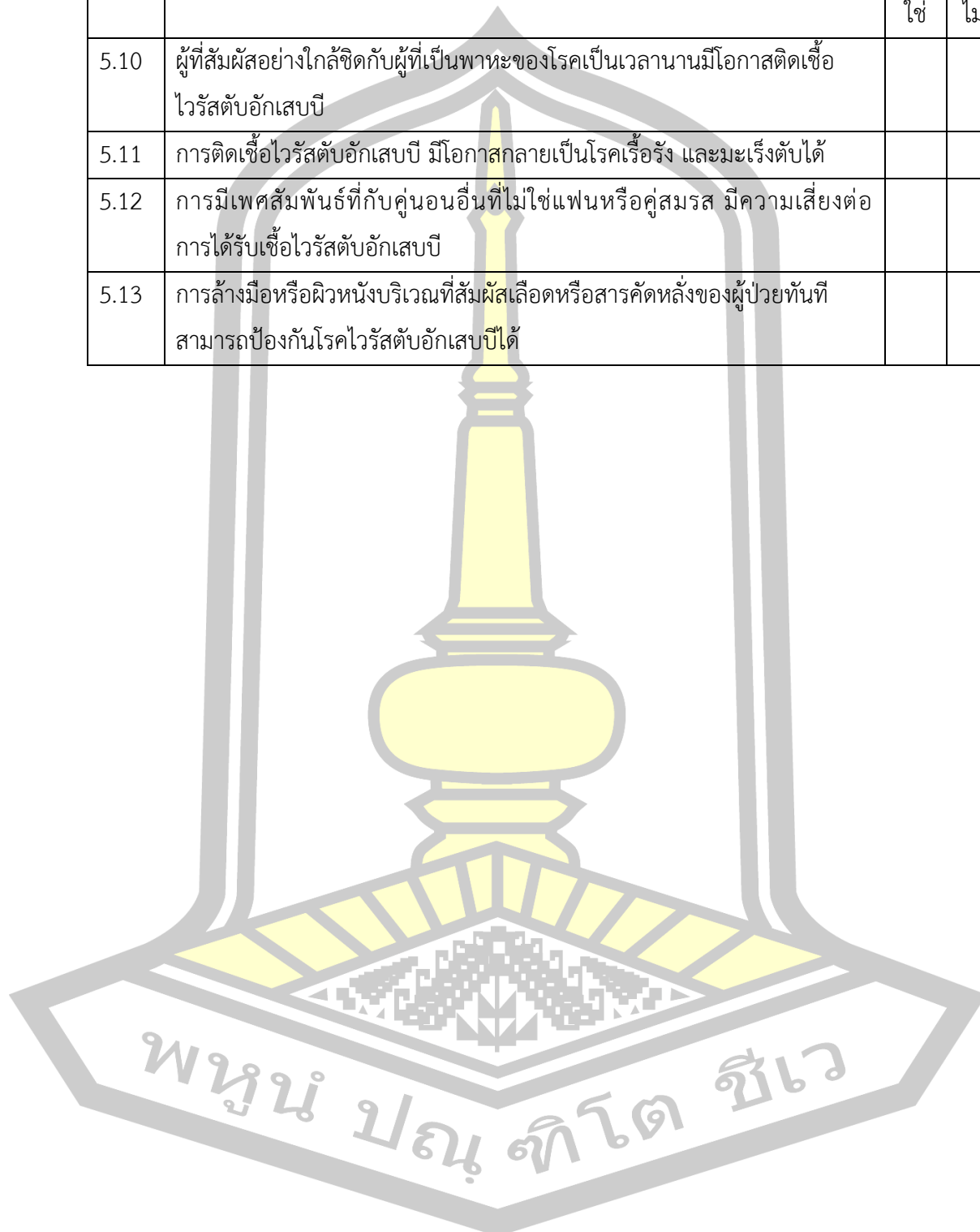
ข้อที่	คำถาม	คำตอบ	
4.4	เคยพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	☐ 1) เคย	☐ 2) ไม่เคย
4.5	มีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่แฟนหรือคู่สมรส โดยไม่สวมถุงยางอนามัย	☐ 1) เคย	☐ 2) ไม่เคย
4.6	คู่สมรส หรือบิดา หรือมารดา หรือบุตร ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	☐ 1) ใช่	☐ 2) ไม่ใช่
4.7	คู่สมรส หรือบิดา หรือมารดา หรือบุตร เป็นโรคตับอักเสบบีเรื้อรัง มะเร็งตับ	☐ 1) เคย	☐ 2) ไม่เคย
4.8	เคยสักบนเรือนร่าง สักคิ้ว สักปาก เจาะหู เจาะสะดือ เจาะลิ้น	☐ 1) เคย	☐ 2) ไม่เคย
4.9	เคยได้รับการฉีดยา หรือผ่าตัดเล็ก ด้วยแพทย์พื้นบ้าน	☐ 1) เคย	☐ 2) ไม่เคย
4.10	เคยมีประวัติถูกจับกุม คุมขังในเรือนจำ	☐ 1) เคย	☐ 2) ไม่เคย
4.11	เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ถูกเข็มตำขณะปฏิบัติหน้าที่ หรือสัมผัสเลือด หรือสารคัดหลั่งผู้ป่วยโดยตรง	☐ 1) เคย	☐ 2) ไม่เคย
4.12	ใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น (แปรงสีฟัน มีดโกน กรรไกรตัดเล็บ เข็ม)	☐ 1) เคย	☐ 2) ไม่เคย

หมายเหตุ ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยง 1 ข้อขึ้นไปจะได้รับการตรวจเลือด

ส่วนที่ 5 ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
5.1	โรคไวรัสตับอักเสบบี มีวัคซีนสำหรับป้องกันการติดเชื้อ		
5.2	เราติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้โดยการสัมผัสน้ำลาย อุจจาระ ปัสสาวะผู้ป่วย		
5.3	การสักเจาะผิวหนังมีโอกาสทำให้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้ ถ้าใช้เข็มร่วมกัน		
5.4	เชื้อไวรัสตับอักเสบบี สามารถติดต่อจากแม่สู่ลูกขณะคลอด		
5.5	เชื้อไวรัสตับอักเสบบีติดต่อได้หากมีเพศสัมพันธ์กับคนที่มีเชื้อแล้วไม่ใช่ถุงยางอนามัย		
5.6	การใช้แปรงสีฟัน ใบมีดโกน ที่ตัดเล็บ ร่วมกัน มีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี		
5.7	การสัมผัสเลือด น้ำเหลืองของผู้ป่วยโดยตรงมีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี		
5.8	บุคคลที่ตรวจพบไวรัสตับอักเสบบี ไม่จำเป็นต้องไปพบแพทย์หรือรับการรักษา		
5.9	หากสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี อาจทำให้คนอื่นๆ มีโอกาสได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบบี		

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
5.10	ผู้ที่สัมผัสอย่างใกล้ชิดกับผู้ที่เป็นพาหะของโรคเป็นเวลานานมีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี		
5.11	การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มีโอกาสกลายเป็นโรคเรื้อรัง และมะเร็งตับได้		
5.12	การมีเพศสัมพันธ์ที่กับคู่นอนอื่นที่ไม่ใช่แฟนหรือคู่สมรส มีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบบี		
5.13	การล้างมือหรือผิวหนังบริเวณที่สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยทันที สามารถป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีได้		



ภาคผนวก ค แบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างขั้นตอนการทดลอง

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี”

คำชี้แจง: แบบสอบถามนี้จัดทำขึ้นเพื่อสำรวจข้อมูล และประเมินผลผลการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวางแผนและพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบีให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นโดยขอให้ท่านกาเครื่องหมาย ✓ หรือเติมข้อความหรือตัวเลขในช่องหรือคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- 1.1 ชื่อ-สกุล
- 1.2 เพศ ☐ 1) ชาย ☐ 2) หญิง 1.3 อายุ ปี
- 1.4 วันเดือนปีเกิด/...../.....
- 1.5 จำนวนสมาชิกในครอบครัว คน
- 1.6 ที่อยู่ตามบัตรประชาชน เลขที่ หมู่..... ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
- 1.7 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่..... ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
- 1.8 เบอร์โทรศัพท์ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพทั่วไป

- 2.1 น้ำหนัก กิโลกรัม
- 2.2 ส่วนสูง เซนติเมตร
- 2.3 เส้นรอบเอว เซนติเมตร
- 2.4 ความดันโลหิต MmHg
- 2.5 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการตรวจรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี จำนวน ครั้ง
- 2.6 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา สมาชิกในครอบครัวของท่านมีผู้ตรวจพบหรือป่วยเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีจำนวน คน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมกาปฏิบัติตัว

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ		
		ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
3.1	ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ยาตองเหล้า			
3.2	มีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือภรรยาบุคคลอื่นโดยมีการสวมถุงยาง อนามัย			
3.3	ใช้แปรงสีฟัน มีดโกน กรรไกรตัดเล็บ หรือเข็ม ร่วมกับผู้อื่น			
3.4	ทำนออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที จำนวน 2 ถึง 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์			
3.5	สมาชิกในครอบครัวคอยเป็นกำลังใจในการรักษาโรค และดูแล ช่วยเหลือ			
3.6	ท่านไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามนัด			
3.7	ท่านรับประทานยาหรือปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ อย่างเคร่งครัด			
3.8	ท่านหลีกเลี่ยงรับประทานยาที่เป็นอันตรายต่อดับ			
3.9	ท่านมีวิธีการหลีกเลี่ยงหรือจัดการกับความเครียดได้ดีเสมอ			
3.10	ท่านทิ้งของใช้ส่วนตัว เช่น กระดาษชำระ ผ้าอนามัย ผ้าอนามัย แบบสอดและผ้าพันแผลในถุงพลาสติกที่มิดชิด			

ส่วนที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
4.1	โรคไวรัสตับอักเสบบี มีวัคซีนสำหรับป้องกันการติดเชื้อ		
4.2	เราติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้โดยการสัมผัสน้ำลาย อุจจาระ ปัสสาวะผู้ป่วย		
4.3	การสักเจาะผิวหนังมีโอกาสทำให้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้ ถ้าใช้เข็มร่วมกัน		
4.4	เชื้อไวรัสตับอักเสบบี สามารถติดต่อจากแม่สู่ลูกขณะคลอด		
4.5	เชื้อไวรัสตับอักเสบบีติดต่อได้หากมีเพศสัมพันธ์กับคนที่มีเชื้อแล้วไม่ใช่ถุงยาง อนามัย		

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
4.6	การใช้แปรงสีฟัน ใบมีดโกน ที่ตัดเล็บ ร่วมกัน มีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี		
4.7	การสัมผัสเลือด น้ำเหลืองของผู้ป่วยโดยตรงมีโอกาสดติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี		
4.8	บุคคลที่ตรวจพบไวรัสตับอักเสบบี ไม่จำเป็นต้องไปพบแพทย์หรือรับการรักษา		
4.9	หากสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี อาจทำให้คนอื่น ๆ มีโอกาสได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบบี		
4.10	ผู้ที่สัมผัสอย่างใกล้ชิดกับผู้ที่เป็นพาหะของโรคเป็นเวลานานมีโอกาสดติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี		
4.11	การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มีโอกาสกลายเป็นโรคเรื้อรัง และมะเร็งตับได้		
4.12	การมีเพศสัมพันธ์ที่กับคู่นอนอื่นที่ไม่ใช่แฟนหรือคู่สมรส มีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบบี		
4.13	การล้างมือหรือผิวหนังบริเวณที่สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยทันที สามารถป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีได้		

