



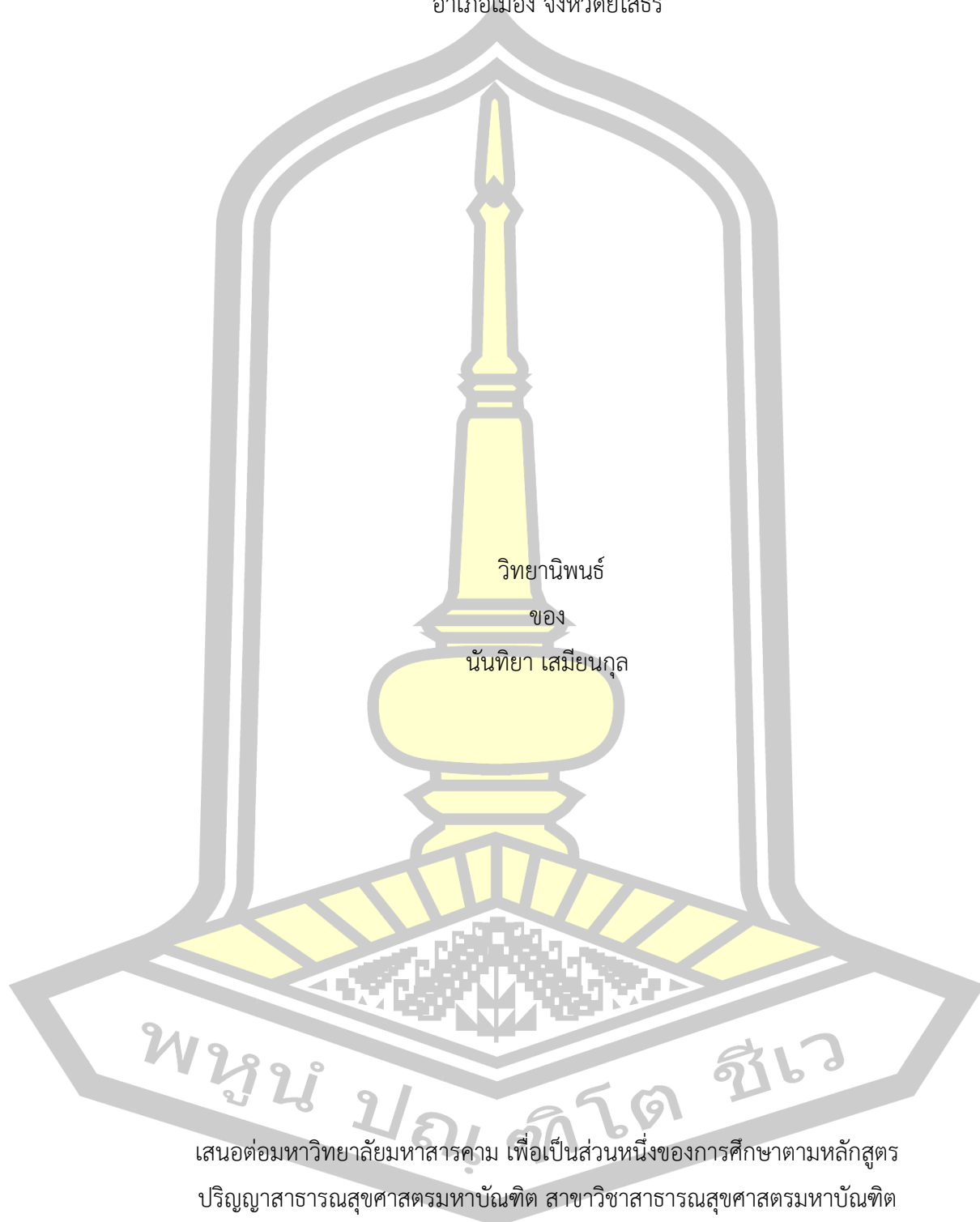
การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน  
อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

วิทยานิพนธ์  
ของ  
นนธิยา เสมียนกุล

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
พฤษภาคม 2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน  
อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

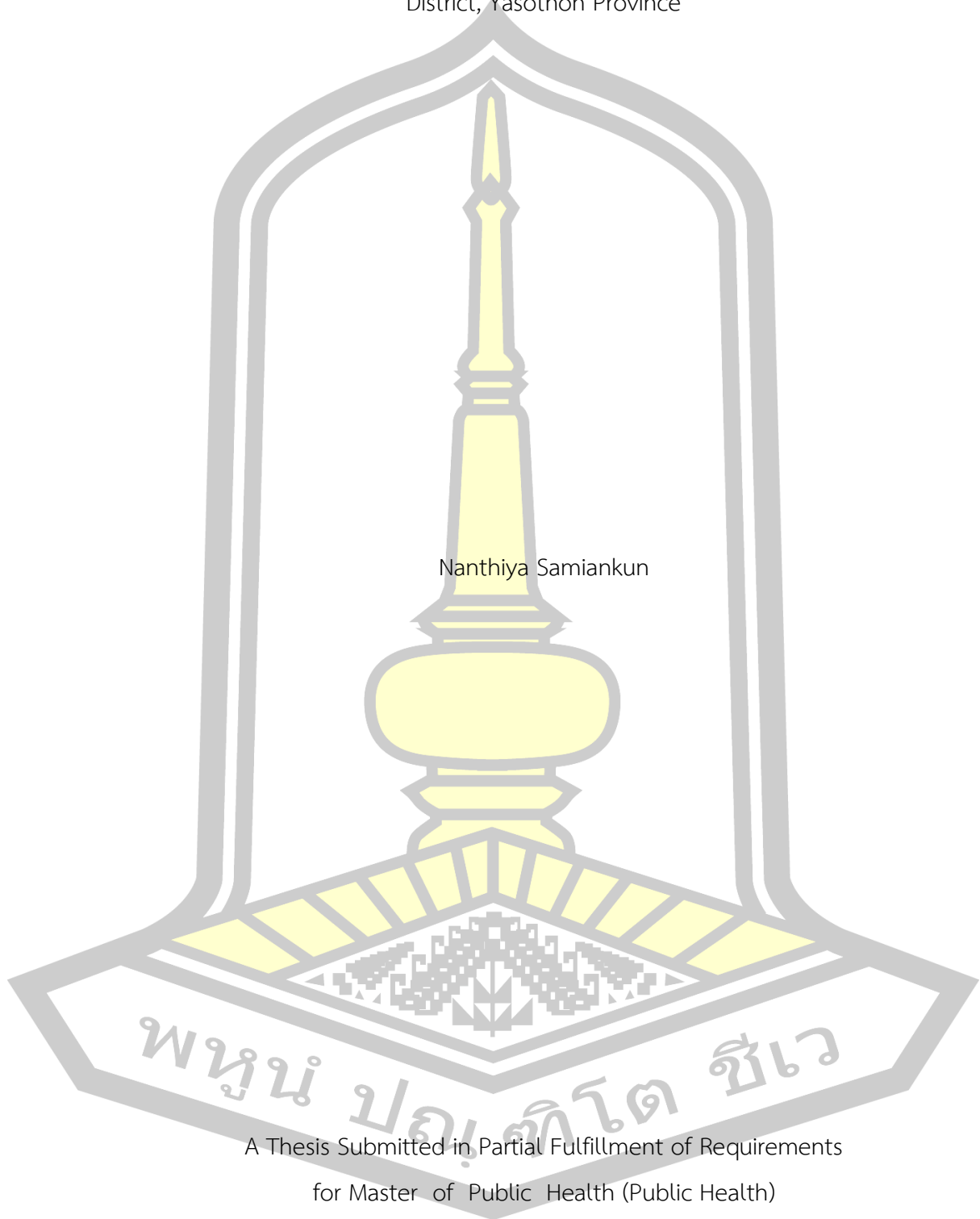


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

พฤษภาคม 2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Development of Prevention Model of Hepatitis B in Khum Ngoen Subdistrict, Mueang  
District, Yasothon Province



Nanthiya Samiankun

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

May 2025

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวนันทิยา เสมียนกุล  
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล )

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(อ. ดร. กษมา วงษ์ประชุม )

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร )

.....กรรมการ

(อ. ดร. ศิริภัสร์ โคตรสีวงษ์ )

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(ผศ. ดร. รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ )

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัย  
มหาสารคาม

.....  
(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร )

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

.....  
(ผศ. ดร. พลเดช เชาวรัตน์ )

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

<b>ชื่อเรื่อง</b>	การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร		
<b>ผู้วิจัย</b>	นันทิยา เสมียนกุล		
<b>อาจารย์ที่ปรึกษา</b>	อาจารย์ ดร. กษมา วงษ์ประชุม รองศาสตราจารย์ ดร. สุมิตา กลางคาร		
<b>ปริญญา</b>	สาธารณสุขศาสตรมหา บัณฑิต	<b>สาขาวิชา</b>	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
<b>มหาวิทยาลัย</b>	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	<b>ปีที่พิมพ์</b>	2568

### บทคัดย่อ

โรคไวรัสตับอักเสบบี เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เป็นหนึ่งในสาเหตุของโรคตับแข็งและมะเร็งตับ โดยเฉพาะประชากรที่เกิดก่อนพ.ศ. 2535 มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เนื่องจากไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 25 คน และประชาชนที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ในตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร จำนวน 71 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคม – เดือนตุลาคม พ.ศ.2567 รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังใช้สถิติ Paired Sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า กระบวนการพัฒนาประกอบด้วย การศึกษาสถานการณ์และบริบทพื้นที่ การวางแผนเชิงปฏิบัติการ การปฏิบัติตามแผน การสังเกตติดตาม สรุปผลและถอดบทเรียน ดำเนินการพัฒนาแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ 1) การคัดกรองด้วยแบบสอบถามและการตรวจเลือดที่ปลายนิ้ว 2) การจัดให้มีระบบการดูแลรักษาและส่งต่อกลุ่มผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 3) การจัดให้มีระบบการเข้าถึงวัคซีนในกลุ่มผู้ที่ยังไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี และ 4) การมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าอาวาส ครู อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อช่วยในการประชาสัมพันธ์และให้ข้อมูลแก่ประชาชนในระดับครัวเรือนในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ภายหลังการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีและความพึงพอใจ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนดำเนิน

กิจกรรม ( $p < 0.05$ ) รวมทั้ง ตรวจพบผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 3 ราย จากการคัดกรองด้วยการเจาะเลือดที่ปลายนิ้วและได้รับการส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จในครั้งนี้ คือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การคัดกรองและติดตามผลที่มีประสิทธิภาพ การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี และการสนับสนุนจากผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างเป็นระบบและนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

คำสำคัญ : ไวรัสตับอักเสบบี, พฤติกรรมเสี่ยง, การป้องกัน, วัคซีน, พัฒนา



<b>TITLE</b>	Development of Prevention Model of Hepatitis B in Khum Ngoen Subdistrict, Mueang District, Yasothon Province		
<b>AUTHOR</b>	Nanthiya Samiankun		
<b>ADVISORS</b>	Kasama Wongprachum , Ph.D. Associate Professor Sumattana Glangkarn , Ph.D.		
<b>DEGREE</b>	Master of Public Health	<b>MAJOR</b>	Public Health
<b>UNIVERSITY</b>	Maharakham University	<b>YEAR</b>	2025

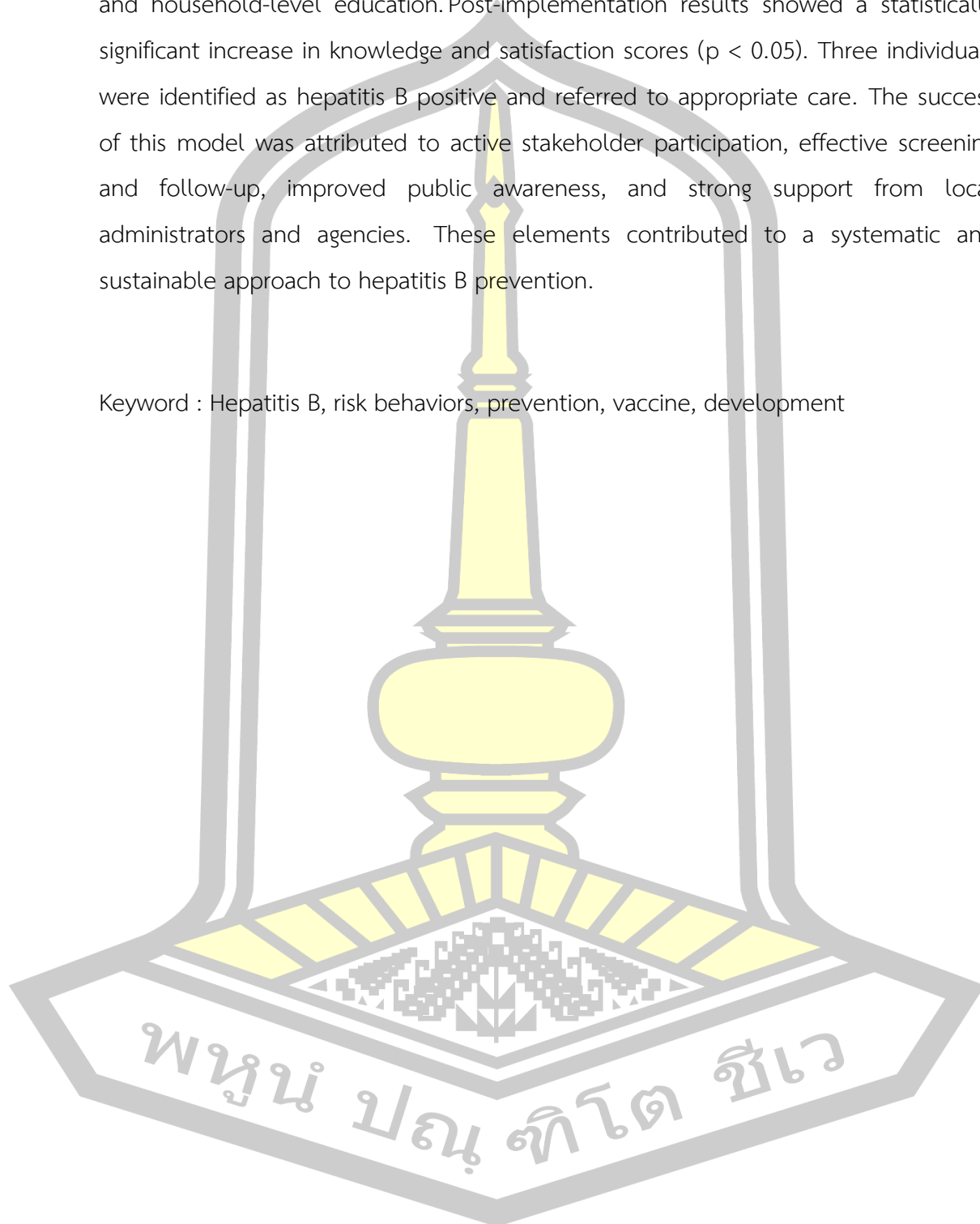
### ABSTRACT

Hepatitis B is a major public health issue and one of the leading causes of liver cirrhosis and liver cancer. Individuals born before 1992 are at high risk of hepatitis B infection due to not having received the hepatitis B vaccine under the national immunization program of the Ministry of Public Health. This action research aimed to develop an operational model for the prevention of hepatitis B in KhumNgoen Subdistrict, Mueang District, Yasothon Province. The sample consisted of 25 stakeholders and 71 individuals born before 1992 residing in KhumNgoen Subdistrict, Mueang District, Yasothon Province. The study was conducted between May and October 2024. Both quantitative and qualitative data were collected and analyzed using descriptive statistics. A comparison of pre- and post-intervention mean scores was conducted using the Paired Sample t-test with a significance level set at 0.05.

The development process involved situation and context analysis, action planning, implementation, observation, evaluation, and lesson learned extraction. The developed model consisted of four core activities: ( 1) screening using questionnaires and fingertip blood testing; (2) establishing a care and referral system for infected individuals; ( 3) improving access to hepatitis B vaccination for unvaccinated individuals; and (4) fostering community participation through local

leaders, abbots, teachers, and village health volunteers to support public awareness and household-level education. Post-implementation results showed a statistically significant increase in knowledge and satisfaction scores ( $p < 0.05$ ). Three individuals were identified as hepatitis B positive and referred to appropriate care. The success of this model was attributed to active stakeholder participation, effective screening and follow-up, improved public awareness, and strong support from local administrators and agencies. These elements contributed to a systematic and sustainable approach to hepatitis B prevention.

Keyword : Hepatitis B, risk behaviors, prevention, vaccine, development



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วง ด้วยความกรุณาจาก อาจารย์ ดร.กษมา วงษ์ประทุม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.สุ่มัทนา กลางคาร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้องและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมทั้งให้กำลังใจผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ในการให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัยทั้ง 3 ท่าน ได้แก่ นายแมน แสงภักดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร นายสมพร จันทรแก้ว นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลยโสธร และนางปาริชาติ สำราญบัว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลยโสธร ที่ได้เสียสละเวลาและให้คำแนะนำในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ให้ถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยโสธร สาธารณสุขอำเภอเมืองยโสธร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมเงิน นายกองคการ บริหารส่วนตำบลชุมเงิน และเจ้าหน้าที่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ครอบคลุม เพื่อร่วมงาน และผู้เกี่ยวข้องในการอนุเคราะห์ดำเนินการวิจัย รวมทั้งผู้สนับสนุนทุกท่านที่คอยให้ตลอดมา

นันทิยา เสมียนกุล

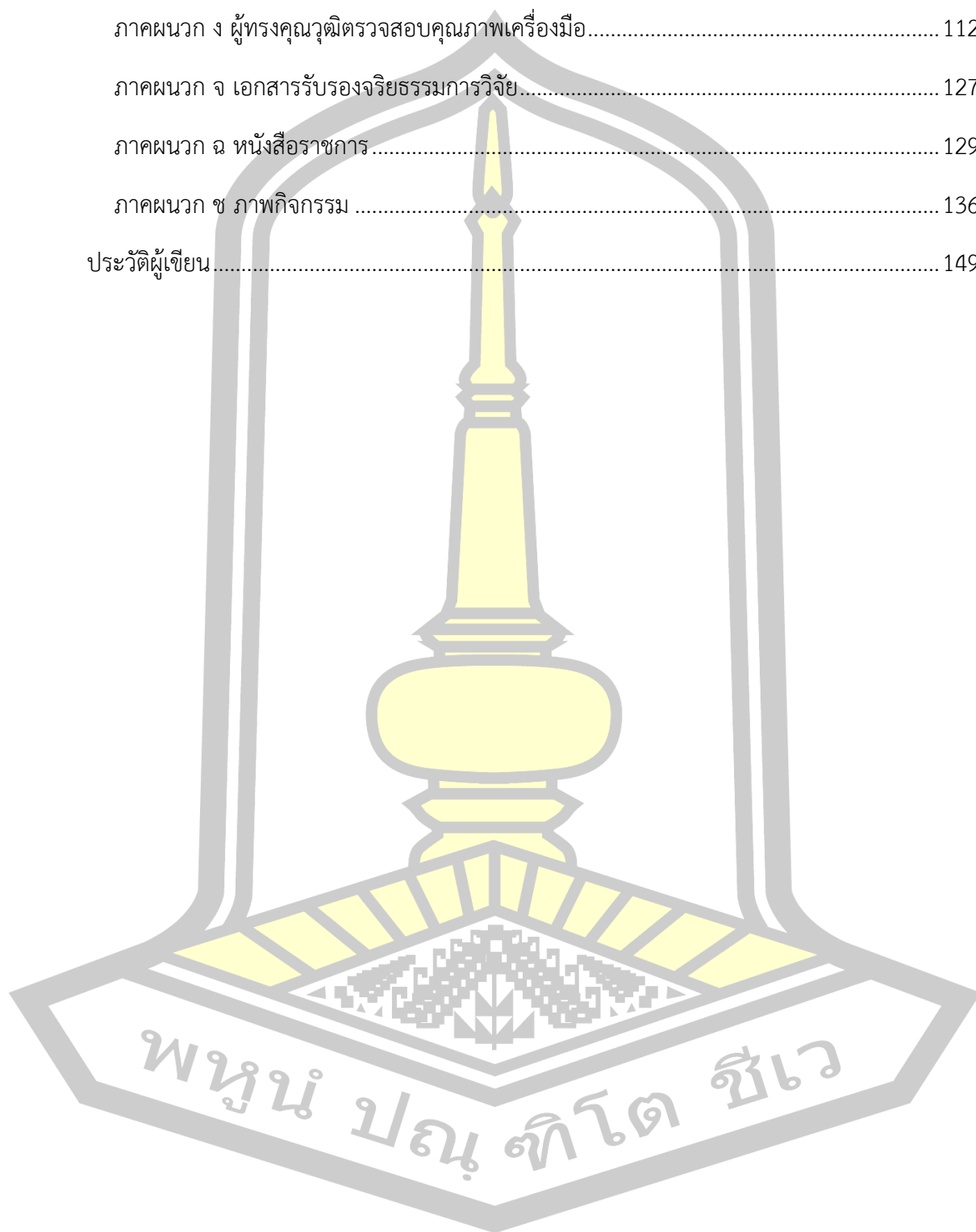
พนุน ปณู ทิโต ชีเว

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฅ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญรูปภาพ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ภูมิหลังและความเป็นมา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	5
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	6
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
1.6 ประโยชน์ที่จะได้รับ.....	9
บทที่ 2 ปริทัศน์เอกสารข้อมูล.....	10
2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี.....	10
2.2 แนวคิดการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี.....	16
2.3 มาตรการหรือนโยบายการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี.....	21
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนา รูปแบบ.....	26
2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม.....	30
2.6 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	32
2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	39

2.8 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	48
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	49
3.1 รูปแบบการวิจัย .....	49
3.2 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย .....	50
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล .....	52
3.4 การตรวจสอบคุณภาพและพัฒนาเครื่องมือ.....	54
3.5 ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	56
3.6 การประมวลผล.....	59
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ .....	59
3.8 จริยธรรมในการวิจัย.....	60
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	61
4.1 ผลการศึกษาระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ บริบท และสภาพปัญหาในพื้นที่ตำบล ชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร.....	61
4.2 ผลการศึกษาระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี.....	68
4.3 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน.....	80
4.4 ปัจจัยความสำเร็จ.....	82
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย.....	84
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	84
5.2 อภิปรายผลการวิจัย .....	86
5.3 ข้อเสนอแนะ .....	88
บรรณานุกรม.....	90
ภาคผนวก.....	96
ภาคผนวก ก แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม .....	97
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล.....	99

ภาคผนวก ค แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan).....	105
ภาคผนวก ง ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	112
ภาคผนวก จ เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย.....	127
ภาคผนวก ฉ หนังสือราชการ.....	129
ภาคผนวก ช ภาพกิจกรรม.....	136
ประวัติผู้เขียน.....	149



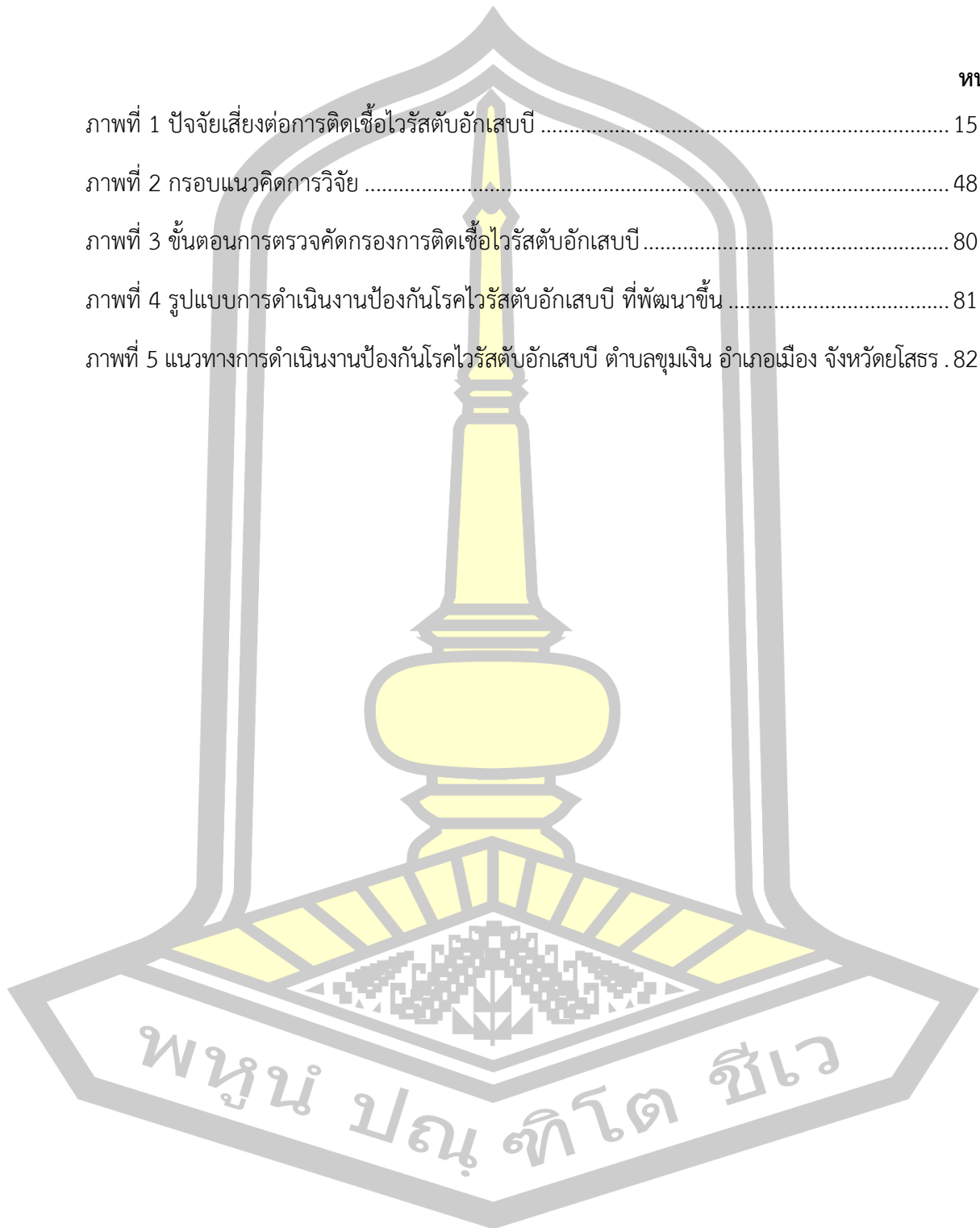
## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการทั้ง 3 ชนิด .....	34
ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง .....	63
ตารางที่ 3 ข้อมูลด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (แยกรายข้อความเสี่ยง) .....	65
ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในตำบลชุมเงิน .....	70
ตารางที่ 5 รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร 71	
ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบร้อยละความรู้โรคไวรัสตับอักเสบบี ก่อนและหลังการดำเนินงานพัฒนา ที่ ตอบถูก (n=71).....	74
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้โรคไวรัสตับอักเสบบี .....	76
ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคไวรัสตับอักเสบบี ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม พัฒนา (n=71) .....	76
ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา (n=71).....	77
ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา (n=71) .....	78



## สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี .....	15
ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	48
ภาพที่ 3 ขั้นตอนการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี .....	80
ภาพที่ 4 รูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ที่พัฒนาขึ้น .....	81
ภาพที่ 5 แนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร .	82



## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ภูมิหลังและความเป็นมา

โรคไวรัสตับอักเสบบี เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรโลก ซึ่งมีผลกระทบต่อทั้งตัวบุคคล สังคม และเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก สถานการณ์ปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบีในระดับโลกพบประชากรโลกมากกว่า 350 ล้านคน มีภาวะตับอักเสบบีเรื้อรังจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งนำไปสู่ภาวะตับแข็ง ตับวาย และมะเร็งตับได้ โดยในปี 2019 ประชากรทั่วโลก มีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี รายใหม่ประมาณ 1.5 ล้านคน (เฉลี่ย 1.1 – 2.6 ล้านคน) และมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ในปีนี้ประมาณ 820,000 คน (เฉลี่ย 450,000 – 950,000 คน) ต่อปี (WHO, 2021) โดยโรคไวรัสตับอักเสบบี มี 5 ชนิดประกอบด้วย ไวรัสตับอักเสบบี เอ บี ซี ดี และอี (ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบบีจากไวรัส, 2565) โดยโรคไวรัสตับอักเสบบีที่เป็นปัญหา ได้แก่ โรคไวรัสตับอักเสบบี เนื่องจากโรคไวรัสตับอักเสบบีเป็นโรคติดต่อร้ายแรง ซึ่งเมื่อเชื้ออยู่ในร่างกายจะอ่อนแอและมีอาการต่างๆ ได้แก่ เหนื่อยล้า เบื่ออาหาร ปวดท้อง คลื่นไส้ และดีซ่าน สำหรับหลายคนโรคไวรัสตับอักเสบบีเป็นอาการป่วยระยะสั้นๆ แต่ถ้าเชื้ออยู่ในร่างกายนานอาจทำให้เป็นผู้ติดเชื้อเรื้อรัง และทำให้กลายเป็นตับแข็งและมะเร็งตับในที่สุด นอกจากนี้ยังสามารถแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้ โดยการติดต่อของเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มี 3 ทาง คือ 1) จากแม่ไปสู่ลูก เป็นการติดเชื้อในเด็กแรกคลอดที่มีแม่เป็นผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังทารกที่ติดเชื้อจากมารดาตั้งแต่แรกเกิดมีโอกาสเกิดตับอักเสบบีเรื้อรังร้อยละ 90.00 (CDC, 2023) ซึ่งมากกว่าการติดเชื้อในเด็กโตและผู้ใหญ่ 2) ติดต่อกันทางเลือด เช่น การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การสัก/เจาะหู และ 3) ทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งพบมากในอาชีพพิเศษ และชายรักร่วมเพศ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) การติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกจึงเป็นการติดเชื้อที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพต่อผู้ติดเชื้อมาก

ประเทศไทยนับเป็นหนึ่งในประเทศที่มีการระบาดของโรคไวรัสตับอักเสบบี ในระดับที่สูง ประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง ประมาณ 2.2–3 ล้านคน มีความชุกประมาณร้อยละ 4–5 ของประชาชนที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ทำให้ปัจจุบันพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในประชากรที่อายุ 30 ปีขึ้นไปเป็นส่วนมาก ส่วนประชาชนที่เกิดหลัง พ.ศ. 2535 พบว่าปัญหานี้มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากได้มีการบรรจุวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนแก่เด็กแรกเกิดของประเทศ ทำให้พบอัตราความชุกที่ลดลงเหลือเพียงประมาณ ร้อยละ

0.60 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการป้องกันโดยการฉีดวัคซีนให้ทารกแรกเกิดส่งผลให้ปัญหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูกในประเทศไทยลดลงอย่างมาก แต่ปัญหาติดเชื้อเรื้อรังนั้นยังคงอยู่ โรคไวรัสตับอักเสบบีเป็นสาเหตุสำคัญของตับอักเสบบีเฉียบพลัน ตับอักเสบบีเรื้อรัง ตับแข็ง และมะเร็งในตับ สอดคล้องกับการศึกษาในปัจจุบันที่บ่งชี้ว่าการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดในการเกิดมะเร็งตับ ร้อยละ 10.00 ของผู้ป่วยตับอักเสบบีจะไม่หายขาด และร้อยละ 5-25 ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังจะเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคตับแข็งหรือมะเร็งตับ กลุ่มอายุที่พบความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมากที่สุด คือ กลุ่มที่เกิดก่อน พ.ศ.2535 (Leroi et al., 2016)

สถานการณ์โรคไวรัสตับอักเสบบี ในประเทศไทย ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ใน พ.ศ. 2562 สถานการณ์โรคไวรัสตับอักเสบบี พบผู้ป่วย 6,936 ราย เป็นเพศชาย 3,881 ราย และเพศหญิง 3,055 ราย ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 45-54 ปี รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 35-44 ปี พบในอาชีพรับจ้างมากที่สุด รองลงมา คือ เกษตรกรรม โดยภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงสุด คิดเป็น 15.80 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 10.32 ต่อประชากรแสนคน ภาคกลาง 8.73 ต่อประชากรแสนคน และภาคใต้ 7.93 ต่อประชากรแสนคน (กองระบาดวิทยา, 2563) สอดคล้องกับการศึกษาที่บ่งชี้ว่า พบอัตราความชุกของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในพ.ศ.2557 อยู่ที่ร้อยละ 0.10 โดยในอดีตการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกพบเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการแพร่กระจายโรคไวรัสตับอักเสบบี แต่ปัจจุบันพบว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบี สูงสุด ได้แก่ ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด ร้อยละ 8.50 รองลงมา คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 8.07 และชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 8.0 (Posuwan et al., 2016) สถานการณ์โรคไวรัสตับอักเสบบี 5 ปี ย้อนหลัง ของจังหวัดยโสธร มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2561 - 2565 จากระบบรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง. 506) พบผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี มีอัตราป่วย 13.17, 14.31, 18.17, 20.79 และ 30.18 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ

สถานการณ์โรคไวรัสตับอักเสบบี 5 ปี ย้อนหลัง ของตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ได้รับรายงานผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลยโสธร พบผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวนผู้ป่วย 2, 0, 0, 1 และ 1 คนตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร, 2565) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ของตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร มีผู้ป่วยจำนวนน้อย เนื่องจากผู้ที่ติดเชื้อส่วนใหญ่ไม่มีการใด ๆ ในช่วงแรก ๆ หรืออาจไม่แสดงอาการเลย บางรายอาจมีไข้ หรือปวดเมื่อยเนื้อตัวซึ่งทำให้เข้าใจผิดไปได้ว่าเป็นเพียงไข้หวัดธรรมดา (กรมควบคุมโรค, 2565) ทำให้ไม่ได้เข้ารับการรักษาตรวจคัดกรอง ซึ่งคาดว่าจะยังมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัวอีกเป็นจำนวนมากที่ยังไม่เข้าสู่ระบบรายงาน (กัญญาภัค

ศิลารักษ์ และถนอม นามวงศ์, 2560) ทั้งนี้ สาเหตุหลักของการเกิดโรคมาจากการที่มีพฤติกรรมเสี่ยง โดยกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เคยได้รับเลือดหรือปลูกถ่าย อวัยวะก่อนพ.ศ.2535 กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มพนักงานที่ให้บริการทางเพศทั้งชายและหญิง บุคลากรสาธารณสุขที่มีโอกาสสัมผัสสารคัดหลั่งผู้ป่วย ผู้ที่เคยสัก เจาะตามร่างกาย หรือผ่าตัด ด้วยแพทย์พื้นบ้าน และกลุ่มผู้ที่อาศัยอยู่รวมบ้านหรือผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบบีจากไวรัส, 2565)

การดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบีระดับโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ตระหนักดีว่าโรคไวรัสตับอักเสบบี เป็นปัญหาสาธารณสุขระหว่างประเทศที่สำคัญ ซึ่งที่ผ่านมาการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาในประเทศต่าง ๆ ไม่เข้มแข็ง จึงได้กำหนดกรอบยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีระหว่าง 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) ได้แก่ อะไรบ้าง (The “what”) ยุทธศาสตร์ที่ 3 ภาควิเคราะห์ที่เกี่ยวข้อง (Delivering for equity) มีภาควิเคราะห์การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องอย่างไรบ้าง (The “how”) ยุทธศาสตร์ที่ 4 การเงินเพื่อการดำเนินงานที่ยั่งยืน (Financing for sustainability) เป็นการจัดหาทุนหรืองบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานให้มีความยั่งยืน และยุทธศาสตร์ที่ 5 การเร่งรัดนวัตกรรม (Innovation for acceleration) เป็นการจัดหาทุนหรืองบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานให้มีความยั่งยืน (World Health Organization; WHO, 2016)

สำหรับการดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบีของประเทศไทย พบว่าเกือบสามสิบปี ที่ผ่านมาได้มีการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในลักษณะต่าง ๆ เพื่อการป้องกัน ควบคุม และลดความรุนแรงของปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี มีแนวทางและยุทธศาสตร์การดำเนินงานที่ชัดเจน ส่วนกรอบยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีของประเทศไทย ได้กำหนดแผน

ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2560-2564 ขึ้น ได้แก่ การเฝ้าระวังโรค การพัฒนาระบบข้อมูล การป้องกันควบคุมโรค การสื่อสารความเสี่ยง การค้นหาการดูแลผู้ป่วย การวิจัยเพื่อพัฒนาการป้องกันควบคุมโรค การบริหารและการจัดการทรัพยากร ปัจจุบันประเทศไทยได้กำหนดยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ พ.ศ. 2565 – 2573 เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบ ของประเทศ โดยใช้กระบวนการจัดทำที่เป็นความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบ ซึ่งมีกรอบและทิศทางสอดคล้องกับหลักสากล เน้นการบูรณาการและการทำงานร่วมกันอย่างยั่งยืนของหน่วยงาน โดยเน้นที่หลักการสำคัญ 2 ประการ คือ การยกระดับบริการ (Leverage) และการบูรณาการ (Integrate) โดยมีกรอบยุทธศาสตร์ ที่ครอบคลุม 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งรัดการจัดบริการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี รายใหม่ ยุทธศาสตร์ที่ 2 ส่งเสริมการเข้าถึง ความครอบคลุม และคุณภาพการดูแลรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี ยุทธศาสตร์ที่ 3 ลดความเหลื่อมล้ำและไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ระบบข้อมูลวิจัย และนวัตกรรม เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี และ ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาโครงสร้างและกลไกที่บูรณาการร่วมกันเป็นเจ้าของ และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ มีเป้าหมายเพื่อลดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 95.0 และลดอัตราการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 65.0 ภายใน พ.ศ. 2573 โดยเน้นการได้รับวัคซีนป้องกันในเด็กทารกแรกเกิดทุกคน มีความครอบคลุมร้อยละ 100.0 และให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึง การตรวจคัดกรอง ร้อยละ 90.0 (ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส, 2565)

ในส่วนการดำเนินงานในระดับพื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ด้านการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี มีกระบวนการการดำเนินงาน คือ การให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี แก่เด็กทุกคน ตามเกณฑ์มาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขที่ได้บรรจุวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีอยู่ในโปรแกรมสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพ.ศ. 2535 แต่ข้อมูลความครอบคลุมการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 1 ปีในพ.ศ. 2565 จังหวัดยโสธร พบเพียงร้อยละ 69.57 ส่วนในพื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร พบร้อยละ 92.31 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร, 2565) จะเห็นได้ว่าการได้รับวัคซีนยังไม่มีครอบคลุม (กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค, 2562) และการรณรงค์การให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวหมู่บ้านในการป้องกันและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ส่วนการดำเนินงานป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงยังไม่มีแผนงานโครงการหรือกิจกรรมดำเนินการที่ชัดเจน ทั้งในระดับพื้นที่ยังขาดระบบติดตามการรักษาหรือส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งขาดการส่งเสริมสุขภาพหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยและผู้สัมผัสใกล้ชิด นอกจากนี้การติดตามผู้ป่วยในระยะยาวเพื่อเฝ้าระวังภาวะตับแข็งหรือโรคมะเร็งตับ ก็ยังไม่มีกระบวนการการดำเนินงานที่ชัดเจน ในส่วนของผู้ปฏิบัติงานที่

เกี่ยวข้อง ยังไม่เข้าใจแนวทางการทำงานแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบีที่ตีพอ ทั้งแนวทางการตรวจคัดกรองโรค การดูแลรักษาผู้ป่วย การติดตาม และการดำเนินมาตรการควบคุมป้องกันโรค (กัญญาภัก ศิลารักษ์ และถนอม นามวงศ์, 2560; ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบบีจากเชื้อไวรัส, 2565) จากสถานการณ์โรคมะเร็งตับที่ยังเป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ซึ่งสะท้อนว่าประชาชนในชุมชนเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไวรัสตับอักเสบบี สอดคล้องกับการศึกษาในปัจจุบันที่บ่งชี้ว่าการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดในการเกิดมะเร็งตับ การดำเนินงานในพื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ด้านเฝ้าระวังและการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน รวมทั้งการดำเนินงานป้องกันและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในชุมชนยังไม่มีความต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม ขาดการบูรณาการดำเนินงานร่วมกันจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (กัญญาภัก ศิลารักษ์ และถนอม นามวงศ์, 2560)

จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนว่า โรคไวรัสตับอักเสบบี ยังเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุข ถึงแม้จะมีแนวทางและยุทธศาสตร์การดำเนินงานที่ประชาชนที่เกิดก่อนพ.ศ. 2535 มีโอกาสเสี่ยงมากกว่า เนื่องจากไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข และในพื้นที่ตำบลชุมเงินเองมีประชาชนที่เกิดก่อน พ.ศ.2535 จำนวนมากที่ยังไม่เคยตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และการดำเนินงานในระดับพื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ดังกล่าว ทั้งการดำเนินงานตรวจคัดกรองและการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งการดูแลรักษาที่ยังไม่มีระบบที่ชัดเจน ซึ่งผลกระทบที่สำคัญของโรคไวรัสตับอักเสบบี คือ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของมะเร็งในตับ การค้นหาผู้ติดเชื้อให้ได้ในระยะเริ่มแรก เพื่อส่งต่อเข้าสู่การรักษา จะช่วยป้องกันการกลายเป็นตับอักเสบริ้ร้ง และมะเร็งตับ นอกจากนี้ ยังจะช่วยป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ ประชาชนในชุมชนเป็นกลุ่มเสี่ยงหนึ่งที่สำคัญต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เพื่อชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในการดำเนินงานในกลุ่มที่อาจจะยังไม่ได้รับวัคซีน ตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือกลุ่มประชาชนที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ซึ่งเป็นที่มาของปัญหาการวิจัยครั้งนี้ จากเหตุผลดังกล่าวจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ในประชาชนตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ทั้งนี้ เพื่อให้ได้รูปแบบการดำเนินงานการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ในตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

## 1.2 คำถามการวิจัย

รูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ในประชาชนตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร เป็นอย่างไร

### 1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

#### 1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ในประชาชน ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

#### 1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ของประชาชนตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

1.3.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ของประชาชน ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

1.3.2.3 เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ของประชาชนตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

1.3.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ของประชาชน ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

### 1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ของประชาชนตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ได้กำหนดขอบเขตการวิจัย ดังนี้

#### 1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาบริบทปัญหา และพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ได้แก่ การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในพื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร โดยได้ประยุกต์ใช้แนวความคิดการป้องกันและควบคุมโรค (คำานวน อึ้งชูศักดิ์, 2557) ในการป้องกันปัจจัยสำคัญที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ 3 ด้าน ประกอบด้วย บุคคล ความรู้หรือการรับรู้ และพฤติกรรมเสี่ยง

#### 1.4.2 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1.4.3.1 กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการป้องกันโรค โรงพยาบาลยโสธร ,บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลรักษา โรงพยาบาลยโสธร, บุคลากรปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง จาก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองยโสธร, บุคลากรปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง

จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพื้นที่ตำบลชุมเงิน, บุคลากรปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง จาก องค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ตำบลชุมเงิน, ตัวแทนผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน), แกนนำ อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ตำบลชุมเงิน (ประธาน อาสาสมัครสาธารณสุข) และแกนนำผู้ติดเชื้อ (ผู้ที่รักษาหาย) รวมทั้งหมด 25 คน

1.4.3.2 ประชาชนที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ทุกคนในพื้นที่ตำบลชุมเงิน จำนวน 2,315 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร, 2565) ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า และได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Wayne W.D. (1995) ได้จำนวน 71 ตัวอย่าง

#### 1.4.3 ขอบเขตด้านพื้นที่

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในพื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร โดยคัดเลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection)

#### 1.4.4 ขอบเขตด้านเวลา

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567 – ตุลาคม พ.ศ. 2567

### 1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

**1.5.1 ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี** หมายถึง ผู้ที่มีผลการตรวจผลเลือดระบุว่าเป็นไวรัสตับอักเสบบี คือ Hepatitis B surface Antigen (HBsAg) ให้ผลบวก (Positive) ทั้งโรคไวรัสตับอักเสบบี ชนิดเฉียบพลัน (Acute Hepatitis B) และโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง (Chronic Hepatitis B) (สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย, 2561)

**1.5.2 โรคตับอักเสบบีเฉียบพลัน (Acute Hepatitis)** หมายถึง โรคตับอักเสบบีที่ติดเชื้อแบบเฉียบพลัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการในช่วง 2-3 สัปดาห์แรกหลังการรับเชื้อ และมีระยะเวลา น้อยกว่า 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 การป้องกันโรค (Prevention)** หมายถึง การดำเนินการ หรือทำกิจกรรมใด ๆ เพื่อระงับการเกิดโรคหรือติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี รวมถึงการป้องกันผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีไม่ให้กลายเป็นผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง หรือกลายเป็นโรคตับแข็งหรือมะเร็งในตับ

**1.5.5 การป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี** หมายถึง การดำเนินกิจกรรมป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มเสี่ยง ระดับที่ 1 การป้องกันก่อนเกิดโรค โดยการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยวาจา (Verbal screening) ระดับที่ 2 การป้องกันระยะที่เกิดโรค โดยการตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ด้วยการเจาะเลือดที่ปลายนิ้วโดยบุคลากรสาธารณสุข เพื่อค้นหาผู้ป่วย และระดับที่ 3 การป้องกันการเกิดความพิการและการไร้สมรรถภาพ มีการดำเนินกิจกรรมเพื่อป้องกันการกลายเป็นโรคตับอักเสบเรื้อรังหรือมะเร็งตับในกลุ่มผู้ติดเชื้อ โดยการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

**1.5.6 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี** หมายถึง การนำกระบวนการในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ที่สร้างหรือพัฒนาขึ้น โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียมาพัฒนาปรับปรุงเป็นองค์ความรู้ใหม่ เพื่อเป็นต้นแบบหรือแนวทางในการดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ การตรวจคัดกรองด้วยการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว การดูแลรักษาส่งต่อ การเข้าถึงวัคซีน และการสื่อสารความเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

**1.5.7 การคัดกรอง** หมายถึง การค้นหาความเป็นไปได้ในการเกิดโรคในบุคคลที่ยังไม่มีอาการแสดงของโรค ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่สร้างขึ้นมา และการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว เพื่อทดสอบหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg)

**1.5.8 กลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี** หมายถึง ผู้ที่มีพฤติกรรมกระทำที่อาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ชีวิตหรือทรัพย์สิน ได้แก่ ผู้ที่ใช้สารเสพติดด้วยวิธีการฉีดเข้าเส้น การได้รับเลือด ปลูกถ่ายอวัยวะ ก่อนปี 2535 ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักหรือคู่นอนหลายคนที่ไม่ได้รับการป้องกัน สักผิวหนัง เจาะหู เจาะตามร่างกายที่ไม่ใช่สถานพยาบาล ผู้ที่เคยฉีดยาหรือผ่าตัดด้วยแพทย์พื้นบ้าน และผู้ที่มีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ร่วมกับผู้อื่น เช่น แปรงสีฟัน มีดโกนหนวด กรรไกรตัดเล็บ แก้วน้ำ เป็นต้น

**1.5.9 ประชาชนที่เกิดก่อน พ.ศ.2535** หมายถึง ประชาชนในพื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ที่ยังไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี เนื่องจากประเทศไทยเริ่มให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีแก่ทารกแรกเกิดทุกคนทั่วประเทศ ตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุขใน พ.ศ.2535 (กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค, 2562)

## 1.6 ประโยชน์ที่จะได้รับ

1.6.1 ได้รูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ของตำบลชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

1.6.2 ประชาชนในชุมชนตำบลชุมชน ได้รับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี

1.6.3 ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้รับการส่งเสริมสุขภาพและเข้าสู่การรักษา



## บทที่ 2

### ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ในประชาชนตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ซึ่งมีขั้นตอนและแนวทางในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

- 2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี
- 2.2 แนวคิดการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี
- 2.3 มาตรการหรือนโยบายการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี
- 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ
- 2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
- 2.6 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)
- 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย

รายละเอียดแต่ละหัวข้อมีสาระดังต่อไปนี้

#### 2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี

##### 2.1.1 อาการของโรคไวรัสตับอักเสบบี

ผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มีอาการทางคลินิก มีตัวเหลือง ตาเหลือง และไม่มีประวัติได้รับยา หรือสารพิษที่เป็นสาเหตุของตับอักเสเฉียบพลัน ร่วมกับมีอาการอย่างน้อย 1 อาการ ดังนี้ ปัสสาวะสีเข้ม ไข้ อาการท้องอืด จุกแน่นบริเวณใต้ชายโครงขวา เบื่ออาหารมาก และอ่อนเพลียมาก (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

##### 2.1.2 ช่องทางการติดต่อ

โรคไวรัสตับอักเสบบี สามารถติดต่อได้ทางเลือด เช่น การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การสัก เจาะผิวหนังโดยใช้อุปกรณ์ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อ การมีเพศสัมพันธ์ทุกรูปแบบ และจากแม่ที่ติดเชื้อสู่ลูก การสัมผัสกับเลือดหรือสารคัดหลั่งต่าง ๆ ของผู้ติดเชื้อ นอกจากนี้ยังสามารถติดเชื้อโดยการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ เช่น อยู่ในครอบครัวเดียวกันเป็นต้น ซึ่งเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่อยู่ภายนอกร่างกายมนุษย์จะสามารถมีชีวิตอยู่ได้ถึง 7 วัน

### 2.1.3 ระยะฟักตัว

หลังจากได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เข้าสู่ร่างกายแล้ว จะใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 75 วัน ในการฟักตัว (ต่ำสุด 45 วัน สูงสุด 180 วัน) และจะสามารถตรวจพบเชื้อตั้งแต่วันที่ 60 ถึง 90 วัน หลังการติดเชื้อ

### 2.1.4 การวินิจฉัย

การวินิจฉัยว่าเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีโดยอาศัยเกณฑ์ทางคลินิก จะไม่สามารถแยกโรคไวรัสตับอักเสบบีออกจากไวรัสตับอักเสบบชนิดอื่นได้ ดังนั้น ผู้ป่วยที่ยืนยันได้ว่าเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี ต้องมีการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory Criteria) (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ได้แก่

1) การตรวจ Anti Hepatitis B core (HBc) IgM (Immunoglobulin M) และหรือ Anti Hepatitis B surface (HBs) IgM และหรือ Hepatitis B surface Antigen (HBs Ag) ให้ผลบวก (Positive) แปลว่า ผู้ป่วยกำลังมีเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

2) การตรวจ Anti-HBS (ภูมิกัมกันต่อ HBsAg) ให้ผลบวก แปลว่า ผู้ป่วยมีภูมิกัมกันต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ภูมิกัมกันจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยได้รับการฉีดวัคซีนหรือเคยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและหายจากโรคแล้ว ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีภูมิกัมกันจึงไม่แพร่เชื้อให้ผู้อื่น และไม่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีอีก

การตรวจหาไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง โดยการตรวจระดับเอนไซม์ของตับ (AST/ALT) โดยในผู้ป่วยที่เป็นตับอักเสบบีเรื้อรัง จะตรวจเลือด 1-2 ครั้ง ในเวลาห่างกัน 1-2 เดือน โดยตรวจในช่วง 6 เดือนหลังจากวินิจฉัยว่าเป็นไวรัสตับอักเสบบีแบบเฉียบพลัน หากพบว่าร่างกายไม่สามารถกำจัดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และไม่สามารถสร้างภูมิกัมกันได้ จึงจะวินิจฉัยว่าเป็น โรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

### 2.1.5 ประเภทการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

นิยามและคำย่อ (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) มีดังนี้

HBsAg หมายถึง การตรวจที่บ่งชี้การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Current infection)

HBeAg หมายถึง การตรวจที่บ่งชี้ความสามารถในการแบ่งตัวของไวรัสตับอักเสบบี (Viral replication)

Anti HBc หมายถึง การตรวจที่บ่งชี้เป็นภูมิกัมกันที่เกิดจากการตอบสนองของร่างกายต่อไวรัสตับอักเสบบี บ่งบอกถึงการเคยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือมีภูมิกัมกันจากการรับเชื้อ (Immune after infection)

Anti HBc-IgM หมายถึง การตรวจที่บ่งชี้พบในตับอักเสบบีเฉียบพลัน

Anti HBe-IgG หมายถึง การตรวจที่บ่งชี้พบได้ทั้งในระดับอวัยวะสืบพันธุ์, เรื้อรัง หรือแม้แต่ผู้ที่ตรวจไม่พบเชื้อแล้ว

Anti HBe หมายถึง การตรวจที่จะพบหลังจากตรวจไม่พบ HBeAg ในเลือดแล้ว

Anti HBs หมายถึง การตรวจที่จะพบหลังจากตรวจไม่พบ HBsAg ในเลือดแล้ว หรือ เป็นภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากการได้รับวัคซีน (Immune after vaccination) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) มีดังนี้

- 1) การตรวจระดับเอนไซม์ ทรานสมิเนส (transaminase) เช่น alanine aminotransferase (ALT), aspartate amino transferase (AST) ในเลือดจะสูงกว่าปกติ 5-100 เท่า
- 2) การตรวจทางซีโรโลยี (serological markers) โดยวิธีอิลซ่า (Enzyme Linked Immuno Sorbance Assay, ELISA) ใช้ตรวจหา HBsAg, HBeAg, Anti-HBs, Anti-HBe และ Anti-HBc
- 3) ตรวจหาส่วนของพันธุกรรม (DNA) โดยใช้เทคนิคพีซีอาร์ (Polymerase chain reaction, PCR) หรือ เรียลไทม์พีซีอาร์ (Real time PCR)

#### 2.1.6 ประเภทของโรคไวรัสตับอักเสบบี

โรคไวรัสตับอักเสบบี มีอยู่ 2 ชนิด ได้แก่

- 1) โรคไวรัสตับอักเสบบีเฉียบพลัน (Acute hepatitis) หมายถึง โรคตับอักเสบบีที่เป็นไม่นานก็หาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการ 2-3 สัปดาห์โดยมากไม่เกิน 6 เดือน โดยผู้ป่วยที่ติดเชื้อชนิดเฉียบพลัน ประมาณร้อยละ 5 จะกลายเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง
- 2) โรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง (Chronic hepatitis) หมายถึง โรคไวรัสตับอักเสบบีที่เป็นนานกว่า 6 เดือนซึ่งผู้ที่เป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคตับแข็ง และมะเร็งในตับ แบ่งได้เป็น

2.1) พาหะ (Carrier) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในร่างกาย ผู้ป่วยจะไม่มีอาการ แต่ยังสามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้

2.2) ตับอักเสบบีเรื้อรัง (Chronic hepatitis) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในร่างกาย และตรวจเลือดพบค่าการทำงานของตับผิดปกติ (ศิรินาถ ศิริเลิศ และพรณี ศิริวรรณานา, 2013)

#### 2.1.7 การป้องกัน

- 1) การป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี มีวัคซีนสำหรับป้องกันโรค ซึ่งจะทำการฉีด 3 เข็ม ในเด็กแรกเกิด, อายุ 4 เดือน และ 6 เดือน แต่ในปัจจุบันกรมควบคุมโรคปรับโปรแกรมการให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี คือ ตอนแรกเกิด, 2 เดือน, 4 เดือน และ 6 เดือน ซึ่งประเทศไทยเริ่มบรรจุวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีในโปรแกรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเมื่อปี พ.ศ. 2535 หลังจากนั้น

ความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบีในประเทศไทยเริ่มมีแนวโน้มลดลง แต่ทั้งนี้ คนที่เกิดก่อน ปี พ.ศ. 2535 หรืออายุประมาณ 30 ปีขึ้นไป จะไม่ได้รับวัคซีนดังกล่าว ซึ่งยังพบความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบีอยู่ในระดับสูง สำหรับการฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มประชากรทั่วไป (General population) ไม่อยู่ในสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งผู้ที่ต้องการฉีดวัคซีนดังกล่าวต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

2) การป้องกันโดยการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น มีคู่นอนคนเดียว สวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนอื่น งดใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น ไม่ใช้มือเปล่าสัมผัสแผลหรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วยหรือบุคคลอื่น ไม่ใช้เข็มหรืออุปกรณ์จากการสักเจาะผิวหนังร่วมกับผู้อื่น เป็นต้น

### 2.1.8 การรักษา

1) การรักษาผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันแพทย์จะทำการรักษาตามอาการเท่านั้น ผู้ป่วยประมาณ ร้อยละ 95 สามารถสร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อและหายจากโรคได้เอง

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

### 2.1.9 การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี

ถ้าหากพบว่าตัวเองติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ควรขอคำแนะนำจากแพทย์ในการดูแลตนเอง รวมทั้งแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองไม่ให้เชื้อแพร่กระจายไปสู่คนใกล้ชิด โดยทำได้ (สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย, 2558) ดังนี้

1) หากติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบี ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถหายได้เอง ดังนั้น จึงไม่ต้องกังวล

2) รับประทานยาตามแพทย์สั่ง รวมทั้ง ควรปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรก่อนรับประทานยาใดๆ รวมทั้ง ยาสมุนไพรต่าง ๆ เพราะยาบางชนิดมีผลข้างเคียงต่อดับ

3) ไปพบแพทย์ตามนัดหรือเข้ารับการตรวจเลือดสม่ำเสมอ เพราะผลการตรวจเลือดจะทำให้รู้อาการหรือการดำเนินของโรค หรือการทำงานของตับ

4) บอกให้คนใกล้ชิดได้รู้ว่าคุณมีเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเพื่อให้ระวังตัว พร้อมทั้งแนะนำให้คนใกล้ชิดไปพบแพทย์ หรือไปตรวจเลือด รวมทั้งการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

5) สวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง

6) ห้ามบริจาคเลือด

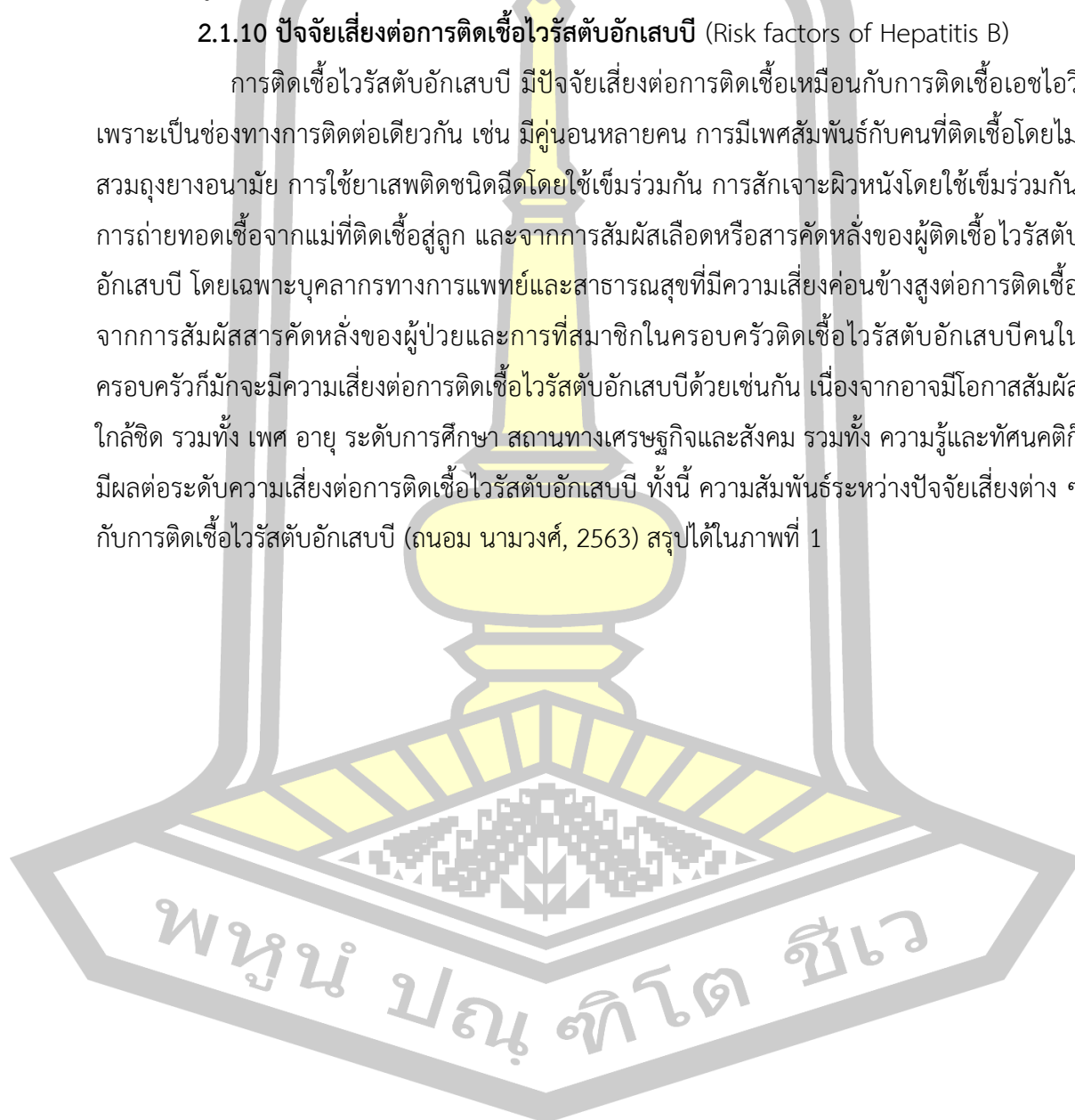
7) งดเว้นการดื่มสุรา และเครื่องดื่มหรือของที่มีแอลกอฮอล์

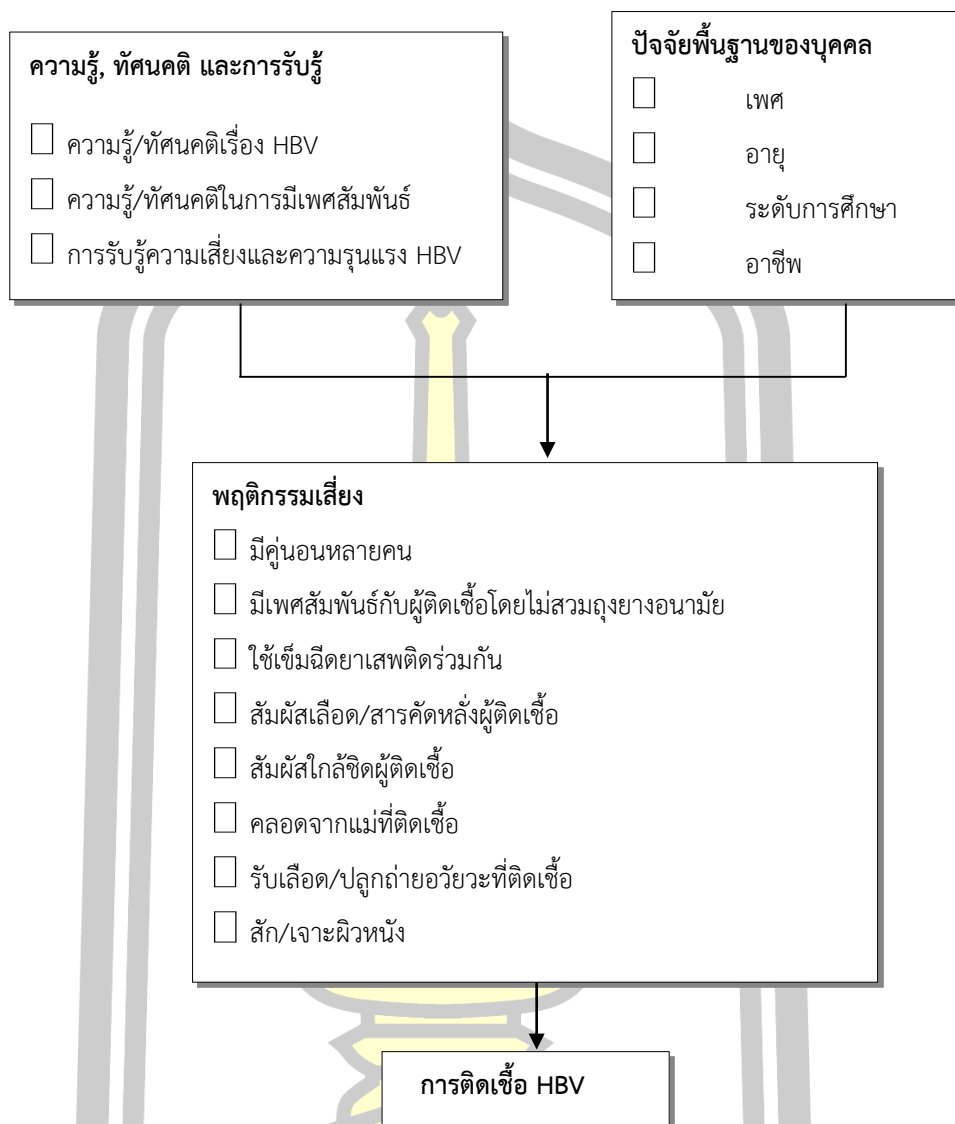
### 8) ออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอ และผ่อนคลายความเครียด

สรุปได้ว่า โรคไวรัสตับอักเสบบี เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี สามารถติดต่อทางเลือด และสารคัดหลั่ง โดยรับเชื้อได้โดยการมีเพศสัมพันธ์กับคนอื่นโดยไม่สวมถุงยางอนามัย การติดเชื้อจากแม่สู่ลูก นอกจากนี้ยังสามารถติดเชื้อโดยการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ และการป้องกันการติดเชื้อทำได้ด้วยการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงและการรับวัคซีนป้องกันตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

#### 2.1.10 ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Risk factors of Hepatitis B)

การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเหมือนกับการติดเชื้อเอชไอวี เพราะเป็นช่องทางการติดต่อเดียวกัน เช่น มีคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์กับคนที่ติดเชื้อโดยไม่สวมถุงยางอนามัย การใช้ยาเสพติดชนิดฉีดโดยใช้เข็มร่วมกัน การสักเจาะผิวหนังโดยใช้เข็มร่วมกัน การถ่ายทอดเชื้อจากแม่ที่ติดเชื้อสู่ลูก และจากการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความเสี่ยงค่อนข้างสูงต่อการติดเชื้อจากการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วยและการที่สมาชิกในครอบครัวติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีคนในครอบครัวก็มักจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีด้วยเช่นกัน เนื่องจากอาจมีโอกาสสัมผัสใกล้ชิด รวมทั้ง เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้ง ความรู้และทัศนคติก็มีผลต่อระดับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ทั้งนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ กับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (ถนอม นามวงศ์, 2563) สรุปได้ในภาพที่ 1





ภาพที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

ที่มา : ถนอม นามวงศ์ (2563)

สรุปได้ว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มาจากปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลที่ขาดความรู้ จนนำไปสู่การมีพฤติกรรมต่างๆ ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และนำไปสู่การติดเชื้อในที่สุด

### 2.1.11 ผลกระทบของโรคไวรัสตับอักเสบบี (Effective of Hepatitis B)

คาดประมาณว่าคนไทยในกลุ่มประชากรทั่วไปจะมีความชุกต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีอยู่ร้อยละ 5 (Leroi et al., 2016) ซึ่งน่าจะมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีอยู่ในประเทศไทยประมาณ 3.5 ล้านคน ถึงแม้ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีส่วนใหญ่มีอาการจะไม่รุนแรงและหายเองได้

ภายในระยะเวลาอันสั้น แต่พบว่าผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีประมาณร้อยละ 5-7 จะไม่หายขาดและกลายเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง (Chronic HBV) หรือประมาณ 2 แสนคน ในจำนวนนี้จะมีอย่างน้อยประมาณ ร้อยละ 25 กลายเป็นโรคตับแข็งและมะเร็งในตับ (Leroi et al., 2016) ส่วนการศึกษาวิจัยในประเทศไทยพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งในตับตรวจพบเชื้อไวรัสตับอักเสบบีถึงร้อยละ 48.70 หรือคาดว่าจะมีผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังที่กลายไปเป็นโรคตับแข็ง หรือมะเร็งตับเป็นจำนวน 50,000 – 200,000 คน และในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งตับหรือโรคตับแข็งที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจะมีโอกาสเสียชีวิตไวกว่าในกลุ่มที่ไม่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

สรุปได้ว่า ผลกระทบของโรคไวรัสตับอักเสบบี มีผลร้ายแรงต่อสุขภาพหากไม่มีการป้องกัน เพราะจะทำให้เกิดภาวะตับอักเสบบีเรื้อรัง ตับแข็ง และมะเร็งตับในที่สุด

## 2.2 แนวคิดการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี

### 2.2.1 การป้องกันโรค (Prevention)

การป้องกันโรค หมายถึง การดำเนินการหรือทำกิจกรรมใด ๆ เพื่อป้องกันหรือระงับการเกิดโรค เป็นการดำเนินการก่อนที่จะมีโรคหรือเหตุการณ์เกิดขึ้น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค รวมถึงการป้องกันผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วย ไม่ให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต ทั้งนี้ สามารถแบ่งการควบคุมและป้องกันโรคออกได้เป็น 3 ระดับ (คำานวน อึ้งชูศักดิ์, 2557) ได้แก่ ระดับที่ 1 การป้องกันโรคล่วงหน้า (Primary Prevention) ระดับที่ 2 การป้องกันในระยะมีโรคเกิด (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

3.1.1) การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปในการป้องกันโรค 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 วัณโรค ไรส์ตับอักเสบบี โรคโปลิโอ และวัณโรค และการให้ภูมิคุ้มกันโรคขั้นเสริม ซึ่งได้แก่ กลุ่มชนอายุต่าง ๆ ตามความจำเป็นและโอกาสที่ต้องเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น การให้ภูมิคุ้มกันโรคอหิวาต์ ไข้ไทฟอยด์ ไข้สมองอักเสบ ไข้หัด เป็นต้น

1.4) กิจกรรมที่ส่งเสริมในด้านการเลี้ยงดูเด็กที่ถูกต้อง การสนใจ การสังเกตถึงการเจริญเติบโตของเด็กทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งนี้ เพื่อให้เด็กได้เจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ

1.5) การจัดที่อยู่อาศัยที่ถูกสุขลักษณะ การจัดหาสถานที่พักผ่อนหย่อนใจในชุมชนได้เพียงพอ การจัดสถานที่เล่นกีฬา สนามเด็กเล่น รวมทั้งสถานที่สำหรับประกอบอาชีพที่ปลอดภัยและเหมาะสม

1.6) การจัดหรือปรับปรุงการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การจัดการน้ำสะอาด การกำจัดของเสียและสิ่งปฏิกูล การสุขาภิบาลอาหาร เครื่องดื่ม นม การกำจัดหรือควบคุมมลพิษ การกำจัดหรือควบคุมสัตว์และแมลงนำโรค และการควบคุมสิ่งที่ก่อให้เกิดความรำคาญต่าง ๆ

1.7) การจัดบริการให้ความปลอดภัยในด้านการป้องกันอุบัติเหตุภัยจากการประกอบอาชีพ การจราจร การเดินทางท่องเที่ยว ฯลฯ

1.8) การจัดให้มีบริการด้านการตรวจสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะสำหรับเด็กเล็ก หรือเด็กนักเรียนซึ่งกำลังเจริญเติบโต เพื่อให้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ

1.9) การจัดให้มีบริการด้านให้คำปรึกษา และแนะนำเกี่ยวกับเพศศึกษา การสมรส การส่งเสริมสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับพันธุกรรม การป้องกันโรค และการโภชนาการ

2) การป้องกันในระยยะมีโรคเกิด คือ การป้องกันโรคล่วงหน้าระดับที่ 2 ในกรณีที่มีการดำเนินงานระดับที่ 1 ยังไม่ได้ผลทำให้มีโรคเกิดขึ้น ดังนั้น จุดมุ่งหมายที่สำคัญของการป้องกันโรคในระยยะมีโรคเกิด คือการระงับกระบวนการดำเนินของโรค การป้องกันการแพร่เชื้อและระบาดของโรคไปยังบุคคลอื่นในชุมชน และการลดการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในชุมชนให้น้อยลงและหายไปให้เร็วที่สุด ซึ่งกิจกรรมการป้องกันระยยะมีโรคเกิด มีดังนี้

2.1) การค้นหาผู้ป่วยให้ได้ในระยยะเริ่มแรก นับว่าเป็นการป้องกันและควบคุมโรคที่ดีและมีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยเฉพาะในกรณีโรคที่เกิดขึ้นเป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรงและสามารถแพร่โรคไปยังบุคคลอื่น ๆ ในชุมชนได้ง่ายและรวดเร็ว เช่น ไข้ทรพิษ ไข้หัดใหญ่ อหิวาตกโรค ไข้หัด

โรคคอติบ ไข้ไขสันหลังอักเสบ (โปลิโอ) และไข้รากสาดน้อย เป็นต้น การที่สามารถค้นหาผู้ป่วยโรคเหล่านี้ได้ในระยะเริ่มแรกที่มีอาการและโรคยังไม่แพร่กระจายไปยังบุคคลอื่น ทำให้สามารถระงับกระบวนการดำเนินของโรคได้ เพื่อให้การรักษาได้ถูกต้อง และสามารถป้องกันมิให้โรคติดต่อไปยังผู้อื่น รวมทั้งสามารถป้องกันโรคแทรกซ้อนและผลเสียที่อาจเกิดตามมา เป็นผลให้เกิดการไร้สมรรถภาพและความพิการลดน้อยลงได้

2.2) การวินิจฉัยโรคและให้การรักษาได้ทันที โรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นหากได้รับการวินิจฉัยได้ถูกต้องและรวดเร็ว จะสามารถช่วยให้การรักษาโรคถูกต้องและมีประสิทธิภาพ มีผลให้ความเจ็บป่วยหายได้รวดเร็ว และสามารถป้องกันผลเสียและโรคแทรกซ้อนที่เกิดตามมาได้เป็นอย่างดี และการรักษายังมีผลในด้านการกำจัดแหล่งแพร่โรคหรือบ่อเกิดโรค ซึ่งอยู่ในตัวผู้ป่วยได้ด้วย

2.3) การป้องกันการแพร่เชื้อ มีความจำเป็นมากสำหรับโรคติดต่อแพร่กระจายไปสู่บุคคลอื่นในชุมชน 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 วัคซีนป้องกันโรคคอติบในระยะที่เกิดการระบาดของโรคขึ้น ควบคู่ไปกับการให้สุขศึกษาแก่ชุมชน เมื่อมีโรคเกิดขึ้นในชุมชน โดยเฉพาะในด้านการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันมิให้เกิดโรคขึ้น การระมัดระวังในเรื่องอาหารและน้ำ การระมัดระวังและหลีกเลี่ยงจากการติดต่อหรือสัมผัสกับผู้ป่วย 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) มีการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขกระจายอย่างทั่วถึงและมากพอที่ประชาชนจะมาใช้บริการได้สะดวก
- 3.3) ประชาชนมีความเข้าใจ และรู้จักใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีอยู่ให้ถูกต้อง
- 3.4) มีการศึกษาวิจัยและค้นคว้าถึงวิธีการใหม่ ๆ ที่ใช้รักษาโรคให้หายโดยรวดเร็วและรักษาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ เป็นการลดความพิการและการไร้สมรรถภาพที่อาจเกิดตามมาให้น้อยลง

สรุปได้ว่า การป้องกันการเกิดโรคที่สำคัญที่สุด คือ การป้องกันการเกิดโรคในระดับที่ 1 และจากการป้องกันโรคทั้งสามระดับที่กล่าวมาแล้ว จะดำเนินไปได้ด้วยดีและมีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยความร่วมมือ และการสนับสนุนจากบุคคล ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนด้านนโยบาย การสนับสนุนด้านการบริหาร การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์และทรัพยากร รวมทั้งการสนับสนุนของสังคมด้วย จึงจะทำให้การควบคุมและป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีให้ประสบความสำเร็จ

## 2.2.2 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 และสุดท้ายได้แก่ การสร้างภูมิคุ้มกัน เพื่อให้สัตว์สามารถต้านทานต่อการติดเชื้อได้ด้วยตนเอง แม้ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการสัมผัสเชื้อก่อโรคได้ เช่น การใช้วัคซีน เป็นต้น (ค่านวน อึ้งชูศักดิ์, 2557) อย่างไรก็ตาม จากความหมายของการป้องกันโรคในข้างต้น มีความหมายครอบคลุมถึงการควบคุมโรคด้วย เพราะการป้องกันในระดับที่ 2 และระดับที่ 3 ความหมายรวมถึงการดำเนินการเมื่อมีโรคเกิดขึ้นแล้ว

## 2) องค์สามทางระบาดวิทยา (Epidemiologic Triad)

การป้องกันและควบคุมโรคต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรค (Natural history of disease) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบหลักที่มีอิทธิพลเกี่ยวข้องกับการเกิดและการกระจายของโรคในชุมชน หรือองค์สามทางระบาดวิทยา (Epidemiologic Triad) (คำานวน อึ้งชูศักดิ์, 2557) ประกอบด้วย

2.1) มนุษย์ (Host) เช่น อายุ เพศ กรรมพันธุ์ ความรู้ ทักษะสติ สถานสุขภาพ ภาวะโภชนาการ พฤติกรรม เป็นต้น

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

2.3) สิ่งแวดล้อม (Environment) เช่น สภาพอากาศ มลภาวะ อาหาร ที่อยู่ อาศัย อาชีพ สถานการณ์ที่ทำให้เกิดการระบาด

ทั้งนี้ การเกิดโรคหรือการระบาดที่เกิดขึ้น เกิดจากความไม่สมดุลของปัจจัยทั้งสาม ซึ่งมีโอกาสเกิดขึ้นได้ในสถานการณ์ต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- เชื้อโรค (Agent) เพิ่มจำนวนความรุนแรงในการก่อโรค มากขึ้น
- การมี Agent เข้าไปในพื้นที่ที่ไม่เคยมีมาก่อน
- การมีการถ่ายทอดโรค (Transmission) เพิ่มมากขึ้น
- การเปลี่ยนแปลงความไวรับต่อการเกิดโรคมกขึ้น (susceptibility)
- มีปัจจัยอื่นที่ทำให้เกิดการสัมผัสเชื้อโรค (Agent) เพิ่มมากขึ้น

## 3) ธรรมชาติของการเกิดโรคและหลักการควบคุมป้องกันโรค

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

3.1) ระยะมีภูมิไวรับ (Stage of susceptibility) คือ โรคยังไม่เกิดขึ้น แต่มีปัจจัยหรือองค์ประกอบต่าง ๆ ที่ส่งเสริมต่อการเกิดโรค หรือ เป็นสาเหตุที่จะทำให้เกิดโรค โดยบุคคลนั้นอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการเกิดโรคหรือสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยง หลักการป้องกันโรคเป็นการป้องกันโรคปฐมภูมิ คือ ป้องกันก่อนการเกิดโรค เช่น การส่งเสริมสุขภาพ ให้สูขศึกษา วัคซีน การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เป็นต้น

3.2) ระยะไม่มีอาการ (Stage of preclinical disease) คือ มีการสัมผัสสาเหตุของการเกิดโรคแต่ยังไม่มีอาการ หลักการป้องกันโรคเป็นการป้องกันโรคทุติยภูมิ คือ ป้องกันเมื่อเกิดโรคแล้ว เช่น การเฝ้าระวังการตรวจคัดกรอง หรือการตรวจวินิจฉัยเพื่อให้สามารถตรวจจับการเกิด

โรคให้ได้อย่างรวดเร็ว (Early detection) และกระบวนการสอบสวนและควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น

3.3) ระยะป่วยมีอาการ (Stage of clinical disease) คือ มีการสัมผัสสาเหตุของการเกิดโรค และเกิดการเปลี่ยนแปลงของส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย หลักการป้องกันโรคคือการป้องกันโรคติดเชื้อ เป็น การป้องกันเมื่อเกิดโรคแล้ว เช่น การตรวจวินิจฉัยตามกระบวนการตรวจปกติ เพื่อให้สามารถตรวจจับโรคได้ และกระบวนการรักษาที่ได้มาตรฐาน

3.4) ระยะหาย เรื้อรัง หรือพิการ (Stage of disability) หลังการเกิดโรคอาจมีความพิการมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและการรักษา หลักการป้องกันโรคเป็นการป้องกันโรคติดเชื้อ คือ การป้องกันเมื่อเกิดโรคแล้ว เช่น การตรวจวินิจฉัยตามกระบวนการตรวจปกติ กระบวนการรักษาที่ได้มาตรฐาน การฟื้นฟูสุขภาพ

สรุปได้ว่า การควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี หมายถึง การดำเนินการ หรือทำกิจกรรมใดๆ เพื่อจัดการ จำกัด หรือการแก้ไขปัญหาระบาดของโรคไวรัสตับอักเสบบี ไม่ให้ขยายไปในวงกว้าง หรือเพิ่มจำนวน รวมทั้งเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีกลายเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง จนกลายเป็นโรคตับแข็ง หรือมะเร็งในตับ ควบคุมการทำลายแหล่งของเชื้อโรคโดยการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เพื่อลดแหล่งของเชื้อโรคในพื้นที่

## 2.3 มาตรการหรือนโยบายการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี

### 2.3.1 ยุทธศาสตร์การดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดของโรคไวรัสตับอักเสบบีขององค์การอนามัยโลก

องค์การอนามัยโลก (WHO) ตระหนักดีว่าโรคไวรัสตับอักเสบบี เป็นปัญหาสาธารณสุขระหว่างประเทศที่สำคัญ ซึ่งได้มีการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาย่างจริงจังในช่วงที่ผ่านมา ดังนั้น จึงได้กำหนดกรอบยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีขึ้น เป็นกรอบยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานระหว่างปี พ.ศ. 2559-2564 (Framework for the global health sector strategy on viral hepatitis, 2016-2021) เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานไว้ ดังนี้ (WHO, 2016)

1) วิสัยทัศน์ คือ ยุติการแพร่ระบาดของไวรัสตับอักเสบบีทั่วโลก และผู้ที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบีทุกคนมีการเข้าถึงการดูแลรักษาที่ปลอดภัย ราคาไม่แพง และมีประสิทธิภาพ

2) เป้าหมาย คือ สามารถกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบีซึ่งเป็นภัยคุกคามสำคัญต่อสุขภาพด้านสาธารณสุข ให้หมดไป 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) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal health coverage)
- 2) การบริการที่ต่อเนื่อง (Continuum of services)
- 3) แนวทางด้านสาธารณสุข (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 ภาควิเคราะห์ที่เกี่ยวของ (Delivering for equity) มีภาควิเคราะห์การดำเนินงานที่เกี่ยวของอย่างไรบ้าง (The “how”)
- ยุทธศาสตร์ที่ 4 การเงินเพื่อการดำเนินงานที่ยั่งยืน (Financing for sustainability) เป็นการจัดหาทุนหรืองบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานให้มีความยั่งยืน
- ยุทธศาสตร์ที่ 5 การเร่งรัดนวัตกรรม (Innovation for acceleration) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ

### 2.3.2 ยุทธศาสตร์การดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบของประเทศไทย

กรมควบคุมโรค ได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี พ.ศ. 2560-2564 (กรมควบคุมโรค, 2560) ซึ่งจะทำให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบบีมีความชัดเจนยิ่งขึ้น โดยกรอบยุทธศาสตร์มีอยู่ 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

#### 1) การเฝ้าระวังโรคและระบบข้อมูล

โรคไวรัสตับอักเสบบีจัดอยู่ในกลุ่มโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และถูกกำหนดให้มีการรายงานในระบบการเฝ้าระวังโรค ตั้งแต่ปี 2523 จึงได้รับการเฝ้าระวังต่อเนื่องมา เป็นระยะเวลาานานแต่ข้อมูลในระบบนี้ยังไม่สามารถสะท้อนสภาพปัญหาและการะโรคในภาพรวมได้ถูกต้อง ชัดเจน เพราะมีข้อจำกัดในระบบการรายงานโรค ศักยภาพการวินิจฉัยและยืนยันชนิดของโรคไวรัสตับอักเสบบี ในสถานบริการสาธารณสุข และขาดความครอบคลุมของการรายงานโรคจากสถานบริการในภาคเอกชน รวมถึงระบบข้อมูลทางสุขภาพที่ยังไม่เป็นเอกภาพระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพของภาครัฐ เอกชน และมหาวิทยาลัย

## 2) การป้องกันควบคุมโรคและการสื่อสารความเสี่ยง

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบหลายวิธี เช่น การตรวจ คัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ในหญิงมีครรภ์ การให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี แก่เด็กทุกคน มีมาตรฐาน ความปลอดภัยของเปลี่ยนถ่ายโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต มีแนวทาง ป้องกันการติดเชื้อที่เกิดขึ้น จากการให้บริการทางสาธารณสุข มีการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ชนิดฉีดเข้าเส้น และระบบสุขภาพ ได้รับความพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

## 3) การค้นหาและดูแลผู้ป่วย

ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังจำนวนมากที่ไม่ทราบสถานะการติดเชื้อของตน เนื่องจาก ไม่สามารถเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองและการรักษา ผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้จึงเสี่ยงต่อการเป็นโรค ตับแข็ง และมะเร็งตับ ในอนาคต ถึงแม้ผู้ติดเชื้อบางส่วนจะได้รับการตรวจจนทราบสถานะการติดเชื้อ ของตน แต่ก็อาจไม่ได้รับการ รักษาทั้งที่ยาที่ใช้ในการรักษาได้รับการบรรจุเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ และเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ ด้านการรักษาอยู่แล้ว ปัญหาสำคัญ คือ การขาดความเชื่อมโยง ระหว่างการตรวจ และการรักษา และข้อบ่งชี้ยา ที่กำหนดไว้ตามบัญชียาหลักแห่งชาติมีความจำเพาะ สูง ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจเพิ่มเติม ที่ซับซ้อน และต้องมีผู้เชี่ยวชาญในการประเมินผู้ป่วยก่อน รับการรักษา แต่ผู้เชี่ยวชาญยังคงมีจำนวนไม่เพียงพอ กับจำนวนผู้ป่วยในปัจจุบัน นอกจากนี้ ถึงแม้ยา ที่จำเป็นบางชนิดจะอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติและอยู่ใน ชุดสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาแล้ว แต่ยา ชนิดใหม่ ๆ ที่มีประสิทธิภาพดีและผลข้างเคียงต่ำกว่ายาเดิมยังคง มีราคาแพง ผู้ป่วยจึงยังไม่สามารถ เข้าถึงยาดังกล่าวได้

## 4) การวิจัยเพื่อพัฒนาการป้องกันควบคุมโรค

ในปัจจุบันมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบบีอยู่มากโดยเฉพาะในภาค มหาวิทยาลัย อย่างไรก็ตาม มีความเป็นไปได้ที่จะนำผลการศึกษามาใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนา นโยบาย ยุทธศาสตร์ และแนวทาง ปฏิบัติ ในการดำเนินงานป้องกัน ควบคุม และแก้ไขปัญหาโรค ไวรัสตับอักเสบบี รวมทั้งการพัฒนาเครื่องมือใน การวินิจฉัย ค้นหา รักษา และป้องกันโรค จึงต้องมีการ พัฒนาระบบจัดการความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี รวมถึงการวิจัยพัฒนา ซึ่งครอบคลุม กระบวนการอย่างครบวงจร ตั้งแต่การกำหนดกรอบและหัวข้อการวิจัย การพัฒนาเครือข่ายผู้วิจัย การประสานสนับสนุนให้ผู้วิจัยได้รับการจัดสรรทุนวิจัยอย่างเหมาะสมและการส่งเสริม การใช้ ประโยชน์ของผลการวิจัย เพื่อให้บังเกิดผลในทางปฏิบัติอย่างแท้จริง

## 5) การบริหารและจัดการทรัพยากร

แม้ว่าโรคไวรัสตับอักเสบบีเป็นปัญหาสุขภาพ ที่เป็นที่รับรู้อย่างกว้างขวางและมีการดำเนินงาน ทั้งด้าน การเฝ้าระวัง การป้องกันควบคุม และการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องมาเป็น เวลานาน แต่ยังคงขาดการจัดการ ปัญหาที่เป็นระบบและการบูรณาการอย่างเพียงพอ เช่น ขาดกรอบ

ทางนโยบายและยุทธศาสตร์ของประเทศ ที่จะให้ทิศทางและกรอบการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ บุคลากรผู้รับผิดชอบงานในระดับต่าง ๆ มีจำนวนจำกัด ไม่สามารถขยายบริการแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล บุคลากรหลายส่วน ยังมีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอ งบประมาณและทรัพยากรที่จำเป็นมีการกระจายไม่สอดคล้องกับ สภาพปัญหาการดำเนินงานในแต่ละภาคส่วนยังขาดการประสานเชื่อมโยงส่งผลให้การขับเคลื่อนงานดำเนิน ไปอย่างจำกัด ไม่เพียงพอที่จะรองรับสถานการณ์ของปัญหา ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาการบริหารจัดการระบบและทรัพยากร เพื่อยกระดับการป้องกันควบคุมและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบ

โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เน้นการให้วัคซีนแก่เด็กทารกแรกเกิดมีความครอบคลุมไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และให้ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง สามารถเข้าถึงการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างน้อย ร้อยละ 50 ภายในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งมาตรการตรวจคัดกรองและส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเข้าสู่การรักษาและการส่งเสริมวัยผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 21 ขึ้นไป ที่ไม่มีภูมิคุ้มกันให้ได้รับวัคซีนมีความคุ้มค่าและจะลดภาระงบประมาณของรัฐในการรักษาโรคแทรกซ้อนจากโรคไวรัสตับอักเสบบีในอนาคต

กรมควบคุมโรค ได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2565 – 2573 (กรมควบคุมโรค, 2565) เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบบีของประเทศ โดยใช้กระบวนการจัดทำที่เป็นความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งมีกรอบและทิศทางสอดคล้องกับหลักสากล เน้นการบูรณาการและการทำงานร่วมกันอย่างยั่งยืนของหน่วยงาน ซึ่งมุ่งเน้นทั้งการป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ และการดูแลรักษาผู้ที่ติดเชื้อแล้ว รวมถึงการป้องกันการป่วยซ้ำ และการติดเชื้อซ้ำ

โดยเน้นที่หลักการสำคัญ 2 ประการ คือ การยกระดับบริการ (Leverage) และการบูรณาการ (Integrate) เพื่อแก้ไขช่องว่างที่พบจากการดำเนินงานที่ผ่านมา ดังนี้

1) การยกระดับบริการ (Leverage) เป็นแนวคิดที่จะช่วยให้การป้องกันแก้ไขและการดูแล รักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ของประเทศไทยได้รับการพัฒนาเพื่อเพิ่มการเข้าถึง ความครอบคลุม ความเท่าเทียม/ เป็นธรรม ความต่อเนื่อง และมีคุณภาพ ซึ่งเป็นข้อจำกัดและความท้าทายที่พบจาก การดำเนินงานที่ผ่านมาของประเทศไทย

2) การบูรณาการ (Integrate) โดยเน้นที่ความร่วมมือกันเป็นเจ้าของ (partnership) และ ความรับผิดชอบ (accountability) เพื่อให้เกิดโครงสร้างและกลไกการดำเนินงาน รวมถึงการติดตามประเมินผล (monitoring and evaluation) อย่างบูรณาการระหว่างโรคที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันทั้งในแง่ของ สาเหตุและการป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ โรคตับอักเสบบี เอชไอวี

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อนามัยแม่และเด็ก และการป้องกันอันตรายในผู้ใช้สารเสพติด อีกทั้ง เน้น การส่งเสริมให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานด้วยการ ใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยเฉพาะความร่วมมือ รับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งการมีส่วนร่วมของ ภาคประชาสังคม ชุมชนใน การร่วมจัดบริการการรักษา ติดตาม และดูแลผู้ป่วย

โดยกรอบยุทธศาสตร์มีอยู่ 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

- 1) เร่งรัดการจัดบริการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี รายใหม่
- 2) ส่งเสริมการเข้าถึง ความครอบคลุม และคุณภาพการดูแลรักษาโรคไวรัสตับ อักเสบบี และซี
- 3) ลดความเหลื่อมล้ำและไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคไวรัส ตับอักเสบบี และซี
- 4) พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ระบบข้อมูล วิจัย และนวัตกรรม เกี่ยวกับโรคไวรัสตับ อักเสบบี และซี
- 5) พัฒนาโครงสร้างและกลไกที่บูรณาการ ร่วมกันเป็นเจ้าของ และการบริหารจัดการ ที่มีประสิทธิภาพ

โดยมีเป้าหมายเพื่อ ลดอุบัติการณ์ของโรคไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 95 และลดอัตราการ เสียชีวิตของโรคไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 65 ภายในปี พ.ศ. 2573 โดยการดำเนินงานอย่าง ครอบคลุมและต่อเนื่อง ตั้งแต่การป้องกันโรค การเฝ้าระวัง ค้นหา และการบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อไวรัส ตับอักเสบบี และ ซี ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อีกทั้งมีการบูรณาการกับโรค/ ปัญหาที่มีสาเหตุ ของการติดเชื้อร่วมกัน โดยใช้กระบวนการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมแบบเป็น เจ้าของปัญหาาร่วมกันของทุก ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ เพื่อให้บริการแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้ อย่างครอบคลุม เท่าเทียม/ เป็นธรรม ต่อเนื่อง มีคุณภาพ และยั่งยืน

สรุปได้ว่า มาตรการหรือนโยบายการดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับ อักเสบบี มีความชัดเจนทั้งยุทธศาสตร์การดำเนินงานของ WHO และยุทธศาสตร์ของประเทศไทย มีความครอบคลุมการดำเนินงานสาธารณสุขด้านการเฝ้าระวัง การป้องกัน และการดูแลรักษา ทั้งนี้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการดำเนินงาน เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

ในงานวิจัยนี้ ต้องการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ให้มีความ ชัดเจน โดยยึดตามกรอบยุทธศาสตร์การดำเนินงานของ WHO และยุทธศาสตร์ของประเทศไทย เพื่อลดอุบัติการณ์ และลดอัตราการเสียชีวิตของโรคไวรัสตับอักเสบบีในพื้นที่ตำบลชุมเงิน

## 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนา รูปแบบ

### 2.4.1 ความหมายของการพัฒนา

ความเป็นมาของคำว่า การพัฒนา ดังกล่าวเบื้องต้นเมื่อพิจารณาแล้วพบว่า กระแสแห่งความเจริญของประเทศตะวันตกหรือประเทศที่พัฒนาแล้วได้หลั่งไหลไปสู่ประเทศด้อยพัฒนาหรือประเทศ ที่มีความเจริญน้อยกว่าคำว่าพัฒนาจึงได้ถูกนำมาใช้เพื่ออธิบายความก้าวหน้าให้ทัดเทียมกับประเทศในตะวันตก ซึ่งมีความหมายครอบคลุมหลายแง่มุม ไม่เป็นที่เข้าใจอย่างเดียวกันในแต่ละประเทศแต่ละช่วงเวลา เราจะพบว่าในช่วงแรก ๆ ของการนำเอาแนวความคิดการพัฒนามาใช้จะเน้นความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงไปสู่สภาพที่ทันสมัย หรือการปรับให้เป็นอุตสาหกรรม เป็นต้น ต่อมานักสังคมศาสตร์สาขาต่าง ๆ ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับความหมายของการพัฒนาที่แตกต่างกันออกไปมากทำให้รูปแบบวิธีการและยุทธวิธีในการพัฒนาประเทศต่าง ๆ มีความแตกต่างกันออกไป แนวคิดของการพัฒนาจึงครอบคลุมถึงด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและวัฒนธรรมด้วย ดังนั้น การพัฒนามีความหมายดังนี้

ดิเรก ฤกษ์ห่วย (2543) ให้ความหมายว่า การพัฒนานั้นเป็นกระบวนการ (Process) ที่จะต้องมีองค์ประกอบของเครื่องชี้วัดที่สำคัญและต้องผสมผสานระหว่าง

ศักดิ์ชัย บำรุงพงศ์ (2545) ได้กล่าวว่า การพัฒนา คือ การเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงสภาพแวดล้อมหรือศักยภาพของบุคคลและชุมชน ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณค่าและเหมาะสมกับบริบทของสังคมนั้น ๆ

1. มีการเปลี่ยนแปลง (Change) ในทางบวก ได้แก่ การปรับปรุงเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตเสมอ ถ้าเปลี่ยนแปลงในทางลบไม่ถือว่าเป็นการพัฒนา คือการเปลี่ยนแปลงนั้นจะต้องดีขึ้นเจริญขึ้น งอกงามขึ้น และต้องเกี่ยวข้องกับ 4 แกนหลัก คือคน โครงสร้าง เทคโนโลยีและระบบหรืองาน (รวมทั้งสิ่งแวดล้อมด้วย)

2. การเปลี่ยนแปลงนั้นต้องมีการควบคุม (Control) ทิศทางของการเปลี่ยนแปลงได้ โดย การกำหนดเป็นแผนที่ชัดเจนและนำไปสู่การปฏิบัติที่ดำเนินตามเป้าหมายอย่างเด่นชัดและปรับเปลี่ยนยืดหยุ่นได้ตามความเหมาะสมของสถานการณ์และเวลาที่เปลี่ยนแปลงไป โดยมีจุดเน้นของการพัฒนาโดยประชาชนเพื่อประชาชนและเป็นการพัฒนาแบบยั่งยืน

3. ผลของการพัฒนานั้นต้องเกิดความเสมอภาค (Equity) และการกระจายใหม่ (Redistribution) ในการกระจายความเป็นธรรมในเรื่องรายได้ และการกระจายความเป็นธรรมในเรื่องคุณภาพชีวิต (Quality of Life) แก่กลุ่มคนในสังคมอย่างยุติธรรมและจะต้องทำให้เกิดความเท่าเทียมกันอย่างแท้จริงในเรื่องโอกาส (การศึกษา การทำงาน ความก้าวหน้า ฯลฯ)

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2547) กล่าวว่า การพัฒนา คือการเปลี่ยนแปลงตามแผนหรือการเปลี่ยนแปลงที่มีการกำหนดทิศทาง (Planned or Directed Change) นั่นคือการพัฒนาไม่ได้เป็นเรื่องธรรมชาติหากเป็นความพยายามของมนุษย์ที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น โดยกำหนดทิศทางหรือรายละเอียดเอาไว้ล่วงหน้าว่าจะพัฒนาอะไร พัฒนาอย่างไร ช้าเร็วอย่างไร ใครจะเป็นผู้พัฒนาและเป็นผู้ถูกพัฒนา เป็นต้น

สนธยา พลศรี (2547) ได้จำแนกความหมายของการพัฒนาแต่ละประเภทไว้ ดังนี้

1. ความหมายจากรูปศัพท์ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้เกิดความเจริญเติบโต งอกงามและดีขึ้นจนเป็นที่พึงพอใจ ความหมายดังกล่าวนี้เป็นที่มาของความหมายในภาษาไทยและ เป็นแนวทางในการกำหนดความหมายอื่น ๆ
2. ความหมายโดยทั่วไป หมายถึง การเปลี่ยนแปลงสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้คุณภาพดีขึ้นกว่าเดิม ความหมายนี้นับว่าเป็นความหมายที่รู้จักกันโดยทั่วไป เพราะนำมาใช้มากกว่าความหมายอื่นๆ แม้ว่า จะไม่เป็นที่ยอมรับของนักวิชาการก็ตาม
3. ความหมายทางเศรษฐศาสตร์หมายถึง ความเจริญเติบโตแต่เป็นความเจริญเติบโตทาง เศรษฐกิจตามเนื้อหาของวิชาเศรษฐศาสตร์ ซึ่งเป็นการเน้นความหมายในเชิงปริมาณ คือ การเพิ่มขึ้น หรือการขยายตัวของเศรษฐกิจมากกว่าด้านอื่น ๆ
4. ความหมายทางพัฒนาบริหารศาสตร์ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของสิ่งใดสิ่งหนึ่งทั้งใน ด้านคุณภาพ (ดีขึ้น) ด้านปริมาณ (มากขึ้น) และด้านสิ่งแวดล้อม (มีความเหมาะสม) ไม่ใช่การเปลี่ยนแปลงด้านใดด้านหนึ่งเพียงด้านเดียว
5. ความหมายทางด้านเทคโนโลยีหมายถึง การเปลี่ยนแปลงสังคมให้ทันสมัยด้วยความ เจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ซึ่งเป็นความหมายอีกแนวทางหนึ่ง
6. ความหมายทางด้านการวางแผน หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเตรียมการ ของมนุษย์ไว้ล่วงหน้าในลักษณะของแผนและโครงการ แล้วบริหารหรือจัดการให้เป็นไปตามแผนและ โครงการจนประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ จะเห็นได้ว่า ความหมาย ของการพัฒนาทางด้านการวางแผนกำหนดให้การพัฒนาเป็นกิจกรรมของมนุษย์และเกิดขึ้นจากการ เตรียมการไว้ล่วงหน้าเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงที่ไม่ได้เกิดจากการวางแผนโดยมนุษย์ ไม่ใช่เป็นการ พัฒนาในความหมายนี้
7. ความหมายเกี่ยวกับการปฏิบัติ คำว่าการพัฒนาในความหมายเกี่ยวกับการปฏิบัติ หรือการปฏิบัติการนี้ เป็นความหมายต่อเนื่องจากความหมายทางการวางแผน โดยมุ่งเน้นถึงการวางแผน และโครงการไปต าเนินการอย่างจริงจังและอย่างต่อเนื่องเพราะถึงจะมีแผนและโครงการแล้วแต่ถ้าหากไม่มีการนำไปปฏิบัติการพัฒนายังไม่สามารถเกิดขึ้นได้

8. ความหมายในทางพุทธศาสนา หมายถึง การพัฒนาคนให้มีความสุขมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม การพัฒนาในความหมายนี้มีลักษณะเดียวกันกับการพัฒนาในความหมายทางการวางแผน คือเป็นเรื่องของมนุษย์เท่านั้น แตกต่างกันเพียงการวางแผนให้ความสำคัญที่วิธีการดำเนินงานส่วนพุทธศาสนาเน้นผลที่เกิดขึ้น คือความสุขของมนุษย์เท่านั้น

9. ความหมายทางสังคมวิทยา นักสังคมวิทยา ได้ให้ความหมายของการพัฒนาโดยเน้นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคม คือมนุษย์ กลุ่มทางสังคม การจัดระเบียบทางสังคม ซึ่งมีลักษณะ เช่นเดียวกับความหมายในทางพุทธศาสนา คือการเปลี่ยนแปลงมนุษย์และสิ่งแวดล้อมให้มีความสุขและมีลักษณะเช่นเดียวกับความหมายทางการวางแผน คือด้วยวิธีการจัดสรรทรัพยากรของสังคม อย่างยุติธรรมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งนักวางแผนเรียกว่าการบริหารและการจัดการ

10. ความหมายทางการพัฒนาชุมชน นักพัฒนาชุมชนได้ให้ความหมายคำว่า การพัฒนา เอาไว้ใกล้เคียงกับนักสังคมวิทยา คือการพัฒนาเป็นวิธีการเปลี่ยนแปลงมนุษย์และสังคมมนุษย์ให้ดีขึ้น แต่นักพัฒนาชุมชนมุ่งเน้นที่มนุษย์ในชุมชนจะต้องร่วมกันดำเนินงานและได้รับผลจากการพัฒนา ร่วมกัน

สรุปได้ว่า การพัฒนา คือกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามแผนด้วยการ ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าหรือกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่มีการกำหนดทิศทาง นั่นคือการพัฒนาเป็น ความพยายามของมนุษย์ที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น มีการกำหนดทิศทางหรือกำหนดรายละเอียดเอาไว้ล่วงหน้าว่าใคร ทำอะไร อย่างไร เมื่อใด เป็นต้น ในงานวิจัยนี้มีเป้าหมายของการพัฒนาอยู่ที่คนและคุณภาพชีวิตของคน รวมถึงการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคมวัฒนธรรมและเทคโนโลยี นอกจากนี้ การพัฒนายังเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจคุณค่าของคนในพื้นที่ตำบลชุมเงินอีกด้วย

#### 2.4.2 ความหมายของรูปแบบ (Model)

รูปแบบ เป็นการสังเคราะห์ความคิดที่เป็นนามธรรมให้เป็นรูปธรรมที่แสดงออกมาเป็นคำอธิบายแผนผัง ไดอะแกรม หรือแผนภาพที่ช่วยให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจได้ชัดเจนยิ่งขึ้น มีความสำคัญ คือ เป็นเครื่องมือทางความคิดสำหรับใช้ ในการสืบค้นหาคำตอบ สร้างความรู้ ความเข้าใจใน ปรากฏการณ์รูปแบบสร้างขึ้นจากความคิด ประสบการณ์ การอุปมาอุปไมย หรือจากทฤษฎี และหลักการต่างๆ แต่รูปแบบไม่ใช่ทฤษฎี (ทิตานา, 2555) และต้องมีการพิสูจน์ทดสอบหากเป็นจริงสามารถนำไปดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของรูปแบบได้

พจนานุกรม Contemporary English ของ Longman (2009) ได้ให้ความหมายของรูปแบบ หรือ Model ไว้ว่า รูปแบบ หมายถึง แบบจำลองขนาดเล็ก ของสิ่งก่อสร้าง ยานยนต์ เครื่องจักรหรือสิ่งอื่นๆ ที่สามารถ แยกส่วนออกจากกันได้หรือ หมายถึง บุคคลที่ทำงานในด้านการแสดงแบบเสื้อผ้า ด้านการตกแต่งทรงผมที่เป็นการแสดงแฟชั่นหรือการถ่ายภาพ รวมทั้งหมายถึง ชิ้นส่วนหรือการออกแบบผลิตภัณฑ์ยานยนต์ หรือ เครื่องจักรกล อีกทั้งยังหมายถึง ตัวอย่าง

การอธิบาย ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทางด้านวิทยาศาสตร์ด้วยการ คำนวณทางคอมพิวเตอร์ทั้งนี้ยังหมายถึง บุคคลที่ประสบความสำเร็จหรือสิ่งของบางอย่างที่เป็นสินค้าที่มี คุณภาพที่ต้องการเลียนแบบ

เยาวดี วิบูลย์ศรี (2549) ได้ให้ความหมายไว้ว่า รูปแบบ หมายถึง วิธีที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ถ่ายทอดความคิด ความเข้าใจ ตลอดจนจินตนาการของคนที่มีต่อปรากฏการณ์ หรือเรื่องราวใดๆ ให้ปรากฏในลักษณะของการสื่อสารลักษณะใดลักษณะหนึ่ง รูปแบบจึงเป็นแบบจำลองในลักษณะเลียนแบบหรือเป็นตัวแบบที่ใช้เป็นแบบอย่าง

รัตน์ะ บัวสนธ (2552) ได้ให้ความหมายของ รูปแบบ จำแนกออกเป็น 3 ความหมาย ดังนี้

1) แผนภาพหรือภาพร่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ยังไม่สมบูรณ์เหมือนของจริง รูปแบบในความหมายนี้มักจะเรียกทับศัพท์ในภาษาไทยว่า “โมเดล” ได้แก่ โมเดลบ้าน โมเดลรถยนต์โมเดลเสื้อผ้า เป็นต้น

2) แบบแผนความสัมพันธ์ของตัวแปรหรือสมการทางคณิตศาสตร์ที่รู้จัก กันในชื่อที่เรียกว่า “Mathematical Model”

3) แผนภาพที่แสดงถึงองค์ประกอบการทำงานของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง รูปแบบในความหมายนี้บางทีเรียกกันว่าภาพย่อส่วนของทฤษฎีหรือแนวคิดใน เรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น รูปแบบการสอน รูปแบบการบริหาร รูปแบบการ ประเมิน เป็นต้น

ทิตินา แคมมณี (2555) ได้ ให้ความหมายไว้ว่า รูปแบบ หมายถึง ลักษณะของการดำเนินงานที่จัดขึ้นอย่างเป็นระเบียบระบบหลัก ปรัชญา ทฤษฎี หลักการ และความเชื่อต่างๆ โดยมีความครอบคลุมองค์ประกอบที่สำคัญ และได้รับการยอมรับหรือพิสูจน์ทดสอบถึงประสิทธิภาพมาแล้ว โดยประกอบด้วยกระบวนการหรือขั้นตอนสำคัญที่สามารถช่วยให้เป็นไปตามทฤษฎี หลักการ หรือแนวคิดที่ยึดถือสามารถใช้เป็นแบบแผนให้บรรลุวัตถุประสงค์เฉพาะของรูปแบบนั้นๆ

**2.4.3 ประเภทของรูปแบบ** (ทิตินา แคมมณี, 2555) รูปแบบที่ใช้กันอยู่ โดยทั่วไปมี 5 ประเภท ดังนี้

2.4.3.1 รูปแบบเชิงเปรียบเทียบหรือรูปแบบคล้าย (Analogue model) มีลักษณะเป็นรูปแบบความคิดที่แสดงออกในลักษณะของการเปรียบเทียบสิ่งต่างๆ อย่างน้อย 2 สิ่งขึ้นไป รูปแบบลักษณะนี้ใช้กันมากทางด้านวิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์

2.4.3.2 รูปแบบเชิงภาษา (Semantic model) เป็นรูปแบบความคิดที่แสดงออกผ่านทางการใช้ภาษา (พูดและเขียน) รูปแบบลักษณะนี้ใช้กันมากทางด้าน ศึกษาศาสตร์

2.4.3.3 รูปแบบเชิงคณิตศาสตร์ (Mathematical model) เป็นรูปแบบความคิดที่แสดงออกผ่านทางสูตรคณิตศาสตร์ ส่วนมากจะเกิดขึ้นหลังจากได้รูปแบบเชิงภาษาแล้ว

2.4.3.4 รูปแบบเชิงแผนผัง (Schematic model) เป็นรูปแบบความคิดที่แสดงออกผ่านทางแผนผัง แผนภาพ ไตอะแกรม และกราฟ เป็นต้น

2.4.3.5 รูปแบบเชิงสาเหตุ (Casual model) เป็นรูปแบบความคิดที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ระหว่างตัวแปรต่างๆ ของสภาพการณ์หรือปัญหา รูปแบบด้านศึกษาศาสตร์มักเป็นแบบนี้เป็นส่วนใหญ่

สรุปได้ว่า รูปแบบ หมายถึง แบบจำลองหรือตัวแบบอย่างง่ายหรือย่อส่วนของปรากฏการณ์ต่างๆ ที่ผ่านการศึกษาและพัฒนาขึ้นมาเพื่อแสดงหรืออธิบาย ปรากฏการณ์ให้เข้าใจได้ง่ายขึ้นเป็นสิ่งที่สร้างหรือพัฒนาขึ้น จากหลักปรัชญา ทฤษฎีหลักการแนวคิดและความเชื่อที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการแสดงโครงสร้างทางความคิดหรือ องค์ประกอบ และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบที่สำคัญเป็นขั้นเป็นตอนสำหรับถ่ายทอดความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ ในงานวิจัยนี้ ใช้สื่อหรือเครื่องมือเข้าช่วยเพื่อทำให้เกิดความรู้ เข้าใจได้ง่ายและกระชับถูกต้อง สามารถวัดตรวจสอบและเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจได้

## 2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมในชุมชน หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนในพื้นที่เข้าร่วมในการวางแผน ตัดสินใจ ดำเนินงาน และประเมินผลกิจกรรมหรือโครงการที่ส่งผลต่อการพัฒนาชุมชนของตนเอง การมีส่วนร่วมนี้เป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาชุมชนและสังคม เนื่องจากช่วยให้การดำเนินงานสอดคล้องกับความต้องการและบริบทของชุมชน (พระมหาดนอม ฐานวโร พระครูสิริปัญญาภิวัฒน์, 2567)

### 2.5.1 รูปแบบของการมีส่วนร่วม แบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ ดังนี้

2.5.1.1 การรับรู้ข่าวสาร (Public Information) ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องได้รับการ แจ้งให้ ทราบถึงรายละเอียดของโครงการที่จะดำเนินการรวมทั้งผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ทั้งนี้การได้รับแจ้งข่าวสาร ดังกล่าวจะต้องเป็นการแจ้งก่อนที่จะมีการตัดสินใจดำเนินโครงการ

2.5.1.2 การปรึกษาหารือ (Public Consultation) เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมที่มีการจัดการหารือ ระหว่าง ผู้ดำเนินการโครงการกับประชาชนที่ เกี่ยวข้องและได้รับผลกระทบ เพื่อรับฟังความคิดเห็นและตรวจสอบข้อมูล เพิ่มเติม เพื่อให้เกิดความเข้าใจในโครงการและกิจกรรมมากขึ้น

2.5.1.3 การประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public Meeting) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนและฝ่าย เกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรม และผู้มีอำนาจตัดสินใจในการทำโครงการหรือ

กิจกรรมนั้นได้ใช้เวทีสาธารณะในการทำความเข้าใจ และค้นหาเหตุผลในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมในพื้นที่นั้น ซึ่งการประชุมรับฟังความคิดเห็นมีหลายรูปแบบ ได้แก่

1. การประชุมในระดับชุมชน (Community Meeting) โดยจัดขึ้นในชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากโครงการ โดยเจ้าของโครงการหรือกิจกรรมจะต้องส่งตัวแทนเข้าร่วม เพื่ออธิบายให้ที่ประชุมทราบถึง ลักษณะโครงการและผลกระทบที่ คาดว่าจะเกิดขึ้นและตอบข้อซักถาม

2. การประชุมรับฟังความคิดเห็นในเชิงวิชาการ (Technical Hearing) สำหรับโครงการที่มีข้อโต้แย้งในเชิงวิชาการ จำเป็นจะต้องเชิญผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาจากภายนอกมาช่วยอธิบายและให้ความเห็น ต่อโครงการ ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมต้องได้รับทราบผลดังกล่าวด้วย

3. การประชาพิจารณ์ (Public Hearing) เป็นเวทีในการเสนอข้อมูลอย่างเปิดเผยไม่มีการปิดบัง ทั้งฝ่ายเจ้าของโครงการและฝ่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากโครงการ ซึ่งจะต้องมีองค์ประกอบของผู้เข้าร่วมที่เป็นที่ยอมรับมีหลักเกณฑ์และประเด็นในการพิจารณาที่ชัดเจน และแจ้งให้ทุกฝ่ายทราบทั่วกัน

2.5.1.4 การร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) เป็นเป้าหมายสูงสุดของการมีส่วนร่วมของ ประชาชน ซึ่งประชาชนจะมีบทบาทในการตัดสินใจได้เพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของคณะกรรมการที่ เป็นผู้แทนประชาชนในพื้นที่ลักษณะที่สำคัญของการมีส่วนร่วมว่าเป็นเรื่องของกระบวนการ

## 2.5.2 ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในชุมชน

2.5.2.1 การพัฒนาที่ยั่งยืน การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยให้โครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของชุมชน ทำให้เกิดความยั่งยืน

2.5.2.2 การเสริมสร้างศักยภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้สมาชิกชุมชนได้รับการพัฒนาและเสริมสร้างทักษะในการจัดการและตัดสินใจ

2.5.2.3 ความเป็นเจ้าของ การมีส่วนร่วมทำให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของและมีความรับผิดชอบต่อโครงการหรือกิจกรรมที่เกิดขึ้น

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนการพัฒนาทั้งในการแก้ไขปัญหาและป้องกันปัญหาโดยเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการคิดริเริ่มร่วมกำหนดนโยบาย ร่วมวางแผน ตัดสินใจและปฏิบัติตามแผน การมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นหัวใจของงานพัฒนาชุมชนและสังคม โดยยึดหลักของการมีส่วนร่วมที่ว่าประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการคิด การตัดสินใจ การวางแผนงาน การปฏิบัติการ และการร่วมกันบำรุงรักษา การให้ประชาชนมาร่วมแสดงความคิดเห็น เรียกร้อง แสดงความต้องการ การมีส่วนร่วม ควรทำด้วยความสมัครใจ และตั้งอยู่บนความเสมอภาค สอนองตอบความ ต้องการของตนและชุมชนอย่างแท้จริง การให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติอย่างแท้จริงจะทำให้บุคคล ชุมชน เกิดความสามัคคี ในการแก้ปัญหาร่วมกัน

## 2.6 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

### 2.6.1 ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) หมายถึง กระบวนการศึกษาค้นคว้าร่วมกัน อย่างเป็นระบบของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน เพื่อทำความเข้าใจต่อปัญหาหรือข้อสงสัยที่กำลังเผชิญอยู่ และให้ได้แนวทางการปฏิบัติหรือวิธีการแก้ไขปรับปรุงที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในการปฏิบัติงาน เป็นการหาข้อสรุปเพื่อแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ รวมทั้งการใช้ความเข้าใจและมโนทัศน์ของตนเอง มากกว่าของผู้เชี่ยวชาญ การวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานและผู้เกี่ยวข้องได้ ใช้ความสามารถหรือควบคุมสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ด้วยตัวเอง (ประวิต เอราวรรณ, 2545)

### 2.6.2 ความแตกต่างระหว่างการวิจัยเชิงปฏิบัติการกับการวิจัยเชิงวิชาการอื่น

จุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อจะปรับปรุงประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน ประจำให้ดีขึ้น โดยนำเอางานที่ปฏิบัติอยู่มาวิเคราะห์สภาพปัญหา อันเป็นเหตุให้งานนั้นไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร จากนั้นใช้แนวคิดทางทฤษฎีและประสบการณ์การปฏิบัติงานที่ผ่านมาเสาะหาข้อมูลและวิธีการที่คาดว่าจะแก้ปัญหาดังกล่าวได้ แล้วนำวิธีการดังกล่าวไปทดลองใช้กับกลุ่มที่เกี่ยวข้องปัญหานั้น ซึ่งแตกต่างจากการวิจัยเชิงวิชาการทั่วไป ดังที่ Kemmis และ McTaggart (Kemmis & McTaggart, 1990) ได้กล่าวไว้สรุปได้ดังนี้

- 1) การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีจุดเน้นที่ผลการวิจัยนั้นนำไปใช้เฉพาะจุด เฉพาะที่ และเฉพาะเรื่อง โดยนำผลการวิจัยไปใช้แก้ปัญหาได้ทันที
- 2) ผู้วิจัยที่เป็นผู้ทำการวิจัยเดี่ยวหรือเป็นผู้ร่วมโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะถูกกระตุ้นให้แสวงหาความรู้ ความเข้าใจในเรื่องที่ศึกษาและปัญหาที่เกี่ยวข้องอย่างลึกซึ้ง
- 3) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการกระตุ้นให้มีการร่วมมืออย่างเสมอภาคกันของผู้ร่วมโครงการวิจัยทั้งในส่วนของกระบวนการทำวิจัยและการนำผลการวิจัยไปใช้
- 4) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่มุ่งหวังประโยชน์หรือคำตอบในช่วงสั้นๆ ซึ่งนำไปสู่การวิจัยเชิงประยุกต์ (Applied Research)

จากลักษณะการวิจัยเชิงปฏิบัติการดังกล่าวเป็นการมุ่งหาคำตอบที่เป็นองค์ความรู้หรือข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการแก้ปัญหาหรือพัฒนา ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการทำงานและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ด้วย

### 2.6.3 กรอบแสดงลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

กรอบแสดงลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มี 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

### 2.6.4 ชนิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ด้วยลักษณะการดำเนินการวิจัยที่สามารถที่จะผสมระหว่างวิธีการเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณได้ แต่เนื่องจากมีจุดเน้นที่การสร้างความรู้และสร้างศักยภาพ จึงพบว่าการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม ประวัติชีวิต และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ซึ่งนักวิจัยจะต้องเลือกวิธีที่เหมาะสมกับข้อมูลแต่ละประเภท

ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีความแตกต่างกันตามประเภทการเลือกใช้วิธีการใด ขึ้นกับผู้ร่วมวิจัย ประเภทของวิจัยเชิงปฏิบัติการ ชนิดที่ใช้บ่อยในการพยาบาล Holter & Schwartz-Barcott (1993) แบ่งระเบียบวิธีวิจัยเป็น 3 แนวทาง (Wikimedia Commons, 2016) ดังนี้

- 1) ดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือทางเทคนิค (Technical collaborative approach) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีเป้าหมายหลักเพื่อการทดสอบวิธีการแก้ไขปัญหา (Intervention) ซึ่งพัฒนามาจากความรู้หรือจากทฤษฎีที่มีอยู่ เพื่อดูว่าวิธีการตามทฤษฎีนั้นสามารถใช้ได้จริงในทางปฏิบัติมักมีการตั้งสมมติฐานนำมาก่อน เป็นการศึกษาโดยใช้วิธีการอนุมาน (Deductive approach) ผู้วิจัยได้มีการกำหนดปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหามาก่อนแล้วความร่วมมือที่คาดหวังจากผู้ร่วมวิจัยคือการตกลงหรือยินยอมที่จะยอมรับและช่วยสนับสนุนให้มีการนำวิธีการนั้นๆ มาใช้ในทางปฏิบัติ ผลที่ได้รับมักจะเป็นความเปลี่ยนแปลงในทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นในระยะสั้น และความรู้ที่ได้รับจะเป็นความรู้เชิงทำนาย (Predictive knowledge) ซึ่งสอดคล้องกับชนิดของ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เรียกว่า (Traditional Action Research) ที่หมายถึงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ  
แท้ ๆ ที่ทำในเรื่องโครงสร้างอำนาจขององค์กรทำปฏิบัติการแก้ปัญหา

2) การดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกัน (Mutual collaboration approach) โดยมีปรัชญาพื้นฐานมาจาก Historical-hermeneutic ในลักษณะนี้ผู้วิจัยอาจมีแนวคิด  
หรือมีปัญหาเรื่องใดเรื่องหนึ่งมาก่อน อย่างกว้าง ๆ และในขั้นตอนของการวิจัยนั้นผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย  
มักร่วมกันค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นหรือที่มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในสถานการณ์จริง ๆ รวมทั้งสาเหตุของ  
ปัญหาและวิธีการแก้ไขที่อาจจะเป็นไปได้ (Possible interventions) มักใช้วิธีการอุปมาน  
(Inductive approach) เป็นส่วนใหญ่ผลที่ได้รับคือ ทั้งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะเกิดความเข้าใจใน  
ปัญหาและสาเหตุของปัญหาในมุมมองใหม่ๆ ตลอดจนได้ทางเลือกสำหรับแก้ไขปัญหานั้นและนำไปสู่การ  
พัฒนาความรู้หรือทฤษฎีใหม่ หรืออาจเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า Contextual action research: Action  
learning ซึ่งงานวิจัยทำให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างองค์กร ผู้ปฏิบัติงานได้เข้าใจงานทั้งหมด และช่วยให้  
ผู้ร่วมงานได้กระทำตนเป็นผู้ออกแบบโครงการและเป็นผู้ร่วมวิจัย

3) ดำเนินการโดยการส่งเสริมให้บุคคลได้สะท้อนถึงปัญหาและการปฏิบัติด้วยตนเอง  
(Enhancement approach) มีเป้าหมายคือช่วยให้ผู้ประสบปัญหาได้ค้นพบปัญหาและวิธีการแก้ไข  
ปัญหาด้วยตนเองผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวกให้ผู้ร่วมวิจัยได้มีการคิดถึงสภาพ  
ปัญหาและเงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งในระดับบุคคลหรือองค์กรภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และความขัดแย้งที่  
เกิดขึ้น จากการสะท้อนความคิดเชิงเหตุและผลของผู้ร่วมวิจัยจะทำให้ได้มุมมองใหม่ ๆ เกี่ยวกับ  
ปัญหาและการปฏิบัติจะได้อำนาจซึ่งความรู้เชิงบรรยาย และเชิงทำนายด้วย (Descriptive and  
predictive knowledge) หรืออาจเรียกอีกชื่อหนึ่งว่าเป็น Radical action research ซึ่งมีรากฐาน  
มาจากทฤษฎีวิถุนิยมของ Marx มีการใช้ PAR ในการเคลื่อนไหวทางเสรีภาพ สิทธิสตรีเพื่อให้เกิด  
การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการทั้ง 3 ชนิด

ลักษณะ/Type	Type 1	Type 2	Type 3
Collaborative	A technical	A mutual	An enhancement
Perspective	Positivism	Interpretivism	Critical science
Process	Scientific- technical	Practical deliberative	Critical emancipatory
ที่มาของปัญหาวิจัย	นักวิจัยเป็นผู้เริ่ม	นักวิจัยร่วมกับผู้ร่วม วิจัย	นักวิจัยกระตุ้น ผู้ร่วม วิจัยคิด

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการทั้ง 3 ชนิด (ต่อ)

ลักษณะ/Type	Type 1	Type 2	Type 3
Methodology	Deductive approach	Inductive approach	Deductive & Inductive
Time	เร็วแต่ไม่ยั่งยืน	เร็วแต่เกิดเฉพาะกลุ่ม	ค่อยเป็นค่อยไปแต่ยั่งยืน
Goal	การเปลี่ยนแปลง	การเปลี่ยนแปลง	การเปลี่ยนแปลง
knowledge	ความรู้เชิงทำนาย ตรวจสอบ และ ปรับปรุง ทฤษฎี	ความรู้เชิงพรรณนา (Descriptive knowledge)	ความรู้เชิงพรรณนา (Descriptive knowledge)

### 2.6.5 กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

กระบวนการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีขั้นตอนที่สำคัญ ๆ ในการดำเนินการ ดังนี้

1) การจำแนกหรือพิจารณาปัญหาที่ประสงค์จะศึกษา ผู้วิจัยและกลุ่มที่ทำการวิจัย ต้องศึกษารายละเอียดของปัญหาที่จะศึกษาอย่างชัดเจน ปัญหาที่เกิดขึ้นซึ่งจะทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะต้องมีทฤษฎีรองรับในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น การวิเคราะห์สภาพปัญหา ควรพิจารณาให้ครบ 4 องค์ประกอบต่อไปนี้ คือ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้ปฏิบัติ กลุ่มเป้าหมาย เนื้อหา วิธีการปฏิบัติ และสภาพแวดล้อม

2) เลือกปัญหาสำคัญที่เป็นสาระควรแก่การศึกษาวิจัย เลือกโดยอาศัยทฤษฎีมาร่วมพิจารณาลักษณะปัญหา สร้างวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตลอดจนอาจจะต้องสร้างสมมติฐานของการวิจัยในรูปแบบของข้อความที่ต้องการประเมินที่แสดงความสัมพันธ์ปัญหา กับหลักการหรือทฤษฎีพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น

3) เลือกเครื่องมือดำเนินการวิจัยที่จะช่วยให้ได้คำตอบปัญหาตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้มี 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 เพื่อสรุปหาคำตอบที่เป็นสาเหตุและวิธีแก้ปัญหาที่ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดโดยสรุปประมวลผลเป็นหลักการ (Principle) รูปแบบ (Model) ของการปฏิบัติหรือเสนอเชิงทฤษฎี (Proposition) หรือทฤษฎี (Theory) ทั้งนี้ต้องอาศัยหลักตรรกวิทยา โดยวิธีอุปมานและความรู้เชิงทฤษฎีด้วย

### 2.6.6 ขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

กระบวนการวิจัยนี้ เมื่อก้าวในเชิงการนำไปใช้เพื่อพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติงาน มีวิธีดำเนินการตามวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดังนี้

1) ขั้นการวางแผน (Planning) เริ่มต้นด้วยสำรวจปัญหาและวิเคราะห์ร่วมกันระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ปัญหาที่สำคัญที่ต้องการให้แก้ไขตลอดจนการแยกแยะรายละเอียดของปัญหานั้น เกี่ยวกับลักษณะของปัญหาเกี่ยวข้องกับใคร แนวทางแก้ไขอย่างไรจะต้องปฏิบัติอย่างไร ซึ่งในการเลือกหัวข้อการวิจัยในขั้นสุดท้ายที่ควรคำนึงถึงดังนี้

- หัวข้อนั้นสำคัญต่อผู้วิจัยอย่างไร
- หัวข้อนั้นสำคัญต่อองค์กรและกลุ่มเป้าหมายอย่างไร
- มีใครช่วยได้บ้าง
- ข้อจำกัดที่จะค้นพบทั้งในแง่ของการปฏิบัติและงบประมาณ
- ความสามารถของผู้วิจัยในการดำเนินงานการวิจัย

เมื่อได้ดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้ว ในขั้นนี้อาจจะต้องขอความร่วมมือจากผู้อื่นหรือผู้ช่วยวิจัยเพื่อกำหนดหัวข้อที่จะดำเนินงานวิจัยให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ปรึกษาหารือว่าจะใช้เครื่องมืออะไร เก็บรวบรวมข้อมูลอย่างไร วิเคราะห์อย่างไร ใช้สถิติแบบใดบ้างจนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติต่อไป

2) ขั้นการปฏิบัติ (Action) เป็นการนำแนวคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมในขั้นวางแผนที่วางไว้มาดำเนินการ ในขั้นนี้ผู้วิจัยจะต้องพบปัญหาในการวิจัยมากมาย ต้องทำการวิเคราะห์ วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกันของทีมวิจัยหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อทำการแก้ไขปรับปรุงแผน ดังนั้น แผนที่กำหนดไว้ควรจะมีที่ยืดหยุ่นปรับได้ เปลี่ยนแปลงไปตามความเหมาะสมโดยกำหนดให้เกิดความสอดคล้องกับการปฏิบัติจริง

3) ขั้นการสังเกต (Observation) เป็นการสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยความรอบคอบ ซึ่งสังเกตกระบวนการของการปฏิบัติการ (The Action of Process) และผลของการปฏิบัติการ (The Effect of Action) พร้อมทั้งจดบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งที่คาดหวังและไม่

คาดหวัง โดยอาศัยเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกิดจากการปฏิบัติ ผู้วิจัยจะต้องเลือกใช้ให้เหมาะสม พิจารณาข้อดีข้อเสียของเครื่องมือแต่ละชนิด เพื่อรวบรวมข้อมูลให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด ดังนี้

ก. การบันทึกสนาม (Field Note) เป็นการจดบันทึกพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้เกี่ยวข้องตามสภาพที่เห็นโดยไม่ได้แสดงความคิดเห็นส่วนตัวหรือการแปลความหมาย การบันทึกลักษณะนี้จะทำให้ได้พฤติกรรมตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง

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

ค. การใช้สังคัมมิติ (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. การใช้วิดีโอทัศน์ (Video Tape Recorder) สามารถบันทึกพฤติกรรมได้ทุกขั้นตอน บันทึกได้ทั้งภาพและเสียง สามารถเห็นพฤติกรรมได้ทั้งหมด หรือเลือกบันทึกรายการประเด็นที่สนใจ มีความเที่ยงตรงค่อนข้างสูง

ซ. การใช้แบบทดสอบ (Test) เป็นการวัดผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาเป็นการรวบรวมข้อมูลความสามารถทางด้านสมอง

4) ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นขั้นสุดท้ายของวงจรการทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การประเมินหรือตรวจสอบกระบวนการแก้ปัญหาหรือสิ่งที่เป็นข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการ ซึ่งผู้วิจัยร่วมกับทีมหรือผู้เกี่ยวข้องจะต้องตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นใน

แง่มุมต่าง ๆ ว่าสัมพันธ์กับสภาพสังคม สิ่งแวดล้อมหรือกิจกรรมที่กำลังศึกษา โดยผ่านกระบวนการ ถกอภิปรายปัญหา การประเมินโดยกลุ่มจะทำให้ได้แนวทางของการพัฒนาขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม และเป็นพื้นฐานข้อมูลที่จะเป็นแนวทางนำไปสู่การปรับปรุงและการวางแผนการปฏิบัติต่อไป

### 2.6.7 สรุปหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

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

### 2.6.8 การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยนี้ ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การแจกแจงข้อค้นพบที่สำคัญในเชิงอธิบายความ ซึ่งจะนำมาสู่การสรุปเป็นผลงานวิจัย และแสดงให้เห็นแนวทางหรือรูปแบบ การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาในเรื่องราวของสิ่งที่ศึกษานั้น

จากแนวคิดที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Kemmis & McTaggart มาประยุกต์ใช้ โดยแทรกอยู่ในขั้นตอนต่าง ๆ ของงานวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นกระบวนการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหามุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงโดยบุคลากรในระบบร่วมกับ นักวิจัยเข้ามามีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบุคลากรในระบบในการพัฒนาตนเองและผู้อื่น ให้เหมาะสมกับการดำเนินการ ไม่มีการแยกกลุ่ม เน้นที่การสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นขั้นตอน และบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องตลอดกระบวนการวิจัย จนเกิดองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่ได้จากกระบวนการวิจัย นำมา ประมวลเป็นแนวคิดหลักการและสร้างเป็น ทฤษฎีได้ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในปัจจุบันมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย เพื่อการปรับปรุง พัฒนา เสริมศักยภาพบุคคลและองค์กร รวมทั้งการสร้างความรู้ที่สนับสนุน การปฏิบัติที่สามารถ ปฏิบัติจริงได้กระบวนการวิจัยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้ให้ข้อมูล หรือผู้ร่วมวิจัย หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตลอดกระบวนการวิจัย ทั้งนี้มีพื้นฐานความเชื่อเกี่ยวกับการให้คุณค่ากับความรู้และ ประสบการณ์ชีวิตของผู้ร่วมวิจัยหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง การมีส่วนร่วมและศักยภาพที่ได้รับการปลดปล่อย ให้เกิดความอิสระ (Emancipation) ของผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถตระหนักถึงปัญหาวิเคราะห์หา แนวทางในการ แก้ไขร่วมกันลงมือปฏิบัติและประเมินผลจากการสะท้อนคิด อันนำไปสู่การวางแผนการดำเนินการ เพื่อปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น และให้ได้มาซึ่งความรู้ใหม่ หรือกระบวนการเรียนรู้ที่ เกิดขึ้นของผู้ร่วมวิจัยหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการที่จะพัฒนาองค์กร ชุมชนของตน ให้ดียิ่งขึ้น