ส่วนที่ 5 ด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี

ข้อ	คำถาม	คำตอบ		
		น้อย (1)	ปานกลาง (2)	มาก (3)
5.1	สามารถแก้ไขปัญหาหรือป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี			
5.2	ส่งเสริมให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน			
5.3	ความเหมาะสมของเนื้อหาหรือกระบวนการ			
5.4	ความเหมาะสมของระยะเวลาในการจัดกิจกรรม			
5.5	ได้รับความรู้และคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
5.6	สามารถแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้			
5.7	ความสะดวกและสบายใจในการเข้าร่วมกิจกรรม			
5.8	เป็นรูปแบบที่สามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่น ๆ			
5.9	ความรู้สึกหลังการเข้าร่วมกิจกรรม			
5.10	ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงานในภาพรวม			

ภาคผนวก ง แบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงาน

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนาแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี”

คำชี้แจง: แบบสอบถามนี้จัดขึ้นเพื่อประเมินความพึงพอใจของรูปแบบการดำเนินงาน ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ข้อมูลที่เป็นจริงจะมีประโยชน์ต่อการพัฒนาแบบการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น คำถามมีจำนวน 10 ข้อ คำตอบมี 5 ตัวเลือกโดยตอบ 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด, 2 หมายถึง พึงพอใจน้อย, 3 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง, 4 หมายถึง พึงพอใจมาก และ 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด ขอให้ท่านกาเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ข้อ ที่	คำถาม	คำตอบ				
		น้อย ที่สุด (1)	น้อย (2)	ปาน กลาง (3)	มาก (4)	มาก ที่สุด (5)
1	สามารถแก้ไขปัญหาหรือป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี					
2	ส่งเสริมให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน					
3	ความเหมาะสมของเนื้อหาหรือกระบวนการ					
4	ความเหมาะสมของระยะเวลาในการจัดกิจกรรม					
5	ได้รับความรู้และคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
6	สามารถแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้					
7	ความสะดวกและสบายใจในการเข้าร่วมกิจกรรม					
8	เป็นรูปแบบที่สามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่น ๆ					
9	ความรู้สึกลหลังการเข้าร่วมกิจกรรม					
10	ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงานในภาพรวม					

ภาคผนวก จ การพัฒนาเครื่องมือ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือขึ้นมาใหม่ กระบวนการพัฒนาเครื่องมือประกอบไปด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การรวบรวมคำถามและประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ

1) กำหนดนิยาม และรวบรวมคำถาม จากการทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และการสนทนากลุ่มตัวแทนผู้ติดเชื้อ จำนวน 4 คน อายุ 26 - 59 ปี ในพื้นที่อำเภอเมืองยโสธร ซึ่งเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนนี้ คือ แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญและการสนทนากลุ่ม เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) แล้วสรุปความ และสร้างข้อคำถาม โดยเครื่องมือที่ได้จากขั้นตอนนี้เป็นแบบสอบถามร่างที่ 1 มีอยู่ 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพทั่วไป จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูล/ประวัติเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีและมะเร็งตับ จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 12 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง กำหนดคำตอบ ได้แก่ “ใช่” และ “ไม่ใช่” หรือ “เคย” และ “ไม่เคย” ถ้าตอบใช่หรือเคยให้ “1” คะแนน และตอบไม่ใช่หรือไม่เคยให้ “0” คะแนน

ส่วนที่ 5 ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 16 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคไวรัสตับอักเสบบี มี 2 คำตอบ ได้แก่ “ใช่” และ “ไม่ใช่” ถ้าตอบถูกให้ “1” คะแนน และตอบไม่ถูกให้ “0” คะแนน

ข้อคำถามทั้ง 5 ส่วน จะทำการทดสอบคุณสมบัติด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index; CVI) ความเข้าใจด้านภาษาและความหมายของคำถาม ส่วนข้อคำถามส่วนที่ 4 และส่วนที่ 5 ทำการทดสอบคุณสมบัติด้านความเที่ยงประเภทความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) โดยหาค่าแอลฟาด้วยวิธี Kuder Richardson 20 หรือ KR-20 และข้อคำถามส่วนที่ 4 จะหาจุดตัดคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงที่สะท้อนหรือทำนายการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ด้วยการวิเคราะห์พื้นที่ใต้โค้งอาร์โอซี (Receiver Operator Characteristic [ROC] Curve) ซึ่งเป็นการประเมินว่าข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงสามารถทำนายหรือสะท้อนการติดโรคไวรัสตับอักเสบบีได้หรือไม่

2) ประเมินความตรงเชิงเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามฉบับร่างที่ 1 ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 6 คน ซึ่งเลือกแบบเจาะจง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาอย่างเป็นอิสระต่อกัน เครื่องมือที่ใช้

ในขั้นตอนนี้ คือ แบบสอบถามประเภทตอบเองเพื่อประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของคำถาม โดยกำหนดระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อความตรงตามเนื้อหาของคำถามแต่ละข้อเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่สอดคล้อง, สอดคล้องน้อย, สอดคล้องค่อนข้างมาก และสอดคล้องมาก ให้คะแนน 1, 2, 3 และ 4 ตามลำดับ เก็บข้อมูลในขั้นตอนนี้โดยผู้วิจัย แล้วนำไปหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) ซึ่งค่า CVI ที่ดี กรณีผู้เชี่ยวชาญ 6 คนขึ้นไป ควรมีค่าตั้งแต่ 0.83 ขึ้นไป ในขั้นตอนการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยขอคำแนะนำด้านความชัดเจนของภาษาจากผู้เชี่ยวชาญร่วมด้วย สิ้นสุดจากขั้นตอนนี้ได้แบบสอบถามฉบับร่างที่ 2

2. การประเมินความชัดเจนของภาษา และความเข้าใจในความหมายของคำถาม

นำแบบสอบถามฉบับร่างที่ 2 ไปให้ประชาชนอายุ 26 - 59 ปี ในพื้นที่อำเภอเมืองยโสธร ซึ่งเลือกแบบเจาะจง จำนวน 8 คน ประเมินความเข้าใจด้านภาษาและความหมายของคำถามเครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนนี้ คือ แบบสอบถามประเภทตอบเองเพื่อประเมินความเข้าใจด้านภาษา เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย โดยให้ตัวอย่างทำแบบสอบถาม หลังจากนั้นผู้วิจัยสอบถามว่าในแต่ละคำถามเข้าใจหรือไม่เข้าใจอย่างไร แล้วนำมาปรับแก้ภาษาโดยยังคงใจความสำคัญของคำถามไว้ เมื่อดำเนินการเสร็จแล้วจะได้แบบสอบถามฉบับร่างที่ 3

3. การประเมินความเที่ยงประเภทความสอดคล้องภายใน

นำแบบสอบถามฉบับร่างที่ 3 ไปเก็บข้อมูลในกลุ่มประชาชนอายุ 26 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน โดยผู้วิจัย ตัวอย่างได้มาโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ประเมินความเที่ยงประเภทความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) โดยหาค่าแอลฟาด้วยวิธี Kuder Richardson 20 หรือ KR-20 เสร็จจากขั้นตอนนี้ได้แบบสอบถามฉบับร่างที่ 4

4. การหาจุดตัดเพื่อจำแนกกลุ่มเสี่ยง

นำแบบสอบถามฉบับร่างที่ 4 ไปคัดกรองกลุ่มตัวอย่างเพื่อหากกลุ่มเสี่ยง แล้วทำการตรวจเลือดหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาจุดตัดคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงที่สะท้อนหรือทำนายการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ด้วยการวิเคราะห์พื้นที่ใต้โค้งอาร์โอซี (Receiver Operator Characteristic [ROC] Curve) ซึ่งเป็นการประเมินว่าแบบคัดกรองนี้สามารถทำนายหรือสะท้อนการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้หรือไม่

5. คุณสมบัติของเครื่องมือ

5.1 ด้านความตรงเชิงเนื้อหา

ผลของการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามทั้ง 5 ส่วน รวม ข้อคำถามทั้ง 34 ข้อ พบว่ามีค่า CVI มากกว่า 0.80 ทุกข้อคำถาม และค่า CVI รวม (S-CVI) เท่ากับ 0.99 และมีความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในบางข้อคำถาม หลังจากนั้นจึงนำแบบสอบถามที่ผ่านการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาที่มีการปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะ ไปประเมินความความเข้าใจ

ด้านภาษาในกลุ่มอาสาสมัคร จำนวน 6 คน อายุระหว่าง 30-60 ปี เพศชาย 3 คน เพศหญิง 3 คน ผลการการประเมินพบข้อคำถามหรือประโยคที่อาสาสมัครไม่เข้าใจ หรือเข้าใจไม่ชัดเจน รายละเอียดดังนี้

- คำว่า “ศัลยกรรม” เสนอแนะว่าควรเปลี่ยนเป็นคำว่า “เสริมความงาม”
 - คำว่า “สารคัดหลั่ง” เสนอแนะว่าควรระบุให้ชัดไปเลยว่าคืออะไรบ้าง เช่น “น้ำเหลือง”
 - คำว่า “ผ่าตัดเล็ก” เสนอให้มีการยกตัวอย่างประกอบ, คำว่า “มีดโกน” ให้ระบุไปเลยว่าใช้โกนผมหรือโกนหนวด, คำว่า “เข็ม” ให้ระบุว่าเข็มฉีดยา
 - คำว่า “มีดโกน” ให้ระบุไปเลยว่าใช้โกนผมหรือโกนหนวด
- หลังจากนั้นได้มีการปรับปรุงข้อคำถามเพื่อนำไปทดลองเก็บข้อมูล (Try Out) แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability)

5.2 การประเมินความเที่ยงประเภทความสอดคล้องภายใน

แบบสอบถามส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งจะใช้เป็นแบบคัดกรอง ประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อ ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงประเภทความสอดคล้องภายใน พบค่าแอลฟาเท่ากับ 0.67 และเมื่อพิจารณาจากค่าแอลฟากรณีตัดคำถามออกทีละข้อ พบว่า มี 1 ข้อ หากตัดออกจะทำให้ค่าแอลฟาของข้อคำถามรวมเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม เนื่องจากข้อคำถามดังกล่าวมีความสำคัญในการคัดกรองความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ดังนั้น จึงยังคงคำถามดังกล่าวไว้ รายละเอียดดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ความตรงเชิงเนื้อหา ความสัมพันธ์ระหว่างคำถามรายข้อ และค่าแอลฟาของแบบสอบถามส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

ข้อ	คำถาม	CVI	Item-total correlation	Alpha if item delete
1	เคยใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น	1.00	0.48	0.65
2	เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี	1.00	0.41	0.66
3	เคยได้รับเลือด หรือเคยผ่าตัด	1.00	0.34	0.67
4	เคยฟอกไต	1.00	0.34	0.67
5	เคยมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่แฟนหรือคู่สมรส โดยไม่สวมถุงยางอนามัย	1.00	0.41	0.66

ข้อ	คำถาม	CVI	Item-total correlation	Alpha if item delete
6	คู่สมรส หรือบิดา หรือมารดา หรือบุตร ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	1.00	0.55	0.64
7	คู่สมรส หรือบิดา หรือมารดา หรือบุตร เป็นโรคตับอักเสบบี ตับแข็ง มะเร็งตับ	1.00	0.41	0.66
8	เคยสักบนเรือนร่าง สักคิ้ว สักปาก เจาะหู สะดือ เจาะลิ้น	1.00	0.64	0.62
9	เคยได้รับการฉีดยา หรือผ่าตัด ด้วยแพทย์พื้นบ้าน	1.00	0.37	0.69
10	เคยมีประวัติเคยถูกคุมขังในเรือนจำ	1.00	0.48	0.65
11	เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ถูกเข้มงวดปฏิบัติหน้าที่ หรือสัมผัสเลือด หรือน้ำเหลืองของผู้ป่วยโดยตรง	1.00	0.55	0.64
12	เคยใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น (แปรงสีฟัน มีดโกนผม กรรไกร ตัดเล็บ เข็มฉีดยา)	0.83	0.62	0.64
Total		0.99	-	0.67