## 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

**อัญญาณี สิมารักษ์อำไพ และคณะ (2559)** ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีแบบเร่งรัดเร่งรัด (ให้ 3 เข็มในวันที่ 0, 4 และ 7) เปรียบเทียบกับการให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีแบบปกติ (ให้ 3 เข็มในวันที่ 0, 7 และ 28) ในบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาพบว่าประสิทธิผลของการให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีแบบเร่งรัดและแบบปกติ เท่ากับ ร้อยละ 83.4 และ 76.4 ตามลำดับ ซึ่งสรุปว่าการให้วัคซีนแบบเร่งรัดมีประสิทธิผลกว่าการให้วัคซีนแบบปกติเล็กน้อย

**ไพศาล ัญญาวินิชกุล และคณะ (2560)** ได้ทำการศึกษาเรื่อง ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังและไวรัสตับอักเสบบีในประชากรตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังและไวรัสตับอักเสบบีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เพราะทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งตับและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การสำรวจความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังและไวรัสตับอักเสบบี ดำเนินการในชุมชนตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ โดยการเจาะเลือดตรวจหา HBsAg (การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง) และตรวจหา HCV Ab (การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี) พบว่า ระหว่างเดือนธันวาคม 2558–เดือนกุมภาพันธ์ 2559 มีผู้เข้าร่วมโครงการอายุระหว่าง 15-74 ปี จำนวน 1,084 ราย พบการติดเชื้อตับอักเสบบีเรื้อรัง 44 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 0.6 โดยเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น พบความชุกในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย คือ ร้อยละ 0.9 ส่วนในผู้ชายพบความชุกร้อยละ 0.6 ส่วนการติดเชื้อตับอักเสบบี พบ 14 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 0.1 ซึ่งพบเฉพาะในกลุ่มอายุ 55 ปี ขึ้นไปเท่านั้น การพบความชุกของการติดเชื้อสูงในกลุ่มที่มีอายุมากขึ้นเป็นประเด็นที่สำคัญในพิจารณาการตรวจคัดกรองการติดเชื้อ เพราะทำให้ที่ผู้ติดเชื้อได้รับการรักษาทันเวลา เป็นการลดโอกาสการแพร่เชื้อและลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

**พิศมัย นาคพงษ์ (2560)** ได้ทำการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพในชุมชนชนบท: กรณีศึกษาในจังหวัดยโสธร มีเป้าหมายเพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพในพื้นที่ชนบท โดยเน้นที่ประชากรในจังหวัดยโสธร ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ ระยะทางและการเดินทาง, เศรษฐกิจของครัวเรือน และการรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ นอกจากนี้ บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และเครือข่ายสุขภาพในชุมชน มีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือประชาชนให้เข้าถึงบริการ เช่น การให้ข้อมูล การติดตามผู้ป่วย และการจัดบริการเชิงรุกในพื้นที่ ความสำคัญของการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพและการส่งเสริมความรู้ในพื้นที่ชนบทเพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมและยั่งยืน

**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 โดยพบแต่ anti-HBs อย่างเดียวร้อยละ 18.4 (1,083/5,886) ตรวจพบการติดเชื้อโดยพบ markers ของการติดเชื้อร้อยละ 3.6 (210/5,886) และพบผู้ติดเชื้อร้อยละ 1.4 (80/5,886) ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของนโยบายแผนงานขยายการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในทารกแรกเกิดที่บรรลุเป้าหมาย

**สายทอง วงศ์คำ (2560)** ได้ทำการศึกษาเรื่อง อัตราการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี และเชื้อซิฟิลิส ในเลือดบริจาคของโรงพยาบาลหัวหิน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของอัตราการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี และเชื้อซิฟิลิส เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง จากฐานข้อมูลรายงานผลการตรวจการติดเชื้อในเลือดบริจาค ของโรงพยาบาลหัวหิน ระหว่างพ.ศ. 2558-2559 ผลการศึกษาพบว่า มีจำนวนผู้บริจาคจำนวน 8,741 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.1 อายุที่บริจาคมากที่สุดอยู่ระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 43.9 อาชีพ พนักงานบริษัท ร้อยละ 44.7 และเป็นผู้บริจาครายเก่า ร้อยละ 62.7 พบว่า อัตราการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี และเชื้อซิฟิลิส อยู่ที่ร้อยละ 2.9 โดยพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มากที่สุดร้อยละ 1.5 พบว่า เพศ อายุ อาชีพ ประเภทการบริจาค เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อในเลือดบริจาค จากการศึกษาจึงควรมีการรณรงค์ในกลุ่มเยาวชน ให้ความรู้ในการรักษาสุขภาพ เพื่อเพิ่มผู้บริจาครายใหม่ที่มีความเสี่ยงน้อย ลดความเสี่ยงของโลหิตบริจาค การสัมผัสเชื้อของผู้ปฏิบัติงานและความสูญเสียเปล่าในงานบริจาคโลหิต

**ธีระวัฒน์ ชัยพร (2562)** ได้ทำการศึกษารูปแบบของชุมชนในการเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคโดยเฉพะอย่างยิ่งการใช้ระบบชุมชนผู้นำในการเผยแพร่ข้อมูลอย่างเป็นทางการงาน การวิจัยความเห็นของประชาชนในชุมชน เช่น การเผยแพร่ความรู้หลักความรู้ระหว่างสมาชิก และการพัฒนาเครือข่ายชุมชน ให้ความสำคัญกับการพิจารณาและความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการป้องกัน ผลการศึกษาพบว่าข้อมูลสำคัญผ่านระบบอย่างต่อเนื่องชุมชนและการพิจารณาส่งผลการเปลี่ยนแปลงของประชาชนทั่วไปถึงส่วนประกอบรับไวรัสผ่านใจในมาตรการป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพเน้นไปที่ความสำคัญของความรู้และการสื่อสารเชิงสุขภาพในระดับชุมชนที่มีความสำคัญในการบริโภคสุขภาพและป้องกันโรคอย่างยั่งยืน

**เอกชัย แดงสะอาด และคณะ (2562)** ได้ทำการศึกษาเรื่อง ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มผู้มารับบริการชายคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคาดประมาณความชุกการติดเชื้อ พฤติกรรมเสี่ยง และคาดประมาณความครอบคลุมการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ทำการศึกษาย้อนหลังโดยการทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ที่มารับบริการระหว่าง ตุลาคม 2556 ถึง กันยายน 2559 จำนวน 827 ราย พบว่าในกลุ่มผู้มารับบริการชาย มีอายุเฉลี่ย 36.8 ปี ในการมาตรวจรักษาพบว่า เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เนื่องจากไม่ได้สวมถุงยางอนามัย มีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาเพียงร้อยละ 14.0 และได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีครอบคลุม 3 เข็ม เพียงร้อยละ 17.8 และกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 ปี ตรวจไม่พบภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบีถึงร้อยละ 81.3 ดังนั้น การส่งเสริมการให้ความรู้เรื่องไวรัสตับอักเสบบี และการส่งเสริมการได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มผู้ไม่มีภูมิคุ้มกันให้ครอบคลุม 3 เข็ม จึงมีความสำคัญในการดำเนินงานสาธารณสุขไทย

**มาริริน สุภาพรูป และคณะ (2563)** ได้ทำการศึกษาเรื่อง อิทธิพลของการติดเชื้อในคู่สมรสร่วมกับการได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี และการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในสตรีที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โดยศึกษาในสตรีที่มาฝากครรภ์ จำนวน 118 ราย เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 5 ราย และหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 113 ราย ผลการศึกษาพบว่า การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในคู่สมรส เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 2.58 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาแยกตามประวัติการได้รับวัคซีน พบว่า ในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับวัคซีนแล้ว การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในคู่สมรส จะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ 0 เท่า แต่ในหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับวัคซีน การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในคู่สมรส จะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ 12.5 เท่า จึงสรุปได้ว่าควรหาแนวทางการให้ความรู้แก่สตรีที่วางแผนจะตั้งครรภ์ที่ยังไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีให้ได้รับก่อนการตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากคู่สมรส

**กัทลี ทารคุโน และคณะ (2564)** ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในหญิงตั้งครรภ์ ในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี ปี 2561 โดยศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้คือ ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ขึ้นทะเบียนฝากครรภ์ของโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี จำนวน 6,502 ราย มีผลการตรวจ HBsAg เป็นบวก จำนวน 29 ราย ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ มีอายุเฉลี่ย 28 ปี หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี มีการติดเชื้อสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ร้อยละ 3.1 อายุครรภ์อยู่ในช่วงสัปดาห์ที่ 15 - 28 ร้อยละ 1.2 และพบความชุกของการติดเชื้อในการตั้งครรภ์ครั้งที่มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ร้อยละ 2.1 ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดปทุมธานี

ปีงบประมาณ 2561 มีขนาดที่ต่ำ อย่างไรก็ตามการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในหญิงตั้งครรภ์นั้นสามารถถ่ายทอดจากแม่สู่ลูกได้ ดังนั้นการดำเนินการป้องกันควบคุมโรค จึงควรให้ความสำคัญกับการตรวจวินิจฉัยไวรัสตับอักเสบบีในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ทุกราย เพื่อให้สามารถควบคุมการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในหญิงตั้งครรภ์และป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูก

**นันทิดา เชื้อมโนชาญ และสุริพร ธนศิลป์ (2564)** ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ประสบการณ์มีอาการ การจัดการตนเอง ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง มีอายุระหว่าง 18-59 ปี รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 132 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.1 มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ร้อยละ 55.57 ผู้ป่วยรับรู้อย่างสามารถทำงานได้ตามปกติและเรียนรู้ที่จะใช้ชีวิตอยู่กับโรคอย่างปลอดภัย มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสม ส่วนด้านภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 1.9 เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้ทางลบต่อภาวะสุขภาพของตนเอง โดยผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดได้ ต้องรักษา ติดตามต่อเนื่องตลอดชีวิต ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางอารมณ์และจิตใจ

**ภาณุพันธุ์ ธนปฐมสินชัย และคณะ (2564)** ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ในพนักงานคัดแยกขยะสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดยโสธร มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ในพนักงานคัดแยกขยะสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดยโสธร ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มี 3 ระยะ คือ 1) การเตรียมการ 2) การปฏิบัติการพัฒนาการดำเนินงาน และ 3) การทดลองใช้รูปแบบ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา T-test และ Z-test กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานคัดแยกขยะ 357 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 90.1 เคยประสบอุบัติเหตุจากการทำงานเกี่ยวกับขยะ ร้อยละ 34.2 เคยมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 23.2 ถูกวัตถุสิ่งของบาดตีหรือแทง ร้อยละ 21.6 ผลการตรวจเลือดพบเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 11 ราย พบไวรัสตับอักเสบบีซี 15 ราย การสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า รูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรค และการรักษาผู้ติดเชื้อยังไม่เป็นรูปธรรม จึงได้พัฒนาให้มีระบบการดูแลรักษาซึ่งผู้ติดเชื้อถูกส่งต่อเข้าสู่การรักษา ร้อยละ 92.3 และพัฒนาโปรแกรมสร้างความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้สัมผัสใกล้ชิดในครอบครัว ผลพบว่า หลังให้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้และพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) กลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดและผู้ติดเชื้อในกลุ่มทดลองตรวจพบการติดเชื้อน้อยกว่ากลุ่มควบคุม รูปแบบที่พัฒนาขึ้น มี 4 องค์ประกอบ คือ

1) การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง 2) การตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อ 3) การส่งต่อผู้ติดเชื้อเข้าสู่การรักษา และ 4) การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยบูรณาการ

**เขมกร เทียงทางธรรม และคณะ(2565)** ได้ทำการศึกษาเรื่อง การศึกษาการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี ในผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงที่มาใช้บริการ ณ ศูนย์นวัตกรรมคลินิกเขตเมือง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาและส่งต่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ลดการแพร่เชื้อและลดโอกาสป่วยของโรค ผลการศึกษาพบว่า จากการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี โดยใช้ชุดตรวจ Rapid test ในกลุ่มตัวอย่าง 208 ราย เป็นหญิงร้อยละ 62.0 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 26.9 พบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 2 ราย ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 1 ราย รวมเป็น 3 ราย และความเสี่ยงของผู้ที่มาใช้บริการ คือผู้ที่เกิดก่อน พ.ศ.2535 เพราะประเทศไทยเริ่มให้วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบีแก่เด็กทุกคนตามแผนงานสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติเมื่อปี 2535 และความเสี่ยงอื่นๆ ผู้ที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่เคยถูกเข็มหรือของมีคมที่หมดอายุปฏิบัติหน้าที่ ผู้ที่เคยได้รับเลือดหรือสารเลือดก่อนพ.ศ.2535 ผู้ที่เคยมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย เคยสักผิวหนัง เจาะหู ผิงเข็ม ในที่ที่ไม่ใช่สถานพยาบาล และเคยใช้ของมีคมบางอย่างร่วมกับผู้อื่น เช่น มีดโกน กรรไกรตัดเล็บ เป็นต้น ผู้ที่มาใช้บริการที่มีความเสี่ยงนี้ควรได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี เพื่อค้นหาและส่งต่อเข้าสู่การรักษา ลดการแพร่เชื้อและลดการป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี

**ธีรพจน์ พิภน้อย (2565)** ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีโดยอสม. ประเมินความรู้การดำเนินการและความพึงพอใจต่อการตรวจคัดกรองของอสม. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีและความพึงพอใจต่อการรับบริการของประชาชนระหว่างการรับบริการโดยอสม. กับโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขศึกษาในอสม. กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกลุ่มละ 66 คน และประชาชนผู้รับการตรวจคัดกรองโดยอสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกลุ่มละ 440 คน รูปแบบการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีโดย อสม. โดยการประชาสัมพันธ์ การตรวจวินิจฉัย ร้อยละ 98.5 มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในระดับดี, ร้อยละ 63.7 ดำเนินการตรวจคัดกรองในระดับมากและร้อยละ 95.5 พึงพอใจต่อการตรวจคัดกรองในระดับสูง สรุปได้ว่ารูปแบบการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีโดย อสม. มีประสิทธิผลที่ดี จึงควรให้อสม. ใช้รูปแบบการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีนี้ดำเนินการเพื่อช่วยให้คัดกรองได้อย่างรวดเร็วและครอบคลุมประชากรได้มากขึ้นโดยคัดเลือก อสม. ที่จะดำเนินการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีตามความสมัครใจอีกทั้งเป็นผู้ที่มีความตั้งใจและความพร้อมในเรื่องเวลาที่จะดำเนินการ

**พิสมัย สุระกาญจน์ และคณะ (2565)** ได้ทำการศึกษาเรื่องความชุกการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีของเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างปี พ.ศ.2558-2562 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในเด็กที่เกิดจาก

มารดาที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและศึกษาความสัมพันธ์ของเด็กที่ได้รับวัคซีน HBV กับการเกิดภูมิคุ้มกันการวิจัยนี้เป็นการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนายอนหลังกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อในพื้นที่จังหวัดมหาสารคามที่เข้าร่วมโครงการกำจัดตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูกในปี 2563 ผลการศึกษา จากข้อมูลเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อจำนวน 186 คน อายุเฉลี่ย 31 ปี พบว่า ความชุกของเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 53 มีอายุระหว่าง 9 เดือนถึง 5 ปี ได้รับ HBIG ร้อยละ 44.62 ได้รับ HBV ครบ ร้อยละ 89.24 มีภูมิคุ้มกันจากไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 76.34 เด็กที่ได้รับวัคซีน HBV ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภูมิคุ้มกัน ควรให้ HBIG และวัคซีน HBV ในเด็กให้ครบ และควรตรวจคัดกรองและตรวจภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบีให้ครอบคลุม พร้อมทั้งพัฒนารูปแบบการส่งต่อและรักษามารดาและเด็กที่ติดเชื้อเพื่อลดการเกิดโรคตับอักเสบบี ตับแข็ง และมะเร็งตับในอนาคต

**พิสมัย สุระกาญจน์ และคณะ (2565)** ได้ทำการศึกษาเรื่อง ความชุกการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในหญิงตั้งครรภ์ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในหญิงตั้งครรภ์พื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ขึ้นทะเบียนฝากครรภ์ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ.2557-ธันวาคม พ.ศ. 2561 ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 28 แห่ง มีความชุกการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในปีพ.ศ.2557-2561 ร้อยละ 1.02, 1.07, 0.85, 1.09 และ 1.13 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 26 ปี ร้อยละ 63.40 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ยังไม่มีนโยบายแผนงานขยายการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในทารกแรกเกิดในพ.ศ.2535 รองลงมาคือในช่วง 14-26 ปี ร้อยละ 36.61 อายุน้อยสุด 14 ปี จำนวน 2 คน ซึ่งประชาชนกลุ่มนี้อาจยังไม่ได้รับวัคซีนทุกคน จากการสำรวจความครอบคลุมการได้รับวัคซีนใน พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 95.0 และร้อยละ 99.0 ในพ.ศ. 2556 ซึ่งกลุ่มที่ติดเชื้ออายุน้อยอาจติดจากมารดาในระหว่างคลอดหรือติดเมื่อโตแล้ว จึงควรมีระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกและป้องกันการเกิดภาวะตับอักเสบบี ตับแข็งและมะเร็งตับในอนาคต

**สรรัตน์ ท่าแก้ว (2565)** ได้ทำการศึกษาเรื่อง วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบีสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีโอกาสได้รับเลือดได้บ่อยครั้ง อีกทั้งการได้รับเลือดยังเป็นช่องทางหนึ่งของการติดต่อของเชื้อไวรัสมาสู่ผู้ป่วย ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความเสี่ยงสูงที่มีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความชุกของผู้ป่วยที่มี HBsAg เป็นบวกเพิ่มขึ้นคงที่อยู่ที่ประมาณร้อยละ 4.2-4.4 และมีภูมิคุ้มกัน HBsAb เป็นบวกเพิ่มขึ้นคงที่อยู่ที่ประมาณร้อยละ 58.0 การได้รับวัคซีนป้องกันในรายที่ยังไม่มีภูมิคุ้มกันจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันโรค แต่การได้รับวัคซีน

ป้องกันโรคตับอักเสบบี ในขนาดมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมักจะมีภูมิคุ้มกันในระดับที่เพียงพอเฉลี่ยร้อยละ 64.0 ซึ่งอาจจะลดลงในเวลาถัดไป จึงจำเป็นต้องตรวจติดตามภูมิคุ้มกัน HBsAb ให้มีระดับที่เพียงพอในการป้องกันโรคได้ คือ มีระดับภูมิคุ้มกันมากกว่าหรือเท่ากับ 10 mIU/mL อยู่เสมอ โดยจะแนะนำให้ตรวจทุก 1 ปี นอกจากนี้ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อวัคซีนอาจจะลองปรับเปลี่ยนวิธีฉีดวัคซีนเป็นวิธีอื่น เช่น การฉีดเข้าในชั้นผิวหนัง เป็นต้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันและลดต้นทุนค่าใช้จ่ายลง หรือกรณีผู้ป่วยขาดช่วงในการรับวัคซีน ให้ฉีดวัคซีนโดสต่อไปได้โดยไม่ต้องเริ่มฉีดใหม่ทั้งหมด และสามารถรับวัคซีนต่างชื่อการค้ากันได้ ดังนั้น กำหนดระยะเวลาการตรวจติดตามภูมิคุ้มกันที่เหมาะสม และการฉีดวัคซีนให้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ได้การตอบสนองต่อภูมิคุ้มกันที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด จะช่วยให้บุคลากรทางสาธารณสุขสามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีให้แก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้

**เจนจิต ฉายะจิรดา และคณะ (2566)** ได้ทำการศึกษาเรื่อง แนวปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังในโรงพยาบาลศิริราช จากข้อมูลของหน่วยเวชสถิติ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ในช่วงพ.ศ.2554-2564 พบหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลศิริราช มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เฉลี่ยร้อยละ 2.80 ผลการศึกษาพบว่า ไวรัสตับอักเสบบี เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบบ่อยในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งก่อผลเสียอย่างมาก ผู้ที่ได้รับเชื้ออาจกลายเป็นผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบชนิดเรื้อรัง การป้องกันการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกจึงเป็นแนวทางสำคัญที่จะลดอุบัติการณ์ของผู้ติดเชื้อชนิดเรื้อรัง ได้แก่ การค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ การตรวจเลือดหาปริมาณไวรัส หรือ HBeAg เพื่อช่วยพิจารณาการให้ยาลดปริมาณไวรัส จะต้องมีการให้ยาต่อเนื่องถึงหลังคลอด 3 เดือน และติดตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีอย่างรวดเร็วที่สุด ติดตามทารกเพื่อมารับวัคซีนอย่างครบถ้วนและตรวจประเมินการติดเชื้อของทารกที่อายุ 9-12 เดือน

**Leroi at al. (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]) จากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ (Hepatitis B virus [HBV]) ถึง 240 ล้านคน และจะมีอย่างน้อย ร้อยละ 25 ที่ได้รับผลกระทบโดยมีโอกาสกลายเป็นโรค ตับแข็ง และมะเร็งในตับ ซึ่งมีผู้เสียชีวิตประมาณ 8 แสนรายต่อปี ผลการศึกษาความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบชนิดเรื้อรังในประเทศไทยพบว่า ในภาพรวมแนวโน้มพบผู้ป่วยลดลง ความชุกของการติดเชื้อในประชากรทั่วไปอยู่ที่ 5.14 (95%CI 4.32, 6.03) แต่ยังคงมีความชุกอยู่ในระดับสูงในประกรบางกลุ่ม

ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุเสพติดชนิดฉีด 8.50 (95%CI 3.65, 18.08) กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 8.05 (95%CI 6.62, 9.67) และกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข 5.19 (95%CI 3.47, 7.22) เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่าในกลุ่มอายุ 25 ปีขึ้นไป ยังพบความชุกต่อการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบีอยู่ในระดับสูง ส่วนกลุ่มอายุที่มีความชุกของการติดเชื้อสูงสุด คือ อายุ 55 ปีขึ้นไป โดยคาดประมาณว่าจะพบผู้ติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบีกว่า 1.1 ล้านคน และคาดประมาณว่าคนไทยในประชากรทั่วไปจะมีความชุกต่อการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 5

**Posuwan at al. (2016)** ได้ทำการศึกษาเรื่อง The Success of a Universal Hepatitis B Immunization Program as Part of Thailand's EPI after 22 Years' Implementation ได้ทำการศึกษาเพื่อประเมินผลการดำเนินงานให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทยในช่วง 22 ปี ที่ผ่านมา ผลการศึกษาพบว่าจากการตรวจเลือดคัดกรองประชาชนในภูมิภาคต่างๆ ทั่วประเทศในปี 2014 (พ.ศ.2557) จำนวน 5,964 ราย พบว่าความชุกของผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ในผู้ที่เกิดหลังการเริ่มให้บริการฉีดวัคซีนดังกล่าวลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยพบอัตราการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มอายุต่างๆ ได้แก่ อายุ 6 เดือนถึง 5 ปี ร้อยละ 0.1 อายุ 5-10 ร้อยละ 0.29 อายุ 11-20 ร้อยละ 0.69 อายุ 21-30 ร้อยละ 3.12 อายุ 31-40 ร้อยละ 3.78 อายุ 41-50 ร้อยละ 4.67 และอายุมากกว่า 50 ร้อยละ 5.99 ซึ่งทำการเปรียบเทียบผลการตรวจเลือดหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ระหว่างประชาชนที่เกิดก่อนและหลังโครงการฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีอัตราการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในประชาชนที่เกิดก่อนและหลังเริ่มให้บริการ ในอัตราร้อยละ 4.5 และ 0.6 ตามลำดับ การศึกษานี้ให้ข้อสรุปได้ว่าวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี มีประสิทธิภาพระยะยาวในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ดังนั้นการฉีดวัคซีนในเด็กทุกคนให้ได้อย่างครอบคลุมจะมีส่วนช่วยในการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี ให้หมดไปจากประเทศไทยได้ในที่สุด

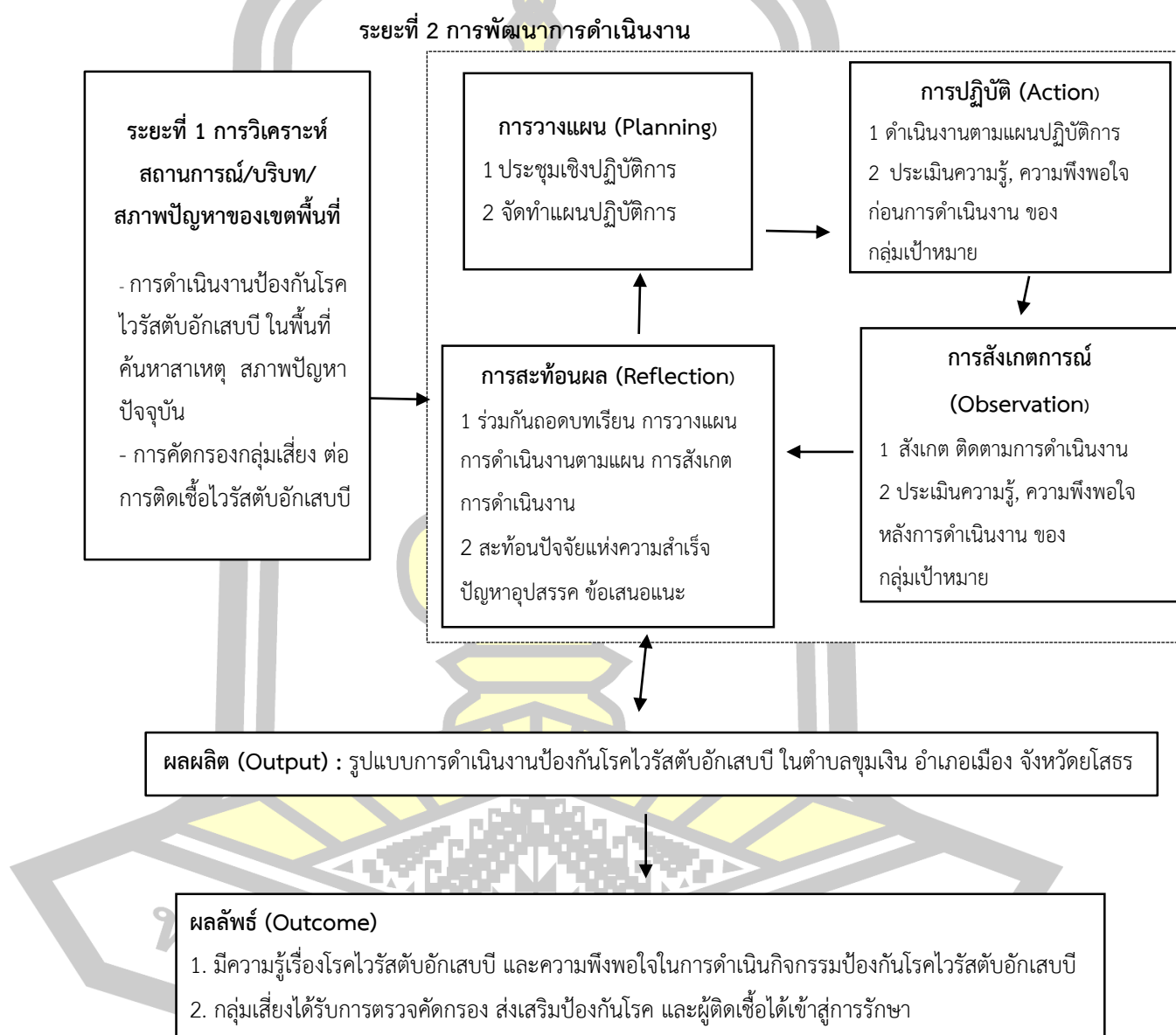
จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่า โรคไวรัสตับอักเสบบี ยังเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุข ถึงแม้แนวโน้มโรคลดลงแต่ภาระโรคยังอยู่ในระดับสูง โรคไวรัสตับอักเสบบี มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การมีคู่นอนหลายคน การรับเลือด การสักเจาะผิวหนัง การอาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ติดเชื้อ การเป็นบุคลากรทางการแพทย์ เช่น เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ผู้ช่วยพยาบาล และพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ผลกระทบที่สำคัญของโรคไวรัสตับอักเสบบี คือ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของมะเร็งในตับ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของโลกและในประเทศไทย ผลจากการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีทำให้ความชุกของโรคลดลง อย่างไรก็ตามพบว่าในกลุ่มผู้ที่เกิดก่อน พ.ศ.2535 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนและมีสถานการณ์ของโรคไวรัสตับอักเสบบีอยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วง โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่าง จากสาเหตุที่ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ไม่มีอาการใด ๆ ในช่วงแรก ๆ หรืออาจไม่แสดงอาการเลย หรือแสดงอาการที่ไม่รุนแรงและส่วนใหญ่หาย

เองได้และมีวัคซีนป้องกันโรค อาจเป็นเหตุผลหนึ่งทำให้ผู้ติดเชื้อไม่เข้ารับการตรวจรักษาหรือไม่มีการป้องกันโรค และกลุ่มเสี่ยงหรือประชาชนทั่วไปไม่ตระหนักในการป้องกันตนเองจากพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ สำหรับโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง (Chronic HBV) ยังต้องมีการติดตามเพื่อดูแลรักษาเพื่อดูแนวโน้มหรือผลกระทบในระยะยาว และถึงแม้ประเทศไทยมีแผนยุทธศาสตร์เพื่อที่จะแก้ไขปัญหาและการดำเนินงานควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบีจนถึง พ.ศ. 2564 แต่การดำเนินงานในพื้นที่ตำบลชุมชนยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน กลุ่มเสี่ยงยังไม่ได้การตรวจคัดกรองที่ครอบคลุม ผู้ป่วยไม่ได้รับการติดตามเพื่อดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง งานวิจัยหลายงานได้พยายามหารูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกันและแก้ไข ซึ่งพบว่ากระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้การดำเนินการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเกิดความยั่งยืนและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ทำการทบทวนในประเด็นการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อ การส่งต่อหรือติดตามผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสม รวมทั้งการส่งเสริมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง หรือป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไปยังบุคคลอื่นยังไม่เป็นรูปธรรมหรือมีความชัดเจน ดังนั้น ในการวิจัยนี้ จะเป็นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในการป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบี การติดตามเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ชนิดเรื้อรังไม่ให้มีอาการแทรกซ้อน กลายเป็นโรคตับแข็งและมะเร็งในตับ และเพื่อให้ได้ผลการศึกษามีรายละเอียดที่ครบถ้วนทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ และการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้เสีย จึงได้นำแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินการวิจัยนี้



## 2.8 กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาแบบการดำเนินงานป้องกันผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในชุมชนตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ครั้งนี้ มีกรอบแนวคิดในการวิจัย รายละเอียดดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ในประชาชนตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ในการศึกษาครั้งนี้เป็นไปภายใต้กรอบการศึกษาวิจัยแบบวงจรการวิจัยปฏิบัติการรูปแบบ PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) และได้มีการกำหนดแนวทางในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.4 การตรวจสอบคุณภาพและการพัฒนาเครื่องมือ
- 3.5 ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.6 การประมวลผล
- 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้
- 3.8 จริยธรรมในการวิจัย

#### 3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีกระบวนการดำเนินการศึกษา โดยกำหนดขั้นตอนการวิจัยในลักษณะวงรอบ ตามแนวคิดของเคมมิสและแม็คแทกการ์ท (Kemmis and McTaggart, 1988) รายละเอียดการดำเนินงาน มี 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ บริบท และสภาพปัญหาในพื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร และการคัดกรองด้วยแบบสอบถามและการตรวจเลือดจากปลายนิ้ว ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน โดยใช้กระบวนการวงรอบ ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis and McTaggart มีทั้งหมด 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ขั้นตอนการปฏิบัติการ (Action) ขั้นตอนการสังเกต (Observation) และขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection)

### ระยะที่ 1 การเตรียมการวิเคราะห์สถานการณ์

ในขั้นตอนนี้เพื่อสำรวจสภาพปัญหาของโรคไวรัสตับอักเสบบี

- 1) ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการวิจัยกระบวนการในการจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดความเข้าใจชัดเจนตรงกันของผู้วิจัย และกลุ่มเสี่ยง
- 2) สืบหาข้อมูลพื้นฐานสภาพปัญหา และคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้วยแบบสอบถาม ประชาชนที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ทุกคนในพื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร จำนวน 2,315 คน
- 3) คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ได้ขนาดตัวอย่างจากการคำนวณ จำนวน 71 ตัวอย่าง และได้รับการเจาะเลือดตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ด้วยวิธีการเจาะปลายนิ้ว

### ระยะที่ 2 การปฏิบัติการการดำเนินงาน

ในขั้นตอนนี้ ใช้กระบวนการวงรอบ ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis and McTaggart มีทั้งหมด 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นการปฏิบัติการ (Action) ขั้นการสังเกต (Observation) และขั้นการสะท้อนผล (Reflection) รายละเอียดดังนี้

- 1) ขั้นการวางแผน (Planning) หลังจากที่ได้ทำการวิเคราะห์สภาพปัญหาการเกิดโรคไวรัสตับอักเสบบี และปัญหาการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ จากนั้น มีการระดมความคิดเห็นเพื่อหาทางออก ในการกำหนดมาตรการดำเนินงานเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหา พัฒนารูปแบบการดำเนินงานในพื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 25 คน
- 2) ขั้นการปฏิบัติการ (Action) ในขั้นตอนนี้เป็นการดำเนินงานตามที่คุณวิจัยได้จัดทำขึ้น
- 3) ขั้นการสังเกต (Observation) ในขั้นตอนนี้จะเป็นการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนการที่กำหนดไว้ ทั้งการสังเกตและประเมินความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี ด้วยแบบสอบถามสำหรับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 71 คน
- 4) ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) ในขั้นตอนนี้จะเป็นการสะท้อนผลการดำเนินการตามแผนให้กับทีมวิจัย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยการประชุม ประชาคมและสรุปสถานการณ์คืนข้อมูล

### 3.2 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

3.2.1 ประชากรและกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และกลุ่มประชาชนที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ดังนี้

3.2.1.1 กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 25 คน ได้แก่

- |   |            |
|---|------------|
| (1) บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการป้องกันโรค โรงพยาบาลโสธร | จำนวน 1 คน |
| (2) บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลรักษา โรงพยาบาลโสธร  | จำนวน 1 คน |
| (3) บุคลากรปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง จาก สสอ.เมืองยโสธร   | จำนวน 1 คน |
| (4) บุคลากรปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง จาก รพ.สต.ในพื้นที่  | จำนวน 2 คน |
| (5) บุคลากรปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง จาก อบต. ในพื้นที่   | จำนวน 2 คน |
| (6) ตัวแทนผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน)                      | จำนวน 8 คน |
| (7) แกนนำ อสม. ในพื้นที่ (ประธาน อสม.)                  | จำนวน 8 คน |
| (8) แกนนำผู้ติดเชื้อ (ผู้ที่รักษาหาย)                   | จำนวน 2 คน |

โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่

- 1) ปฏิบัติงานหรือเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานไวรัสตับอักเสบบี
- 2) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่

- 1) เจ็บป่วยหรือไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดกระบวนการ
- 2) ต้องการออกจากการศึกษาด้วยเหตุผลต่าง ๆ

3.2.1.2 กลุ่มประชาชนที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ในพื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร จำนวน 2,315 คน โดยใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณสัดส่วนของประชากร ในกรณีทราบจำนวนของประชากรที่แน่นอน (Wayne W.D., 1995) ดังนี้

สูตรการคำนวณ

$$n = \frac{Np(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

N = จำนวนประชากร (2,315 คน)

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

p = สัดส่วนของประชากรที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 5

(พิสมัย สุระกาญจน์ และคณะ, 2565)

Z = ระดับความมั่นใจที่กำหนด หรือระดับนัยสำคัญทางสถิติ (0.05 = 1.96)

$\alpha$  = ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง (0.05)

d = สัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ (0.05) (ระดับความเชื่อมั่น 95%)

แทนค่าในสูตร จะได้กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ คือ

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{2,315 \times 0.05(1-0.05)1.96^2}{0.05^2(2,315-1) + 0.05(1-0.05)1.96^2} \\
 &= 70.79 \\
 &= 71
 \end{aligned}$$

ดังนั้น ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 71 คน คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random Sampling) ด้วยการจับสลากทำการเขียนชื่อหมู่บ้านแล้วหยิบให้ครบตามจำนวน ไม่มีการใส่คืน ดังนี้ บ้านชุมชนเงินหมูที่ 1 จำนวน 9 คน บ้านสะพานหมูที่ 2 จำนวน 9 คน บ้านเหลื่อมหมูที่ 3 จำนวน 9 คน บ้านท่าค้อหมูที่ 4 จำนวน 9 คน บ้านคุยดับเต้าหมู 5 จำนวน 8 คน บ้านหนองบัวหมู 6 จำนวน 9 คน บ้านชุมชนเงินหมู 7 จำนวน 9 คน และบ้านสะพานหมู 8 จำนวน 9 คน

โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่

เดือน

- 1) ผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
- 2) อ่านออก เขียนได้ สามารถสื่อสาร เข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี
- 3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่

มาแล้ว

- 1) ผู้ที่เคยได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีมาแล้ว
- 2) เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี และเคยได้รับยาในการรักษามาแล้ว
- 3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามกระบวนการ

### 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 3.3.1 เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่

- 1) แบบสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อศึกษาความคิดเห็น และรายละเอียดของเนื้อหาที่สำคัญเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี (รายละเอียด

ตามภาคผนวก ก) ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนา จัดบันทึกประเด็น กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสพูดคุย แสดงความคิดเห็นโดยอิสระและบันทึกสังเกตการณ์มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม

### 3.3.2 เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่

1) แบบสอบถามการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม (ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบบีจากไวรัส, 2565 ; ถนอม นามค้ำวง, 2563) จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาข้อมูลเบื้องต้น สภาพปัญหา พฤติกรรมเสี่ยงและความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มตัวอย่างชุมชนตำบลชุมเงิน ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ (รายละเอียดตามภาคผนวก ข)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพทั่วไป จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูล/ประวัติเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 12 ข้อ

กำหนดคำตอบ ได้แก่ “ใช่” และ “ไม่ใช่” หรือ “เคย” และ “ไม่เคย”

ตอบ ใช่ หรือ เคย ให้ “1” คะแนน

ตอบ ไม่ใช่ หรือ ไม่เคย ให้ “0” คะแนน

การแปลความหมายของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หากมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 1 คะแนน ต้องส่งต่อเพื่อตรวจการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ด้วยชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น (Test Kit) โดยการเจาะเลือดเลือดปลายนิ้ว

ส่วนที่ 5 ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 13 ข้อ

กำหนดคำตอบ ได้แก่ “ใช่” และ “ไม่ใช่”

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบถูก ให้คะแนน 1 คะแนน

ตอบผิด ให้คะแนน 0 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี ตามเกณฑ์ของ (Bloom at al., 1971) ดังนี้

ได้คะแนน ร้อยละ 80 - 100 (11-13 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ในระดับ  
มาก

ได้คะแนน ร้อยละ 60 - 79 (8-10 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ในระดับ  
ปานกลาง

ได้คะแนน น้อยกว่า ร้อยละ 60 (0-7 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ในระดับ  
น้อย

3.3.3 แบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี เพื่อประเมินความพึงพอใจของรูปแบบการดำเนินงาน จำนวน 10 ข้อ (รายละเอียดตามภาคผนวก ค)

แบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตามแบบมาตรฐานของลิเคิร์ต (Likert, 1967) โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

5 คะแนน	หมายถึง มากที่สุด
4 คะแนน	หมายถึง มาก
3 คะแนน	หมายถึง ปานกลาง
2 คะแนน	หมายถึง น้อย
1 คะแนน	หมายถึง น้อยที่สุด

การแปลความหมายของคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตามแนวคิดเบสท์ (Best W. John., 1997)

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5 - 1}{3} = 1.33 \end{aligned}$$

ค่าคะแนนเฉลี่ย	3.67 – 5.00	หมายถึง	มีความพึงพอใจระดับสูง
ค่าคะแนนเฉลี่ย	2.34 – 3.66	หมายถึง	มีความพึงพอใจระดับปานกลาง
ค่าคะแนนเฉลี่ย	1.00 – 2.33	หมายถึง	มีความพึงพอใจระดับต่ำ

### 3.4 การตรวจสอบคุณภาพและพัฒนาเครื่องมือ

3.4.1 ศึกษาทบทวนแนวคิด ทฤษฎีจากตำรา เอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี แล้วนำมากำหนดแนวทางในการดำเนินการพัฒนาเครื่องมือในการวิจัย

3.4.2 กำหนดโครงสร้างเนื้อหาตามกรอบแนวคิด ทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้ในการวิจัย และนำมาสร้างข้อคำถามให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัยและการวัด

3.4.3 นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมและความครอบคลุมของเนื้อหา เพื่อนำไปปรับปรุงให้สมบูรณ์

3.4.4 นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน พิจารณา ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้องครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และ ตัวแปรที่ศึกษา เนื้อหาและความเหมาะสมของการใช้ภาษา เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง ข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of Concurrence; IOC) ซึ่งมีเกณฑ์พิจารณาให้คะแนน (ธิดารัตน์ สิงห์ทอง, 2562) ดังนี้

ข้อคำถามวัดได้ตรงวัตถุประสงค์	ได้ + 1 คะแนน
ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นวัดตรงวัตถุประสงค์หรือไม่	ได้ 0 คะแนน
ข้อคำถามวัดได้ตรงวัตถุประสงค์	ได้ - 1 คะแนน

3.4.5 นำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำคะแนนมาวิเคราะห์ความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ เพื่อหาค่าเฉลี่ยสำหรับ ข้อคำถามแต่ละข้อ โดยใช้สูตร ดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC = ดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม คำตอบ กับเนื้อหาความเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญ

$$\sum R = \text{ผลรวมของคะแนนการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ}$$

$$N = \text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญ}$$

เกณฑ์คะแนน

1. ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50-1.00 มีค่าความเที่ยงตรง ใช้ได้
2. ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ต้องปรับปรุง ใช้ไม่ได้

โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ ของแบบสอบถาม การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัด ยโสธร ค่าไม่น้อยกว่า 0.50 (มณีรัศมี พัฒนสมบัติสุข, 2564)

ผลการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม มีอยู่ทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 1.00

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพทั่วไป จำนวน 5 ข้อ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 1.00

ส่วนที่ 3 ข้อมูล/ประวัติเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีและมะเร็งตับ จำนวน 4 ข้อ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.91

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 12 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง มีค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.94

กำหนดคำตอบ ได้แก่ “ใช่” และ “ไม่ใช่” หรือ “เคย” และ “ไม่เคย”

ตอบใช่หรือเคยให้ “1” คะแนน

ตอบไม่ใช่หรือไม่เคยให้ “0” คะแนน

ส่วนที่ 5 ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 13 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคไวรัสตับอักเสบบี มีค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 1.00

มี 2 คำตอบ ได้แก่ “ใช่” และ “ไม่ใช่”

ตอบถูกให้ “1” คะแนน

ตอบไม่ถูกให้ “0” คะแนน

3.4.6 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน และนำผลมาวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือ โดยการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร โดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson Formula 20 หรือ KR-20) ซึ่งใช้สำหรับเครื่องมือที่มีคำตอบในลักษณะ 2 ค่า เช่น ใช่/ไม่ใช่ หรือ ถูก/ผิด โดยกำหนดค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป (มณีรัศม์ พัฒนสมบัติสุข, 2564)

ส่วนที่ 5 ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 13 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ เท่ากับ 0.70 ซึ่งมีค่าไม่น้อยกว่า 0.70 เป็นค่าที่ยอมรับได้และสามารถนำไปใช้ได้ตามเกณฑ์ของ คูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder- Richardson 20 [KR-20]) (มณีรัศม์ พัฒนสมบัติสุข, 2564)

### 3.5 ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 3.5.1 ระยะเตรียมการ

3.5.1.1 ประสานงานกับพื้นที่เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย โดยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ไปถึงผู้นำชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร เพื่อประสานงานกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและประสานงานกับตัวแทนกลุ่ม เพื่อบริหารงาน วัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมจัดกิจกรรม

3.5.1.2 เตรียมผู้ช่วยเหลือวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เทคนิค และขั้นตอนในการดำเนินการ

### 3.5.2 ระยะดำเนินการวิจัย

3.5.2.1 ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ บริบท และสภาพปัญหาในพื้นที่ตำบล ชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

1) วิเคราะห์บริบทชุมชน ศึกษาถึงปัญหาและความต้องการของชุมชน เกี่ยวกับ ปัญหาการดำเนินงานการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในพื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

2) ทำการคัดกรองหากกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มประชาชนที่ เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ในพื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ด้วยแบบสอบถาม โดยผู้ที่มี คะแนนพฤติกรรมเสี่ยงเท่ากับหรือมากกว่า 1 คะแนน จะได้รับการตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ด้วยชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น (Test Kit) โดยการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว มีขั้นตอน ดังนี้

- เช็ดบริเวณที่ปลายนิ้วด้วยแผ่นซูปแอลกอฮอล์
- ใช้เข็มสำหรับเจาะเลือดปลายนิ้ว และเก็บเลือดด้วยหลอดหยด
- นำเลือดหยดลงหลอดหยดตัวอย่าง จำนวน 2 หยด
- บีบน้ำยาบัฟเฟอร์ 1 หยด
- รออ่านผลการทดสอบ 20 นาที

หากผลเลือดเป็นบวก (HBsAg Positive) จะได้รับคำปรึกษาป้องกันแจ้งผลเลือดให้กับ เจ้าตัวทราบ ให้คำแนะนำเรื่องปฏิบัติตัว แนวทางการดูแลรักษาที่เหมาะสมและการติดตามต่อไป

หากผลเลือดเป็นลบ (HBsAg Negative) ผู้วิจัยแจ้งผลการตรวจคัดกรอง แนะนำถึง ความเสี่ยงเรื่องตับแข็งและมะเร็งตับ แนะนำให้ไปรับการตรวจ Anti- HBs และรับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี

### 3.5.2.2 ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน

ดำเนินการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ในตำบล ชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ดำเนินงานโดยใช้กระบวนการวงรอบ ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis and McTaggart มีทั้งหมด 4 ขั้นตอน ดังนี้

#### ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

1) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อระดมความคิดเห็น เพื่อกำหนดแผนงาน/กิจกรรมที่ ปฏิบัติแล้วนำไปสู่การบรรลุความพึงพอใจ นำความคิดเห็นที่จะทำกิจกรรมเหล่านั้นมาแลกเปลี่ยนกัน ในขั้นตอนนี้ อาจจะมีการระดมความคิดเห็นถึงสาเหตุ/ปัจจัย ที่มีอิทธิพลขัดขวางที่จะทำให้ไม่สามารถ บรรลุสู่ความสำเร็จและแนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรค

2) นำกิจกรรม หรือวิธีควบคุมปัจจัยที่ระดมความคิดมาแจกแจงประเภทหรือกลุ่มต่างๆ เพื่อจัดลำดับความสำคัญว่าควรจะคัดเลือกกิจกรรม หรือวิธีการใดมาทำก่อนหลังอย่างไร จากการคิดร่วมกันวิพากษ์วิจารณ์ถึงเหตุผลร่วมกันก็จะนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมที่กลุ่มคัดเลือกไว้เป็นประเภทๆ ตามลำดับความสำคัญหรือเป้าหมาย

3) จัดทำแผนปฏิบัติการและวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ พื้นที่และกลุ่มคน เป้าหมายวันเวลาที่ดำเนินการ ทรัพยากรที่จะต้องใช้และผู้รับผิดชอบหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบ และมีการสร้างความร่วมมือในชุมชน โดยผู้นำชุมชนมีบทบาทสำคัญในการรณรงค์และกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี เช่น ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าอาวาส ครู และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ช่วยในการประชาสัมพันธ์และให้ข้อมูลแก่ประชาชนในระดับครัวเรือน

#### ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action)

1) การดำเนินการตามแผนกิจกรรมที่กำหนดในขั้นตอนที่ 1 ในพื้นที่และตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย

2) ประเมินประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีและความพึงพอใจในการดำเนินงาน ก่อนการดำเนินงานตามแผน (Pre- test) ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

#### ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation)

1) สังเกตการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยเข้าไปสังเกตร่วมกับมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน โดยทำการสังเกตพฤติกรรม กิจกรรมของบุคคลและความสัมพันธ์ของบุคคลในเหตุการณ์ที่เลือกสังเกต

2) ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี และความพึงพอใจในการดำเนินงาน หลังการดำเนินงานตามแผน (Post- test) ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

#### ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนผล (Reflection)

ร่วมกันถอดบทเรียน ตั้งแต่การวางแผน การดำเนินงานตามแผน การสังเกตการดำเนินงานรวมถึงสะท้อนผลการดำเนินงาน สะท้อนปัจจัยแห่งความสำเร็จ รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโครงการ ข้อเสนอแนะที่ได้จากแผนการดำเนินงาน ผู้วิจัยได้สะท้อนผลการดำเนินการตามแผนร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ ทั้งการพัฒนาแบบการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ด้วยการตรวจคัดกรองหาเชื้อ ระบบส่งต่อผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เพื่อให้เข้าสู่ระบบการรักษา การเข้าถึงวัคซีนของกลุ่มเสี่ยงที่มากขึ้น และการสร้างความร่วมมือของทุกคนในชุมชน โดยการประชุมกลุ่มในชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

### 3.5.8 ระยะเวลาสรุปผล

สรุปผลการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ในระยะสิ้นสุดโครงการวิจัย โดยเก็บรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสังเกตพฤติกรรม เขียนรายงานเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม จากนั้นวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

## 3.6 การประมวลผล

3.6.1 การตรวจสอบข้อมูล การประมวลผลข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มจะทำการถอดเทปคำต่อคำส่วนการประมวลผลข้อมูลจากแบบสอบถาม จะทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามแต่ละฉบับ โดยหากแบบสอบถามฉบับใดไม่สมบูรณ์จะพิจารณาคัดออก รวมทั้ง การตรวจสอบค่าว่าง (Missing) โดยปรับแก้ไขให้เรียบร้อยก่อนบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์

3.6.2 การบันทึกข้อมูล ทำการบันทึกข้อมูลจากแบบสอบถามลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยผู้วิจัยบันทึกข้อมูลลงโปรแกรม Microsoft Excel นำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ด้วยโปรแกรม Excel และมีการปรับแก้ไขให้เรียบร้อย

### 3.6.3 การจัดการข้อมูล

ดำเนินการเพื่อจัดการข้อมูลให้พร้อมสำหรับการวิเคราะห์ เช่น การให้คะแนนในแต่ละข้อคำถาม การหาคะแนนรวม และการจัดกลุ่มข้อมูล เช่น จัดกลุ่มตัวแปรอายุ การจัดกลุ่มระดับความพึงพอใจ

## 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

### 3.7.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ สัดส่วน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความชุกของพฤติกรรมเสี่ยง

2) สถิติเชิงอนุมาน โดยเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี ก่อนและหลังการวิจัย ด้วย Paired t-test ประเมินความพึงพอใจ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value} < 0.05$

3.7.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) จากข้อมูลที่ได้จากการดำเนินงาน แล้วสรุปเป็นประเด็นปัญหา และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี

3.7.3 การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลสถิติ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางด้านสถิติ

### 3.8 จริยธรรมในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษาถึงการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ซึ่งผู้วิจัยตระหนักถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อพิจารณาและในการวิจัยนี้ได้ปฏิบัติตามเงื่อนไขของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยได้ขออนุมัติไปยังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และได้รับใบรับรองจริยธรรมเลขที่ 310-053/2567 วันที่รับรอง 23 พฤษภาคม 2567 รายละเอียดตามภาคผนวก จ. หลักจากการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้จัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร เพื่อไม่ให้เกิดความเสียหายต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยมีแนวทางในการปฏิบัติด้านจริยธรรมดังนี้

3.8.1 ผู้วิจัยทำหนังสือเชิญกลุ่มเป้าหมายที่มีส่วนเกี่ยวข้อง พิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัยทุกราย โดยการแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งสิทธิ การตอบรับหรือปฏิเสธการเป็นผู้ร่วมวิจัยในครั้งนี้

3.8.2 กระบวนการวิจัยจะไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนทางร่างกายและจิตใจต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจะไม่บังคับให้เข้าร่วมการวิจัยหากไม่พร้อมหรือไม่สมัครใจ

3.8.3 ในระหว่างการทำกิจกรรม ให้ทุกคนแสดงออกเท่าเทียมโดยเสรี มีสิทธิ์ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวได้ ผู้วิจัยจะให้เกียรติและคำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคล เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน

3.8.4 ในกระบวนการวิจัยถ้าหากจะต้องมีการบันทึกเทป การบันทึกภาพ หรือการจดบันทึก การสังเกต จะต้องแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบและขออนุญาตก่อนทุกครั้ง

3.8.5 เคารพสิทธิความเป็นส่วนตัว ปกปิดความลับของผู้วิจัย

3.8.6 อาสาสมัครวิจัยสามารถบอกเลิกโดยไม่แจ้งเหตุผล

3.8.7 การดำเนินการวิจัยได้ปฏิบัติโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ร่วมวิจัยทุกขั้นตอน

## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ในประชาชนตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามในประชาชนที่เกิดก่อน พ.ศ.2535 ในพื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ซึ่งกระบวนการดำเนินการวิจัยมี 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การเตรียมการวิเคราะห์สถานการณ์ และระยะที่ 2 การปฏิบัติการการดำเนินงาน มีผลการศึกษา ดังต่อไปนี้

#### 4.1 ผลการศึกษาระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ บริบท และสภาพปัญหาในพื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

##### 4.1.1 บริบทของการดำเนินงานป้องกันไวรัสตับอักเสบบี

การดำเนินงานป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ในระดับพื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ดังกล่าว ผลการดำเนินงานในพื้นที่ที่ผ่านมาพบว่า การดำเนินงานที่ผ่านมาที่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน ในด้านการป้องกันโรค คือ 1) การให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีแก่เด็กทุกคน ตามเกณฑ์มาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขที่ได้บรรจุวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีอยู่ในโปรแกรมสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค พ.ศ.2535 2) การรณรงค์การให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวหมู่บ้านในการป้องกันและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ส่วนการดำเนินงานป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงยังไม่มีแผนงานโครงการหรือกิจกรรมดำเนินการที่ชัดเจน ทั้งในระดับพื้นที่ยังขาดระบบติดตามการรักษาหรือส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งขาดการส่งเสริมสุขภาพหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยและผู้สัมผัสใกล้ชิด นอกจากนี้การติดตามผู้ป่วยในระยะยาวเพื่อเฝ้าระวังภาวะตับแข็งหรือโรคมะเร็งตับ ก็ยังไม่มีดำเนินการที่เป็นชัดเจน ในส่วนของผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง ยังไม่เข้าใจแนวทางการทำงานแก้ไขปัญหาไวรัสตับอักเสบบีที่ดีพอ ทั้งแนวทางการตรวจคัดกรองโรค การดูแลรักษาผู้ป่วย การติดตาม และการดำเนินการมาตรการควบคุมป้องกันโรค ในส่วนของหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมเงิน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว จะเป็นการให้บริการเชิงรับ เป็นการรับข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลยโสธร ในส่วนการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มเสี่ยงไม่มีแผนงานหรือกิจกรรมดำเนินงาน ไม่มีรูปแบบการจัดการเพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วย

ครอบครัว ไม่มีระบบการติดตามการรักษาหรือส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยและผู้สัมผัสใกล้ชิด สรุประเบิดการสนทนา ดังนี้

“อยากให้ชุมชนพื้นที่ตำบลชุมเงิน มีการดำเนินงานอย่างชัดเจน ควรมีการติดตามผู้ป่วยหรือให้อส. ช่วยกันค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชนไปตรวจ จะได้มีการตระหนักถึงโรคที่จะเกิดขึ้น”

ผู้ใหญ่บ้าน : การสัมภาษณ์

“ไม่ทราบว่าตัวเองติดเชื้อได้อย่างไร เพราะไม่ทราบมาก่อนว่าโรคไวรัสตับอักเสบบี สามารถติดต่อได้จากช่องทางไหนบ้าง จนเมื่อตัวเองมีอาการไข้ไม่หาย ร่วมกับอาการตาเหลือง ตัวเหลือง เบื่ออาหาร จึงไปตรวจทำให้ทราบว่าตัวเองติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี”

แกนนำผู้ติดเชื้อ : การสัมภาษณ์

“โรคไวรัสตับอักเสบบี คือโรคอะไร รู้จักแต่โรคตับ”

อส. : การสัมภาษณ์

“ไม่ทราบว่าตัวเองได้รับเชื้อมาได้อย่างไร และได้รับเชื้อมาตั้งแต่เมื่อไหร่ เพราะครอบครัวคนรอบข้างไม่มีใครเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีเลย”

แกนนำผู้ติดเชื้อ : การสัมภาษณ์

#### 4.1.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากกลุ่มตัวอย่างประชาชนที่เกิดก่อน พ.ศ.2535 ในพื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอเมืองจังหวัดยโสธร ทั้งหมด 71 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 47 คน ร้อยละ 66.20 มีอายุเฉลี่ย 54.82 ปี (S.D. = 11.77) ค่ามัธยฐานอยู่ที่ 55 ปี ช่วงอายุตั้งแต่ 34-80 ปี โดยช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 41-50 ปี ร้อยละ 31.00 อาชีพส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างคือเกษตรกร ร้อยละ 71.80 รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 14.10 และค้าขาย ร้อยละ 9.90 ด้านสถานภาพสมรส พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สมรสแล้ว ร้อยละ 66.20 ขณะที่ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.80 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77.50 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 70.40 และไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 85.90 ด้านการตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี พบว่าร้อยละ 97.20 ไม่เคยตรวจเลย และไม่มีผู้ใดเคยตรวจแล้วพบเชื้อ ขณะที่ร้อยละ 74.60 ไม่ทราบว่ามารดาเคยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่ ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับ

อีกเสบปี ร้อยละ 90.10 และไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวที่เคยป่วยเป็นโรคตับแข็ง ตับอักเสบ หรือ มะเร็งตับ ร้อยละ 73.20 (รายละเอียดดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน ( n=71 )	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	24	33.80
หญิง	47	66.20
<b>อายุ</b>		
น้อยกว่า 40 ปี	6	8.40
41 – 50 ปี	22	31.00
51 – 60 ปี	19	26.80
61 – 70 ปี	16	22.50
70 ปี ขึ้นไป	8	11.30
เฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	54.82 (11.77 )	
ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด : สูงสุด)	55 ( 34 : 80 )	
<b>อาชีพ</b>		
เกษตรกรกรรม	51	71.80
รับจ้าง	10	14.10
รับราชการ	3	4.20
ค้าขาย	7	9.90
<b>สถานภาพ</b>		
โสด	14	19.70
สมรส	47	66.20
หม้าย	8	11.30
หย่า/แยกกันอยู่	2	2.80
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	51	71.80
มัธยมศึกษา	16	22.60
อนุปริญญา/ปวส.	4	5.60

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน ( n=71 )	ร้อยละ
<b>โรคประจำตัว</b>		
ไม่มี	55	77.50
มี	16	22.50
<b>การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์</b>		
ไม่ดื่ม	50	70.40
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	12	16.90
ปัจจุบันยังดื่มอยู่	9	12.70
<b>การสูบบุหรี่</b>		
ไม่สูบ	61	85.90
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	7	9.90
ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่	3	4.20
<b>การตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี</b>		
ไม่เคยตรวจเลย	69	97.20
เคยตรวจแต่ไม่พบเชื้อ	2	2.80
เคยตรวจและพบเชื้อ	0	0
<b>การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ของมารดา</b>		
ไม่มีการติดเชื้อ	17	24.00
ติดเชื้อ	1	1.40
ไม่ทราบ	53	74.60
<b>การฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี</b>		
เคย	1	1.40
ไม่เคย	64	90.10
ไม่ทราบ	6	8.50

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน ( n=71 )	ร้อยละ
<b>บุคคลในครอบครัวมีผู้ป่วยเป็นโรค</b>		
<b>ตับแข็ง ตับอักเสบ หรือมะเร็งตับ</b>		
มี	0	0
ไม่มี	52	73.20
ไม่ทราบ	19	26.80

#### 4.1.3 ข้อมูลด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

จากกลุ่มตัวอย่างประชาชนที่เกิดก่อน พ.ศ.2535 ในพื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ทั้งหมด 71 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 93.00 เคยใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น เช่น แปรงสีฟัน มีดโกนผม กรรไกรตัดเล็บ หรือเข็มฉีดยา ซึ่งจัดว่าเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่พบมากที่สุด ในกลุ่มประชากรที่ศึกษา รองลงมาคือ การเคยสักหรือเจาะร่างกาย เช่น สักคิ้ว สักปาก เจาะหู เจาะสะดือ หรือเจาะลิ้น ซึ่งพบในกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 57.70 ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มีโอกาสสัมผัสกับเลือด และของเหลวในร่างกายที่อาจมีเชื้อไวรัสได้ นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 2 คน ร้อยละ 2.80 และมีผู้ที่เคยได้รับการฉีดยาหรือผ่าตัดโดยแพทย์พื้นบ้าน 3 คน ร้อยละ 4.20 ขณะที่มีเพียง 1 คน ร้อยละ 1.40 ที่มีประวัติเคยถูกคุมขังในเรือนจำ ซึ่งถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีแนวโน้มพบได้น้อย รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (แยกรายชื่อความเสี่ยง)

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	จำนวนความเสี่ยง	ร้อยละ
1. เคยใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น	0	0
2. เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี	0	0
3. เคยได้รับเลือด หรือเคยผ่าตัด	0	0
4. เคยฟอกไต	0	0

ตารางที่ 3 ข้อมูลด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (แยกรายข้อความเสี่ยง) (ต่อ)

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	จำนวน ความเสี่ยง	ร้อยละ
5. เคยมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่แฟนหรือคู่สมรส โดยไม่สวมถุงยางอนามัย	0	0
6. คู่สมรส หรือบิดา หรือมารดา หรือบุตร ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	2	2.80
7. คู่สมรส หรือบิดา หรือมารดา หรือบุตร เป็นโรคตับอักเสบบี ตับแข็ง มะเร็งตับ	0	0
8. เคยสักบนเรือนร่าง สักคิ้ว สักปาก เจาะหู เจาะสะดือ เจาะลิ้น	41	57.70
9. เคยได้รับการฉีดยา หรือผ่าตัด ด้วยแพทย์พื้นบ้าน	3	4.20
10. เคยมีประวัติเคยถูกคุมขังในเรือนจำ	1	1.40
11. เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่เคยถูกเข็มตำขณะปฏิบัติหน้าที่ หรือสัมผัสเลือด หรือน้ำเหลืองของผู้ป่วยโดยตรง	0	0
12. เคยใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น (เช่น แปรงสีฟัน มีดโกนผม กรรไกรตัดเล็บ เข็มฉีดยา)	66	93.00

จากแบบข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างข้างต้น สรุปได้ว่า ช่องทางหลักในการติดต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในชุมชนตำบลชุมเงิน คือ โดยมีปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การเจาะสักผิวหนัง การใช้ของมีคมร่วมกัน ด้านการป้องกันโรคและรักษายังไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ประชาชนส่วนใหญ่อยังขาดการเข้าถึงการตรวจคัดกรอง ความรู้ความตระหนักเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี โดยเฉพาะการรับรู้ว่าคุณเองเคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคหรือไม่ การเข้าถึงวัคซีนยังเป็นข้อจำกัด ทำให้มีอัตราการฉีดวัคซีนต่ำ และประชาชนที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 ไม่ทราบถึงความจำเป็นในการฉีดวัคซีนเพิ่มเติม เนื่องจากระบบสุขภาพเดิมไม่ได้เน้นการติดตาม

ผลการศึกษาสภาพปัญหาในประชาชนที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 พบว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงในในการใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น เช่น แปรงสีฟัน มีดโกนหนวด กรรไกรตัดเล็บ เข็มฉีดยาร่วมกัน จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 93.00 รวมถึงการสักบนเรือนร่าง สักคิ้ว สักปาก เจาะหู เจาะสะดือ เจาะลิ้น จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 57.70 จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 97.20 และไม่ทราบว่า มารดามีประวัติการติดเชื้อไวรัสตับ

อีกเสบปีหรือไม่ จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 74.60 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างยังไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบปี จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 90.10

ผลการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบปีเบื้องต้นด้วยการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว ในประชากรกลุ่มตัวอย่าง 71 คน พบผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 4.23 และไม่พบเชื้อ 68 คน จากนั้นทางผู้วิจัยและทีม ได้มีการประสานงานกับฝ่ายเวชกรรมสังคม และห้อง Lab โรงพยาบาลโสธร เพื่อทำการกำหนดวันและเวลาในการนัดกลุ่มผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบปีเบื้องต้น ทำการเจาะเลือดเพื่อยืนยันผล และผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลโสธร ผลพบเชื้อไวรัสตับอักเสบปี 2 รายอีก 1 ราย ผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการไม่พบเชื้อไวรัสตับอักเสบปี และทางโรงพยาบาลโสธรได้มีการนัดติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ติดเชื้อคนที่ 1 ผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อ เป็นเพศชาย อายุ 41 ปี อาศัยอยู่กับภรรยาและลูก จากแบบสอบถามพบว่า มีพฤติกรรมเสี่ยงในข้อ เคยมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่แฟนหรือคู่สมรส โดยไม่สวมถุงยางอนามัย สักบนเรือนร่าง และข้อเคยใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น เช่น แปรงสีฟัน มีดโกนผม ในส่วนของคะแนนความรู้ จะตอบผิดในข้อ ไม่ทราบว่าโรคไวรัสตับอักเสบปี มีวัคซีนป้องกัน ไม่ทราบว่าตรวจพบไวรัสตับอักเสบปีแล้วต้องพบแพทย์ ไม่ทราบว่ามีความเสี่ยงกับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่แฟนหรือคู่สมรสมีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบปี และไม่ทราบว่าติดเชื้อไวรัสตับอักเสบปี มีโอกาสกลายเป็นโรคเรื้อรังและมะเร็งตับได้ ผู้ติดเชื้อคนที่ 2 ผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อ เป็นเพศหญิง อายุ 45 ปี อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ซึ่งมีพฤติกรรมเสี่ยงในข้อเคยสักบนเรือนร่าง สักคิ้ว สักปาก เจาะหู เจาะสะดือ เจาะลิ้น เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่เคยถูกเข็มตำขณะปฏิบัติหน้าที่ (CG) และเคยใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น เช่น แปรงสีฟัน กรรไกรตัดเล็บ ในส่วนของคะแนนความรู้ จะตอบผิดในข้อไม่ทราบว่าโรคไวรัสตับอักเสบปี มีวัคซีนป้องกัน ไม่ทราบว่าอาการสักเจาะผิวหนังมีโอกาสทำให้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบปีได้ ถ้าใช้เข็มร่วมกัน และไม่ทราบว่า การใช้แปรงสีฟัน ใบบิดโกนที่ตัดเล็บ ร่วมกัน มีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบปี ผู้ติดเชื้อคนที่ 3 ซึ่งผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการไม่พบเชื้อ มีอายุ 47 ปี อาศัยอยู่กับมารดา ซึ่งมีพฤติกรรมเสี่ยงในการ เคยสักบนเรือนร่าง สักคิ้ว สักปาก เจาะหู เจาะสะดือ เจาะลิ้น และเคยใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น เช่น แปรงสีฟัน กรรไกรตัดเล็บ ส่วนของคะแนนความรู้ จะตอบผิดในข้อที่ไม่ทราบว่าการใช้แปรงสีฟัน ใบบิดโกนที่ตัดเล็บ ร่วมกัน มีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบปี และไม่ทราบว่ามีความเสี่ยงที่กับคุณอนอื่นที่ไม่ใช่แฟนหรือคู่สมรส มีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบปี

ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า รูปแบบการดำเนินงานการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบปี ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ขาดการประสานงานหรือการบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย ซึ่งควรมีการพัฒนา รูปแบบหรือแนวทางในการดำเนินงานที่ชัดเจน เช่น การตรวจคัดกรอง

กลุ่มเสี่ยง ผู้ติดเชื้อควรได้รับการเข้าถึงการรักษาอย่างต่อเนื่อง การจัดหาวัคซีนป้องกันลงสู่ชุมชน และได้รับการส่งเสริมสุขภาพองค์ความรู้ในการป้องกันโรค

ทั้งนี้ ผลการศึกษาในระยะที่ 1 จะนำเข้าสู่การปฏิบัติการการดำเนินงานของการวิจัยในระยะที่ 2

#### 4.2 ผลการศึกษาระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี

เป็นขั้นตอนการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี โดยใช้กระบวนการตามกรอบแนวคิดของ Kemmis and McTaggart มีทั้งหมด 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นการปฏิบัติการ (Action) ขั้นการสังเกต (Observation) และขั้นการสะท้อนผล (Reflection) โดยร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการป้องกันโรคของโรงพยาบาลโสธร บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลรักษา โรงพยาบาลโสธร บุคลากรปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง จาก สสอ.เมืองโสธร รพ.สต. อบต. ในพื้นที่ ตัวแทนผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน) แกนนำ อสม. (ประธาน อสม.) และแกนนำผู้ติดเชื้อ (ผู้ที่รักษาหาย) รายละเอียดดังนี้

##### 4.2.1 ขั้นการวางแผน (Planning)

1) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมชนเงิน ตำบลชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ซึ่งมีความเหมาะสมและเป็นศูนย์กลางในการเดินทางที่สะดวก เพื่อระดมความคิด และกำหนดแผนงาน/กิจกรรมที่ปฏิบัติแล้วนำไปสู่การบรรลุความพึงพอใจ นำความคิดที่จะทำกิจกรรมเหล่านั้นมาแลกเปลี่ยนกัน ในขั้นตอนนี้จะนำผลการศึกษาในระยะที่ 1 มาพิจารณาร่วมด้วย โดยการประชุมจะเปิดโอกาสให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็น ร่วมรับฟังและหาข้อสรุปร่วมกัน เพื่อกำหนดวิธีการ/กิจกรรม ให้บรรลุผลในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ และเกิดการยอมรับของชุมชน พบว่ามีประเด็นต่างๆ ดังนี้

“โรคไวรัสตับอักเสบบี สามารถติดต่อได้ทางเลือด และสารคัดหลั่งอื่นๆ จากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีเชื้อโดยไม่ได้สวมถุงยางอนามัย การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การใช้เข็มสักร่วมกัน และการเจาะหู การใช้ของมีคมร่วมกัน เช่น กรรไกรตัดเล็บ การถูกเข็มตำจากการทำงาน รวมทั้งการติดเชื้อขณะคลอดจากแม่สู่ลูก ”

ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องจากโรงพยาบาลโสธร : การสัมภาษณ์

“การดำเนินงาน เรื่องไวรัสตับอักเสบบี ไม่มีรูปแบบการดำเนินงานที่แน่ชัด มีเพียงการทำงานตามตัวชี้วัด จึงไม่ได้มีการดำเนินงานในเรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง เพราะไม่มีสิ่งสนับสนุนในการดำเนินงาน มีเพียงการตั้งรับผู้ป่วย และไม่มีระบบการติดตามผู้ป่วยในชุมชน ”

บุคลากรปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องจาก รพ.สต.: การสัมภาษณ์

“ที่ผ่านมา ในการลงตรวจสุขภาพเชิงรุกในชุมชน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีเพียงการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อยากให้มีการตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีร่วมด้วย จะได้มีการแนะนำประชาชนในชุมชนตำบลชุมชนมาตรวจ เพื่อเป็นการป้องกันโรค พร้อมเข้าสู่กระบวนการรักษาต่อเนื่องแบบโรคเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูง”

ตัวแทนผู้นำชุมชน : การสัมภาษณ์

“การดำเนินการที่ผ่านมา มีเพียงการให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีตามโปรแกรมสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ส่วนแผนงานโครงการหรืองบประมาณในการดำเนินงานที่ผ่านมาไม่เคยดำเนินการหรือได้รับการสนับสนุน”

บุคลากรปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องจาก รพ.สต. :การสัมภาษณ์

“จากการนัดหมาย พบแพทย์ เป็นช่วงเวลาที่ยาวนาน ทำให้ผู้ติดเชื้อลืมและไม่ไปตามนัด ไม่ได้มีการติดตาม ควรมีการพัฒนากระบวนการรักษาติดตามผ่าน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และระบุวันนัดหมายให้ชัดเจน เพื่อไม่ให้เป็นการเสียเวลาในการเดินทาง”

แกนนำผู้ติดเชื้อ : การสัมภาษณ์

2) วางแผนกิจกรรม/การดำเนินงาน โดยนำแนวคิดและศักยภาพที่มีอยู่ในแต่ละคน ช่วยกันกำหนดวิธีการที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่ทุกคนร่วมกันกำหนดไว้ให้บรรลุผล โดยเป็นการจัดกิจกรรมกลุ่ม โดยที่กิจกรรมที่คล้ายคลึงกันแยกเป็นหมวดหมู่ไว้ และลำดับความสำคัญของกิจกรรมตามความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหาตามพื้นที่จริง และเกิดการยอมรับของชุมชน จึงได้กระบวนการดำเนินงาน 4 กิจกรรม ประกอบด้วย

(1) การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยแบบสอบถามและการตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ด้วยชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น (Test Kit) โดยการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว

(2) การจัดให้มีระบบการดูแลรักษา และระบบการส่งต่อ

(3) การเข้าถึงวัคซีน

(4) การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันโรคตับอักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง และมะเร็งตับ  
 ทั้งนี้ ทีมวิจัยได้วางแผนการทำงาน รายละเอียดดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** การเปรียบเทียบรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในตำบลชุมเงิน

กิจกรรม/ การดำเนินงาน	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
การตรวจคัดกรอง กลุ่มเสี่ยง	- ไม่มีการดำเนินการ	- ตรวจคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้วยแบบสอบถาม 12 ข้อ - ลงพื้นที่เชิงรุก ในพื้นที่ตำบลชุมเงิน เพื่อคัดกรองการ ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เบื้องต้น
การจัดให้มีระบบการ ดูแลรักษาและระบบ การส่งต่อ	- ไม่มีระบบการติดตามผู้ ติดเชื้อ	- มีการวางแผนร่วมกันกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ในการ ส่งต่อผู้ติดเชื้อ และรับรายงานผู้ป่วยยืนยัน เพื่อ ป้องกันการขาดนัด - มีการติดตามผู้ป่วย โดย อสม.ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
การเข้าถึงวัคซีน	- ฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับ อักเสบบีตามโปรแกรม สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และดูแลสุขภาพครอบคลุมของ วัคซีนเด็กทุกวันที่ 10 ของ เดือน	- ให้ อสม. ในพื้นที่สำรวจการได้รับวัคซีนป้องกันโรค ไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มเสี่ยงที่เกิดก่อน พ.ศ.2535 ทุกราย ในเขตรับผิดชอบตัวเอง - ทำการประสานกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ทำทะเบียน นัดหมาย เพื่อให้ผู้ที่ยังไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกัน ไป ตรวจหาภูมิคุ้มกันโรคและรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค ไวรัสตับอักเสบบี
การมีส่วนร่วมของ ชุมชน	- ให้ความรู้รายบุคคลเมื่อ มีการเข้ารับบริการ	- ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน พระครูในวัดประชาสัมพันธ์ ผ่านหอกระจายข่าว เพื่อตระหนักถึงความเสี่ยงในการ เกิดโรคตับอักเสบ ตับแข็ง และมะเร็งตับในอนาคต

3) จัดทำแผนปฏิบัติการและวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ พื้นที่และกลุ่มคน  
เป้าหมายวันเวลาที่จะดำเนินการ ทรัพยากรที่จะต้องใช้และผู้รับผิดชอบหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบ  
และมีการสร้างความร่วมมือในชุมชน เพื่อป้องกันการเกิดโรคไวรัสตับอักเสบบี ในพื้นที่ตำบลชุมเงิน  
อำเภอเมืองจังหวัดยโสธร รายละเอียดดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

ลำดับ	กิจกรรม/การดำเนินงาน	รายละเอียด	ผู้ดูแล
1	การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง	เพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปยังครอบครัวและคนในชุมชน	โรงพยาบาล, รพ.สต., อบต., ผู้ใหญ่บ้าน, อสม.
2	การจัดให้มีระบบการดูแลรักษา และระบบการส่งต่อ	เพื่อเป็นการส่งต่อ ให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว เป็นไปอย่างต่อเนื่อง และไม่มีขาดนัด	โรงพยาบาล, รพ.สต., อสม.
3	การเข้าถึงวัคซีน	เพื่อเพิ่มการป้องกันโรค	โรงพยาบาล, สสอ., รพ.สต., อสม.
4	การมีส่วนร่วมของชุมชน	เพื่อเป็นการสื่อสารความเสี่ยง ให้ชุมชนได้เข้าถึงข่าวสาร สร้างความตระหนักในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี	ผู้ใหญ่บ้าน, รพ.สต., อบต., อสม.

#### 4.2.2 ขั้นการปฏิบัติการ (Action)

นำกิจกรรมที่ระดมความคิดมาแจกแจงประเภทหรือกลุ่มต่างๆ และแจกแจงกิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ ที่ได้รับมอบหมาย ดังนี้

1) การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปยังครอบครัวและคนในชุมชน ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยง จำนวน 12 ข้อ ในประชาชนที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เนื่องจากไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข โดยผู้ดูแลกิจกรรมนี้ คือ โรงพยาบาลมีหน้าที่ในการสนับสนุนสิ่งตรวจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีหน้าที่ในการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว ในส่วนขององค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีหน้าที่ในการนำกลุ่มเสี่ยงมาเข้ารับการตรวจคัดกรอง

ในผู้ที่มีคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงเท่ากับหรือมากกว่า 1 คะแนน จะได้รับการตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ด้วยชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น (Test Kit) และการเจาะเลือดที่

ปลายนิ้ว โดยบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีขั้นตอน ดังนี้

- เช็ดบริเวณที่ปลายนิ้วด้วยแผ่นชุบแอลกอฮอล์
- ใช้เข็มสำหรับเจาะเลือดปลายนิ้ว และเก็บเลือดด้วยหลอดหยด
- นำเลือดหยดลงหลอดหยดตัวอย่าง จำนวน 2 หยด
- ปีบน้ำยาบีพีเฟอร์ 1 หยด
- รออ่านผลการทดสอบ 20 นาที

หากผลเลือดเป็นบวก (HBsAg Positive) จะได้รับคำปรึกษาก่อนแจ้งผลเลือดให้กับเจ้าตัวทราบ ให้คำแนะนำเรื่องปฏิบัติตัว แนวทางการดูแลรักษาที่เหมาะสมและมีการติดตามต่อไป

หากผลเลือดเป็นลบ (HBsAg Negative) ผู้วิจัยแจ้งผลการตรวจคัดกรอง แนะนำถึงความเสี่ยงเรื่องตับแข็งและมะเร็งตับ แนะนำให้ไปรับการตรวจ Anti- HBs และรับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีที่โรงพยาบาลโสธร

2) จัดให้มีระบบการดูแลรักษาและระบบการส่งต่อ โดยผู้ดูแลกิจกรรมนี้ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมชนมีการส่งต่อผู้ติดเชื้อ ให้เข้าสู่งการรักษารักษาของแพทย์ที่โรงพยาบาลโสธร จากการศึกษาสภาพปัญหาที่ผ่านมา คือ ผู้ติดเชื้อบางส่วนยังเข้าไม่ถึงการรักษา หรือไม่ได้รับการส่งต่อให้เข้าถึงระบบและต่อเนื่อง ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งขาดการติดตาม ผู้วิจัยจึงได้มีการประสานงานกับโรงพยาบาล ห้อง Lab เพื่อทำทะเบียน กำหนดวันพบแพทย์ อำนวยความสะดวกให้ผู้ติดเชื้อ และมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ช่วยติดตามผู้ติดเชื้อเข้ารับการรักษาได้รวดเร็วและต่อเนื่อง

3) การเข้าถึงวัคซีน โดยผู้ดูแลกิจกรรมนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีหน้าที่ในการสำรวจประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีหน้าที่ทำการนัดหมายประชาชนในการตรวจหาภูมิคุ้มกัน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทำการประสานกับโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้าถึงวัคซีนได้ง่ายขึ้น และรับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีได้อย่างครบถ้วน

4) การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยผู้ดูแลกิจกรรมนี้ คือ ผู้ใหญ่บ้านมีบทบาทสำคัญในการรณรงค์และกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ผ่านเสียงตามสายของหมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบล มีบทบาทหน้าที่ในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการกับผู้นำท้องถิ่น เช่น ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าอาวาส และครู ทั้งยังมีการใช้กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ช่วยในการประชาสัมพันธ์และให้ข้อมูลแก่ประชาชนในระดับครัวเรือน รวมถึงติดตามสถานการณ์ของผู้ที่มีความเสี่ยงและสนับสนุนการปฏิบัติการเชิงรุกในการเข้าถึงกลุ่มเสี่ยง

### 4.2.3 ขั้นการสังเกต (Observation)

ในขั้นตอนนี้เป็นการติดตาม ติดตามการมีส่วนร่วม และประเมินผลการดำเนินงาน ดังนี้

1. กิจกรรมวางแผน ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมดจำนวน 25 คน ในระหว่างการดำเนินงาน กิจกรรมส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในกิจกรรมเป็นอย่างดี แสดงความคิดเห็นเกือบทุกคน จากการสังเกตพบปัญหา คือ ตอนแรกผู้ดูแลกิจกรรมไม่ทราบหน้าที่ของตัวเองว่ามีหน้าที่อย่างไรบ้างในการดำเนินงานครั้งนี้ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการแก้ไขปัญหาโดยการจัดแบ่งหน้าที่การดำเนินงานให้ชัดเจนแต่ละขั้นตอน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่น

2. กิจกรรมการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ในการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว โดยบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากการสังเกตติดตามปัญหาที่พบ คือ เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจคัดกรองเบื้องต้นเพื่อหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ด้วยชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น (Test Kit) โดยการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว และทราบผลทันที ทำให้กลุ่มเสี่ยงที่เหลือต้องการตรวจคัดกรองร่วมด้วย ทางผู้วิจัยจึงได้มีการแก้ไขปัญหาโดยการขอเบิกชุดตรวจเพิ่มเติมจากโรงพยาบาลโยธธ เพื่อทำการตรวจคัดกรองเบื้องต้นในกลุ่มเสี่ยงที่เหลือหลังจากการสรุปผลการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้เสร็จสิ้นแล้ว

3. กิจกรรมการจัดให้มีระบบการดูแลรักษาและระบบการส่งต่อ พบว่า ผู้ติดเชื้อได้รับการส่งต่อเพื่อตรวจยืนยัน และเข้าสู่การรักษา จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.67 โดยผลตรวจยืนยันที่โรงพยาบาลโยธธ พบว่าทั้ง 2 ราย ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี อีก 1 ราย ผลการตรวจยืนยันไม่พบเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ทางโรงพยาบาลโยธธ จึงได้มีการนัดติดตามผลทุก 6 เดือน จากการติดตาม ในกิจกรรมนี้ปัญหาที่พบ คือ ในผู้ติดเชื้อมีการลืมนัดตัวเอง จากการที่ผู้วิจัยได้มีการจัดระบบการส่งต่อที่ดีกับโรงพยาบาล มีการประสานงานทำให้มีการติดตามกลุ่มผู้ติดเชื้อเข้าระบบตามนัดได้ทัน เพราะถ้าเลยเวลา 12.00 น.ของวันนัด ทางโรงพยาบาลจะประสานกลับมาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทันที และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ก็จะมีการประสานลงไปกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรวมถึงตัวผู้ติดเชื้อเอง เพื่อเข้ารับการรักษา

4. กิจกรรมการเข้าถึงวัคซีน จากการเก็บข้อมูลประชาชนที่ยังไม่ได้รับวัคซีน เพื่อเข้ารับการตรวจหาภูมิคุ้มกันและรับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีนั้น ปัญหาที่พบคือ ประชาชนในชุมชนที่ยังไม่ได้รับวัคซีนหรือกลุ่มเสี่ยงที่มีโรคประจำตัว หรือผู้สูงอายุ เดินทางลำบากในการไปที่โรงพยาบาล จึงได้มีการแก้ไขปัญหาโดยการประสานกับองค์กรบริหารส่วนตำบลเพื่อขอสนับสนุนรถกู้ชีพในการพากลุ่มเสี่ยงเข้ารับวัคซีนป้องกันโรค และใช้ระบบการติดตามข้อมูลผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ว่ามีจำนวนกลุ่มเสี่ยงเข้ารับวัคซีนเพิ่มขึ้นหรือไม่

5. การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันโรคตับอักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง และมะเร็งตับ ผู้ใหญ่บ้านและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้มีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นและเผยแพร่ข้อมูลการตรวจคัดกรอง การฉีดวัคซีนป้องกัน รวมทั้งการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ให้แก่ประชาชนในพื้นที่ ส่งผลให้การเข้าร่วมกิจกรรมและการฉีดวัคซีนมีความครอบคลุมมากขึ้น ในระหว่างการดำเนินกิจกรรมทุกภาคส่วนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

การติดตาม สังเกต การดำเนินงานการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มเสี่ยง 71 คน วิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา ได้ผลการวิเคราะห์ ดังนี้

4.2.3.1 การเปรียบเทียบร้อยละตอบถูกของความรู้เรื่องโรคไวรัสตับอักเสบบี ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการดำเนินกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้มากที่สุด จำนวน 6 ข้อ คือ การเจาะสักริ้วหนังมีโอกาสทำให้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้ถ้าใช้เข็มร่วมกัน เชื้อไวรัสตับอักเสบบี ติดต่อกันได้หากมีเพศสัมพันธ์กับคนที่ติดเชื้อโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย การใช้แปรงสีฟัน ใบมีดโกนที่ตัดเล็บ ร่วมกัน มีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี การสัมผัสเลือด น้ำเหลืองของผู้ป่วยโดยตรงมีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ผู้ที่สัมผัสอย่างใกล้ชิดกับผู้ที่เป็นพาหะของโรคเป็นเวลานานมีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มีโอกาสกลายเป็นโรคเรื้อรังและมะเร็งตับได้ หลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับมาก ทุกข้อ ก่อนกิจกรรมมีร้อยละของผู้ที่มีความรู้ต่ำกว่า ร้อยละ 80.00 แต่หลังดำเนินกิจกรรมมีการปรับตัวขึ้นเกือบหรือถึง ร้อยละ 100.00 รายละเอียดดังตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** การเปรียบเทียบร้อยละความรู้โรคไวรัสตับอักเสบบีก่อนและหลังการดำเนินงานพัฒนาที่ตอบถูก (n=71)

ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	ร้อยละ	ร้อยละ
1. โรคไวรัสตับอักเสบบี มีวัคซีนสำหรับป้องกันการติดเชื้อ	52.10	100.00
2. การสัมผัสเลือดของผู้ป่วยโดยตรง มีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	91.50	100.00
3. การสักเจาะผิวหนังมีโอกาสทำให้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้ ถ้าใช้เข็มร่วมกัน	94.40	91.50
4. เชื้อไวรัสตับอักเสบบีสามารถติดต่อจากแม่สู่ลูกขณะคลอด	85.90	100.00