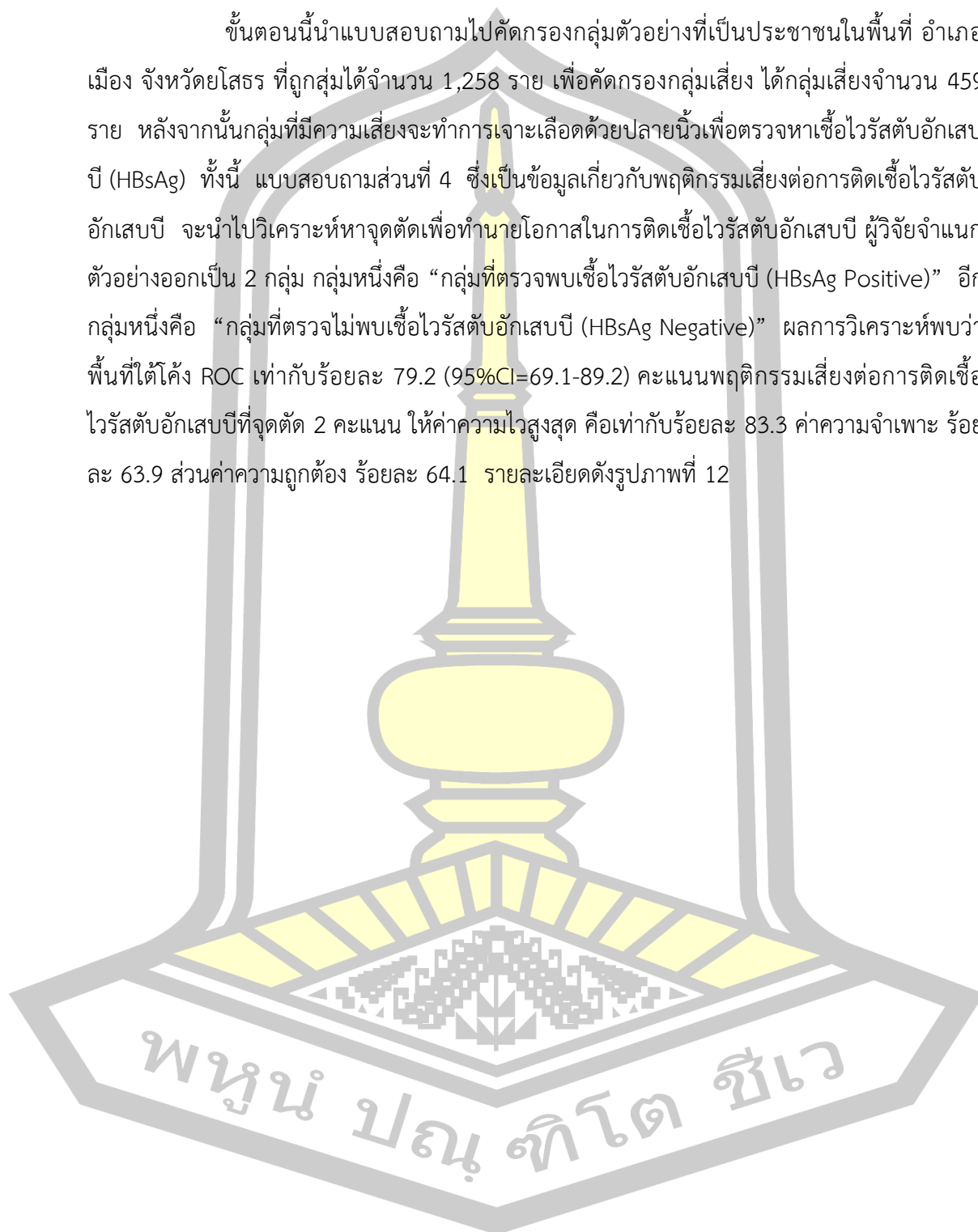
แบบสอบถามส่วนที่ 5 ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี ผลการทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือด้านความรู้ คำถามที่ทำการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) เบื้องต้นจำนวน 16 ข้อ เนื่องจากคำถามเป็นแบบถูกผิด การทดสอบความเชื่อมั่นจึงใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson 20 [KR-20]) ผลการทดสอบเบื้องต้นมีคำถามบางข้อที่ตัดออกแล้วจะทำให้ค่าความเชื่อมั่นเพิ่มสูงขึ้น จึงพิจารณาข้อคำถามข้อออก 3 ข้อ คงเหลือคำถามจำนวน 13 ข้อ ผลปรากฏว่า ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83 ส่วนค่าความเชื่อมั่นรายข้ออยู่ระหว่าง 0.798 ถึง 0.859 รายละเอียดดังตารางที่ 15

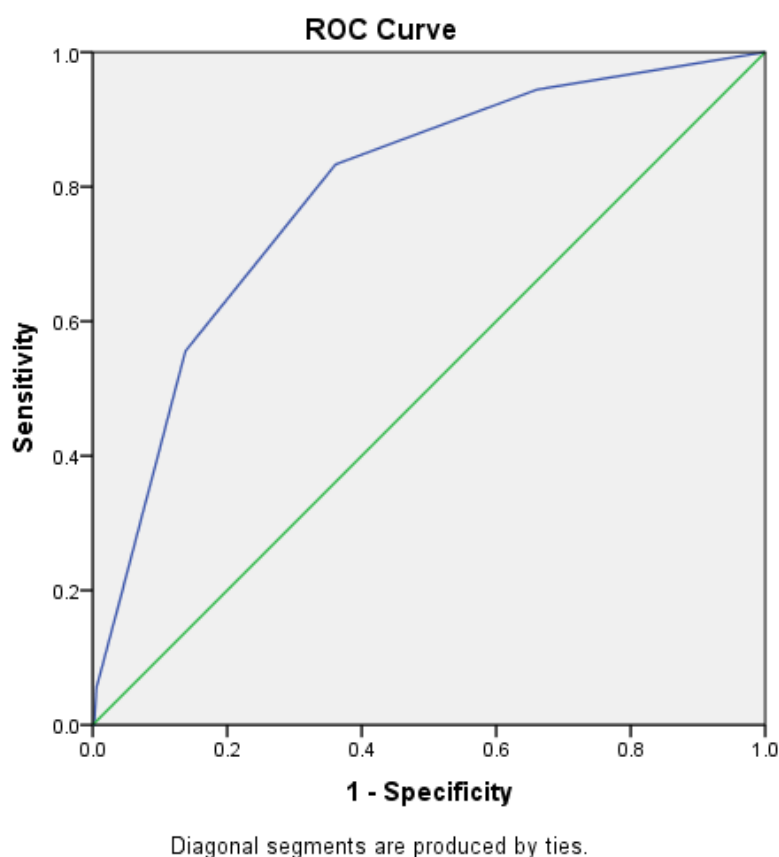
ตารางที่ 15 ค่าแอลฟาของแบบสอบถามส่วนที่ 5 ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี

Item-Total Statistics				
Item	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ข้อ 1	6.93	11.857	.278	.832
ข้อ 2	7.23	11.220	.428	.822
ข้อ 3	7.03	11.206	.449	.821
ข้อ 4	7.07	11.306	.408	.824
ข้อ 5	7.20	10.510	.654	.805
ข้อ 6	7.10	10.300	.731	.798
ข้อ 7	7.10	10.300	.731	.798
ข้อ 8	6.87	13.430	-.227	.859
ข้อ 9	7.23	11.013	.494	.817
ข้อ 10	7.27	11.030	.496	.817
ข้อ 11	6.83	11.385	.544	.816
ข้อ 12	7.03	10.378	.729	.799
ข้อ 13	7.10	11.197	.436	.822
Scale (13 Item)				.830

5.3 การหาจุดตัดเพื่อจำแนกกลุ่มเสี่ยง

ขั้นตอนนี้นำแบบสอบถามไปคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนในพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ที่ถูกสุ่มได้จำนวน 1,258 ราย เพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ได้กลุ่มเสี่ยงจำนวน 459 ราย หลังจากนั้นกลุ่มที่มีความเสี่ยงจะทำการเจาะเลือดด้วยปลายนิ้วเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ทั้งนี้ แบบสอบถามส่วนที่ 4 ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จะนำไปวิเคราะห์หาจุดตัดเพื่อทำนายโอกาสในการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ผู้วิจัยจำแนกตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งคือ “กลุ่มที่ตรวจพบเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg Positive)” อีกกลุ่มหนึ่งคือ “กลุ่มที่ตรวจไม่พบเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg Negative)” ผลการวิเคราะห์พบว่าพื้นที่ใต้โค้ง ROC เท่ากับร้อยละ 79.2 (95%CI=69.1-89.2) คะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่จุดตัด 2 คะแนน ให้ค่าความไวสูงสุด คือเท่ากับร้อยละ 83.3 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 63.9 ส่วนค่าความถูกต้อง ร้อยละ 64.1 รายละเอียดดังรูปภาพที่ 12





รูปภาพที่ 12 พื้นที่ใต้โค้ง ROC ของแบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

6. การจัดทำคำแนะนำการนำเครื่องมือหรือแบบคัดกรองไปใช้

เมื่อเสร็จสิ้นจากขั้นตอนทั้งหมดข้างต้น ผู้วิจัยได้จัดทำแบบสอบถามหรือแบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงฉบับสมบูรณ์ คู่มือการใช้ การหาคะแนนและการแปลผล เพื่อให้ผู้ที่สนใจนำไปใช้ต่อไป โดยแบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อ แต่ละข้อประเมินพฤติกรรมเสี่ยง คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” คะแนนของคำตอบถ้าตอบใช่ให้ “1” คะแนน ถ้าตอบไม่ใช่ให้ “0” คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้ของแบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยง มีค่าระหว่าง 0-12 คะแนน คนที่ได้คะแนนสูงแสดงว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงสูงกว่าคนได้คะแนนต่ำ คะแนนที่ได้จากตัวอย่างในการศึกษานี้ มีค่าระหว่าง 0-9 คะแนน ที่จุดตัด 2 คะแนนจะจำแนกตัวอย่างออกตามการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี คือ คนที่ได้คะแนน 2 คะแนนขึ้นไป จะอยู่ในกลุ่มที่ “เสี่ยงต่อการติด

เชื้อไวรัสตับอักเสบบี” แต่คนที่ได้คะแนนต่ำกว่า 2 จะอยู่ในกลุ่มที่ “ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี”

คำถามด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี มีอยู่ 13 ข้อ มี 2 คำตอบ ถ้าตอบถูกให้ “1” คะแนน และตอบไม่ถูกให้ “0” คะแนน โดยข้อ 5.8 ถ้าตอบ “ใช่” หมายถึง ตอบผิดให้คะแนน “0” ส่วนข้อที่เหลือถ้าตอบ “ใช่” หมายถึง ตอบถูกให้คะแนน “1”



แบบรับรองการตรวจสอบเครื่องมือเก็บข้อมูลวิทยานิพนธ์ (ระยะทดลอง)

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชน จังหวัดยโสธร

ผู้วิจัย นายถนอม นามวงศ์ รหัสบัณฑิต 60011460002

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร.สุ่มพนา กลางการ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อาจารย์ที่ปรึกษาหลักนิพนธ์ร่วม

รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รองศาสตราจารย์ ดร.ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผลการตรวจสอบเครื่องมือเก็บข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (แบบลงนามและประทับ
วันที่ยืนยัน)

ข้าพเจ้า นายถนอม นามวงศ์ รหัสบัณฑิต 60011460002

หน่วยงาน สว. 10 ช.