**ตารางที่ 6** การเปรียบเทียบร้อยละความรู้โรคไวรัสตับอักเสบบีก่อนและหลังการดำเนินงานพัฒนา  
ที่ตอบถูก (n=71) (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	ร้อยละ	ร้อยละ
5. เชื่อไวรัสตับอักเสบบี ติดต่อได้หากมีเพศสัมพันธ์กับคนที่มีเชื้อโดยไม่ ใช้ถุงยางอนามัย	92.50	100.00
6. การใช้แปรงสีฟัน ใบมีดโกน ที่ตัดเล็บ ร่วมกัน มีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับ อักเสบบี	95.80	98.60
7. การสัมผัสเลือด น้ำเหลืองของผู้ป่วยโดยตรงมีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับ อักเสบบี	88.70	100.00
8. บุคคลที่ตรวจพบไวรัสตับอักเสบบี ไม่จำเป็นต้องไปพบแพทย์หรือรับ การรักษา	84.50	100.00
9. หากสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี อาจทำให้คนอื่น ๆ มี โอกาสได้รับเชื้อไปด้วย	90.10	94.40
10. ผู้ที่สัมผัสอย่างใกล้ชิดกับผู้ที่เป็นพาหะของโรคเป็นเวลานานมีโอกาส ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	94.40	97.20
11. การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มีโอกาสกลายเป็นโรคเรื้อรังและมะเร็ง ตับได้	59.20	100.00
12. การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนอื่นที่ไม่ใช่แฟนหรือคู่สมรส มีความเสี่ยง ต่อการได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	83.10	98.60
13. การล้างมือหรือผิวหนังบริเวณที่สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วย ทันทีสามารถป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ได้	85.90	98.60

4.2.3.2 การเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้  
เรื่องโรคไวรัสตับอักเสบบี ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรค  
ไวรัสตับอักเสบบี

ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เรื่องไวรัสตับอักเสบบี ก่อนการดำเนินกิจกรรมพัฒนา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.93 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 30.99 และหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา พบว่าระดับความรู้ที่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 รายละเอียดดังตารางที่ 7

**ตารางที่ 7** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้โรคไวรัสตับอักเสบบี

ระดับความรู้	ก่อนพัฒนา (n = 71)		หลังพัฒนา (n = 71)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)	39	54.93	71	100
ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60 - 79)	22	30.99	0	0
ระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 59)	10	14.08	0	0

4.2.3.3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไวรัสตับอักเสบบี ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคไวรัสตับอักเสบบี ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนดำเนินการ เท่ากับ 10.14 และหลังดำเนินการ เท่ากับ 12.78 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 8

**ตารางที่ 8** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคไวรัสตับอักเสบบี ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา (n=71)

คะแนนความรู้	Mean	S.D.	t	p-value	95%CI	
					lower	upper
ก่อน	10.14	2.14	10.63	<0.001*	1.98	3.30
หลัง	12.78	0.44				

\* ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05)

4.2.3.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความพึงพอใจ ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี

พบว่า ระดับความพึงพอใจก่อนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำ 71 คน ร้อยละ 100 หลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 37 คน ร้อยละ 52.11 รองลงมาคือ มีระดับความพึงพอใจระดับสูง จำนวน 34 คน ร้อยละ 47.89 โดยมีความพึงพอใจมากที่สุดในข้อคำถาม ได้รับความรู้และคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รองลงมาคือมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงานในภาพรวม รายละเอียดดังตารางที่ 9

**ตารางที่ 9** ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา (n=71)

ด้านความพึงพอใจ	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	( n = 71 )		( n = 71 )	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พอใจระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00)	0	0	34	47.89
พอใจระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66)	0	0	37	52.11
พอใจระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	71	100	0	0

4.2.3.5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจ ก่อนดำเนินกิจกรรมพัฒนา เท่ากับ 1.76 และหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา มีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้น เท่ากับ 3.63 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมพัฒนา (n=71)

ความพึงพอใจ	Mean	S.D.	t	p-value	95%CI	
					lower	upper
ก่อน	1.76	1.72	61.23	<0.001*	1.79	1.95
หลัง	3.63	1.97				

\* ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05)

#### 4.2.4 ขั้นการสะท้อนผล (Reflection)

ผู้วิจัยได้สะท้อนผลการดำเนินการตามแผนร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ ทั้งการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ด้วยการตรวจคัดกรองหาเชื้อ ระบบส่งต่อผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เพื่อให้เข้าสู่ระบบการรักษา การเข้าถึงวัคซีนของกลุ่มเสี่ยงที่มากขึ้น และการสร้างความร่วมมือของทุกคนในชุมชน โดยการประชุมกลุ่มในชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร เพื่อเป็นแนวทางเดียวกันในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี โดยมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และคืนข้อมูล ที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมเงิน โดยได้นำเสนอข้อมูล สรุปผลและรูปแบบที่ได้มีการพัฒนาขึ้น ให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ทราบ และได้ร่วมกันวิเคราะห์จุดอ่อนในการดำเนินงาน และจุดแข็ง

##### จุดแข็งของการดำเนินกิจกรรม

- 1) การเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงผ่านการคัดกรองเชิงรุก ทำให้ประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเข้ารับการตรวจคัดกรองมากยิ่งขึ้น เครือข่ายมีความเข้มแข็ง ตั้งใจ พร้อมทั้งจะพัฒนาเพื่อชุมชน
- 2) การใช้ชุดตรวจคัดกรองเบื้องต้น (Test Kit) ที่ให้ผลเร็วภายใน 20 นาที ทำให้ประชาชนได้ทราบผลเบื้องต้นได้เร็วขึ้น และสามารถส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษาได้ทันที
- 3) มีการประสานงาน ทั้งภาคีเครือข่ายในชุมชน กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาล มีการทำทะเบียนวันพบแพทย์ ทำให้มีการติดตาม และลดปัญหาที่ผู้ป่วยจะไม่ได้รับการติดตาม

##### จุดอ่อนของการดำเนินกิจกรรม

- 1) บางกลุ่มอาจไม่ตระหนักถึงความเสี่ยงของตนเอง และในกลุ่มผู้สูงอายุไม่สะดวกในการเดินทางเพราะไม่มีผู้ดูแล จึงไม่ได้เข้าร่วมโครงการ

2) ในเรื่องของความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี ต้องมีการจัดกิจกรรมต่อเนื่อง เพื่อไม่ให้ประชาชนลืมนในเรื่องของการป้องกันตนเอง หรืออาจต้องมีการประชาสัมพันธ์หอกระจายข่าวอย่างต่อเนื่อง

3) ระยะเวลาในการดำเนินงาน การติดตามผลมีระยะเวลายาว  
การสะท้อนผลการพัฒนาและข้อเสนอแนะ ในการพัฒนากิจกรรมการดำเนินงาน ป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ดังนี้

1) ระยะเวลาในการดำเนินงาน ควรมีการดำเนินงานให้ต่อเนื่อง เพื่อให้กิจกรรมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

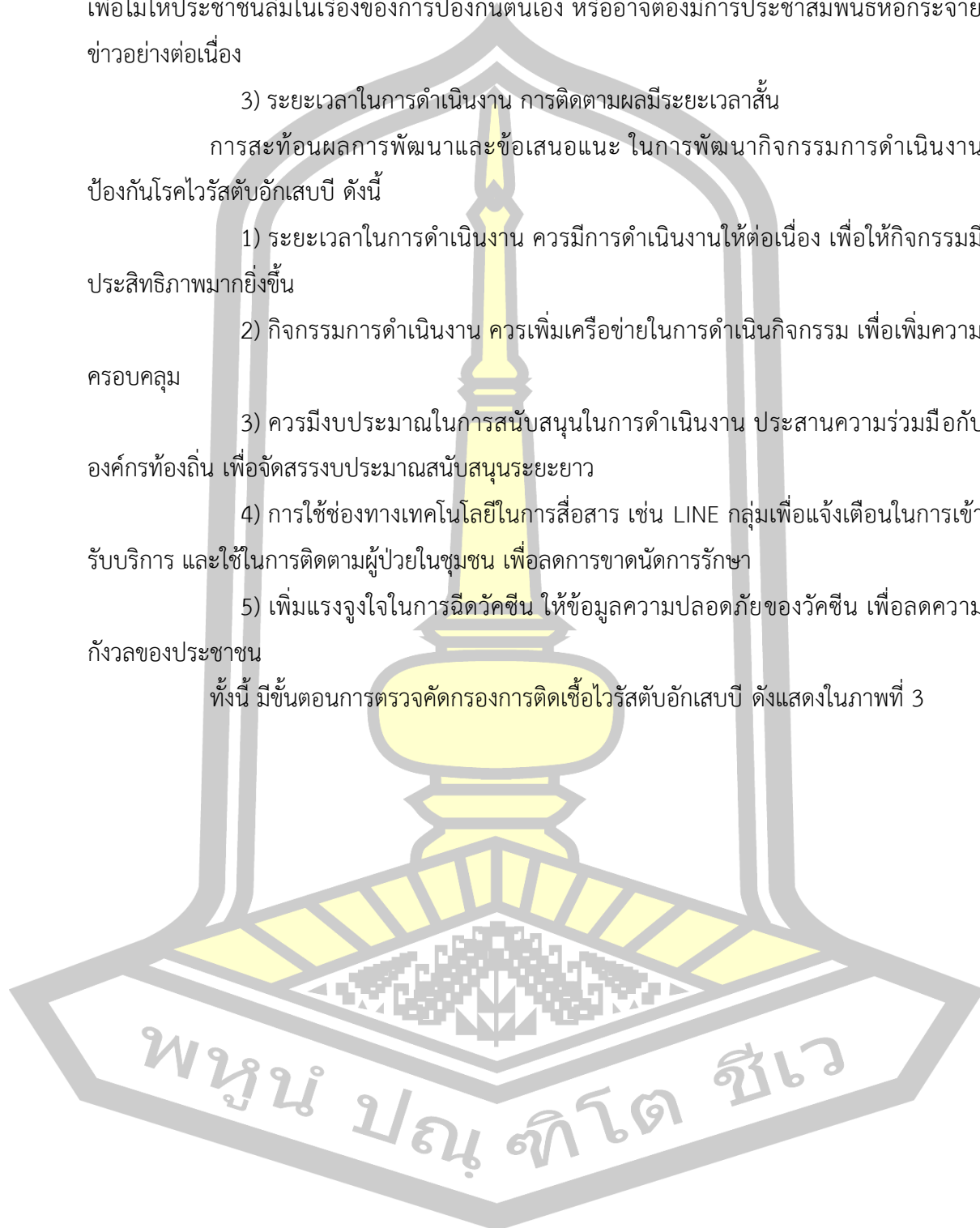
2) กิจกรรมการดำเนินงาน ควรเพิ่มเครือข่ายในการดำเนินกิจกรรม เพื่อเพิ่มความสะดวกครอบคลุม

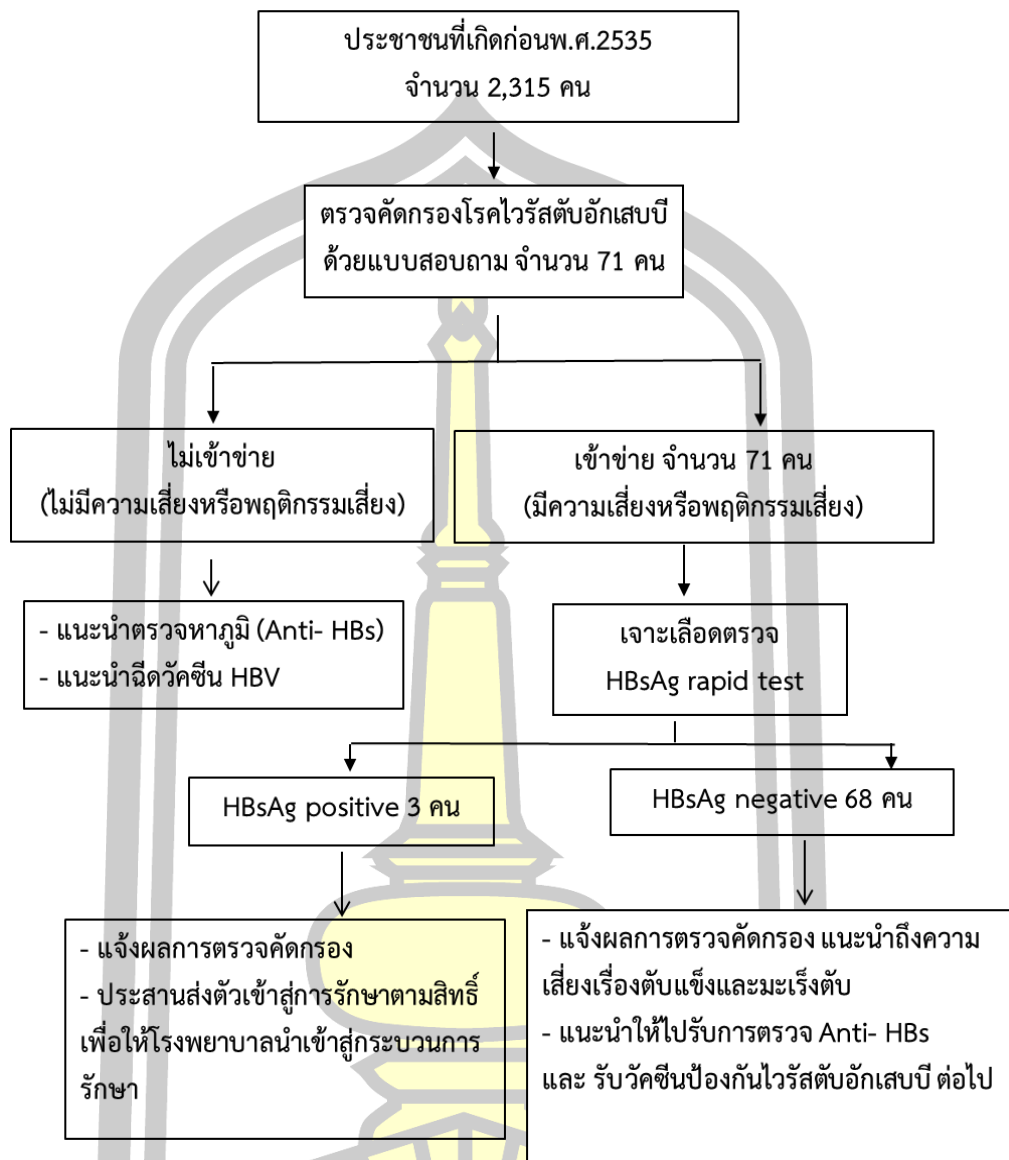
3) ควรมีงบประมาณในการสนับสนุนในการดำเนินงาน ประสานความร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่น เพื่อจัดสรรงบประมาณสนับสนุนระยะยาว

4) การใช้ช่องทางเทคโนโลยีในการสื่อสาร เช่น LINE กลุ่มเพื่อแจ้งเตือนในการเข้ารับบริการ และใช้ในการติดตามผู้ป่วยในชุมชน เพื่อลดการขาดนัดการรักษา

5) เพิ่มแรงจูงใจในการฉีดวัคซีน ให้ข้อมูลความปลอดภัยของวัคซีน เพื่อลดความกังวลของประชาชน

ทั้งนี้ มีขั้นตอนการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ดังแสดงในภาพที่ 3





ภาพที่ 3 ขั้นตอนการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

ที่มา : ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบบีจากไวรัส (2566)

#### 4.3 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน

ผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี มีรูปแบบดังนี้

4.3.1 การตรวจคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้วยแบบคัดกรอง 12 ข้อ โดยเน้นการคัดกรองประชากรที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ซึ่งเป็นกลุ่มที่เกิดก่อนที่กระทรวงสาธารณสุขจะมีการบรรจุวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี ในโปรแกรมสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน คนที่คัดกรองด้วยแบบคัดกรองแล้วมีความเสี่ยงตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป จะได้รับการตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ด้วยชุดตรวจทาง

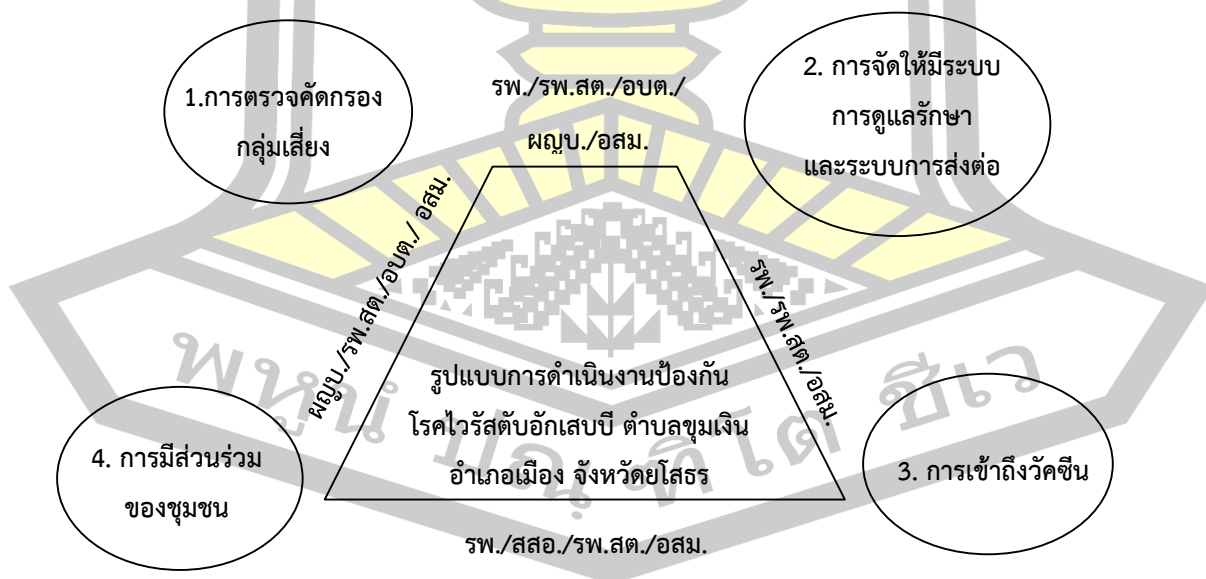
ห้องปฏิบัติการเบื้องต้น (Test Kit) โดยการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว ซึ่งดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่

4.3.2 หลังจากที่ได้รับการตรวจคัดกรองเบื้องต้นแล้ว เมื่อผลบวก (HBsAg+) จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลโยธธ เพื่อตรวจยืนยันด้วยวิธี PCR และเข้าสู่กระบวนการรักษาของแพทย์ โดยผ่านคลินิกโรคไวรัสตับอักเสบ ทุกวันพุธ ซึ่งแพทย์จะตรวจรักษาตามอาการ และมีการนัดหมายผู้ติดเชื้อให้มาตรวจตามนัดเป็นระยะๆ และโรงพยาบาลจะทำทะเบียนนัดหมายและส่งต่อผู้ติดเชื้อมายังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ เพื่อติดตามผู้ติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง

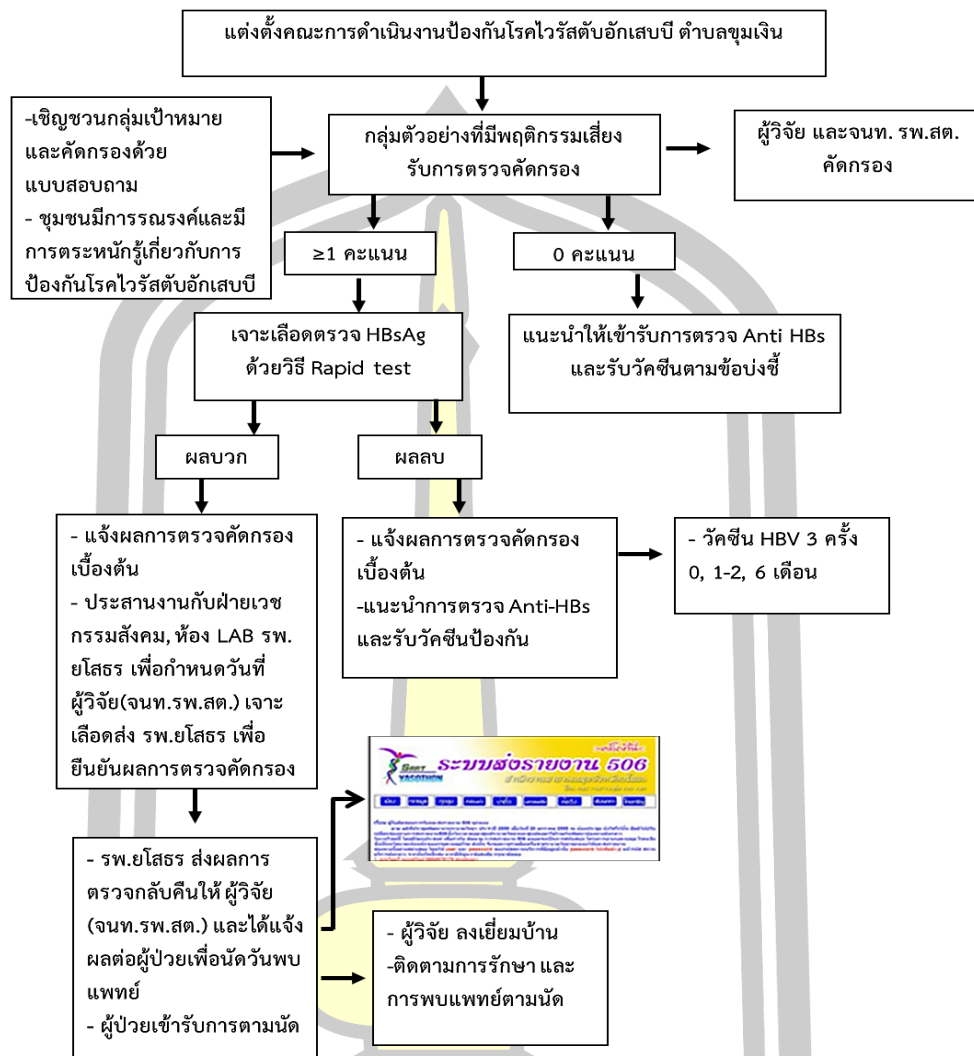
4.3.3 การเข้าถึงวัคซีน เพิ่มการสำรวจกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่ได้รับวัคซีน เพื่อเข้ารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี โดยการทำทะเบียนและนัดหมายกลุ่มเสี่ยงเพื่อเข้ารับบริการตามวันของโรงพยาบาล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีข้อจำกัดทางการเดินทาง เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้ารับบริการได้สะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น

4.3.4 การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันโรคตับอักเสบบีเรื้อรัง ตับแข็ง และมะเร็งตับ ผู้นำชุมชนมีบทบาทสำคัญในการรณรงค์และกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการกับผู้นำท้องถิ่น เช่น ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าอาวาส และครูอสม. ช่วยในการประชาสัมพันธ์และให้ข้อมูลแก่ประชาชนในระดับครัวเรือน รวมถึงติดตามสถานการณ์ของผู้ที่มีความเสี่ยงและสนับสนุนการปฏิบัติการเชิงรุกในการเข้าถึงกลุ่มเสี่ยง

ทั้งนี้ สรุปรูปแบบและแนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี รายละเอียดดังภาพที่ 4 และ 5



ภาพที่ 4 รูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ที่พัฒนาขึ้น



ภาพที่ 5 แนวทางการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

#### 4.4 ปัจจัยความสำเร็จ

ปัจจัยความสำเร็จ ด้านกระบวนการ มีดังนี้

4.4.1 การสนับสนุนสิ่งตรวจคัดกรองเบื้องต้น จากโรงพยาบาลแม่ข่าย ที่มองเห็นความสำคัญในการแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี และชุดตรวจเบื้องต้น (Test Kit) ใช้วิธีตรวจเลือดปลายนิ้ว ทราบผลภายใน 20 นาที ลดความยุ่งยากในการเดินทางไปโรงพยาบาล

4.4.2 มีการประสานงาน การดำเนินงานที่เป็นขั้นตอนชัดเจน และมีการบูรณาการร่วมกันของภาคีเครือข่าย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่ออย่างรวดเร็ว มีการจัดทำทะเบียนนัดหมาย ลดปัญหาผู้ป่วยหลุดระบบการรักษา

4.4.3 การมีส่วนร่วมของชุมชน มีการปฏิบัติหน้าที่ที่กำหนดให้ ได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย จากการมีส่วนร่วมฟัง ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ในการป้องกันการเกิดโรคไวรัสตับอักเสบบี ในชุมชนตำบลชุมเงิน รวมถึงการประชาสัมพันธ์ทำให้ประชาชนมีความตื่นตระหนก และตระหนักในการป้องกันตนเอง

4.4.4 ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ในตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ประสบความสำเร็จ ได้แก่

- 1) การเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงและการคัดกรองที่แม่นยำ
- 2) ระบบการรักษา และการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ
- 3) การเพิ่มการเข้าถึงวัคซีนอย่างทั่วถึง
- 4) การสร้างความร่วมมือในชุมชน ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชน
- 5) การสื่อสารและให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพ
- 6) การสนับสนุนงบประมาณ

ได้กิจกรรมการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ดังนี้

- 1) การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยแบบสอบถามและการตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ด้วยชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น (Test Kit) โดยการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว
- 2) การจัดให้มีระบบการดูแลรักษาและระบบการส่งต่อ
- 3) การเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี
- 4) การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันโรคตับอักเสบบีเรื้อรัง ตับแข็ง และมะเร็งตับ

พูน ปณ ทิโต ชีเว

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ในประชาชนตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบคัดกรอง ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 71 คน สถิติที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด จำนวน ร้อยละ โดยนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

5.3 ข้อเสนอแนะ

#### 5.1 สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในประชาชนตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร โดยแบ่งการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ บริบท และสภาพปัญหาในพื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ดังนี้

##### 5.1.1 การวิเคราะห์สถานการณ์ บริบท และสภาพปัญหาในพื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

จากการศึกษาพบว่า ประชาชนกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ตำบลชุมเงิน มีพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การใช้ของมีคมร่วมกัน เช่น แพรงสีฟัน กรรไกรตัดเล็บและมีดโกน การสักหรือเจาะร่างกาย และประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี โดยส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีน โดยเฉพาะกลุ่มที่เกิดก่อนพ.ศ. 2535 ซึ่งมีความเสี่ยงสูง เนื่องจากไม่ได้รับวัคซีนในโปรแกรมภูมิคุ้มกันของกระทรวงสาธารณสุข ขณะที่ร้อยละ 97.20 ไม่เคยตรวจเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และร้อยละ 81.70 ไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกัน โดยกลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับสูงในบางเรื่อง แต่ยังมีความรู้ในระดับน้อย โดยก่อนดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในเรื่องของวัคซีนสำหรับป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 52.10 ด้านความรู้เรื่องการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมีโอกาสกลายเป็นโรคเรื้อรังและมะเร็งตับได้ ร้อยละ 59.20 และหลังดำเนินการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับมากขึ้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบีให้มากขึ้น รวมถึงการเข้ารับการ

ฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี และการเสริมสร้างความรู้ด้านการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีให้มากขึ้น

จากการวิเคราะห์พบว่า รูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ในพื้นที่ตำบลชุมชน ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ขาดการประสานงานระหว่างภาคีเครือข่าย จึงควรมีการพัฒนา รูปแบบหรือแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

**5.1.2 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน** มีการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้วยแบบสอบถาม และเจาะเลือดเพื่อหาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และการส่งต่อผู้ติดเชื้อเข้าสู่การรักษา โดยผลการตรวจคัดกรองเบื้องต้นพบผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 3 ราย จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 71 ราย (4.23%) และส่งต่อเข้ารับการรักษายืนยันทางห้องปฏิบัติการ ยืนยันผลติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 2 ราย และอีก 1 รายไม่พบการติดเชื้อ ทั้ง 3 ราย มีการเข้าสู่ระบบนัดติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง การดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้เกิดการพัฒนาแบบการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งในด้านการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว ด้วยวิธี Rapid test การเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ และการเข้าถึงวัคซีนในประชาชนตำบลชุมชน ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การปฏิบัติการบรรลุผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และความพึงพอใจก่อนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำ 71 คน ร้อยละ 100 หลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 37 คน ร้อยละ 52.11 รองลงมา คือ มีระดับความพึงพอใจระดับสูง จำนวน 34 คน ร้อยละ 47.89 โดยมีความพึงพอใจมากที่สุดในข้อคำถาม ได้รับความรู้และคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รองลงมาคือ มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงานในภาพรวม

### 5.1.3 รูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีที่พัฒนาขึ้น

ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ

- 1) การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยแบบสอบถามและการตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ด้วยชุดตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น (Test Kit) โดยการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว
- 2) การจัดทำมีระบบการดูแลรักษาและระบบการส่งต่อ โดยการนัดหมายกลุ่มผู้ติดเชื้อเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างต่อเนื่อง
- 3) การเข้าถึงวัคซีน โดยมีการจัดระบบการเข้าถึงวัคซีนในกลุ่มผู้ที่ยังไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี
- 4) การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อป้องกันโรคตับอักเสบบีเรื้อรัง ดับแข็ง และมะเร็งตับ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่าน อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชนท้องถิ่น ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อสร้าง

ระบบป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ และยั่งยืนในพื้นที่ตำบลชุมเงิน

## 5.2 อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้ ได้แบ่งการอภิปรายไปตามขั้นตอนของการศึกษา ซึ่งมีอยู่ 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ บริบท และสภาพปัญหาในพื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน รายละเอียดดังต่อไปนี้

### 5.2.1 ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ บริบท และสภาพปัญหา

เป็นการสำรวจสภาพปัญหาของโรคไวรัสตับอักเสบบี และการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เพื่อที่จะนำไปวางแผนในการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชนตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร จากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบื้องต้นด้วยแบบสอบถาม พบว่าในตำบลชุมเงินมีประชาชนที่เกิดก่อน พ.ศ.2535 จำนวน 2,315 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยง และยังไม่เคยตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Leroi et al. (2016) ที่กล่าวถึงขนาดปัญหา และบ่งชี้ว่าปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบียังคงอยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วง และพบแนวโน้มลดลงของความชุกของการติดเชื้อในกลุ่มประชากรที่เกิดหลัง พ.ศ. 2535 ประชาชนกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ตำบลชุมเงิน มีพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การใช้ของมีคมร่วมกัน เช่น แปรงสีฟัน กรรไกรตัดเล็บและมิดโคน การสักหรือเจาะร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ถนอม นามวงศ์ (2563) ที่กล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มาจากปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลที่ขาดความรู้ จนนำไปสู่การมีพฤติกรรมต่างๆ ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และนำไปสู่การติดเชื้อโรคในที่สุด และประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี โดยส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีน โดยเฉพาะกลุ่มที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ซึ่งมีความเสี่ยงสูง เนื่องจากไม่ได้รับวัคซีนในโปรแกรมภูมิคุ้มกันของกระทรวงสาธารณสุข และยังพบว่ารูปแบบการดำเนินงานการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ในพื้นที่ตำบลชุมเงินยังไม่เป็นระบบ ขาดการประสานงานหรือการบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย ซึ่งควรมีการพัฒนาารูปแบบหรือแนวทางในการดำเนินงานที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อรุณี พรหมชัย (2560) ที่ได้กล่าวถึง การดำเนินงานป้องกันโรคในชุมชน ที่ต้องมีการอาศัยความร่วมมือควบคู่กับการมีส่วนร่วมจากอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชนอย่างต่อเนื่อง จึงจะสามารถขับเคลื่อนงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### 5.2.2 ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าการป้องกันและการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงในชุมชนยังไม่เพียงพอ ยังขาดความตระหนักรู้ในการป้องกันโรคโดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2535 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่เคยตรวจหาเชื้อ

ไวรัสตับอักเสบบี งานวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ นรินทร์ ฯลฯ (2019) ที่กล่าวถึงการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีผ่านการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและการเพิ่มการเข้าถึงวัคซีนในชุมชน เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสและโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้อง เช่น ตับอักเสบริื้อรังและมะเร็งตับ รวมถึงยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี นอกจากนี้ การเข้าถึงวัคซีนยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากยังมีข้อจำกัดด้านการกระจายวัคซีนสู่ชุมชน การบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ยังมีความจำเป็นในการจัดหาวัคซีนให้เพียงพอ การเพิ่มความรู้และการรับรู้ของประชาชน สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิไลลักษณ์ สุขใจ (2558) ที่ระบุว่าทำให้ความรู้เกี่ยวกับการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เช่น การติดต่อทางเลือด น้ำเหลือง และการใช้ของมีคมร่วมกัน รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนป้องกัน พบว่าประชาชนในชุมชนมีความเข้าใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ คะแนนความรู้เกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบบีก่อนและหลังการอบรมเพิ่มขึ้นจากระดับเฉลี่ยร้อยละ 50 เป็นร้อยละ 85 และการสร้างความตระหนักในชุมชน เช่น การจัดกิจกรรมรณรงค์ในชุมชน การบรรยายในโรงเรียน และการประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสาย ส่งผลให้ชุมชนตระหนักถึงความเสี่ยงของการติดเชื้อและผลกระทบของโรค พบว่าประชาชนร้อยละ 75 ในชุมชนที่เข้าร่วมโครงการเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น หลีกเลี่ยงการใช้ของมีคมร่วมกับผู้อื่น และเริ่มขอรับการฉีดวัคซีน สามารถลดความเสี่ยงของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้ พฤติกรรมเสี่ยง เช่น การใช้ของมีคมร่วมกันลดลงจากร้อยละ 70 เหลือเพียงร้อยละ 20 การเข้ารับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มผู้ที่ไม่เคยได้รับวัคซีนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 60 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมศักดิ์ มโนธรรม (2564) ที่พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำและไม่เคยได้รับวัคซีนมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี งานวิจัยนี้ยืนยันถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองเชิงรุกในพื้นที่ตำบลชุมเงินโดยการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว เพื่อนำไปสู่การป้องกันไม่ให้เกิดโรคตับอักเสบบี และมะเร็งตับในอนาคต ยังให้ความสำคัญในการให้ความรู้และการขยายการฉีดวัคซีนในชุมชนที่มีความเสี่ยง ผลการศึกษาในตำบลชุมเงินก็แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้และการจัดกิจกรรมรณรงค์มีผลต่อการเพิ่มการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบบีอย่างชัดเจน ในด้านการฉีดเข้าถึงวัคซีน การฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มประชากรที่ยังไม่เคยได้รับวัคซีนพบว่ามีค่าความตระหนักสูงและสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุทธิชัย บุญดี (2560) ที่แสดงให้เห็นว่าการฉีดวัคซีนเป็นวิธีการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีที่มีประสิทธิผลสูง การดำเนินการในชุมชนตำบลชุมเงินก็ได้แสดงให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของการเข้าถึงวัคซีนในประชากรกลุ่มเสี่ยง ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน การให้ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานป้องกันโรค ช่วยให้การสื่อสารและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของประชาชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรชัย แสงสว่าง (2559) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานด้านสุขภาพที่มีความยั่งยืน โดยชุมชนที่เข้าร่วมมีการเสนอความคิดเห็นและร่วมกำหนดแนวทางปฏิบัติ เช่น การรณรงค์ป้องกันโรค การจัด

กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการติดตามกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ ผลลัพธ์พบว่า การมีส่วนร่วมทำให้ประชาชนในชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการ ซึ่งช่วยให้โครงการดำเนินต่อไปได้อย่างยั่งยืน มีการจัดตั้งกลุ่มหรือองค์กรด้านสุขภาพในพื้นที่ เช่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มแกนนำสุขภาพ สามารถดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพต่อเนื่องได้แม้ไม่มีการสนับสนุนจากภาครัฐ การจัดตั้งกองทุนสุขภาพในชุมชนเพื่อสนับสนุนกิจกรรมด้านสุขภาพ เช่น การจัดซื้อวัคซีนหรือเวชภัณฑ์ การพัฒนาแกนนำในชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้านและครู เป็นผู้กระจายความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค ช่วยสร้างความรู้และพฤติกรรมเชิงบวกในชุมชน และมีผลดีต่อการควบคุมโรคในระยะยาว

### 5.3 ข้อเสนอแนะ

#### 5.4.1 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1) การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนด้วยแบบสอบถามและทำการตรวจเลือดด้วยการเจาะปลายนิ้วด้วยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะช่วยให้ตรวจตรวจพบกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้รวดเร็วและครอบคลุมสามารถส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษา และลดผลกระทบภาวะตับอักเสบบี และมะเร็งตับในอนาคต

2) การเพิ่มการณรงค์และการให้ความรู้ในชุมชน ควรจัดทำแผนการรณรงค์ที่ต่อเนื่อง เพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชน โดยใช้สื่อที่เข้าถึงง่าย เช่น Social Line แผ่นพับ วิทยุชุมชน หรือการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในพื้นที่

3) การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ควรมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีอย่างสม่ำเสมอ เพื่อปรับปรุงแผนการดำเนินงานให้เหมาะสมกับสภาพชุมชนและสถานการณ์ของโรคที่อาจเปลี่ยนแปลงไปในอนาคต

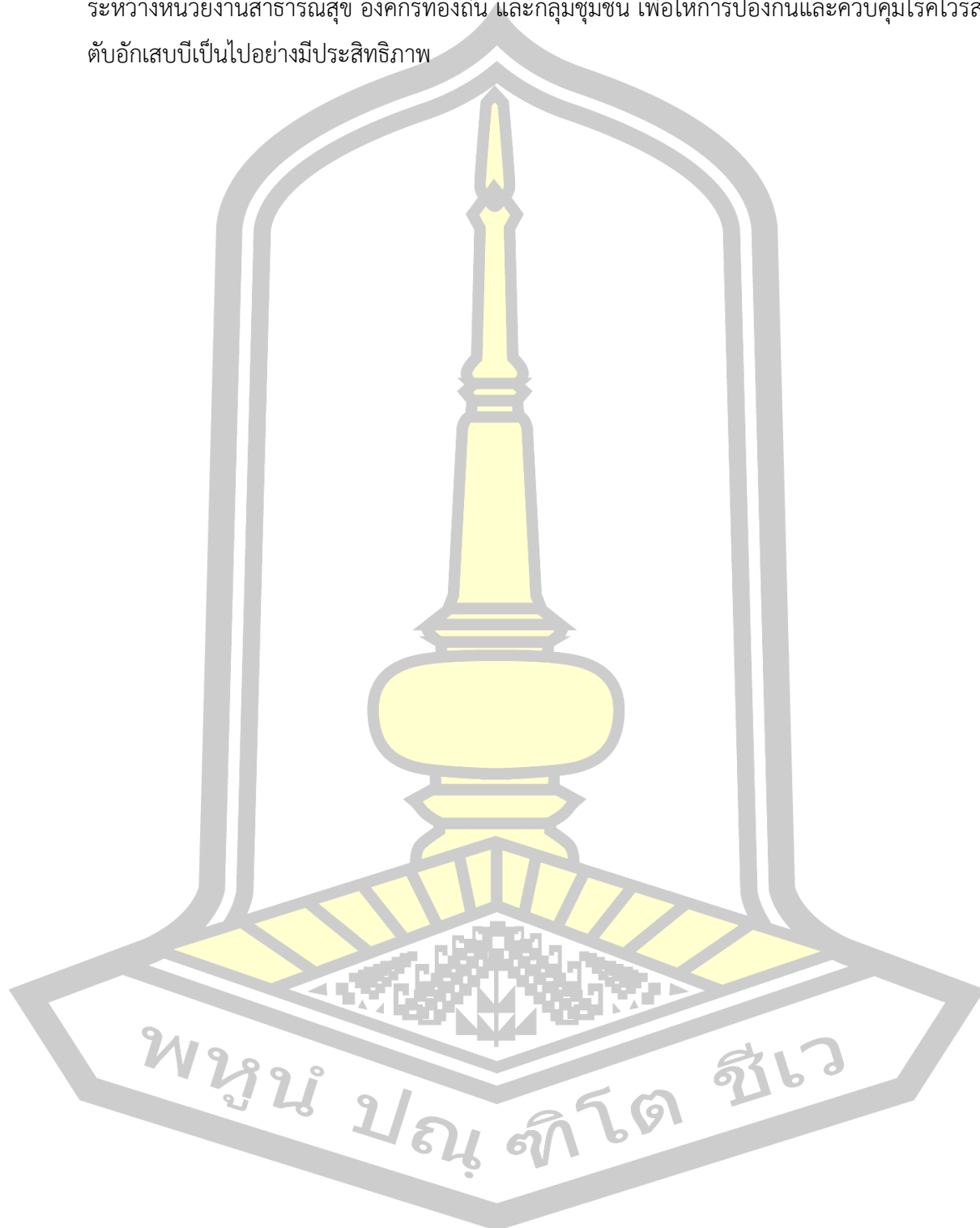
4) การพัฒนาระบบการฉีดวัคซีนและการตรวจคัดกรอง หน่วยงานท้องถิ่นควรจัดทำงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอสำหรับการให้บริการฉีดวัคซีนและการตรวจคัดกรองในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง

5) บรรจุการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ในชุดบริการตรวจสุขภาพประจำปีของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

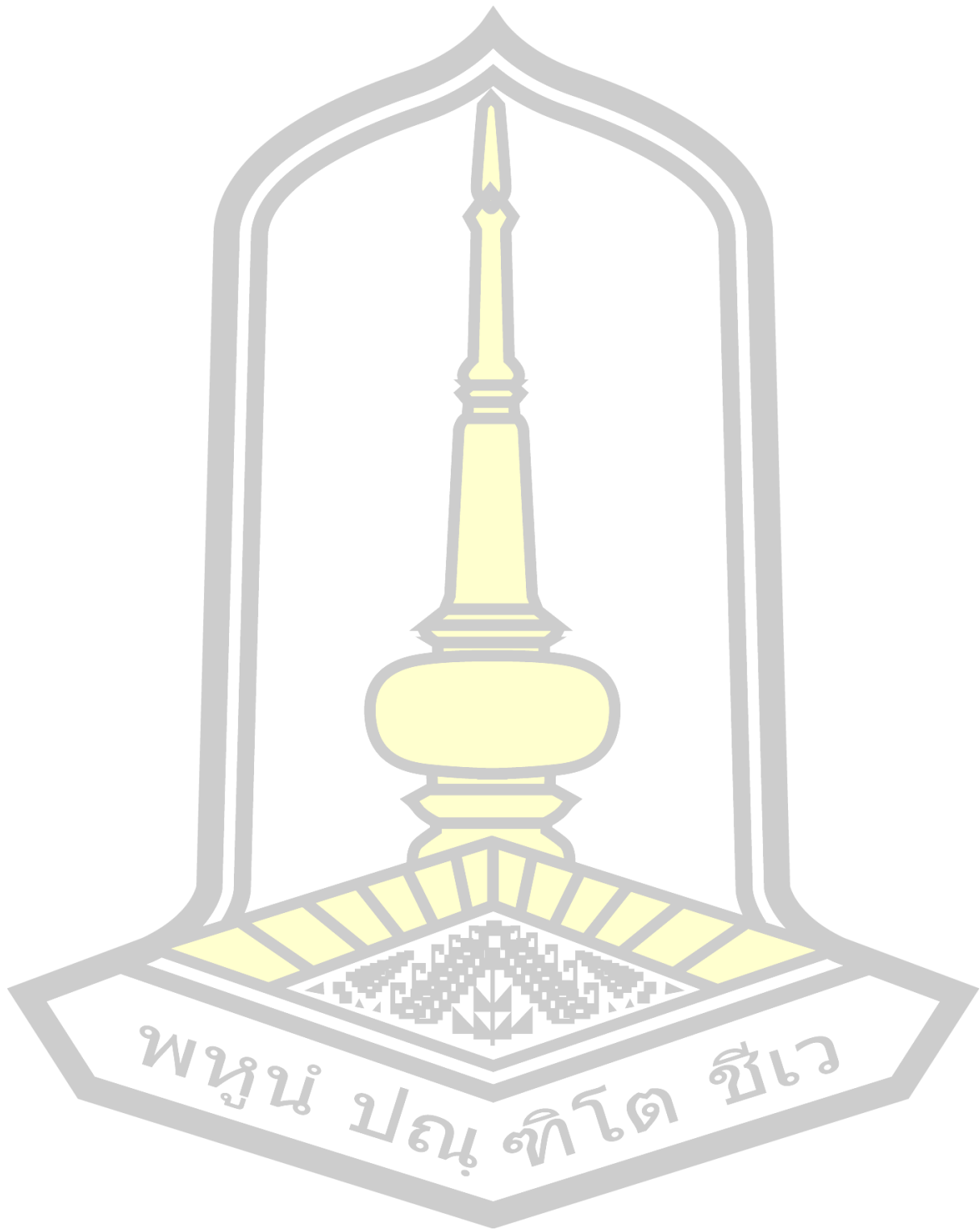
#### 5.4.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลการดำเนินงานในพื้นที่อื่น เพื่อขยายผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

2) การสนับสนุนและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ควรมีการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข องค์กรท้องถิ่น และกลุ่มชุมชน เพื่อให้การป้องกันและควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบีเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ



บรรณานุกรม



## บรรณานุกรม

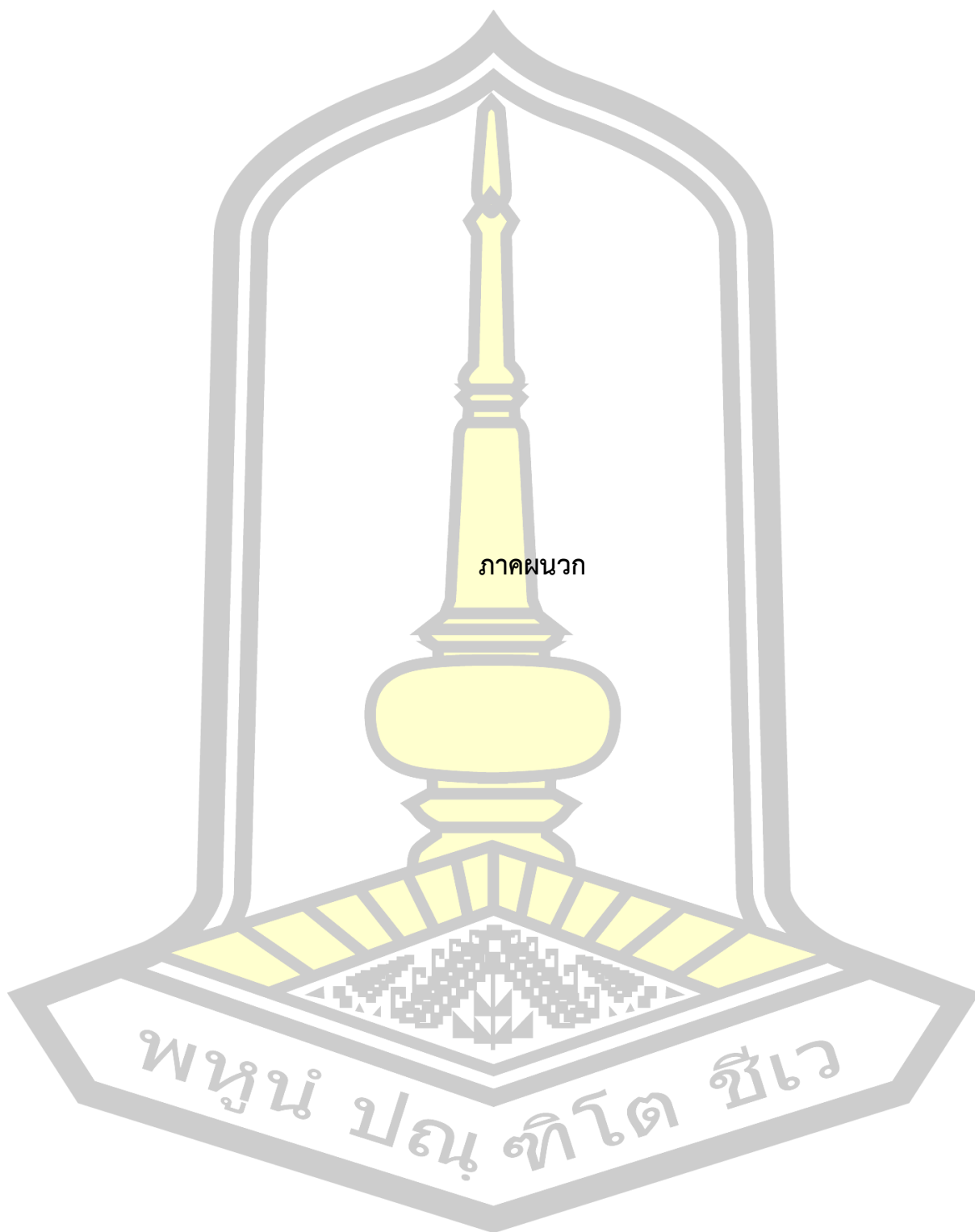
- กรมควบคุมโรค. (2560). *กรอบแผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560* (กลุ่มพัฒนาแผนปฏิบัติการ กองแผนงาน กรมควบคุมโรค (ed.)). <http://plan.ddc.moph.go.th>
- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ.16-40. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แนวคิดหลักการขององค์การอนามัยโลกด้านสุขภาพ.
- กองระบาดวิทยา. (2563). *National Disease Surveillance (Report 506)*.
- กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *นิยามโรคและแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย*. หจก.แคนนา กราฟฟิค. 190-191.
- กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *ตำราวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี 2562*. บริษัท เวิร์ค พรีนติ้ง จำกัด.
- กัทลี ทารคุโน, ดารณี ภักดิ์วาปี, สุชาญวัชร สมสอน และสุชาญวัชร สมสอน. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในหญิงตั้งครรภ์ ในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี ปี 2561. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 28(2), 11-20.
- กัญญาภัค ศิลารักษ์ และถนอม นามวงศ์. (2560). *การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบบี จังหวัดยโสธร ปี พ.ศ. 2557-2559*. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, 48(49), 769-784.
- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล. (2558). *การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุ*. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 9(2), 1-8.
- เขมกร เทียงทางธรรม, อรรรรณ วงศ์สถิต, วรงค์กช เชนฐพันธ์, อุบลวรรณ ภูเขา และสุภัทรา สุขเกษม. (2565). *การศึกษาการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี ในผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการ ณ ศูนย์วัดกรรมคลินิกเขตเมือง*. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 6(2), 218-231.
- ค่านวน อึ้งชูศักดิ์. (2557). *พื้นฐานระบาดวิทยา (BASICS OF EPIDEMIOLOGY)*. โรงพิมพ์แคนนา กราฟฟิค.
- เครือมัน สวางแดง และยุพา เอื้อวิจิตรอรุณ (2555). *ความชุกของการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบีและซีฟลิส ในผู้บริจาคโลหิต*. วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต. 2(2), 83-92.