วุฒิการศึกษา ปริญญาตรี สาขาบริหารการศึกษา

ขอรับรองว่าผู้ดำเนินการวิจัย ได้นำเครื่องมือให้ข้าพเจ้าทำการตรวจสอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว
เมื่อวันที่ 31 ต.ค. 62 และได้ตรวจสอบแล้วพบว่า เครื่องมือนี้มีเนื้อหาต้องปรับปรุงแก้ไขดังนี้

- กรณีไม่ใช้สัญลักษณ์บ่งชี้ด้าน 100% ในวงเล็บ เป็น 100% ต่อคน? เช่น
จำนวนตามระดับ / ผลการทดลอง (ส่วนที่ 4)
- ส่วนที่ 5 ตารางที่ 5 ด้านที่ negative เพื่อป้องกันความ + ต่อไปใช้ (จุดที่ 2)
เช่น ผลการทดลอง 10. จำนวน พบว่า มีโรคตับ หรือ จำนวนที่พบ 4.4 ต่อ 100 คน
ต่อคน ผลการทดลอง พบว่า ผลการทดลอง 100% , 0% , 10% , 15-20% ต่อคน
- ส่วนที่ 6 ตารางที่ 6 ด้านที่ 1 ด้านที่ 2 ด้านที่ 3 ด้านที่ 4 ด้านที่ 5 ด้านที่ 6 ด้านที่ 7 ด้านที่ 8 ด้านที่ 9 ด้านที่ 10
ด้านที่ 1 ด้านที่ 2 ด้านที่ 3 ด้านที่ 4 ด้านที่ 5 ด้านที่ 6 ด้านที่ 7 ด้านที่ 8 ด้านที่ 9 ด้านที่ 10
ด้านที่ 1 ด้านที่ 2 ด้านที่ 3 ด้านที่ 4 ด้านที่ 5 ด้านที่ 6 ด้านที่ 7 ด้านที่ 8 ด้านที่ 9 ด้านที่ 10
- ตารางที่ 6 ด้านที่ 1 ด้านที่ 2 ด้านที่ 3 ด้านที่ 4 ด้านที่ 5 ด้านที่ 6 ด้านที่ 7 ด้านที่ 8 ด้านที่ 9 ด้านที่ 10
ด้านที่ 1 ด้านที่ 2 ด้านที่ 3 ด้านที่ 4 ด้านที่ 5 ด้านที่ 6 ด้านที่ 7 ด้านที่ 8 ด้านที่ 9 ด้านที่ 10

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

(นายถนอม นามวงศ์)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

วันที่ 1 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2562

แบบรับรองการตรวจสอบเครื่องมือเก็บข้อมูลวิทยานิพนธ์ (ระยะทดลอง)
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชน จังหวัดยโสธร
ผู้วิจัย นายถนอม นามวงศ์ รหัสนิสิต 60011460002

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.สุ่มทนา กลางคาร
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อาจารย์ที่ปรึกษาหลักนิพนธ์ร่วม รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัถยพรต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร.ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผลการตรวจสอบเครื่องมือเก็บข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง
ข้าพเจ้า นายแพทย์ประสิทธิ์ อินทร์นาค ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงาน สภากาชาดไทย โรงพยาบาล ๒๕๖๓ ๒๕๖๓ วุฒิกการศึกษา
ขอรับรองว่าผู้ดำเนินการวิจัย ได้นำเครื่องมือให้ข้าพเจ้าทำการตรวจสอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว
เมื่อวันที่ และได้ตรวจสอบแล้วพบว่า เครื่องมือนี้นี้มีเนื้อหาต้องปรับปรุงแก้ไขดังนี้

พบข้อผิดพลาด ๑๑ ข้อ ข้อละ ๑ คะแนน รวม ๑๑ คะแนน

ลงชื่อ..... ผู้ตรวจสอบ
(นายแพทย์ประสิทธิ์ อินทร์นาค)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วันที่ ๒ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

แบบรับรองการตรวจสอบเครื่องมือเก็บข้อมูลวิทยานิพนธ์ (ระยะทดลอง)

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชน จังหวัดยโสธร

ผู้วิจัย นายถนอม นามวงศ์ รหัสนิต 60011460002

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร.สุ่มทนา กลางคาร

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อาจารย์ที่ปรึกษาหลักนิพนธ์ร่วม

รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัถยพรต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รองศาสตราจารย์ ดร.ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผลการตรวจสอบเครื่องมือเก็บข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

ข้าพเจ้า นส. นิพนธ์ คงวงศ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงาน โรงพยาบาลยโสธร

วุฒิการศึกษา Ph.D. (Psychology of Counseling)

ขอรับรองว่าผู้ดำเนินการวิจัย ได้นำเครื่องมือให้ข้าพเจ้าทำการตรวจสอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว

เมื่อวันที่ และได้ตรวจสอบแล้วพบว่า เครื่องมือนี้มีเนื้อหาต้องปรับปรุงแก้ไขดังนี้

ขอสงวนสิทธิ์ใน ฉบับนี้

ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบ

(นส. นิพนธ์ คงวงศ์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ 1 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2562

ภาคผนวก ฉ เอกสารรับรองโครงการวิจัย



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 058/2562

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชน
จังหวัดยโสธร

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) : Development of Surveillance and Prevention System of Hepatitis B
Virusin Community, Yasothon.

ผู้วิจัย : นายถนอม นามวงศ์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดยโสธร

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 25 เมษายน 2562

วันหมดอายุ : 24 เมษายน 2563

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของ
โครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการ
ปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย
มหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(รองศาสตราจารย์เทียนศักดิ์ เมฆพรรณโอภาส)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ข โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

วัตถุประสงค์ของหลักสูตร

1. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมีความรู้ ความเข้าใจในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
2. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีสามารถตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้อย่างเหมาะสมและสามารถบอกต่อผู้อื่นได้

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	จำนวน	18 คน
2. แกนนำครอบครัว (Close Contact)	จำนวน	36 คน
3. อสม. ที่ดูแลในเขตพื้นที่ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	จำนวน	18 คน
4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	จำนวน	2 คน
	รวมทั้งสิ้น	74 คน

กรอบหลักสูตร

การจัดโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระยะที่ 2 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ระยะที่ 3 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 และระยะที่ 4 การติดตามและประเมินผล โดยมีรายละเอียดแต่ละกิจกรรม ดังนี้

ระยะ	กิจกรรม	ระยะเวลา
1	ประเมินตนเองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	30 นาที
	ไวรัสตับอักเสบบี มีผลต่อสุขภาพอย่างไร	90 นาที
	เล่าสู่กันฟัง	90 นาที
	เป้าหมายมีไว้พุ่งชน	90 นาที
2	เยี่ยมยาม ถามไถ่ ครั้งที่ 1	20 นาที/คน
3	เยี่ยมยาม ถามไถ่ ครั้งที่ 2	10 นาที/คน
4	สู่เส้นชัย..คุณทำได้	120 นาที
	ประเมินตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรม	30 นาที

ระยะที่ 1 การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพนี้ จะเป็นเครื่องมือสำคัญที่เหมาะสมกับความต้องการของประชาชนและชุมชนในการสร้างโอกาสการเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อเพิ่มศักยภาพและความสามารถในการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ ตามองค์ประกอบ ที่สำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ข้อ คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) การสื่อสารโต้ตอบ ชักถาม 4) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 5) การจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง และ 6) การเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น หรือบอกต่อเพื่อการมีสุขภาพดี

ดังนั้น จึงนำเอากระบวนการเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมาใช้เป็นเครื่องมือที่สำคัญ มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี โดยมีการออกแบบกิจกรรมดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1.1 ประเมินตนเองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

แนวคิด

การดำเนินกิจกรรมใด ๆ ก็ตาม จะต้องมีความหมายหรือวัตถุประสงค์ ของแต่ละกิจกรรมไว้ก่อนแล้วที่เราทำกิจกรรมนั้น ๆ เพื่ออะไร และการที่จะรับรู้ได้ว่ากิจกรรมดังกล่าวประสบผลสำเร็จหรือไม่ ไม่สามารถมองภาพเองได้ จึงต้องอาศัยนำเอาวิธีการประเมิน มาใช้เป็นเครื่องมือที่สำคัญ ดังนั้น กระบวนการฝึกอบรมก็ต้องมีการประเมินตนเองก่อนการฝึกอบรม เพื่อให้ทราบถึงผู้เข้าอบรมมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเป็นเช่นใดมากน้อยแค่ไหน ตลอดจนนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุง แก้ไข หรือพัฒนาโครงการฝึกอบรมอื่น ๆ ให้ดียิ่งขึ้น และเป็นฐานข้อมูลในการเปรียบเทียบ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม

การเตรียมตัว

1. เจ้าหน้าที่จะต้องเตรียมแบบสัมภาษณ์ในการเก็บข้อมูลให้พร้อมและครบถ้วน
2. เจ้าหน้าที่จะต้องทำความเข้าใจกับข้อคำถามก่อนที่จะสัมภาษณ์ตามแบบประเมิน
3. การเก็บข้อมูลควรเป็นการสัมภาษณ์ เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุ สายตาอาจมองเห็นไม่ชัดเจน (ควรดูที่กลุ่มเป้าหมายเป็นหลัก) และควรสัมภาษณ์ด้วยเสียงดังกว่าปกติ เนื่องจากผู้สูงอายุอาจได้ยินไม่ชัดเจน

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินความรู้และพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมอบรมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ระยะเวลา 30 นาที

วัสดุ/อุปกรณ์

1. แบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูล
2. ปากกา

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ผู้นำกระบวนการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรม
2. ผู้นำกระบวนการอธิบายรายละเอียดการทำแบบประเมิน
3. ผู้เข้าร่วมอบรมประเมินตนเองตามแบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูล
4. ผู้นำกระบวนการเก็บแบบประเมินตนเองพร้อมทั้งตรวจสอบความครบถ้วนของแบบประเมิน
5. ผู้นำกระบวนการนำแบบประเมินไปตรวจให้คะแนน

บทสรุป

การประเมินตนเองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เป็นการสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ทดสอบความรู้ ความเครียดและประเมินพฤติกรรมของตนเอง เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการนำไปเปรียบเทียบกับหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม

กิจกรรมที่ 1.2 ไวรัสตับอักเสบบี มีผลต่อสุขภาพอย่างไร

แนวคิด

ปัจจุบันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีถือเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลก และประเทศไทยถือว่าเป็นประเทศที่มีโรคไวรัสตับอักเสบบีชุกชุมมากที่สุดแห่งหนึ่งของโลก โดยมีผู้ที่เป็นพาหะหรือผู้ที่มีเชื้อไวรัสอยู่ในกระแสเลือด ถึงเวลาแล้วที่คุณต้องมองเรื่องโรคไวรัสตับอักเสบบีอย่างจริงจัง ซึ่งสิ่งที่น่ากลัวของไวรัสตับอักเสบบีคือ เมื่อมีการรับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย ส่วนมากผู้ที่ได้รับเชื้อจะไม่รู้ตัว เนื่องจากไม่มีอาการป่วยใด ๆ ปรากฏ การดำเนินของโรคจึงเป็นไปอย่างเงียบ ๆ บางรายอาจมีไข้ หรือปวดเมื่อย เนื้อตัวซึ่งทำให้เข้าใจผิด ไปได้ว่าเป็นเพียงไข้หวัด ธรรมดา

การเตรียมตัว

1. รูปแบบห้องประชุมในการจัดกิจกรรมควรจัดเก้าอี้เป็นรูปตัวยู (U) จะช่วยสามารถทำกิจกรรมได้อย่างทั่วถึง
2. การบรรยายเนื้อหาด้านสุขภาพควรออกแบบกิจกรรมที่หลากหลายเพื่อให้เกิดความน่าสนใจในการทำกิจกรรม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้ (สอดคล้อง HL องค์ประกอบที่ 1)
2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้ ความเข้าใจในการส่งเสริม ป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีได้ (สอดคล้อง HL องค์ประกอบที่ 2)

ระยะเวลา 90 นาที

วัสดุ/อุปกรณ์

1. วิดีทัศน์ “โรคไวรัสตับอักเสบบี”
2. กระดาษข้อความ
3. กล่องใส่กระดาษข้อความ
4. กระดาน/บอร์ด จำนวน 2 อัน
5. ลูกบอล 2 ลูก
6. เสียงเพลงจังหวะสนุก ๆ

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ผู้นำกระบวนการสอบถามผู้เข้าร่วมอบรมว่า “ท่านใดมีโทรศัพท์มือถือใช้บ้าง” เพื่อประเมินถึงอุปกรณ์ในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ
2. ผู้นำกระบวนการสอบถามต่อว่า “โทรศัพท์ที่ท่านใช้สามารถใช้อินเทอร์เน็ตได้ไหม” เพื่อประเมินช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพของผู้เข้ารับการอบรม
3. ผู้นำกระบวนการนำข้อมูลการใช้โทรศัพท์มาวิเคราะห์ถึงการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพว่าผู้เข้าร่วมอบรมมีโทรศัพท์มือถือที่สามารถใช้อินเทอร์เน็ตอย่างน้อยแค่ไหน เพื่อแนะนำช่องทางการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย
4. ผู้นำกระบวนการแนะนำช่องทางการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ หากผู้เข้าร่วมการอบรมมีโทรศัพท์ที่ใช้อินเทอร์เน็ตได้ ให้แนะนำการสืบค้นข้อมูลจาก google หรือ You Tube โดยแนะนำเว็บไซต์ที่น่าเชื่อถือ หากผู้เข้าร่วมอบรมมีโทรศัพท์ที่ไม่สามารถใช้อินเทอร์เน็ตได้แนะนำการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุขที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลใกล้บ้าน
5. ผู้นำกระบวนการสุ่มถามผู้เข้าร่วมอบรมถึงความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี เช่น “โรคไวรัสตับอักเสบบีคืออะไร” หรือ “อะไรเป็นสาเหตุของการเกิดโรคไวรัสตับอักเสบบี” หรือ “เราสามารถป้องกันโรคได้อย่างไร”
6. ผู้นำกระบวนการเปิดวิดีโอทัศน์ “โรคไวรัสตับอักเสบบี” ให้ผู้เข้าร่วมอบรมดู
7. ให้ผู้เข้าร่วมอบรมช่วยกันวิเคราะห์ สิ่งที่ได้จากการชมวิดีโอทัศน์
8. ผู้นำกระบวนการนำผู้เข้าร่วมเล่นเกมส์ “ใช่ หรือ ไม่ใช่” โดยการนำแผ่นกระดาษข้อความมาใส่ไว้ในกล่องแล้วสุ่มผู้เข้าร่วมอบรมโดยการส่งลูกบอลประกอบเพลง เพลงหยุดที่ใครคนนั้นมาจับสลากแผ่นกระดาษ หลังจากจับขึ้นมาให้อ่านให้เพื่อนฟัง พร้อมตอบคำถามว่าข้อความนั้นใช่หรือไม่ใช่ หลังจากตอบเสร็จแล้วให้นำข้อความไปติดที่กระดาน ซึ่งมี 2 กระดาน (กระดานที่ 1 ถูกต้องนะครับ/ กระดานที่ 2 ยังไม่ถูกนะครับ)

- โรคไวรัสตับอักเสบบี มีวัคซีนสำหรับป้องกันการติดเชื้อ

- เราติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้โดยการสัมผัสน้ำลาย อุจจาระ ปัสสาวะผู้ป่วย
- เชื้อไวรัสตับอักเสบบีติดต่อได้ทางบาดแผลที่สัมผัสเลือดผู้ที่ติดเชื้อ
- การสักเจาะผิวหนังมีโอกาสทำให้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้ ถ้าใช้เข็มร่วมกัน
- เชื้อไวรัสตับอักเสบบีมีวิธีการติดต่อโรค โดยการรับประทานอาหารร่วมกัน
- เชื้อไวรัสตับอักเสบบี สามารถติดต่อจากแม่สู่ลูกขณะคลอด
- เชื้อไวรัสตับอักเสบบีติดต่อได้หากมีเพศสัมพันธ์กับคนที่ติดเชื้อแล้วไม่ใช่ถุงยางอนามัย
- การใช้แปรงสีฟัน ใบมีดโกน ที่ตัดเล็บ ร่วมกัน มีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี
- การสัมผัสเลือด น้ำเหลืองของผู้ป่วยโดยตรงมีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี
- บุคคลที่ตรวจพบไวรัสตับอักเสบบีไม่จำเป็นต้องไปพบแพทย์หรือรับการรักษา
- หากสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี อาจทำให้คนอื่น ๆ มีโอกาสได้รับเชื้อด้วย
- ผู้ที่สัมผัสอย่างใกล้ชิดกับผู้ที่เป็นพาหะของโรคเป็นเวลานานมีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี
- ผู้ที่เคยได้รับเลือดหรือผ่าตัดเปลี่ยนถ่ายอวัยวะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี
- การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มีโอกาสกลายเป็นโรคเรื้อรัง และมะเร็งตับได้
- การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนอื่นที่ไม่ใช่แฟนหรือคู่สมรส มีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบบี
- การล้างมือหรือผิวหนังบริเวณที่สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยทันทีที่สามารถป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีได้

9. ผู้นำกระบวนอธิบายเพิ่มเติมในเรื่องความรู้โรคไวรัสตับอักเสบบี

10. ผู้นำกระบวนการสรุปผลการทำกิจกรรม

บทสรุป

การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญอย่างมาก ซึ่งในยุคปัจจุบันมีหลายช่องทางที่จะสามารถทำให้เข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้ง่าย เช่น ค้นหาจาก Google, YouTube, สอบถามเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน, โรงพยาบาลบ้าน หรือ อสม. โรคไวรัสตับอักเสบบี เกิดจากการที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เชื้อไวรัสนี้จะเข้าไปทำลายตับและก่อให้เกิดมะเร็งตับ หลายคนติดเชื้อไม่ทราบว่าติดเชื้ออยู่ในร่างกายโรคไวรัสตับอักเสบบี มีทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ผู้ใหญ่ส่วนมากที่ได้รับเชื้อจะกำจัดเชื้อออกจากร่างกายได้ภายใน 6 เดือน และจะสร้างภูมิคุ้มกันไว้ต่อต้านโรค หลังจากกำจัดเชื้อออกจากร่างกายแล้ว จะไม่ติดเชื้ออีกและจะไม่แพร่โรคนี้ไปสู่ผู้อื่นได้อีก กรณี

นี้เรียกโรคตับอักเสบบีแบบเฉียบพลัน ผู้ที่ติดเชื้อเป็นเวลานานกว่า 6 เดือนจะมีการดำเนินโรคกลายเป็นโรคตับอักเสบบีเรื้อรัง ร้อยละ 90 ของทารกที่เป็นจะมีการดำเนินโรคกลายเป็นเรื้อรังซึ่งทำให้เกิดความเสียหายของตับ ตับวาย (ตับไม่สามารถทำหน้าที่ได้ถูกต้อง) และอาจเป็นโรคมะเร็งตับเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่

ผู้ที่เป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังจำเป็นต้องพบแพทย์อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้งเพราะความเสียหายของตับเกิดได้ตลอดเวลา แพทย์จะให้คำแนะนำที่ดีที่สุดเกี่ยวกับวิธีการดูแลตัวเอง วิธีดูแลตับที่ถูกต้อง พร้อมทั้งจะบอกว่าคุณมีความจำเป็นต้องใช้ยาหรือไม่ และจะส่งต่อคุณไปยังผู้เชี่ยวชาญเรื่องตับถ้าหากมีความจำเป็น คนส่วนใหญ่ที่เป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังมีสุขภาพดีและไม่จำเป็นต้องใช้ยาสำหรับรักษาโรคนี้ แต่เราจะช่วยดูแลตับได้ ดังนี้

- ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์น้อยลงหรือไม่ดื่มเลย
- รับประทานอาหารครบทุกหมู่และหลีกเลี่ยงอาหารมัน
- รักษาน้ำหนักให้เหมาะสมกับสุขภาพของคุณ
- เลิกหรือลดการสูบบุหรี่
- ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- จัดการกับความเครียด
- และพักผ่อนให้เพียงพอ
- ฉีดวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี เพราะถ้าติดเชื้อไวรัสชนิดอื่นใดเพิ่มเข้าไป ในขณะที่เป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังอยู่แล้วจะทำให้โรคตับทวีความรุนแรงมากขึ้น

เชื้อไวรัสตับอักเสบบียังติดต่อโดย

- การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นโรคโดยไม่สวมถุงยาง
- การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน
- ใช้อุปกรณ์ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น เช่น มีดโกน, แปรงสีฟันหรือของใช้อื่น ๆ ที่มีเลือดติดอยู่
- ผ่านการถ่ายเลือด
- การฝังเข็ม
- การใช้อุปกรณ์การสักที่ไม่ได้รับการฆ่าเชื้ออย่างถูกต้อง รวมถึงการสักเพื่อเสริมความงาม

กิจกรรมที่ 1.3 เล่าสู่กันฟัง

แนวคิด

การสื่อสารสุขภาพเป็นเครื่องมือในการเผยแพร่ข่าวสารด้านสุขภาพเพื่อประโยชน์ในการป้องกันสุขภาพแก่ประชาชน ซึ่งบ่งบอกถึงความสามารถในการเพิ่มระดับความรู้และความตระหนักใน

ปัญหาสุขภาพ แนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพ มีทักษะในการอธิบายบอกต่อถึงเรื่องการดูแลสุขภาพ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

นอกจากนี้ในการดูแลสุขภาพให้ครบทุกมิติจะต้องได้รับความร่วมจากภาคีเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมและสนับสนุน

การเตรียมตัว

1. ข้อความในบัตรคำจะต้องเป็นสถานที่รู้จักกันทั่วไป หรือเป็นสถานที่ที่อยู่ในจังหวัดนั้น ๆ เช่น แหล่งท่องเที่ยว ร้านอาหารชื่อดัง วัด โรงเรียน เป็นต้น
2. การแบ่งกลุ่มจะต้องแบ่งให้ใกล้เคียงกันมากที่สุด ทั้งจำนวน เพศ อายุ ตำแหน่ง ประเภทของผู้เข้าร่วมอบรม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินทักษะการสื่อสารและการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (สอดคล้อง HL องค์ประกอบที่ 3 และ 4)
2. เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง

ระยะเวลา 90 นาที

วัสดุ/อุปกรณ์

1. บัตรคำ “กิจกรรมไปไหนดี”
2. ใบงานที่ 1 เหตุการณ์สร้างเรื่อง (กรณีศึกษา 4 เรื่อง)
3. กระดาษบุรูป
4. ปากกาเคมี
5. กระดาษ A4
6. เทปใส