- เจนจิต ฉายะจิรดา และคณะ. (2566). แนวปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ชนิดเรื้อรังในโรงพยาบาลศิริราช. วารสารการแพทย์ศิริราช. 16(1), 47-53.
- ถนอม นามวงศ์. (2563). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชน จังหวัดยโสธร. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ธีรพจน์ พิภน้อย. (2565). การพัฒนารูปแบบการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. พุทธชินราชเวชสาร. 39(3), 278-95.
- นรินทร์ ก. และคณะ. (2019). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชน. วารสารวิจัยสุขภาพ. 35(3), 45-60.
- นันทิดา เชื้อมโนชาญ และสุธีพร ธนศิลป์. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง. วารสารแพทยนาวิ. 48(2). 300-314.
- ประวีต เอรารวรรณ. (2545). การวิจัยปฏิบัติการ. บริษัท สำนักพิมพ์ดอกหญ้าวิชาการ จำกัด.
- พิสมัย สุระกาญจน์ และคณะ. (2565). ความชุกการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีของเด็กที่เกิดจากมารดาติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในพื้นที่จังหวัดมหาสารคามระหว่างปี.ศ. 2558-2562. วารสารควบคุมโรค. 48(1), 42-51.
- พิสมัย สุระกาญจน์, นิชนันท์ โยธา และสุพัทธรา สิมมาทัน. (2565). ความชุกการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในหญิงตั้งครรภ์ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 7. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 29(1), 24-30.
- พระมหาดอนมธรรณวโร และพระครูสิริปัญญาภิวัฒน์. (2567). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนและสังคม. วารสาร นวพุทธศาสตร์. 3(1), 66-77.
- พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558. (2558). พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 132 ตอนที่ 86 ก.
- ไพศาล ฉัญญาวินิชกุล, สมยศ กิตติสุภรณ์พันธ์, นิพิชฌน์ พรหมมี, วรารวรรณ วสุโสภาพล , สุรพันธ์ แสงสว่าง, สุรเชษฐ์ อรุโณทอง และสมบัติ แทนประเสริฐสุข. (2560). ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังและไวรัสตับอักเสบบีในประชากรตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่.วารสารกรมการแพทย์. 42(2), มี.ค.-เม.ย.2560.
- ภาณุพันธ์ุ ธนปฐมสินชัย, จรรยา ดวงแก้ว และถนอม นามวงศ์. (2564) . การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ในพนักงานคัดแยกขยะสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดยโสธร. วารสารกรมควบคุมโรค. 47 (3), 531-541.
- มณีรัตน์ พัฒนสมบัติสุข. (2564). การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์และการสาธารณสุขภาคใต้. 8(2), 329-343.

- มารริน สุภาพรูป, ชูชาติ คูศิริณัจน์, พรทิพย์ บุญเครือชู และประดับ มาเทศน์. (2563). อิทธิพลของการติดเชื้อในคู่สมรสร่วมกับการได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี และการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในสตรีที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์. การวิจัยทางคลินิกวิทยาศาสตร์ สุขภาพ. 35(2), 57-63.
- รัตน์ บัวสนธ. (2552). การวิจัยและพัฒนานวัตกรรมการศึกษา. กรุงเทพฯ : คำสมัย.
- วิจิต มธรรสภานันท์. (2538). หน่วยที่ 7 หลักการป้องกันและควบคุมโรค ในเอกสารการสอนชุดวิชาการสาธารณสุข 2 หน่วยที่ 1-7. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วิไลลักษณ์ สุขใจ. (2558). การศึกษาความรู้และการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในประชากรตำบลชุมเงิน. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 40(1), 45-50.
- ศักดิ์ชัย บำรุงพงศ์. (2545). แนวคิดและกระบวนการพัฒนาอย่างยั่งยืน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิรินาถ ศิริเลิศ และพรรณิ ศิริวรรณานา. (2561). การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี. [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](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)
- ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบบีจากเชื้อไวรัส. (2559). ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2560-2564. เจ เอส การพิมพ์.
- ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบบีจากไวรัส กอโรนาเอชและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). ยุทธศาสตร์กำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี พ.ศ. 2565-2573. เอส บี เค การพิมพ์.
- ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบบีจากไวรัส กอโรนาเอชและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวทางการตรวจคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาด้านไวรัส. เอส บี เค การพิมพ์.
- ศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบบีจากไวรัส กอโรนาเอชและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). แนวทางการดำเนินงานตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี ในประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงเพื่อส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษาในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฉบับปรับปรุง ปี พ.ศ. 2566. เอส บี เค การพิมพ์.
- สรรัตน์ ทำแก้ว. (2565). วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบีสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล. 32(2). 147-154.
- สมชาย แก้วอำไพ. (2555). การศึกษาการเข้าถึงวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีในชุมชนชนบท. วารสารการแพทย์ชุมชน. 10(2), 45-56.

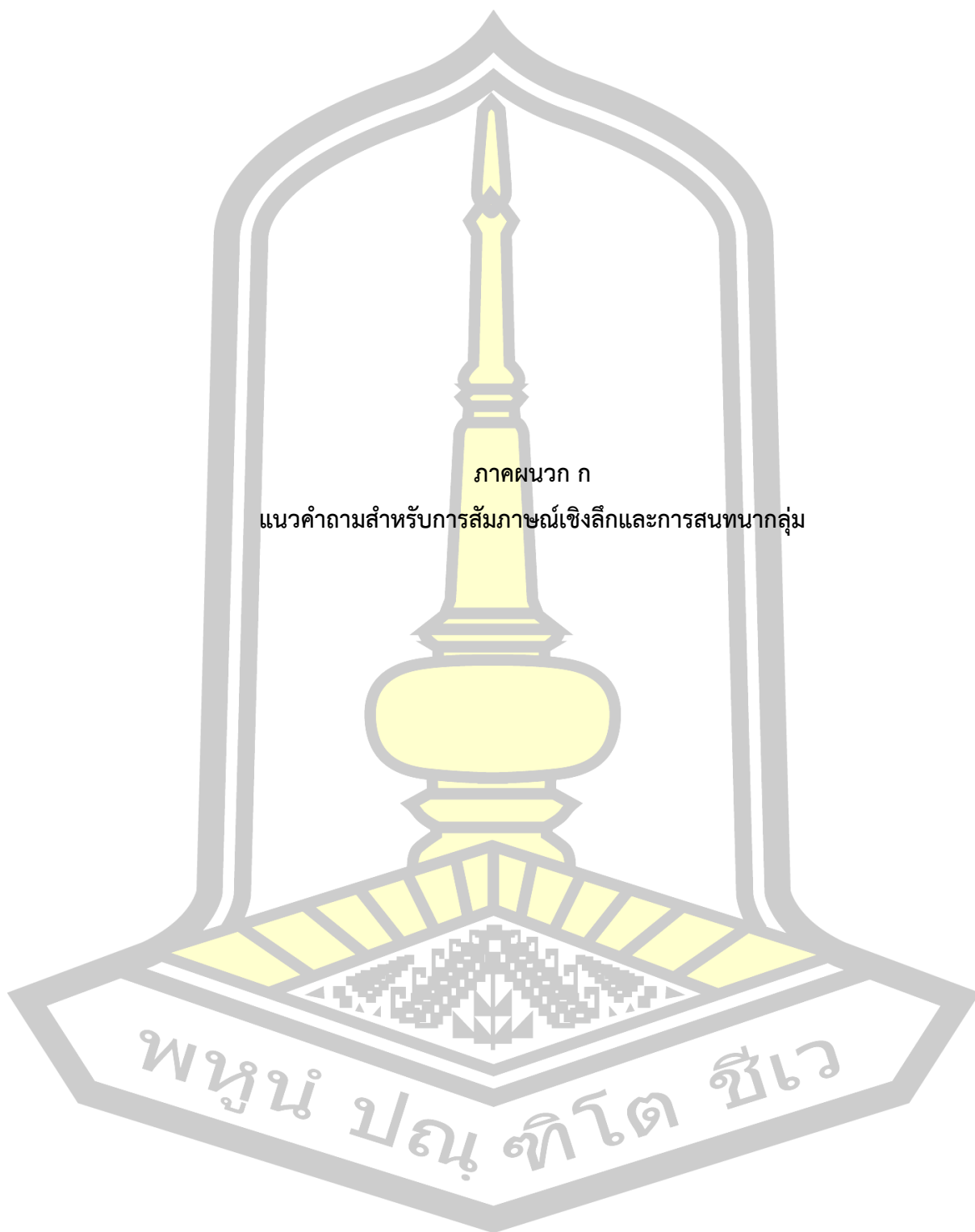
- สมหญิง งามอรุณเลิศ และคณะ. (2560) .ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและภาวะติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีแบบซ่อนเร้นในคนไทยสุขภาพดี ซึ่งเกิดหลังนโยบายแผนงานขยายการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในทารกแรกเกิด. สงขลานครินทร์เวชสาร. 35 (1), 102-109.
- สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย. (2558). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี และ ซี เรื้อรังในประเทศไทย ปี 2558. ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.  
<https://doi.org/10.1016/j.cld.2018.06.002>
- สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย. (2561). แนวทางการดูแลรักษา ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี ซี เรื้อรัง ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561. บริษัท ภาพพิมพ์ จำกัด.
- สายทอง วงศ์คำ. (2560). อัตราการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบีซี และเชื้อซิฟิลิส ในเลือดบริจาคของโรงพยาบาลหัวหิน. เชียงรายวารสาร. 9(2), 105-113.
- สุทธิชัย บุญดี. (2560). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชนชนบท. วารสารวิจัยการแพทย์และสาธารณสุข. 45(3), 123-130.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. (2565). ระบบรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง. 506). [ออนไลน์]. สืบค้นจาก: <http://203.157.181.13/cdyaso>.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. (2565). รายงานตามตัวชี้วัดกระทรวง ปี พ.ศ. 2565.  
<https://yst.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- สำนักกระบาดวิทยา. (2555). มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ฉบับปรับปรุงใหม่ (2555). ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- อรุณี พรหมชัย. (2560). รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคติดต่อในชุมชน: กรณีศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 31(1), 66–78.
- อัญญาณี สิมะรักษำอำไพ, เนลินี ไชยเอีย, พิศาล ไม้เรียง, สุกุล ลิ้มวัฒนานนท์ และสุภาพร เลิศร่วมพัฒนา. (2559). ประสิทธิภาพของโปรแกรมวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี แบบเร่งรัดเปรียบเทียบกับการให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีแบบปกติในบุคลากร ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลก่อนเริ่มปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ศรีนครินทร์เวชสาร. 31(3), 247–256.
- เอกชัย แดงสะอาด และคณะ. (2562). ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มผู้มารับบริการชาย คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร. วารสารควบคุมโรค. 45(1), 1-13.
- Centers for disease control and prevention. Hepatitis B Information. เข้าถึงได้จาก:  
<https://www.cdc.gov/hepatitis/hbv/hbvfaq.htm#overview>

- DeVellis, R. F. (2017). *Scale Development: Theory and Applications*. (4th ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences* (6th ed.). John Wiley and Sons.
- Wikimedia Commons. (2016). Interaction Design Foundation - IxDF. Action Research Interaction Design Foundation - IxDF. <https://www.interaction-design.org/literature/topics/action-research>
- Leroi, C., Adam, P., Khamduang, W., Kawilapat, S., Ngo-Giang-Huong, N., Ongwandee, S., Jiamsiri, S., & 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>
- Posuwan N, Wanlapakorn N, Sa-nguanmoo P, Wasitthankasem R, Vichaiwattana P, et al. (2016). *The Success of a Universal Hepatitis B Immunization Program as Part of Thailand's EPI after 22 Years' I Implementation*. *PLOS ONE* 11(3): e0150499. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150499>
- WHO. (2018). *Hepatitis B*. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>
- World Health Organization(WHO). (2016). *Global Health Sector Strategy on Viral hepatitis 2016–2021* (Issue June). the WHO Document Production Services.
- World Health Organization. (2021). *Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021*. Accountability for the global health sector strategies 2016 –2021: actions for impact. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030*. Geneva: World Health Organization.



ภาควิชาการศึกษาศาสนาและวัฒนธรรม

พหุบัณฑิตยสถาน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม

พหุบัณฑิตยาลัย

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน จังหวัดยโสธร”

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความคิดเห็น และรายละเอียดของเนื้อหาที่สำคัญเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี

ขั้นตอนของการสัมภาษณ์/การสนทนากลุ่ม

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

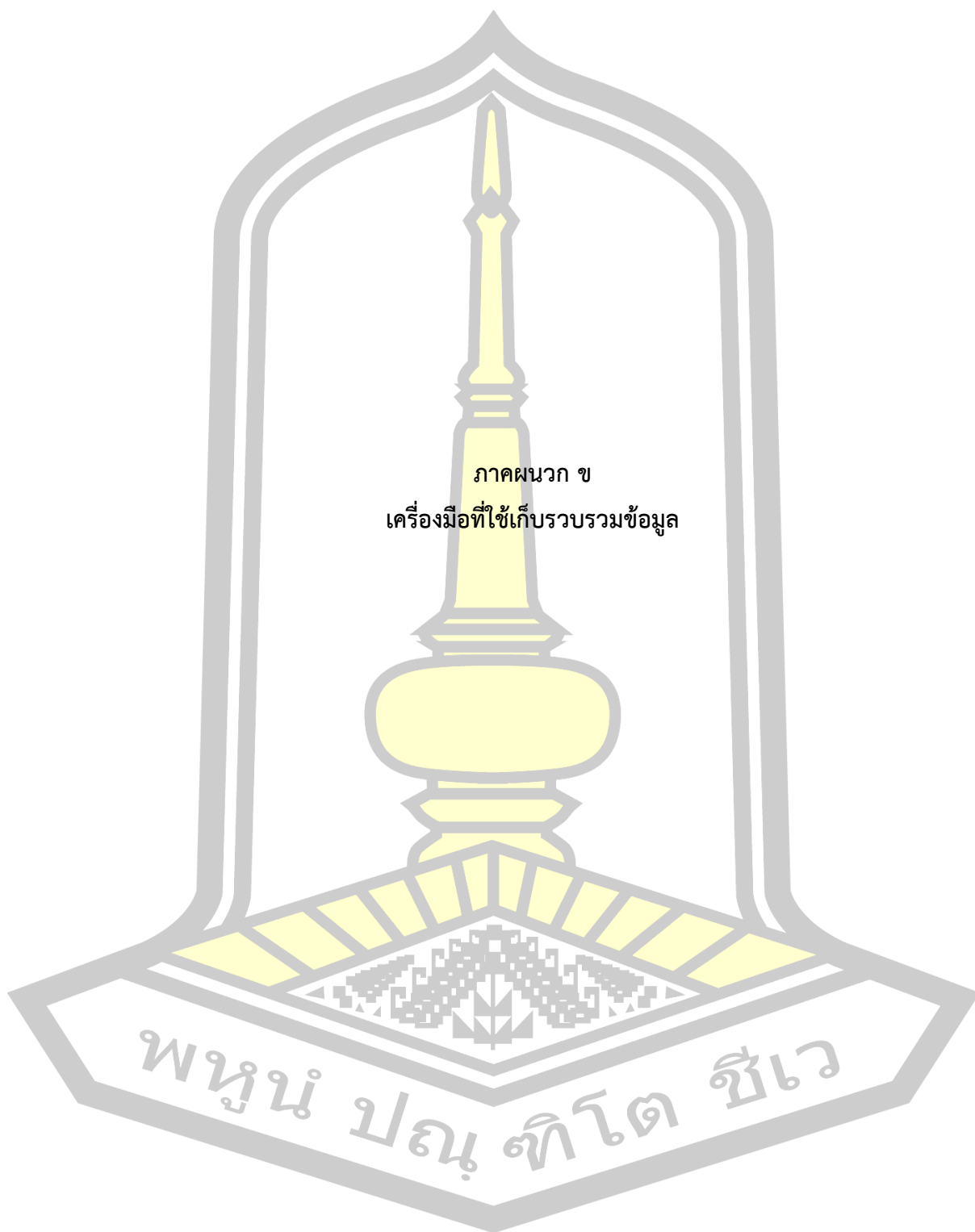
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

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

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ประเด็นดังนี้

- 2.1 สภาพปัญหาเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีในปัจจุบันเป็นอย่างไร ?
- 2.2 การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบีที่ผ่านมาเป็นอย่างไร? มีจุดเด่นจุดด้อยอย่างไรบ้าง?
- 2.3 การดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ใครควรมีส่วนร่วมบ้าง?
- 2.4 การดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ควรเป็นอย่างไร?

พจนานุกรมศัพท์โรค



ภาคผนวก ข  
เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

พหุณํ ปณฺ ทิโต ชีเว

เลขที่.....

## แบบคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบ บี

**คำชี้แจง:** แบบสอบถามนี้มีอยู่ 3 หน้า ประกอบไปด้วย 5 ส่วน จัดทำขึ้นเพื่อสำรวจข้อมูล และคัดกรองผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไวรัสตับอักเสบ บี ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวางแผนและพัฒนาารูปแบบการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยขอให้ท่านกาเครื่องหมาย  ใน หรือเติมข้อความ หรือตัวเลขในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน คำตอบที่เป็นจริงจะมีประโยชน์เป็นอย่างมากต่อการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำไปวางแผนแก้ไขปัญหา ข้อมูลนี้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับและจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่าน

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- 1.1 ตรวจคัดกรองวันที่ ...../...../.....
- 1.2 ชื่อ-สกุล ..... 1.3 เพศ  1) ชาย  2) หญิง 1.4 อายุ ..... ปี
- 1.5 วันเดือนปีเกิด ...../...../.....
- 1.6 ที่อยู่ตามบัตรประชาชน บ้านเลขที่ ..... หมู่..... ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
- 1.7 ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ ..... หมู่..... ตำบล..... อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร
- 1.8 อาชีพ
- 1) เกษตรกรรม  2) รับจ้าง  3) รับราชการ  4) ค้าขาย  5) รัฐวิสาหกิจ
- 6) แม่บ้าน  7) อื่นๆ (ระบุ).....  8) ไม่ได้ประกอบอาชีพ
- 1.9 สถานภาพ  1) โสด  2) สมรส  3) หม้าย  4) หย่า/แยกกันอยู่
- 1.10 การศึกษา  1) ไม่ได้ศึกษา  2) ประถมศึกษา  3) มัธยมศึกษา
- 4) อนุปริญญา/ปวส.  5) ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
- 1.11 สิทธิในการรักษาพยาบาล
- 1) ประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตร 30 บาท)  2) ประกันสังคม
- 3) ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
- 1.12 เบอร์โทรศัพท์.....

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพทั่วไป

- 2.1 น้ำหนัก ..... กิโลกรัม 2.2 ส่วนสูง ..... เซนติเมตร
- 2.3 โรคประจำตัว  1) ไม่มี  2) มี โปรดระบุ.....
- 2.4 ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
- 1) ไม่ดื่ม  2) เคยดื่มแต่เลิกแล้ว  3) ปัจจุบันยังดื่มอยู่ รวม ..... ปี
- 2.5 ประวัติการสูบบุหรี่
- 1) ไม่สูบ  2) เคยสูบแต่เลิกแล้ว  3) ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ รวม ..... ปี



### ส่วนที่ 3 ข้อมูล/ประวัติเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี

#### 3.1 ท่านเคยตรวจพบเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่

- 1) ไม่เคยตรวจเลย                       2) เคยตรวจแต่ไม่พบเชื้อ  
 3) เคยตรวจและพบเชื้อ วันที่ตรวจพบ...../...../.....ระยะเวลาที่ป่วย.....  
 (3.1) หายแล้ว  
 (3.2) ยังไม่หายและอยู่ในระหว่างการรักษา  
 (3.3) ยังไม่หายและไม่ได้รับการรักษา

#### 3.2 มารดาของท่านติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่

- 1) ไม่มีการติดเชื้อ                       2) ติดเชื้อ                       3) ไม่ทราบ

#### 3.3 ท่านเคยฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่

- 1) เคย ระบุวันที่ ...../...../.....                       2) ไม่เคย                       3) ไม่ทราบ

#### 3.4 ในครอบครัวของท่านมีผู้ที่ป่วยเป็นโรคตับแข็ง ตับอักเสบบี หรือมะเร็งตับหรือไม่

- 1) มี จำนวน.....คน                       2) ไม่มี                       3) ไม่ทราบ

### ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ	
4.1	เกิดก่อน ปี พ.ศ. 2535	<input type="checkbox"/> 1) ใช่	<input type="checkbox"/> 2) ไม่ใช่
4.2	เคยใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น	<input type="checkbox"/> 1) เคย	<input type="checkbox"/> 2) ไม่เคย
4.3	เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี	<input type="checkbox"/> 1) ใช่	<input type="checkbox"/> 2) ไม่ใช่
4.4	เคยได้รับเลือด หรือเคยผ่าตัด	<input type="checkbox"/> 1) เคย	<input type="checkbox"/> 2) ไม่เคย
4.5	เคยฟอกไต	<input type="checkbox"/> 1) เคย	<input type="checkbox"/> 2) ไม่เคย
4.6	เคยมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่แฟนหรือคู่สมรส โดยไม่สวมถุงยางอนามัย	<input type="checkbox"/> 1) เคย	<input type="checkbox"/> 2) ไม่เคย
4.7	คู่สมรส หรือบิดา หรือมารดา หรือบุตร ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	<input type="checkbox"/> 1) ใช่	<input type="checkbox"/> 2) ไม่ใช่
4.8	คู่สมรส หรือบิดา หรือมารดา หรือบุตร เป็นโรคตับอักเสบบี ตับแข็ง มะเร็งตับ	<input type="checkbox"/> 1) ใช่	<input type="checkbox"/> 2) ไม่ใช่
4.9	เคยสักบนเรือนร่าง สักคิ้ว สักปาก เจาะหู เจาะสะดือ เจาะลิ้น	<input type="checkbox"/> 1) เคย	<input type="checkbox"/> 2) ไม่เคย
4.10	เคยได้รับการฉีดยา หรือผ่าตัด ด้วยแพทย์พื้นบ้าน	<input type="checkbox"/> 1) เคย	<input type="checkbox"/> 2) ไม่เคย
4.11	เคยมีประวัติเคยถูกคุมขังในเรือนจำ	<input type="checkbox"/> 1) เคย	<input type="checkbox"/> 2) ไม่เคย
4.12	เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่เคยถูกเข็มตำขณะปฏิบัติหน้าที่ หรือสัมผัสเลือด หรือน้ำเหลืองของผู้ป่วยโดยตรง	<input type="checkbox"/> 1) เคย	<input type="checkbox"/> 2) ไม่เคย
4.13	เคยใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น (เช่น แก้วน้ำ แปรงสีฟัน มีดโกนผม กรรไกร ตัดเล็บ เข็มฉีดยา)	<input type="checkbox"/> 1) เคย	<input type="checkbox"/> 2) ไม่เคย



ส่วนที่ 5 ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	
		ใช่	ไม่ใช่
5.1	โรคไวรัสตับอักเสบบี มีวัคซีนสำหรับป้องกันการติดเชื้อ		
5.2	การสัมผัสเลือดของผู้ป่วยโดยตรง มีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี		
5.3	การสักเจาะผิวหนังมีโอกาสทำให้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้ ถ้าใช้เข็มร่วมกัน		
5.4	เชื้อไวรัสตับอักเสบบีสามารถติดต่อจากแม่สู่ลูกขณะคลอด		
5.5	เชื้อไวรัสตับอักเสบบี ติดต่อได้หากมีเพศสัมพันธ์กับคนที่มีเชื้อโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย		
5.6	การใช้แปรงสีฟัน ใบบิดโกน ที่ตัดเล็บ ร่วมกัน มีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี		
5.7	การสัมผัสเลือด น้ำเหลืองของผู้ป่วยโดยตรง มีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี		
5.8	บุคคลที่ตรวจพบไวรัสตับอักเสบบี ไม่จำเป็นต้องไปพบแพทย์หรือรับการรักษา		
5.9	หากสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี อาจทำให้คนอื่น ๆ มีโอกาสได้รับเชื้อไปด้วย		
5.10	ผู้ที่สัมผัสอย่างใกล้ชิดกับผู้ที่เป็นพาหะของโรคเป็นเวลานานมีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี		
5.11	การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มีโอกาสกลายเป็นโรคเรื้อรัง และมะเร็งตับได้		
5.12	การมีเพศสัมพันธ์ที่กึ่งคู่นอนอื่นที่ไม่ใช่แฟนหรือคู่สมรส มีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบบี		
5.13	การล้างมือหรือผิวหนังบริเวณที่สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยทันทีที่สามารถป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ได้		

ขอขอบคุณที่ท่านได้สละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในครั้งนี้



## เอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม

67/053

ECMSU01-05.03 Update 2021

### เอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม (สำหรับการตอบแบบสอบถาม 18 ปีขึ้นไป)

#### เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นางสาวนันทยา เสมียนกุล นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร” (Development of Prevention System of Hepatitis B in Khum Ngoen Subdistrict, Mueang District, Yasothon Province) โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ในประชาชน ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการวิจัยนี้ คือ ได้รับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ด้วยการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว มีขั้นตอน ดังนี้ เช็ดบริเวณที่ปลายนิ้วด้วยแผ่นชุบแอลกอฮอล์ ใช้เข็มสำหรับเจาะเลือดปลายนิ้ว และเก็บเลือดด้วยหลอดหยด นำเลือดหยดลงหลอดหยดตัวอย่าง จำนวน 2 หลอด แล้วบีบน้ำยาบัฟเฟอร์ 1 หลอดลงไป และรออ่านผลการทดสอบ 20 นาที และผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้รับการส่งเสริมสุขภาพและเข้าสู่งการรักษ “ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ แต่ข้อมูลที่ได้จะมีประโยชน์ต่อคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามในประเด็น ข้อมูลเบื้องต้น สภาพปัญหา ความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งประกอบด้วยคำถาม ทั้งหมด 5 ส่วน จำนวน 48 ข้อ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 5 นาที และจะขอรับแบบสอบถามคืนโดยผู้วิจัยจะไปเก็บด้วยตนเอง และขออนุญาตในการสัมภาษณ์หรือเข้าร่วมประชุมกลุ่ม จำนวน 1 - 2 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง การจดบันทึก พร้อมทั้งบันทึกเทปในการสนทนา

หากท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติงานของท่านแต่ประการในปัจจุบันและอนาคต

ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นางสาวนันทยา... เสมียนกุล นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เบอร์โทรศัพท์ 063-7503330

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

ขอขอบพระคุณอย่างสูง

..... นันทยา

( นางสาวนันทยา เสมียนกุล )

ผู้วิจัย



## แบบยินยอมอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ

ECMSU01-06.03

### แบบแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัยจากอาสาสมัคร (สำหรับอาสาสมัครอายุ 18 ปีขึ้นไป)

ข้าพเจ้า (นาง/นางสาว/นาย) ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี  
บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

ได้อ่านคำชี้แจง/รับฟังคำอธิบายจาก นางสาวนันทยา... สมัยนกุล เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัย เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร” โดยข้อความที่อธิบายประกอบด้วย การขออนุญาตให้ท่านตอบแบบสอบถามในประเด็น ข้อมูลเบื้องต้น สภาพปัญหา ความรู้ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งประกอบด้วยคำถาม ทั้งหมด 5 ส่วน จำนวน 48 ข้อ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 5 นาที และขออนุญาตในการสัมภาษณ์หรือเข้าร่วมประชุมกลุ่ม จำนวน 1 - 2 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง การจดบันทึก พร้อมทั้งบันทึกเทปในการสนทนา และหากท่านเป็นกลุ่มประชาชนทั่วไป ท่านจะได้รับการบริการด้านสุขภาพ เช่น ได้รับการสัมภาษณ์และตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ด้วยการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว มีขั้นตอน ดังนี้ เช็ดบริเวณที่ปลายนิ้วด้วยแผ่นซับแอลกอฮอล์ ใช้เข็มสำหรับเจาะเลือดปลายนิ้ว และเก็บเลือดด้วยหลอดหยด นำเลือดหยดลงหลอดตัวอย่าง จำนวน 2 หลอด แล้วบีบน้ำยาบัฟเฟอร์ 1 หลอด ลงไป และรออ่านผลการทดสอบ 20 นาที หากพบการติดเชื้อจะได้รับการส่งต่อเข้าสู่การตรวจยืนยันและทำการรักษา ได้รับการปรึกษา และการติดตามการเยี่ยมบ้าน เพื่อลดโอกาสการเป็นโรคตับอักเสบบีและมะเร็งตับ โดยได้อ่าน/รับฟังคำอธิบายข้อความในเอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและการตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ตลอดจนการรับรองจากผู้วิจัยที่จะเก็บรักษาข้อมูลของข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัว เป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

“ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ” และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร และแบบแสดงความยินยอมนี้แล้วจึงลงลายมือชื่อไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....อาสาสมัคร  
(.....)

วันที่.....

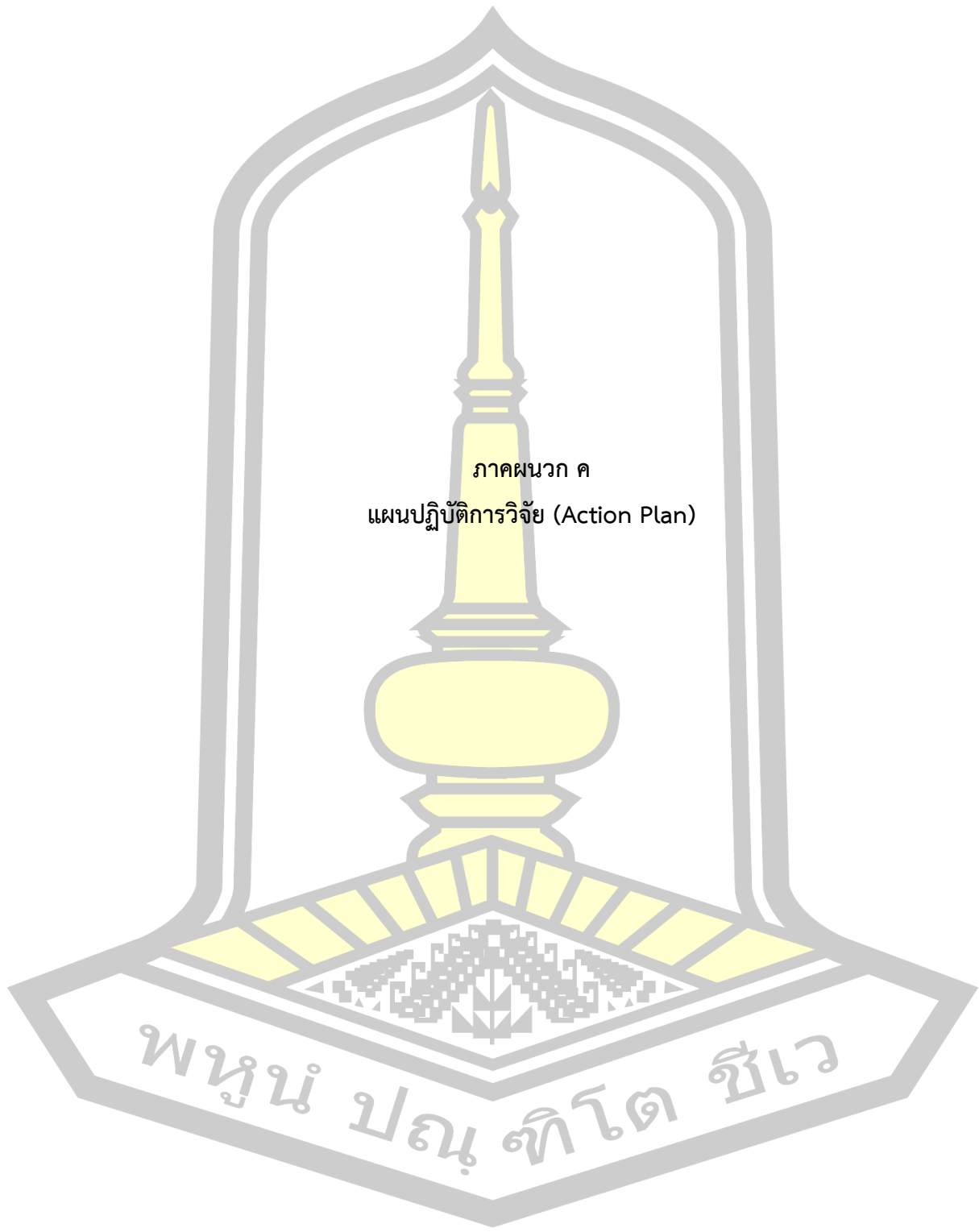
ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอความยินยอม  
(.....)

วันที่.....