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ผู้นำกระบวนการแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมอบรม ออกเป็น 3 กลุ่มๆละเท่า ๆ กัน แล้วคัดเลือกตัวแทนกลุ่มละ 7 คน
2. ผู้นำกระบวนการเล่นเกม “ไปไหนดี” เพื่อเป็นการช่วยประเมินทักษะการสื่อสารของผู้เข้าร่วมอบรมและนำเข้าสู่กระบวนการสื่อสารด้านสุขภาพ (กิจกรรมไปไหนดี จะกำหนดให้มี 1 คน เป็นคนตาย คนที่เหลือเป็นคนไข้ ซึ่งผู้ใดสามารถออกเสียงได้แต่จะต้องห้ามพูดคำใบ้ โดยจำลองเป็นการขึ้นรถโดยสาร ผู้ขึ้นรถจะเป็นคนตาย ส่วนผู้โดยสารจะเป็นคนไข้ โดยจะสลับกันใบ้จนครบทุกคำพร้อมกับจับเวลาในการทำกิจกรรม)

3. ผู้นำกระบวนการชวนผู้เข้าร่วมอบรมคิดข้อความหรือประโยค ที่จะสื่อสารกับครอบครัว หรือเพื่อนบ้านเพื่อลดความกลัว ความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ โดยผู้ช่วยกระบวนการจะต้องบันทึกข้อความใส่กระดาษบุฟให้ผู้เข้าร่วมอบรมเห็นด้วย

4. ผู้นำกระบวนการชวนผู้เข้าร่วมอบรมคิดข้อความ/ประโยค ที่บอกข้อดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น “ถ้า.....จะทำให้.....” โดยผู้ช่วยกระบวนการจะต้องบันทึกข้อความใส่กระดาษบุฟให้ผู้เข้าร่วมอบรมเห็นด้วย

5. ผู้นำกระบวนการนำเข้าสู่กิจกรรมโดยการถามผู้เข้าร่วมอบรมว่า “การที่จะส่งเสริมป้องกันรักษาผู้ป่วย มีใครเกี่ยวข้องบ้าง”

6. ผู้นำกระบวนการแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมอบรมออกเป็น 4 กลุ่ม ๆ ละ 14 - 15 คน

7. ผู้นำกระบวนการแจกใบงานที่ 1 ให้แต่ละกลุ่ม

8. ให้แต่ละกลุ่มวิเคราะห์สถานการณ์ตามใบงาน ใช้เวลา 30 นาที

9. ให้แต่ละกลุ่มนำเสนอเป็นการแสดงบทบาทสมมติตามตัวละครและแสดงบทบาทตามผลการวิเคราะห์ของกลุ่ม

10. ให้แต่ละกลุ่มสรุปผลการนำเสนอ

บทสรุป

ไวรัสตับอักเสบบีเป็นโรคติดต่อซึ่งแฝงอยู่ในสังคมของเรา หากชะล่าใจอาจต้องเสียใจที่หลัง เนื่องจากหาติดเชื้อแล้วอาจหายได้ยาก หากพูดถึงโรคติดต่อ หลายคนอาจมองข้ามไวรัสตับอักเสบบี เพราะแม้โรคนี้จะแฝงอยู่ในคนจำนวนมาก แต่ด้วยความที่ไม่ปรากฏอาการ จึงทำให้หลายคนมองข้าม ดังนั้น เราจะต้องมีความรู้ เพื่อที่จะสามารถอธิบายและสื่อสารกับคนในชุมชนได้อย่างถูกต้อง

การดูแลสุขภาพให้ครบทุกมิติจะต้องได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เข้ามามีส่วนร่วมและสนับสนุน ดังนี้

- เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีบทบาทหน้าที่ให้สุขศึกษา ตรวจคัดกรอง ส่งต่อ ติดตามเยี่ยมบ้าน รวมถึงจัดตั้งคลินิกไวรัสตับอักเสบบี
- องค์รปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในการรณรงค์ตรวจคัดกรองและซื้อชุดตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเบื้องต้น
- อสม. มีบทบาทหน้าที่ ให้คำแนะนำผู้ติดเชื้อ สมาชิกในครอบครัวและประชาชนทั่วไป เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ สร้างความตระหนักและลดความกังวล รวมถึงร่วมเยี่ยมบ้าน

- เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล มีบทบาทหน้าที่ รับการส่งต่อเพื่อมาดำเนินการตรวจซ้ำ มีคลินิกไวรัสตับอักเสบบีในการให้คำแนะนำและตรวจคัดกรอง รวมทั้งติดตามในการตรวจซ้ำทุก ๆ ปี

กิจกรรมที่ 1.4 เป้าหมายมีไว้พุ่งชน

แนวคิด

เพื่อให้มีทิศทางชีวิตที่ชัดเจนขึ้นการตั้งเป้าหมายช่วยทำให้ผู้เข้าร่วมอบรมทราบถึง สิ่งที่ยากจะทำให้สำเร็จ จากนั้นก็จะสามารถวางแผนการ เพื่อที่จะบรรลุเป้าหมายนั้นให้สำเร็จได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังเป็นการเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง เมื่อได้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

การเตรียมตัว

1. ผู้นำกระบวนการจะต้องเตรียมวิถีทัศน์ให้พร้อม และควรดูวิถีทัศน์ก่อน 2-3 รอบก่อนจะใช้ในกระบวนการจริง
2. ผู้จัดจะต้องเตรียมวัสดุให้พร้อมและเพียงพอต่อกลุ่มเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมตั้งเป้าหมายในการส่งเสริม ป้องกันโรคด้วยตนเอง

ระยะเวลา 90 นาที

วัสดุ/อุปกรณ์

1. กระดาษวาดเขียน
2. ปากกา/ดินสอ
3. สี
4. ซองพลาสติกใส
5. วิถีทัศน์

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ผู้นำกระบวนการนำเข้าสู่การทำกิจกรรมโดยการถามผู้เข้าร่วมอบรมว่า “ที่ผ่านมาคุณเคยตั้งเป้าหมายหรือไม่ อย่างไร”
2. ผู้นำกระบวนการเปิดวิถีทัศน์ “เป้าหมายของชีวิต” เพื่อเป็นการนำเข้าสู่กระบวนการตั้งเป้าหมาย และสร้างแรงบันดาลใจให้กับผู้เข้าร่วมอบรม
3. ผู้นำกระบวนการแจกกระดาษวาดเขียน ให้ผู้เข้าร่วมอบรมคนละ 1 แผ่น พร้อมดินสอและสี
4. ให้ผู้เข้าร่วมอบรมได้เขียนข้อความที่ตั้งจะตั้งเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ ตามบทบาทของตนเอง พร้อมวาดรูปและระบายสีให้สวยงาม

5. ผู้นำกระบวนการแจกซองพลาสติกใส ให้กับผู้เข้าร่วมอบรมเพื่อใส่ภาพที่ตั้งเป้าหมาย
6. ให้ผู้เข้าร่วมอบรมทุกคนได้นำเสนอเป้าหมายของตนเอง
7. ผู้นำกระบวนการบันทึกภาพผู้เข้าร่วมอบรมถ่ายภาพเป้าหมายรายบุคคล
8. ผู้นำกระบวนการให้กำลังใจผู้เข้าร่วมอบรม

บทสรุป

การตั้งเป้าหมายของผู้เข้าร่วมอบรม เป็นพันธะสัญญาใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะช่วยเตือนใจและเป็นพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และจะมีการติดตามผลการตั้งเป้าหมายในอีก 6 เดือนข้างหน้า

ระยะที่ 2 เยี่ยมบ้าน ถามไถ่ ครั้งที่ 1

แนวคิด

ความเจ็บป่วยของสมาชิกในบ้านเพียงแค่นึงคนเท่านั้น ก็ย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น ๆ อีกหลายคนในครอบครัว ในขณะเดียวกันนั้น คนในครอบครัวเองก็ส่งผลกระทบต่อความเจ็บป่วยของสมาชิกเช่นกันดังนั้นการเยี่ยมบ้านจึงมีความสำคัญ นอกจากจะได้มีการจัดการและแนะนำแนวทางการปฏิบัติต่าง ๆ พร้อมทั้ง เพิ่มพลังใจ (Empowerment) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมองเห็นความสำคัญในการแก้ปัญหาชีวิตไปพร้อม ๆ ทั้งการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-Care) และกิจกรรมด้านอื่น ๆ

การเตรียมตัว

1. กำหนดแผนในการเยี่ยมบ้าน 1 วัน โดยระบุเป้าหมายและเวลาให้ชัดเจน
2. ประสานกลุ่มเป้าหมาย เพื่อบันทึกหมายในการลงเยี่ยมบ้าน
3. ประสานผู้เกี่ยวข้อง เช่น บุคลากรสาธารณสุข อสม. เพื่อตั้งทีมในการออกเยี่ยมบ้าน

ทีมละ 3 - 4 คน

4. แบ่งเจ้าหน้าที่ในการลงเยี่ยมผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเป็น 2 ทีม (เยี่ยมบ้านทีมละ 9 ราย)

5. เตรียมแผ่นพับ และสื่อประชาสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและครอบครัว
2. เพื่อเสริมพลังและให้กำลังใจผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและครอบครัว

ระยะเวลา 20 นาที/คน

วัสดุ/อุปกรณ์

1. แบบติดตามเยี่ยม
2. กระดาษ
3. ปากกา
4. ของเยี่ยมให้กำลังใจ

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข อสม. ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี รายละเอียด 20 นาที
2. ผู้เยี่ยมบ้าน ได้ถามถึงความเป็นอยู่ในปัจจุบัน รวมถึงปัญหาที่พบเจอในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
3. ผู้เยี่ยมบ้านให้คำแนะนำและกำลังใจผู้ติดเชื้อ
4. ผู้เยี่ยมบ้านนัดหมายการทำกิจกรรมและการลงเยี่ยมในครั้งต่อไป
5. หลังจากเยี่ยมบ้านครบทุกราย ทีมเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้านทั้ง 2 ทีม นัดหมายประชุมเพื่อนำข้อมูลมาสรุปและวิเคราะห์เพื่อวางแผนในการดำเนินงานต่อไป

บทสรุป

การเยี่ยมบ้านจะช่วยประเมินสภาพแวดล้อมและองค์ประกอบอื่น ๆ ร่วมด้วย นอกจากจะเป็นการค้นหาปัญหาหรือแนวทางแก้ไขแล้ว ยังสามารถช่วยเพิ่มพลังใจให้กับผู้ติดเชื้อและผู้เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 3 เยี่ยมยาม ถามไถ่ ครั้งที่ 2

แนวคิด

การติดตามเยี่ยมบ้านเพียงครั้งเดียว อาจจะไม่เพียงพอสำหรับการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของป่วย ควรจะมีการติดตามผลจากการให้คำแนะนำและกำลังใจต่อเนื่องจากครั้งที่ 1 เนื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการในระยะยาวจึงต้องได้รับการติดตามและให้กำลังใจ รวมถึงการเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง

การเตรียมตัว

1. ผู้เยี่ยมจะต้องเป็นทีมเดิม กับกิจกรรมเยี่ยมยาม ถามไถ่ ครั้งที่ 1
2. ผู้เยี่ยมจะต้องเตรียมข้อมูลจากการเยี่ยมยามถามไถ่ ครั้งที่ 1 ไปด้วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อติดตามการแก้ไขปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อเนื่องจากครั้งที่แล้ว
2. เพื่อเสริมพลังและให้กำลังใจผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและครอบครัว

ระยะเวลา 10 นาที /คน

วัสดุ/อุปกรณ์

1. แบบสรุปผลการติดตามถามไถ่ ครั้งที่ 1
2. ปากกา
3. ของเยี่ยมให้กำลังใจ

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี รายละ 10 นาที
2. ผู้เยี่ยมได้ทบทวนปัญหาที่พบเจอในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากเยี่ยมยามถามไถ่ในครั้งที่ 1
3. ผู้เยี่ยมได้สอบถามถึงการแก้ไขปัญหามาเป็นอย่างไรบ้าง แล้วคงมีปัญหาอื่น ๆ อีกหรือไม่
4. ผู้เยี่ยมเสริมพลังและให้กำลังใจ
5. ผู้เยี่ยมนัดหมายการทำกิจกรรมในครั้งต่อไป
6. หลังจากเยี่ยมบ้านครบทุกราย ทีมเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้านทั้ง 2 ทีม นัดหมายประชุมเพื่อนำข้อมูลมาสรุปและวิเคราะห์เพื่อวางแผนในการดำเนินงานต่อไป

บทสรุป

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 จะใช้เวลาน้อยกว่าครั้งที่ 1 เนื่องจากการติดตามผลจากการค้นหาและแก้ไขปัญหามาจากครั้งที่ 1 เพื่อเป็นการประเมินผลจากครั้งที่แล้ว การเยี่ยมบ้านในครั้งที่ 2 จะต้องห่างจากครั้งที่ 1 ประมาณ 2 เดือน เนื่องจากการเว้นระยะให้มีการแก้ไขปัญหามาตามคำแนะนำ จนเกิดการเรียนรู้สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ระยะที่ 4 ติดตามและประเมินผล

กิจกรรมที่ 4.1 สู้เส้นชัย คุณทำได้

แนวคิด

กระบวนการในการติดตามการดำเนินงานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากจะเป็นการประเมินผลลัพธ์จากการเข้าร่วมโปรแกรมแล้ว ควรจะต้องมีเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้เข้าร่วมอบรม โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เพื่อเกิดแนวคิด แรงบันดาลใจ รวมถึงให้ผู้เกี่ยวข้องนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในกระบวนการดำเนินงานต่อไป

การเตรียมตัว

1. ทีมเจ้าหน้าที่จะต้องรวบรวมภาพกิจกรรมทั้งหมด และจัดทำวิดีโอ
2. จะต้องประสานกลุ่มเป้าหมายในการอบรมนำแผ่นภาพตั้งเป้าหมายมาด้วยทุกคน

3. เตรียมห้องประชุมในลักษณะการวางเก้าอี้เป็นรูปตัวยู
4. ทำหนังสือประสานนายกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้มอบใบประกาศให้เข้าผู้เข้าร่วมอบรม
5. จัดเตรียมใบประกาศให้กับผู้เข้าร่วมอบรม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (สอดคล้อง HL องค์ประกอบที่ 5)
2. เพื่อค้นหาบุคคลต้นแบบในการสื่อสารสุขภาพ (สอดคล้อง HL องค์ประกอบที่ 6)

ระยะเวลา 120 นาที/คน

วัสดุ/อุปกรณ์

- วิดีทัศน์ประมวลภาพกิจกรรม
- แผ่นภาพตั้งเป้าหมาย (ที่ผู้เข้าร่วมอบรมได้จัดทำขึ้น จากกิจกรรมที่ 1.4 เป้าหมายมีไว้

พุงชน)

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ผู้นำกระบวนการเปิดวิทัศน์ประมวลภาพในการทำกิจกรรมที่ผ่านมา 5 นาที
2. ผู้นำกระบวนการให้ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้เล่าประสบการณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คนละ 5 นาที
3. ให้ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี นำแผ่นภาพที่ตั้งเป้าหมายไว้นำมาเสนออีกครั้ง พร้อมสรุปว่าตนเองสามารถดำเนินการตามที่ตั้งเป้าหมายได้หรือไม่
4. ผู้นำกระบวนการเสริมพลังและให้กำลังใจผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี พร้อมชื่นชมในความตั้งใจ
5. ผู้นำกระบวนการสรุปกิจกรรม
6. มอบใบประกาศให้กับผู้เข้าร่วมอบรม

บทสรุป

ตลอดระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่าทุกท่านมีความตั้งใจมั่นที่จะส่งเสริมป้องกันและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีเป็นอย่างดี ซึ่งจากการบอกเล่าประสบการณ์เกือบทุกคนสามารถทำได้ตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ ขอแสดงความยินดีอย่างยิ่งที่ท่านทำได้

หลังจากนี้ท่านที่มีประสบการณ์ อยากจะให้เป็นคนต้นแบบ เป็นนักสื่อสารสุขภาพ รวมถึงผู้รู้ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องไวรัสตับอักเสบบี ที่สามารถให้คำแนะนำและเป็นพี่ปรึกษาให้กับประชาชน

กิจกรรมที่ 4.2 ประเมินตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรม

แนวคิด

หลังจากที่ทำกิจกรรมตามโปรแกรม เพื่อให้ทราบถึงศักยภาพของผู้ร่วมอบรม ว่าสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการประเมินตนเอง ทดสอบวัดระดับความรู้เพื่อหาผลลัพธ์ของประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองใน 6 เดือนที่ผ่านมา

การเตรียมตัว

1. เจ้าหน้าที่จะต้องเตรียมแบบสัมภาษณ์ในการเก็บข้อมูลให้พร้อมและครบถ้วน
2. เจ้าหน้าที่ต้องเตรียมผลการประเมินความรู้ ความเครียดและพฤติกรรม ที่เก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อใช้เพื่อเทียบกับหลังเข้าร่วมโปรแกรม
3. เจ้าหน้าที่จะต้องทำความเข้าใจกับข้อคำถามก่อนที่จะสัมภาษณ์ตามแบบประเมิน
4. การเก็บข้อมูลควรเป็นการสัมภาษณ์ เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุ สายตาอาจมองเห็นไม่ชัดเจน (ควรดูที่กลุ่มเป้าหมายเป็นหลัก) และควรสัมภาษณ์ด้วยเสียงดังกว่าปกติ เนื่องจากผู้สูงอายุอาจได้ยินไม่ชัดเจน

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินความรู้และพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมอบรมหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ระยะเวลา 30 นาที

วัสดุ/อุปกรณ์

- แบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูล
- ปากกา

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ผู้นำกระบวนการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรม
2. ผู้นำกระบวนการอธิบายรายละเอียดการทำแบบประเมิน
3. ผู้เข้าร่วมอบรมประเมินตนเองตามแบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูล
4. ผู้นำกระบวนการเก็บรวบรวมและตรวจสอบความครบถ้วนของแบบประเมินตนเอง
5. ผู้นำกระบวนการนำแบบประเมินไปตรวจให้คะแนน

บทสรุป

การประเมินตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรม จะต้องห่างจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 เป็นเวลา 3 เดือน เพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเป็นการสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ทดสอบความรู้ ความเครียดและประเมินพฤติกรรมของตนเองหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวไปเปรียบเทียบกับข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมอบรมทุกท่านที่เสียสละเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา และขอชื่นชมในความมุ่งมั่นของทุกท่านที่ทำหน้าที่ของตนเองตามบทบาทในการดูแลสุขภาพ จนวันนี้สามารถดูแลตนเองและคนในครอบครัวให้มีสุขภาพที่ดี สำหรับใบงานกิจกรรมต่าง ๆ รายละเอียดดังต่อไปนี้

ใบงานที่ 1 จากกิจกรรมที่ 1.3 เล่าสู่กันฟัง
เหตุการณ์การสร้างเรื่อง แบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมอบรมออกเป็น 4 กลุ่ม ช่วยกันวิเคราะห์สถานการณ์พร้อมแนวทางแก้ไข และออกแบบการนำเสนอเป็นการแสดงบทบาทสมมติ ตามเหตุการณ์ที่ได้รับและแนวทางแก้ไขของสมาชิกภายในกลุ่ม
กลุ่มที่ 1 : ณ ครอบครัวของนางสุดสวย ในระหว่างทานข้าวได้เปิดทีวีดู มีข่าวประชาชนป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบี จึงเกิดความสงสัยในเรื่องโรคนี้ เนื่องจากไม่เคยรู้จักและไม่มีความรู้เรื่องนี้ ซึ่งในวันพรุ่งนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะมาให้สุศึกษาในชุมชน ▪ ท่านจะถาม – ตอบเจ้าหน้าที่เรื่องอะไรบ้าง ▪ ท่านจะมีวิธีให้คำแนะนำอย่างไร
กลุ่มที่ 2 : นางสมยอม พลิกาย มีอาการมีไข้ ปวดเมื่อยตัว เบื่ออาหาร เกิดความเครียด วิตกกังวล กลัวจะเป็นโรคร้าย และไม่ยอมเสียเวลาไปหาหมอ จึงไปซื้อยาร้านขายยามากินเอง แต่อาการยังไม่ดีขึ้น
กลุ่มที่ 3 : ณ หมู่บ้านหนองหินแห่ มีการณรงค์ให้ประชาชนที่อายุ 26 ปี ขึ้นไปมาคัดกรองและตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี แต่ประชาชนไม่ให้ความร่วมมือมาตรวจคัดกรองดังกล่าว ▪ ท่านจะมีวิธีการเชิญชวนประชาชนอย่างไร ▪ แล้วมีใครเข้ามามีส่วนร่วมบ้าง
กลุ่มที่ 4 : นางสาว หอมเหม็น มารับการตรวจคัดกรองค้นหาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเบื้องต้น และพบว่าเป็นบุคคลกลุ่มเสี่ยง จะได้รับแนะนำให้ไปเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ผลปรากฏว่าพบว่ามีเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในกระแสเลือด เจ้าหน้าที่จึงแนะนำให้ไปตรวจซ้ำที่โรงพยาบาล แต่นางสุขไม่ยอมไป เนื่องจากบอกว่าตนเองไม่ได้ป่วยและไม่มีอาการใดๆ ▪ ท่านจะมีวิธีการแนะนำนางสุขอย่างไร ▪ แล้วมีใครเข้ามามีส่วนร่วมบ้าง

แบบรับรองการตรวจคุณภาพเครื่องมือโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

แบบรับรองการตรวจสอบเครื่องมือ
โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี
(Health Literacy for Hepatitis B Virus)
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชน จังหวัดยโสธร

ผู้วิจัย นายณอม นามวงศ์ รหัสนิสิต 60011460002

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.สุมิตา กลางคาร
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อาจารย์ที่ปรึกษาหลักนิพนธ์ร่วม รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ พรหมสัทยพรต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร.ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผลการตรวจสอบเครื่องมือเก็บข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

ข้าพเจ้า นางสาว นิตยา นามวงศ์ ตำแหน่ง นักวิทยาศาสตร์สุขภาพในชุมชน
หน่วยงาน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดยโสธร วัตถุประสงค์ การศึกษาระบาดวิทยา (โรคติดต่อ)
ขอรับรองว่าผู้ดำเนินการวิจัย ได้นำเครื่องมือให้ข้าพเจ้าทำการตรวจสอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว
เมื่อวันที่ 24 ต.ค. 62 และได้ตรวจสอบแล้วพบว่า เครื่องมือนี้มีเนื้อหาต้องปรับปรุงแก้ไขดังนี้

1. ปรับแก้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์

2. แก้ไขแบบสอบถามแบบสัมภาษณ์

3. แก้ไข Introduction ตามชื่อของโรคไวรัสตับอักเสบบี

4. รูปแบบภาพประกอบโดยที่แต่ละภาพจะสื่อถึงในภาพรวมที่แต่ละคน (ในบทที่ 1)
ตามข้อคิดของอาจารย์ HL. 9

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

(นางสาว นิตยา นามวงศ์)
ตำแหน่ง นักวิทยาศาสตร์สุขภาพในชุมชน
วันที่ 4 เดือน ตค พ.ศ. 62

แบบรับรองการตรวจสอบเครื่องมือ
โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี
(Health Literacy for Hepatitis B Virus)
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชน จังหวัดยโสธร