ภาคผนวก ค  
แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

พหุ ประจักษ์ วิจัย

แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

การพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

ระยะที่ 1 การเตรียมการวิเคราะห์สถานการณ์

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/เครื่องมือ/อุปกรณ์/งบประมาณ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
<b>การเตรียมการวิเคราะห์สถานการณ์</b>					
<p><b>กิจกรรมที่ 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ศึกษาบริบทพื้นที่ชุมชน สภาพปัญหา</li> <li>- สํารวจพฤติกรรมการเสี่ยงของประชาชนในพื้นที่</li> <li>- วิเคราะห์สถานการณ์</li> </ul> <p><b>วัตถุประสงค์</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อศึกษาสถานการณ์และพฤติกรรมการเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในประชาชนตำบลชุมเงิน จังหวัดยโสธร</li> <li>- เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในพื้นที่ตำบลชุมเงิน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้วิจัย ลงพื้นที่ศึกษาบริบท สถานการณ์ ปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค และการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี</li> <li>- สํารวจข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ประชาชนที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ในพื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร จำนวน 2,315 คน</li> <li>- ตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีด้วย</li> <li>- HBs Ag โดยวิธีการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว</li> <li>- ในกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 71 ราย</li> </ul>	<p><b>ระยะเวลา</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เดือน มิถุนายน 2567</li> </ul> <p><b>สถานที่</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร</li> </ul> <p><b>เครื่องมือ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สมุดจดบันทึก ปากกา</li> <li>- แบบสอบถาม</li> <li>- ชุดตรวจ HBsAg Card Test</li> <li>- แบบบันทึกผลการตรวจ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ได้ทราบบริบท สถานการณ์ ปัจจุบัน</li> <li>- ทราบถึงพฤติกรรมการเสี่ยงของประชาชนตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร</li> <li>- ประชาชนกลุ่มเป้าหมายในชุมชน ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ได้รับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี โดยวิธีการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีข้อมูลบริบท สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรคและการทำงาน</li> <li>- มีข้อมูลพฤติกรรมการเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในประชาชนตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้วิจัย</li> <li>- ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค รพ.สต.ในพื้นที่</li> </ul>

แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

การพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการดำเนินงาน

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/เครื่องมือ/อุปกรณ์/งบประมาณ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
<b>ขั้นการวางแผน Planning</b>					
<b>กิจกรรมที่ 2.1</b> - แต่งตั้งคณะทำงาน - ประชุมวางแผนการดำเนินงานและร่วมกันจัดทำแผนในการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร	- ผู้วิจัยทำหน้าที่เชิญผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าร่วมประชุม - ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดกิจกรรมให้คณะทำงานทราบ - ผู้วิจัยแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อกำหนดแผนการดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา - วิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 25 คน	<b>ระยะเวลา</b> - เดือน กรกฎาคม 2567 <b>สถานที่</b> - ห้องประชุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร <b>เครื่องมือ</b> - สมุดจดบันทึก ปากกา - กระดาษฟลิปชาร์ต - กล้องถ่ายรูป - แบบบันทึกการประชุม	- เพื่อให้ได้คณะทำงาน สะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ - คณะทำงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทราบถึงปัญหาของโรคไวรัสตับอักเสบบีในพื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร - มีแผนการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีที่เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่	- มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน เพื่อกำหนดหลักสูตรการพัฒนาในรูปแบบ - มีแผนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร	- ผู้วิจัย - ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
<b>วัตถุประสงค์</b> - เพื่อจัดทำแผนในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร					

แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

การพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการดำเนินงาน

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/เครื่องมือ/อุปกรณ์/งบประมาณ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
<b>ขั้นปฏิบัติการ Action</b>					
<p><b>กิจกรรมที่ 2.2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ดำเนินงานตามแผนในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร</li> <li>- ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร</li> </ul> <p><b>วัตถุประสงค์</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อศึกษาารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในประชาชนตำบลชุมเงิน จังหวัดยโสธร</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ดำเนินการตามแผนการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร</li> </ul>	<p><b>ระยะเวลา</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เดือน สิงหาคม 2567</li> </ul> <p><b>สถานที่</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร</li> </ul> <p><b>เครื่องมือ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สมุดจดบันทึก ปากกา</li> <li>- กล้องถ่ายรูป</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้เข้าสู่การรักษา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในกิจกรรม</li> <li>- มีการดำเนินงานตามแผนการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้วิจัย</li> <li>- ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง</li> <li>- ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย</li> </ul>

แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

การพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการดำเนินงาน

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/เครื่องมือ/อุปกรณ์/งบประมาณ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
<b>ขั้นการสังเกต Observation</b>					
<b>กิจกรรมที่ 2.3</b> - สังเกต ติดตาม ประเมินผล <b>วัตถุประสงค์</b> - เพื่อติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน ป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร	- ผู้วิจัยทำหน้าที่สื่อเชิญ กลุ่มเป้าหมาย และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง - สังเกตและประเมินความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบบี ด้วยแบบสอบถามที่ส่งไปให้กลุ่มเป้าหมายและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง - ให้ความรู้เรื่องโรค และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไวรัสตับอักเสบบี	<b>ระยะเวลา</b> - เดือน กันยายน 2567 <b>สถานที่</b> - พื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร <b>เครื่องมือ</b> - สมุดจดบันทึก ปากกา - แบบสังเกตการณ์ส่วนร่วม - แบบสอบถามความพึงพอใจ - ไปรเจ็คเตอร์ให้ความรู้	- ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ได้มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี - ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ	- ประชาชน - กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในกิจกรรม - ประชาชน - กลุ่มเป้าหมาย มีการตอบคำถาม พฤติกรรม การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องที่ควรปฏิบัติและไม่ควรปฏิบัติ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไวรัสตับอักเสบบี	- ผู้วิจัย - ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง - ประชาชน - กลุ่มเป้าหมาย

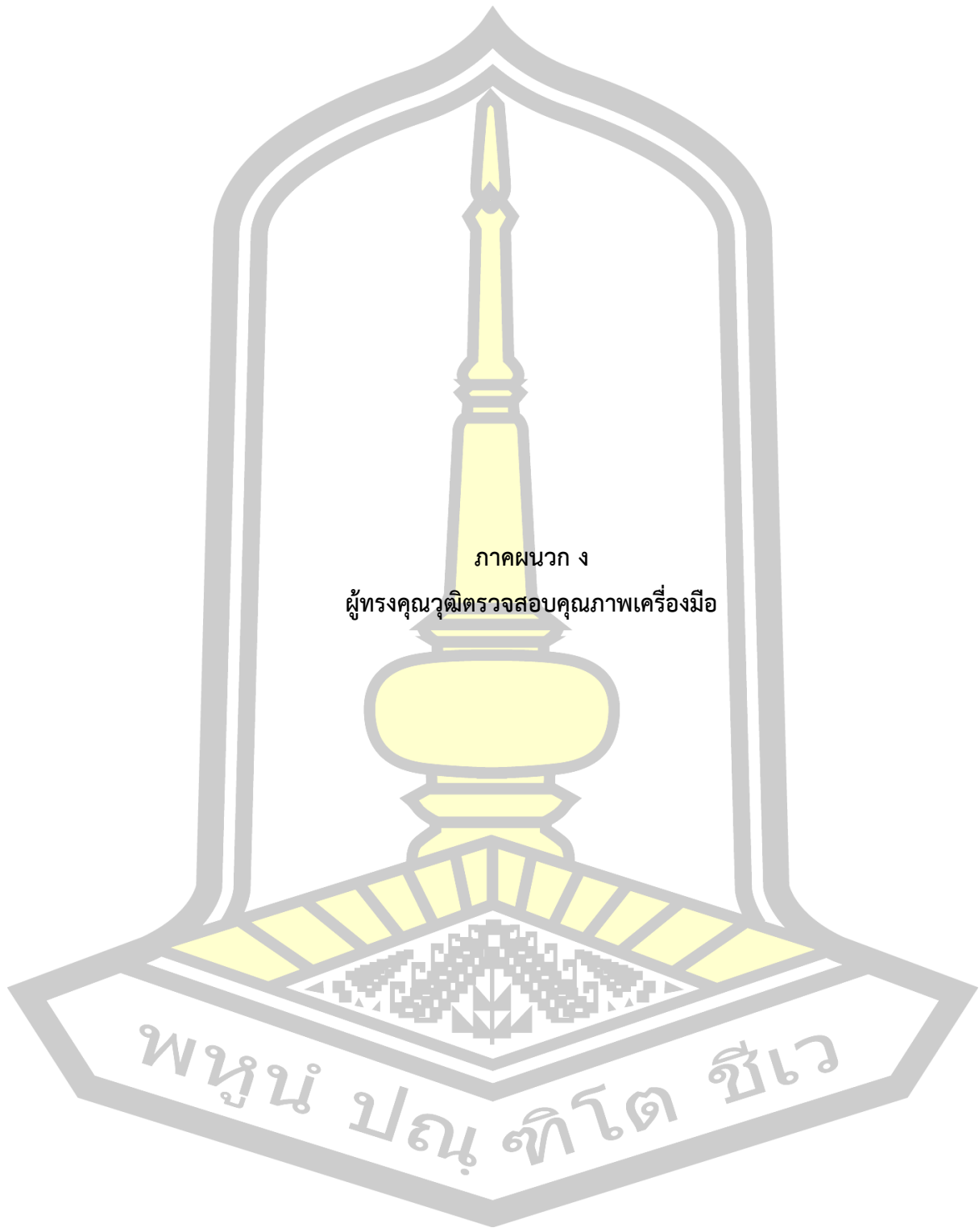
แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

การพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการดำเนินงาน

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/เครื่องมือ/อุปกรณ์/งบประมาณ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
<p><b>กิจกรรม/วัตถุประสงค์</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-สรุปผลการดำเนินงาน</li> <li>-จัดประชุมคืนข้อมูลและถอดบทเรียน</li> <li>-แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี</li> <li>-ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร</li> </ul> <p><b>วัตถุประสงค์</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-เพื่อสรุปผลการดำเนินงานการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร</li> <li>-เพื่อประเมินปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- วิทยาลัยพหุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏยโสธร</li> <li>- จัดประชุมสรุปผลการดำเนินงาน คืนข้อมูลและถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี</li> <li>- ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร</li> </ul>	<p><b>ระยะเวลา</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เดือน ตุลาคม 2567</li> </ul> <p><b>สถานที่</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ห้องประชุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร</li> </ul> <p><b>เครื่องมือ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สมุดจดบันทึก ปากกา</li> <li>- กระดาษคอปิลิพาร์ท</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานและนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ในพื้นที่</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แบบบันทึกปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ</li> <li>- ผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้วิจัย</li> <li>- ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง</li> </ul>
<p><b>ขั้นการสะท้อนผล Reflection</b></p> <p><b>กิจกรรมที่ 2.4</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-สรุปผลการดำเนินงาน</li> <li>-จัดประชุมคืนข้อมูลและถอดบทเรียน</li> <li>-แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี</li> <li>-ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร</li> </ul> <p><b>วัตถุประสงค์</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-เพื่อสรุปผลการดำเนินงานการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร</li> <li>-เพื่อประเมินปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี</li> </ul>					

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/ เครื่องมือ/อุปกรณ์/ งบประมาณ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
<p>ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร</p>					



ภาคผนวก ง

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

พหุจน์ ปณฺ ทิโต ชีเว

### ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. นายแมน แสงภักดิ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  
หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร
2. นายสมพร จันทร์แก้ว ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  
หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม  
โรงพยาบาลยโสธร
3. นางปาริชาติ สำราญบัว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด  
โรงพยาบาลยโสธร



### การพัฒนาเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

#### 1. การตรวจสอบความเที่ยงตรง (Content Validity)

โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of Concurrence ; IOC) ของการพัฒนาและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อ	ข้อคำถาม	คะแนนการพิจารณา									รวม	ค่าเฉลี่ย IOC	สรุปการแปลผล
		คนที่ 1			คนที่ 2			คนที่ 3					
		+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1			
1.1	ตรวจคัดกรองวันที่	/			/			/			3	1	ใช้ได้
1.2	ชื่อ-สกุล	/			/			/			3	1	ใช้ได้
1.3	เพศ	/			/			/			3	1	ใช้ได้
1.4	อายุ	/			/			/			3	1	ใช้ได้
1.5	วัน/เดือน/ปี เกิด	/			/			/			3	1	ใช้ได้
1.6	ที่อยู่ตามบัตรประชาชน	/			/			/			3	1	ใช้ได้
1.7	ที่อยู่ปัจจุบัน	/			/			/			3	1	ใช้ได้
1.8	อาชีพ	/			/			/			3	1	ใช้ได้
1.9	สถานภาพ	/			/			/			3	1	ใช้ได้
1.10	การศึกษา	/			/			/			3	1	ใช้ได้
1.11	สิทธิในการรักษาพยาบาล	/			/			/			3	1	ใช้ได้
1.12	เบอร์โทรศัพท์	/			/			/			3	1	ใช้ได้
คะแนนรวม/เฉลี่ย		12			12			12			36	1	ใช้ได้

**สรุปว่า** จากการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ ของแบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ได้ค่าเฉลี่ยรายข้อเท่ากับ 1.00 คะแนน และมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 1.00 คะแนน ซึ่งมีค่าไม่น้อยกว่า 0.50 สามารถนำไปใช้ได้ตามเกณฑ์การให้คะแนนค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of Concurrence ; IOC) (มณีรัศม์ พัฒนสมบัติสุข, 2564)

#### ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพทั่วไป

ข้อ	ข้อคำถาม	คะแนนการพิจารณา									รวม	ค่าเฉลี่ย IOC	สรุปผลการแปลผล
		คนที่ 1			คนที่ 2			คนที่ 3					
		+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1			
2.1	น้ำหนัก	/			/			/			3	1	ใช้ได้
2.2	ส่วนสูง	/			/			/			3	1	ใช้ได้
2.3	โรคประจำตัว	/			/			/			3	1	ใช้ได้
2.4	ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	/			/			/			3	1	ใช้ได้
2.5	ประวัติการสูบบุหรี่	/			/			/			3	1	ใช้ได้
คะแนนรวม/เฉลี่ย		5			5			5			15	1	ใช้ได้

**สรุปว่า** จากการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ ของแบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ได้ค่าเฉลี่ยรายข้อเท่ากับ 1.00 คะแนน และมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 1.00 คะแนน ซึ่งมีค่าไม่น้อยกว่า 0.50 สามารถนำไปใช้ได้ตามเกณฑ์การให้คะแนนค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of Concurrence ; IOC) (มณีรัศม์ พัฒนสมบัติสุข, 2564)

ตอนที่ 3 ข้อมูล/ประวัติเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี

ข้อ	ข้อความถาม	คะแนนการพิจารณา									รวม	ค่าเฉลี่ย IOC	สรุป การแปล ผล
		คนที่ 1			คนที่ 2			คนที่ 3					
		+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1			
3.1	ท่านเคยตรวจพบเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่	/			/			/			3	1	ใช้ได้
3.2	มารดาของท่านติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่	/			/			/			2	0.67	ใช้ได้
3.3	ท่านเคยฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่	/			/			/			3	1	ใช้ได้
3.4	ในครอบครัวของท่านมีผู้ที่ป่วยเป็นโรคตับแข็ง ตับอักเสบบี หรือมะเร็งตับหรือไม่	/			/			/			3	1	ใช้ได้
คะแนนรวม/เฉลี่ย		4			4			2			10	0.91	ใช้ได้

สรุปว่า จากการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความถามและวัตถุประสงค์ ของแบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ได้ค่าเฉลี่ยรายข้อระหว่าง 0.67 – 1.00 คะแนน และมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 0.91 คะแนน ซึ่งมีค่าไม่น้อยกว่า 0.50 สามารถนำไปใช้ได้ตามเกณฑ์การให้คะแนนค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความถามและวัตถุประสงค์ (Index of Concurrence ; IOC) (มณีรัตน์ พัฒนสมบัติสุข, 2564)

ตอนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

ข้อ	ข้อความคำถาม	คะแนนการพิจารณา									รวม	ค่าเฉลี่ย IOC	สรุป การแปล ผล
		คนที่ 1			คนที่ 2			คนที่ 3					
		+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1			
4.1	เกิดก่อน ปี 2535	/			/			/			3	1	ใช้ได้
4.2	เคยใช้เข็มฉีดยาเสพติด ร่วมกับผู้อื่น	/			/			/			3	1	ใช้ได้
4.3	เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี	/			/			/			2	0.67	ใช้ได้
4.4	เคยได้รับเลือด หรือเคย ผ่าตัด	/			/			/			3	1	ใช้ได้
4.5	เคยฟอกไต	/			/			/			3	1	ใช้ได้
4.6	เคยมีเพศสัมพันธ์กับ บุคคลอื่นที่ไม่ใช่แฟนหรือ คู่สมรส โดยไม่สวมถุงยางอนามัย	/			/			/			3	1	ใช้ได้
4.7	คู่สมรส หรือบิดา หรือ มารดา หรือบุตร ติดเชื้อ ไวรัสตับอักเสบบี	/			/			/			3	1	ใช้ได้
4.8	คู่สมรส หรือบิดา หรือ มารดา หรือบุตร เป็นโรค ตับอักเสบบี ตับแข็ง มะเร็ง ตับ	/			/			/			3	1	ใช้ได้
4.9	เคยสักบนเรือนร่าง สักคิ้ว สักปาก เจาะหู เจาะ สะดือ เจาะลิ้น	/			/			/			3	1	ใช้ได้
4.10	เคยได้รับการฉีดยา หรือ ผ่าตัด ด้วยแพทย์พื้นบ้าน	/			/			/			3	1	ใช้ได้
4.11	เคยมีประวัติเคยถูกคุมขัง ในเรือนจำ	/			/			/			3	1	ใช้ได้

ข้อ	ข้อความ	คะแนนการพิจารณา									รวม	ค่าเฉลี่ย IOC	สรุป การแปล ผล
		คนที่ 1			คนที่ 2			คนที่ 3					
		+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1			
4.12	เป็นบุคลากรด้าน สาธารณสุขที่เคยถูกเข็ม ตำขณะปฏิบัติหน้าที่ หรือ สัมผัสเลือด หรือน้ำเหลือง ของผู้ป่วยโดยตรง	/			/			/			2	0.67	ใช้ได้
4.13	เคยใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น (เช่น แก้วน้ำ แปรงสีฟัน มีดโกนผม กรรไกรตัดเล็บ เข็มฉีดยา)	/			/			/			3	1	ใช้ได้
คะแนนรวม/เฉลี่ย		13			12			12			37	0.94	ใช้ได้

**สรุปว่า** จากการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความและวัตถุประสงค์ ของแบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ได้ค่าเฉลี่ยรายข้อระหว่าง 0.67 – 1.00 คะแนน และมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 0.94 คะแนน ซึ่งมีค่าไม่น้อยกว่า 0.50 สามารถนำไปใช้ได้ตามเกณฑ์การให้คะแนนค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความและวัตถุประสงค์ (Index of Concurrence ; IOC) (มณีรัศมี พัฒนสมบัติสุข, 2564)



ตอนที่ 5 ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี

ข้อ	ข้อความ	คะแนนการพิจารณา									รวม	ค่าเฉลี่ย IOC	สรุป การ แปล ผล
		คนที่ 1			คนที่ 2			คนที่ 3					
		+	0	-1	+	0	-1	+	0	-1			
5.1	โรคไวรัสตับอักเสบบี มีวัคซีนสำหรับป้องกันการติดเชื้อ	/			/			/			3	1	ใช้ได้
5.2	การสัมผัสเลือดของผู้ป่วยโดยตรง มีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	/			/			/			3	1	ใช้ได้
5.3	การสักเจาะผิวหนังมีโอกาสทำให้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้ ถ้าใช้เข็มร่วมกัน	/			/			/			3	1	ใช้ได้
5.4	เชื้อไวรัสตับอักเสบบีสามารถติดต่อจากแม่สู่ลูกขณะคลอด	/			/			/			3	1	ใช้ได้
5.5	เชื้อไวรัสตับอักเสบบี ติดต่อได้หากมีเพศสัมพันธ์กับคนที่มีเชื้อโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย	/			/			/			3	1	ใช้ได้
5.6	การใช้แปรงสีฟัน ใบมีดโกน ที่ตัดเล็บ ร่วมกัน มีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	/			/			/			3	1	ใช้ได้
5.7	การสัมผัสเลือด น้ำเหลืองของผู้ป่วยโดยตรง มีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	/			/			/			3	1	ใช้ได้
5.8	บุคคลที่ตรวจพบไวรัสตับอักเสบบี ไม่จำเป็นต้องไปพบแพทย์หรือรับการรักษา	/			/			/			3	1	ใช้ได้
5.9	หากสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี อาจทำให้คนอื่น ๆ มีโอกาสได้รับเชื้อไปด้วย	/			/			/			3	1	ใช้ได้
5.10	ผู้ที่สัมผัสอย่างใกล้ชิดกับผู้ที่เป็นพาหะของโรคเป็นเวลานานมีโอกาสติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	/			/			/			3	1	ใช้ได้

ข้อ	ข้อความ	คะแนนการพิจารณา									รวม	ค่าเฉลี่ย IOC	สรุปการแปลผล
		คนที่ 1			คนที่ 2			คนที่ 3					
		+	0	-1	+	0	-1	+	0	-1			
5.11	การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มีโอกาสกลายเป็นโรคเรื้อรัง และมะเร็งตับได้	/			/			/			3	1	ใช้ได้
5.12	การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนอื่นที่ไม่ใช่แฟนหรือคู่สมรส มีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	/			/			/			3	1	ใช้ได้
5.13	การล้างมือหรือผิวหนังบริเวณที่สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยทันทีสามารถป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ได้	/			/			/			3	1	ใช้ได้
คะแนนรวม/เฉลี่ย		13			13			13			39	1	ใช้ได้

**สรุปว่า** จากการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความและวัตถุประสงค์ ของแบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมืองจังหวัดยโสธร ได้ค่าเฉลี่ยรายข้อเท่ากับ 1.00 คะแนน และมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 1.00 คะแนน ซึ่งมีค่าไม่น้อยกว่า 0.50 สามารถนำไปใช้ได้ตามเกณฑ์การให้คะแนนค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความและวัตถุประสงค์ (Index of Concurrence ; IOC) (มณีรัศมี พัฒนสมบัติสุข, 2564



## แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงาน

ข้อ	ข้อความ	คะแนนการพิจารณา									รวม	ค่าเฉลี่ย IOC	สรุป การแปล ผล
		คนที่ 1			คนที่ 2			คนที่ 3					
		+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1			
1	สามารถแก้ไขปัญหา หรือป้องกันโรคไวรัส ตับเสบปี	/			/			/			3	1	ใช้ได้
2	ส่งเสริมให้ผู้มีส่วน เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมใน การดำเนินงาน	/			/			/			3	1	ใช้ได้
3	ความเหมาะสมของ เนื้อหาหรือ กระบวนการ	/			/			/			3	1	ใช้ได้
4	ความเหมาะสมของ ระยะเวลาในการจัด กิจกรรม	/			/			/			3	1	ใช้ได้
5	ได้รับความรู้และ คำแนะนำจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	/			/			/			3	1	ใช้ได้
6	สามารถแก้ไขปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพ ชีวิตผู้ป่วยได้	/			/			/			3	1	ใช้ได้
7	ความสะดวกและ สะบายใจในการเข้า ร่วมกิจกรรม	/			/			/			3	1	ใช้ได้
8	เป็นรูปแบบที่สามารถ นำไปปรับใช้ในพื้นที่ อื่น ๆ	/			/			/			3	1	ใช้ได้
9	ความรู้สึกลหลังการเข้า ร่วมกิจกรรม	/			/			/			3	1	ใช้ได้
10	ความพึงพอใจต่อ รูปแบบการดำเนินงาน ในภาพรวม	/			/			/			3	1	ใช้ได้
คะแนนรวม/เฉลี่ย		10			10			10			30	1	ใช้ได้

**สรุปว่า** จากการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ ของแบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบปี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ได้ค่าเฉลี่ยรายข้อเท่ากับ 1.00 คะแนน และมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 1.00 คะแนน ซึ่งมีค่าไม่น้อยกว่า 0.50 สามารถนำไปใช้ได้ตามเกณฑ์การให้คะแนนค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of Concurrence ; IOC) (มณีรัศมี พัฒนสมบัติสุข, 2564)

## 2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

เนื่องจากคำถามเป็นแบบถูกผิด ที่ให้ค่าคะแนน 0 และ 1 คะแนน การหาค่าความเชื่อมั่นจึงใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder- Richardson 20 [KR-20])

**ส่วนที่ 5** ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบปี จำนวน 13 ข้อ

ตอบถูกให้ “1” คะแนน

ตอบไม่ถูกให้ “0” คะแนน

### Scale: ALL VARIABLES

#### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.704	.696	13

Inter-Item Correlation Matrix

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	1.000	.512	.294	.200	-.167	.167	.000	-.079	-.134	-.167	.200	-.196	-.167
2	.512	1.000	.479	.169	-.184	.118	.388	.068	.169	.079	.169	.015	-.184
3	.294	.479	1.000	.681	-.131	.539	.614	.015	-.105	.523	.288	.423	-.131
4	.200	.169	.681	1.000	-.089	.535	.598	-.147	-.071	.356	-.071	.288	-.089
5	-.167	-.184	-.131	-.089	1.000	.389	-.149	.079	-.089	-.111	-.089	-.131	-.111
6	.167	.118	.539	.535	.389	1.000	.447	.315	-.134	.389	.535	.294	-.167
7	.000	.388	.614	.598	-.149	.447	1.000	.388	.598	.447	.239	.614	-.149
8	-.079	.068	.015	-.147	.079	.315	.388	1.000	.484	.079	.484	.247	-.184
9	-.134	.169	-.105	-.071	-.089	-.134	.598	.484	1.000	-.089	-.071	.288	-.089
10	-.167	.079	.523	.356	-.111	.389	.447	.079	-.089	1.000	.356	.523	-.111
11	.200	.169	.288	-.071	-.089	.535	.239	.484	-.071	.356	1.000	.288	-.089
12	-.196	.015	.423	.288	-.131	.294	.614	.247	.288	.523	.288	1.000	.196
13	-.167	-.184	-.131	-.089	-.111	-.167	-.149	-.184	-.089	-.111	-.089	.196	1.000

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1	10.40	4.110	.100	.	.722
2	10.43	3.702	.335	.	.687
3	10.33	3.471	.660	.	.639
4	10.27	3.926	.448	.	.676
5	10.30	4.493	-.112	.	.736
6	10.40	3.352	.620	.	.638
7	10.37	3.275	.746	.	.620
8	10.43	3.771	.290	.	.694
9	10.27	4.202	.168	.	.704
10	10.30	3.872	.396	.	.679
11	10.27	3.926	.448	.	.676
12	10.33	3.678	.485	.	.665
13	10.30	4.631	-.215	.	.746

สรุปว่า จากการคำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตร คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder- Richardson 20 [KR-20]) ของแบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ส่วนที่ 5 ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 13 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ เท่ากับ 0.70 ซึ่งมีค่าไม่น้อยกว่า 0.70 เป็นค่าที่ยอมรับได้และสามารถนำไปใช้ได้ตามเกณฑ์ของ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder- Richardson 20 [KR-20]) (มณีรัตน์ พัฒนสมบัติสุข, 2564)

แบบรับรองการตรวจสอบเครื่องมือ

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

ผู้วิจัย นางสาวนันทิยา เสมียนกุล รหัสสนិត 65011481012

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. กษมา วงษ์ประชุม

รองศาสตราจารย์ ดร. สุมีทนา กลางคาร

ผลการตรวจสอบเครื่องมือเก็บข้อมูล โดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

ข้าพเจ้า สมชาย ใส นางสาวกัญญา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

หน่วยงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอน วุฒิการศึกษา สพ. (สาธารณสุขศาสตร์) ๗๕

ขอรับรองว่าผู้ดำเนินการวิจัย ได้นำเครื่องมือให้ข้าพเจ้าทำการตรวจสอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว

เมื่อวันที่ ๑๓ ๒๕๖๕ และได้ตรวจสอบและพบว่า เครื่องมือนี้มีเนื้อหาต้องปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

ลงชื่อ..... ส  
(นายแมน แสงภักดี)  
(นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)  
ตำแหน่ง.....  
วันที่ ๓ เดือน ๒๕๖๕ พ.ศ. ๒๕๖๕

## แบบรับรองการตรวจสอบเครื่องมือ

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

ผู้วิจัย นางสาวนันทิยา เสมียนกุล รหัสสนิสิต 65011481012

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. กษมา วงษ์ประชุม

รองศาสตราจารย์ ดร. สุมัทนา กลางคาร

ผลการตรวจสอบเครื่องมือเก็บข้อมูล โดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

ข้าพเจ้า นายสมพร อัครวิทย์ ตำแหน่ง นักวิชาการศึกษา ระดับปริญญาโท

หน่วยงาน คณะมนุษยศาสตร์ วิทยาลัยการศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏยโสธร

ขอรับรองว่าผู้ดำเนินการวิจัย ได้นำเครื่องมือให้ข้าพเจ้าทำการตรวจสอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว

เมื่อวันที่ ..... และได้ตรวจสอบและพบว่า เครื่องมือนี้มีเนื้อหาต้องปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

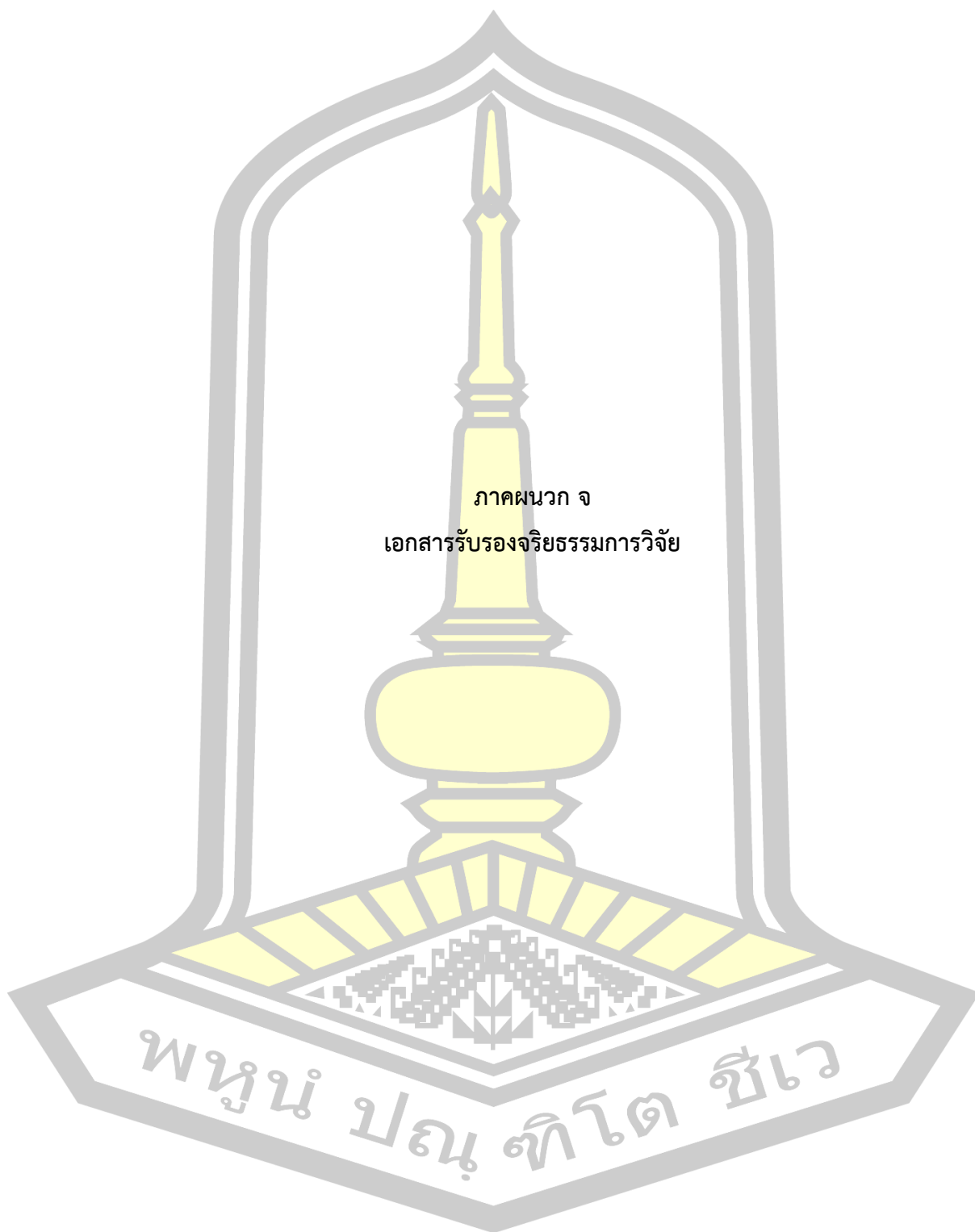
ลงชื่อ.....

(นายสมพร อัครวิทย์)

ตำแหน่ง นักวิชาการศึกษา ระดับปริญญาโท

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....





ภาคผนวก จ  
เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย

พหุมนุ ปณ ทิโต ชีเว



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 310-053/2567

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) Development of Prevention System of Hepatitis B in Khum Ngoen Subdistrict, Mueang District, Yasothon Province.

ผู้วิจัย : นางสาวนันทิยา เสมียนกุล

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 23 พฤษภาคม 2567

วันหมดอายุ : 22 พฤษภาคม 2568

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

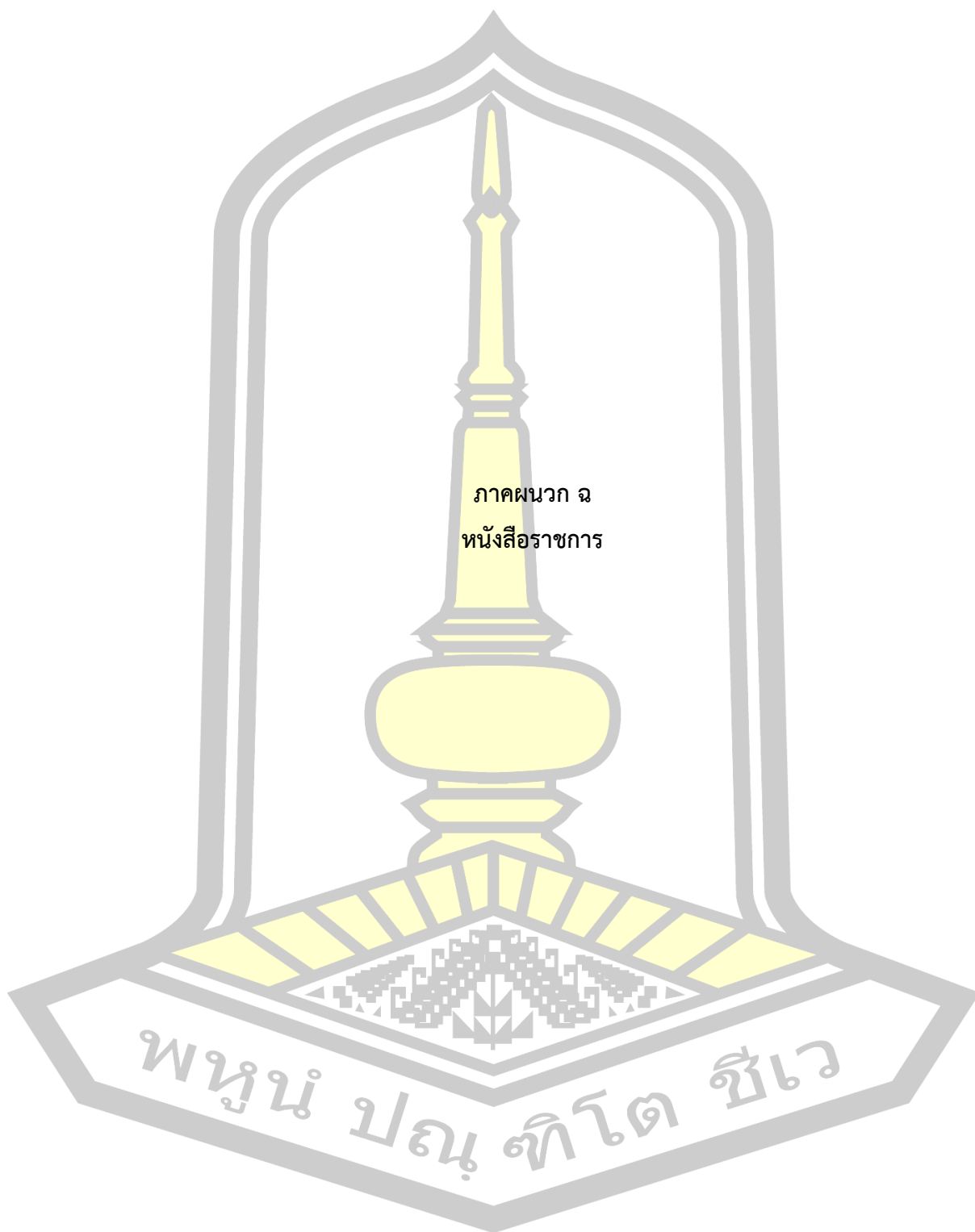
..... กตวี่ สว่างจิตร์ .....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกษีขจรหญิงรัตรี สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



ภาคผนวก จ  
หนังสือราชการ

พหุจน์ ปณฺ ทิโต ชีเว

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๖๕๖๗



คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย  
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

พฤษภาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นพื้นที่ศึกษาและเก็บข้อมูลประกอบการศึกษา  
เรียน สาธารณสุขอำเภอเมืองยโสธร อ.เมือง จ.ยโสธร

ด้วย นางสาวนันทิยา เสมียนกุล นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะ  
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการ  
ดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลขุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร (Development of  
Prevention System of Hepatitis B in Khum Ngoen Subdistrict, Mueang District, Yasothon  
Province)” ซึ่งเป็นส่วนของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี อ.ดร.กษมา  
วงศ์ประชุม และ รศ.ดร.สมัทมา กลางคาร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงเรียนมาอย่างท่านเพื่อขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวนันทิยา  
เสมียนกุล นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เข้า  
ดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่เขตรับผิดชอบของท่าน เพื่อเป็นพื้นที่ทำการศึกษาและเก็บข้อมูลประกอบการทำ  
วิทยานิพนธ์ โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.พิชชา ทิรวิวัฒน์กุล)  
รองคณบดีฝ่ายพัฒนานิสิตและบัณฑิตศึกษา  
ปฏิบัติราชการแทน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
โทร. ๐ ๔๓๗๕ ๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๐ โทรสาร ๐ ๔๓๗๕ ๔๐๔๓

ม.อ. ส.ก. ๖๗

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๑๙๓๖



คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย  
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

พฤษภาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นพื้นที่ศึกษาและเก็บข้อมูลประกอบการศึกษา  
เรียน นายกองกำกับการบริหารส่วนตำบลขุมเงิน ต.ขุมเงิน อ.เมือง จ.ยโสธร

ด้วย นางสาวนันทิยา เสมียนกุล นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะ  
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนา  
รูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลขุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร  
(Development of Prevention System of Hepatitis B in Khum Ngoen Subdistrict, Mueang District, Yasothon  
Province)” ซึ่งเป็นส่วนของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี อ.ดร.กษมา  
วงษ์ประทุม และ รศ.ดร.สุภัททา กลางคาร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

ในกรณี เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงเรียนมายังท่านเพื่อขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวนันทิยา  
เสมียนกุล นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เข้า  
ดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่เขตรับผิดชอบของท่าน เพื่อเป็นพื้นที่ทำการศึกษาและเก็บข้อมูลประกอบการทำ  
วิทยานิพนธ์ โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.พัชชา หิรัญวัฒน์กุล)

รองคณบดีฝ่ายพัฒนานิสิตและบัณฑิตศึกษา  
ปฏิบัติราชการแทน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
โทร. ๐ ๔๓๗๕ ๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๐ โทรสาร ๐ ๔๓๗๕ ๔๐๔๓



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๑๙๖๔

คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย  
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๕

พฤษภาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นพื้นที่ศึกษาและเก็บข้อมูลประกอบการศึกษา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมเงิน ต.ชุมเงิน อ.เมือง จ.ยโสธร

ด้วย นางสาวนันทิยา เสมียนกุล นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร (Development of Prevention System of Hepatitis B in Khum Ngoen Subdistrict, Mueang District, Yasothon Province)” ซึ่งเป็นส่วนของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี อ.ดร.กษมา วงษ์ประชุม และ รศ.ดร.สมัทนา กลางคาร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

ในการนี้ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงเรียนมายังท่านเพื่อขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวนันทิยา เสมียนกุล นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เข้าดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่เขตรับผิดชอบของท่าน เพื่อเป็นพื้นที่ทำการศึกษาและเก็บข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.พัชชา หิรัญวิฒนกุล)

รองคณบดีฝ่ายพัฒนานิสิตและบัณฑิตศึกษา  
ปฏิบัติราชการแทน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
โทร. ๐ ๔๓๗๕ ๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๐ โทรสาร ๐ ๔๓๗๕ ๔๐๔๓

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๐๖๖๐



คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย  
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๗๐ เมษายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโสธร

ด้วย นางสาวนันทยา เสมียนกุล นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร (Development of Prevention System of Hepatitis B in Khum Ngoen Subdistrict, Mueang District, Yasothon Province)” ซึ่งเป็นส่วนของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี อ.ดร.กษมา วงษ์ประชุม และ รศ.ดร.สุภัททา กลางคาร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

ในการนี้ ทางผู้วิจัย พิจารณาเห็นแล้วว่า คุณปาริชาติ สำราญบัว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด บุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการทำวิทยานิพนธ์ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ บุคลากรดังกล่าว เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามเครื่องมือในการวิจัย และให้คำปรึกษาแนะนำ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี ขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.พิชชา หิรัญวิฒนกุล)  
รองคณบดีฝ่ายพัฒนานิสิตและบัณฑิตศึกษา  
ปฏิบัติราชการแทน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
โทร. ๐ ๔๓๗๕ ๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๐ โทรสาร ๐ ๔๓๗๕ ๔๐๔๓

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๑๖๖๐



คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย  
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๓๐ เมษายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์  
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโสธร

ด้วย นางสาวนันทิยา เสมียนกุล นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะ  
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการ  
ดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลขุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร (Development of  
Prevention System of Hepatitis B in Khum Ngoen Subdistrict, Mueang District, Yasothon  
Province)” ซึ่งเป็นส่วนของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี อ.ดร.กษมา  
วงษ์ประชุม และ รศ.ดร.สุมีทนา กลางคาร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

ในการนี้ ทางผู้วิจัย พิจารณาเห็นแล้วว่า คุณสมพร จันทร์แก้ว นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญ  
การพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานสุขศึกษาและหัวหน้ากลุ่มงานระบาดวิทยา บุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้มีความ  
รู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการทำวิทยานิพนธ์ จึงใคร่ขอความ  
อนุเคราะห์ บุคลากรดังกล่าว เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามเครื่องมือในการวิจัย และ  
ให้คำปรึกษาแนะนำ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ หวังเป็นอย่าง  
ยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี ขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.พัชชา หิรัญวัฒน์กุล)  
รองคณบดีฝ่ายพัฒนานิสิตและบัณฑิตศึกษา  
ปฏิบัติราชการแทน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
โทร. ๐ ๔๓๗๕ ๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๐ โทรสาร ๐ ๔๓๗๕ ๔๐๔๓

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๑๗๕๖๐



คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย  
จ.มหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๓๐ เมษายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์  
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร

ด้วย นางสาวนันทยา เสมียนกุล นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตำบลขุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร (Development of Prevention System of Hepatitis B in Khum Ngoen Subdistrict, Mueang District, Yasothon Province)” ซึ่งเป็นส่วนของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) โดยมี อ.ดร.กษมา วงษ์ประชุม และ รศ.ดร.สมัทนา กลางคาร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้

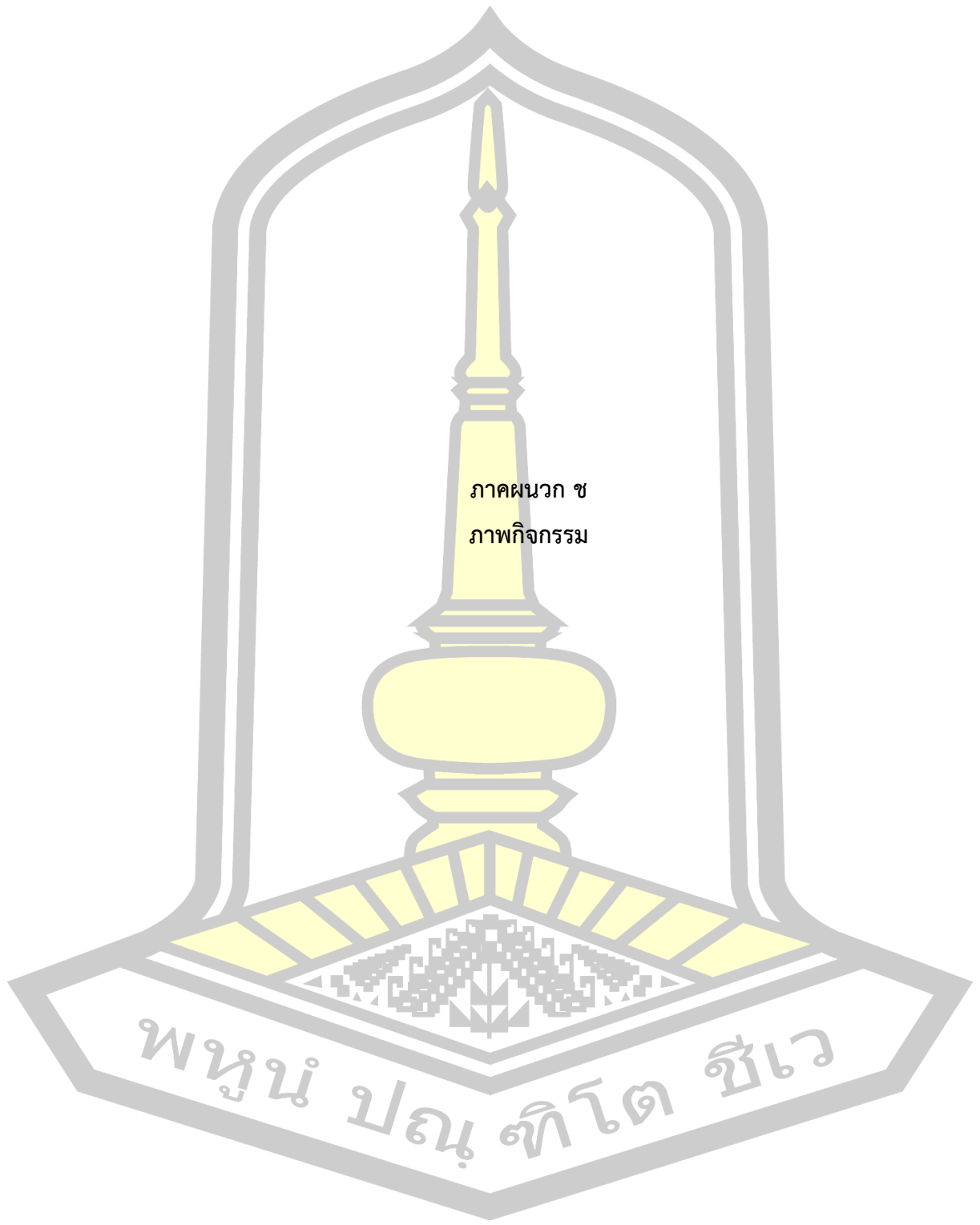
ในการนี้ ทางผู้วิจัย พิจารณาเห็นแล้วว่า คุณแมน แสงภักดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ บุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการทำวิทยานิพนธ์ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ บุคลากรดังกล่าว เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามเครื่องมือในการวิจัย และให้คำปรึกษาแนะนำ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี ขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(อาจารย์ ดร.พิชชา ทิรัญวัฒน์กุล)  
รองคณบดีฝ่ายพัฒนานิสิตและบัณฑิตศึกษา  
ปฏิบัติราชการแทน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
โทร. ๐ ๔๓๗๕ ๔๓๕๓ ต่อ ๔๕๐๐ โทรสาร ๐ ๔๓๗๕ ๔๐๔๓



ภาคผนวก ช  
ภาพกิจกรรม

พหุมนั ปณุ ทิโต ชีเว

1. วิเคราะห์สถานการณ์ ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ตำบลชุมเงิน

- ประชุมวางแผน แต่งตั้งคณะกรรมการทำงาน ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันไวรัส  
ตัวอักษรสีฟ้า ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร



พูน ปรณ ทิโต ชีเ



ศูนย์ ปณ ทิโต ข...

2. ดำเนินการตามแผน โดยการออกตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี HBsAg โดยวิธีการเจาะเลือดที่ปลายนิ้ว Rapid test ในกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 71 ราย ในพื้นที่ตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร



ชุมชน ปณฺ ศึกโต ชุกเงิน



ศูนย์ ประถมศึกษา



ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก





มูลนิธิไทย





มูลนิธิ

3. ติดตามกลุ่มที่มีผลตรวจเบื้องต้นเป็นบวก และทำการเจาะเลือดส่ง รพ.โยธธร เพื่อยืนยันผลการตรวจคัดกรอง





4. ติดตามการรักษา และการพบแพทย์ตามนัด



## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวนันทิยา เสมียนกุล
วันเกิด	วันที่ 3 พฤศจิกายน พ.ศ.2538
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 16 หมู่ 8 ตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร รหัสไปรษณีย์ 35000
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมเงิน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร รหัสไปรษณีย์ 35000
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2561 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี พ.ศ. 2568 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูนุ่ ปณุ่ ทิโต ชีเว