ผู้วิจัย นายถนอม นามวงศ์ รหัสนิสิต 60011460002

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อาจารย์ที่ปรึกษาหลักนิพนธ์ร่วม รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร.ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผลการตรวจสอบเครื่องมือเก็บข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง
ข้าพเจ้า นส. นิพนธ์ คงรุ่งศรี ตำแหน่ง นักเทคโนโลยีสารสนเทศ
หน่วยงาน โรงพยาบาลยโสธร วุฒิการศึกษา Ph.D C Psychology of Counseling)
ขอรับรองว่าผู้ดำเนินการวิจัย ได้นำเครื่องมือให้ข้าพเจ้าทำการตรวจสอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว
เมื่อวันที่ และได้ตรวจสอบแล้วพบว่า เครื่องมือนี้มีเนื้อหาต้องปรับปรุงแก้ไขดังนี้

รายนามผู้ตรวจการ แก้ไข และผู้อนุมัติ ฉบับเอกสารแนบ

ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบ

(นส. นิพนธ์ คงรุ่งศรี)

ตำแหน่ง นักเทคโนโลยีสารสนเทศ

วันที่ 1 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2562

แบบรับรองการตรวจสอบเครื่องมือ
โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี
(Health Literacy for Hepatitis B Virus)
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชน จังหวัดยโสธร

ผู้วิจัย นายอนอม นามวงศ์ รหัสนิต 60011460002

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อาจารย์ที่ปรึกษาหลักนิพนธ์ร่วม

รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัณยพรต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รองศาสตราจารย์ ดร.ชูศักดิ์ นธิ์เกิดกุล

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผลการตรวจสอบเครื่องมือเก็บข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (ชุดโปรแกรม)

ข้าพเจ้า นางเกศกัญญา แสงศิริสุข ตำแหน่ง นักวิชาสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

หน่วยงาน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ยโสธร รับผิดชอบ ปรีชาอุปถัมภ์

ขอรับรองว่าผู้ดำเนินการวิจัย ได้นำเครื่องมือให้ข้าพเจ้าทำการตรวจสอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว

เมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2562 และได้ตรวจสอบแล้วพบว่า เครื่องมือนี้มีเนื้อหาต้องปรับปรุงแก้ไขดังนี้

ออกแบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ตามแบบร่างและเพิ่มคำถามปลายเปิด

1) เพิ่มรายละเอียดกรอบแนวคิด ในหัวข้อ กลุ่มเป้าหมาย / Time line เรขภาพ

กิจกรรมในแต่ละ ระยะ

2) ผู้เข้าร่วมโครงการ 1 เป็นกลุ่มเป้าหมาย 1 และเพิ่มคำถามในหัวข้อ กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม 1. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม 2. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม 3. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม 4. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม

3) เพิ่ม/ลบ/แก้ไขข้อความในหัวข้อ และเพิ่มคำถามปลายเปิด ในหัวข้อ กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม 1. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม 2. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม 3. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม 4. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม

4) เพิ่มคำถามปลายเปิดในหัวข้อ กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม 1. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม 2. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม 3. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม 4. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม

5) เพิ่มคำถามปลายเปิดในหัวข้อ กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม 1. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม 2. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม 3. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม 4. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม

6) เพิ่มคำถามปลายเปิดในหัวข้อ กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม 1. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม 2. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม 3. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม 4. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม

7) เพิ่มคำถามปลายเปิดในหัวข้อ กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม 1. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม 2. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม 3. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม 4. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม

8) เพิ่มคำถามปลายเปิดในหัวข้อ กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม 1. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม 2. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม 3. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม 4. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม

9) เพิ่มคำถามปลายเปิดในหัวข้อ กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม 1. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม 2. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม 3. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม 4. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม

ลงชื่อ (นางเกศกัญญา แสงศิริสุข) ผู้ตรวจสอบ

ตำแหน่ง นักวิชาสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

วันที่ 1 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2562

วันที่ 1 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2562

5) เพิ่มคำถามปลายเปิดในหัวข้อ กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม 1. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม 2. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม 3. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม 4. กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม

ภาคผนวก ข แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี”

- ☐ ในรอบ 1 เดือน (เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1) ☐ ในรอบ 3 เดือน (เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2)
☐ ในรอบ 6 เดือน (เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3)

ชื่อ (☐ ผู้ติดเชื้อ ☐ ผู้สัมผัสใกล้ชิด)บ้านเลขที่ หมู่.....

1. ข้อมูลทั่วไป

- 1.1 น้ำหนัก.....กก. 1.2 ส่วนสูง.....ซม. 1.3 เส้นรอบเอวซม.
 1.4 ความดันโลหิต/..... mmHg

2. การประเมินด้านพฤติกรรม

- 2.1 การกินอาหารรสเค็ม
☐ ไม่เคยเลย ☐ นาน ๆ ครั้ง (น้อยกว่า 4 วันต่อสัปดาห์) ☐ กินประจำ (5-7 วันต่อสัปดาห์)
- 2.2 การกินอาหารรสหวาน (เช่น ขนมหวาน อาหารหวาน หรือเครื่องดื่มรสหวานต่าง ๆ)
☐ ไม่เคยเลย ☐ นาน ๆ ครั้ง (น้อยกว่า 4 วันต่อสัปดาห์) ☐ กินประจำ (5-7 วันต่อสัปดาห์)
- 2.3 การกินอาหารรสมัน (เช่น ของทอด ไข่กรอก ขนมเค้ก ของหวานน้ำกะทิ เบเกอรี่ เป็นต้น)
☐ ไม่เคยเลย ☐ นาน ๆ ครั้ง (น้อยกว่า 4 วันต่อสัปดาห์) ☐ กินประจำ (5-7 วันต่อสัปดาห์)
- 2.4 การออกกำลังกาย 30 นาทีขึ้นไป
☐ ไม่เคยเลย ☐ เคย ระบุจำนวน ครั้ง (☐ ต่อเดือน ☐ ต่อสัปดาห์)
- 2.5 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
☐ ไม่เคยเลย ☐ เคย ระบุจำนวน ครั้ง (☐ ต่อเดือน ☐ ต่อสัปดาห์)
- 2.6 การสูบบุหรี่
☐ ไม่เคยสูบเลย ☐ เคยสูบ เฉลี่ยวันละ มวน
- 2.7 การกินยานอกเหนือจากแพทย์สั่ง/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสั่ง (ซื้อจากร้านขายยา/หามาเอง)
☐ ไม่เคยเลย ☐ เคย ระบุจำนวน ครั้ง

2. การประเมินด้านพฤติกรรม (ต่อ)

2.8 การสวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์

☐ สวมทุกครั้ง ☐ สวมบางครั้ง ☐ ไม่เคยสวมเลย ☐ ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ในช่วงที่ผ่านมา

2.9 การสัมผัสเลือด หรือน้ำเหลือง ของสมาชิกในครอบครัวโดยตรง (ใช้มือจับ หรือสัมผัสที่ผิวหนังโดยตรง)

☐ ไม่เคยเลย ☐ เคย ระบุจำนวน ครั้ง

2.10 การใช้ของร่วมกัน (เช่น มีดโกน แปรงสีฟัน)

☐ ไม่เคยเลย ☐ เคย ระบุจำนวน ครั้ง

2.11 ประวัติการเจ็บป่วย

☐ ไม่มี ☐ มี จำนวน ครั้ง

2.12 การนอนไม่หลับจากความเครียด

☐ ไม่มี ☐ มี จำนวน ครั้ง

2.13 การกินอาหารเย็นร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว

☐ ไม่เคยกินร่วมกันเลย ☐ นาน ๆ ครั้ง (น้อยกว่า 4 วันต่อสัปดาห์)

☐ กินประจำ (5-7 วันต่อสัปดาห์)

3. การประเมินสภาพปัญหาและการแก้ไข

3.1 สภาพปัญหาของที่ควรได้รับการปรับปรุง (ระบุสภาพปัญหาสำคัญที่พบ)

.....

.....

3.2 ข้อเสนอแนะ การให้สุศึกษา หรือการให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ระบุสาระสำคัญที่พูดคุย)

.....

.....

ลงชื่อ ผู้รับการเยี่ยม ลงชื่อ อสม. ลงชื่อ จนท.สาธารณสุข
(.....) (.....) (.....)

วันที่เยี่ยมบ้าน/...../.....

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	ถนอม นามวงศ์
วันเกิด	14 มิถุนายน 2521
สถานที่เกิด	จังหวัดศรีสะเกษ
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	282 หมู่ 2 หมู่บ้านสุขสำราญ ตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2543 ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ สาขาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2546 รัฐศาสตรบัณฑิต (ร.บ.) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2550 สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2558 สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2563 สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) สาขาวิชาสาธารณสุข ศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ทุนวิจัย	ถนอม นามวงศ์, สุกัญญา คำพัฒน์, บุญเพ็ง เศษสุวรรณ และคนอื่นๆ. การ ส่งเสริมสุขภาวะทางเพศแก่เด็กและเยาวชนอย่างมีส่วนร่วมโดยใช้บริบทของ ชุมชนท้องถิ่นอีสาน : กรณีบ้านคำน้ำสร้าง ต.ค้อเหนือ อ.เมือง จ.ยโสธร. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) 2555.
ผลงานวิจัย	1. อมรินทร์ หน่อไชยวงศ์ และถนอม นามวงศ์. ระบาดวิทยาโรคเอดส์ใน เด็กประเทศไทย พ.ศ. 2541-2550. วารสารกรมการแพทย์. 2552; (34)1 : 181-188. 2. สหภาพ พูลเกษร, วิกรม ทางเรือ, ถนอม นามวงศ์, เฉวตสร นามวาท. สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย พ.ศ. 2554. สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 3. ถนอม นามวงศ์, แมน แสงภักดิ์, สุวคนธ์ ผุดผ่อง, ทวีศักดิ์ ประกอบไม, เด ชา ป้องศรี, สุกัญญา คำพัฒน์ และคณะ. การสอบสวนโรคอาหารเป็นพิษใน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่อำเภอยายมุลและอำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

วันที่ 1 – 5 ตุลาคม 2557. วารสารรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประจำสัปดาห์ 2558 สำนักระบาดวิทยา; 46: 737-44.

4. ถนอม นามวงศ์ และคณะ. การสอบสวนการระบาดโรคไข้หวัดใหญ่ ใน กลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาของโรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดยโสธร ระหว่างวันที่ 19 – 22 กุมภาพันธ์ 2557, รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำ สัปดาห์. 2559; (47)50: 785-91.

5. จิราวรรณ สุวรรณศรี, ถนอม นามวงศ์, อำนาจ สลับศรี, แมนแสงภักดี, น้ำฝน ชมวงษ์, อุเทน จันทรีไซ และคณะ. การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ ที่งานบุญวัดแห่งหนึ่ง ตำบลหนองหมี่ อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร วันที่ 2-7 ตุลาคม 2559. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 2561; 49: 49-56.

6. กัญญาภัค ศิลารักษ์, ถนอม นามวงศ์, สุภาวรรณ เลิศทรัพย์ พูลทวี, แมน แสงภักดี, สุกุณา บัวเขียว, สุกัญญา คำพัฒน์ และคณะ. การสอบสวนการ ระบาดโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A/H1N1 2009 ในทหารใหม่กองร้อยอาวุธเบา ค่ายทหารแห่งหนึ่ง จังหวัดยโสธร เดือนพฤษภาคม 2560. รายงานการเฝ้า ระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 2560; 48: 817-24.

7. กัญญาภัค ศิลารักษ์, ถนอม นามวงศ์. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรค ไวรัสตับอักเสบบี จังหวัดยโสธร ปี พ.ศ. 2557-2559. รายงานการเฝ้าระวัง ทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 2560; 48: 769-76.

