



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2565 • Vol.18 No.1 January - April 2022

Department of Health Service Support Journal

ISSN : 1905-0755

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

Journal of Department of Health Service Support

ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน พ.ศ. 2565

Vol.18 No.1 January – April 2022

คณะทำงาน

นางสาวยุวลักษณ์ ชื่นอาสา

นางสุรสีษา พรหมทอง

นางสาวศิริประภา หล้าสิงห์

ผู้ประสานงาน

นางสุรสีษา พรหมทอง

โทร 02 193 7092

Email : planhss.journal@gmail.com

Web site : www.hss.moph.go.th

กำหนดออก

ปีละ 3 ครั้ง

มกราคม-เมษายน

พฤษภาคม-สิงหาคม

กันยายน-ธันวาคม

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

งานวิชาการ สำนักผู้เชี่ยวชาญ ชั้น 8

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์

ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง

จังหวัดนนทบุรี 11000

พิมพ์ที่

บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด

158/3 ซอยยาสูบ 1 ถนนวิภาวดีรังสิต

แขวงจอมพล เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900

บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กำหนดเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ โดยฉบับนี้เป็นปีที่ 18 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม-เมษายน 2565 ประกอบด้วยบทความวิจัยที่มีความสำคัญ จำนวน 6 เรื่อง ได้แก่ (1) การพัฒนาการเรียนรู้อิเลิร์นนิ่งเรื่องเอชไอวี/เอดส์ สำหรับเจ้าหน้าที่ภาคสนามและแกนนำเพื่อเข้าถึงกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง ในรูปแบบการเรียนออนไลน์ (2) การศึกษานโยบายรัฐบาลด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภายใต้สถานการณ์ระบาดของโรคโควิด - 19 ในประเทศไทย กรณีศึกษาสถานักกันในโรงพยาบาลทางเลือก (3) การระบาดของ *Acinetobacter baumannii* ที่ต้อยาหลายกลุ่มในโรงพยาบาลบึงกาฬในช่วงปี พ.ศ.2559-2562 (4) การวิจัยเชิงประเมินเพื่อพัฒนาต้นแบบอาคารบริการทางการแพทย์ ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (5) กลยุทธ์การสื่อสารประเด็นสุขภาพ “เลขท่านายโรค” ผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์ (6) การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จังหวัดน่าน

ทั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่างๆ ที่ให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงแก้ไข ให้บทความวิจัยมีคุณภาพมากขึ้น ซึ่งมุ่งหวังให้วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เข้าสู่มาตรฐานทางวิชาการ กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยและการเผยแพร่ผลงานให้มีการใช้ประโยชน์ที่มากขึ้น และพร้อมรับข้อเสนอแนะ เพื่อพัฒนาวารสารฉบับนี้ให้มีคุณภาพต่อไป

ผู้ที่สนใจเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรม และองค์ความรู้การคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพ หรือด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรุณาติดต่อที่กองบรรณาธิการ สำนักผู้เชี่ยวชาญ ชั้น 8 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02 – 193 – 7092
E-mail: planhss.journal@gmail.com

สารบัญ

การพัฒนาการเรียนรู้อีเลิร์นนิ่งเรื่องเอชไอวี/เอดส์ สำหรับเจ้าหน้าที่ภาคสนามและแกนนำ เพื่อเข้าถึงกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง ในรูปแบบการเรียนออนไลน์ นุชนารถ แก้วดำเกิง ธนวงศ์ บัวซ้อน	5
การศึกษานโยบายรัฐบาลด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภายใต้สถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย กรณีศึกษาสถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือก เสาวภา จงกิตติพงศ์	19
การระบาดของ Acinetobacter baumannii ที่ดื้อยาหลายกลุ่มในโรงพยาบาลบึงกาฬ ในช่วงปี พ.ศ.2559-2562 วิจิตราภรณ์ อ่อนราชฤทธิ์ กฤษณา ศิริชัยสิทธิ์	31
การวิจัยเชิงประเมินเพื่อพัฒนาต้นแบบอาคารบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สรพงษ์ ทัพภวิมล	39
กลยุทธ์การสื่อสารประเด็นสุขภาพ “เลขทำนายโรค” ผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์ ยุทธพงษ์ ขวัญชื่น วิภาวิน โมสูงเนิน	47
การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบล จัดการคุณภาพชีวิต จังหวัดน่าน ถนัด ไบยา ยุพิน แต่งอ่อน	59



การพัฒนาการเรียนรู้อีเลิร์นนิ่งเรื่องเอชไอวี/เอดส์ สำหรับเจ้าหน้าที่ภาคสนามและแกนนำเพื่อเข้าถึงกลุ่ม ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง ในรูปแบบการเรียนออนไลน์ Development Of E- Learning On HIV/AIDS For Field Staff And Peer Leaders To Access MSM/TG By Online Learning Model.

นุชนารถ แก้วดำเกิง ธนวงศ์ บัวซ้อน
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
Nutchanart Kaeodumkoeng, Thanawong Buason
Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการเรียนรู้อีเลิร์นนิ่งเรื่องเอชไอวี/เอดส์ สำหรับเจ้าหน้าที่ภาคสนามและแกนนำเพื่อเข้าถึงกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง (Men who have sex with men; MSM, Transgender; TG) ในรูปแบบการเรียนออนไลน์ โดยดูผลสัมฤทธิ์ของการเรียนรู้ออนไลน์และความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมายที่เรียนรู้ผ่านหลักสูตร DDC001 กลุ่มเป้าหมายเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ที่ทำงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ จากองค์กรภาคประชาสังคม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลจังหวัดอุดรธานี ขอนแก่น ภูเก็ต และนครราชสีมา จำนวน 32 คน เครื่องมือที่ใช้คือ หลักสูตรออนไลน์เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 14 เรื่อง แบบวิเคราะห์ชนิดความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) และแบบทดสอบหลังเรียนรู้ แบบประเมินความพึงพอใจ สถิติที่ใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยของคะแนนและวิเคราะห์เชิงเนื้อหาจากการศึกษาพบว่า คะแนนหลังเรียน (Post Test) อยู่ระหว่าง 89 - 100 คะแนนเต็ม กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการเรียนรู้แบบออนไลน์ สามารถนำเนื้อหาไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในพื้นที่ได้ ผลการศึกษา มี 4 ด้าน 1) ด้านหลักสูตรและเนื้อหาจำนวน 10 บทเรียน 14 เนื้อหา มีความน่าสนใจ มีประโยชน์ในการทำงานในพื้นที่ เช่น การทำงานเชิงรุกกับกลุ่มเป้าหมาย มีความน่าเชื่อถือในเชิงวิชาการ 2) ด้านรูปแบบ Online learning การบรรจุหลักสูตรในพื้นที่ที่มีความหลากหลายในระบบการศึกษา ช่วยเพิ่มช่องทางการเรียนรู้ การสร้างความสนใจในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ไม่มีข้อจำกัดด้านเวลา มีรูปแบบการเก็บข้อมูลของผู้เรียน มีการแนะนำหลักสูตรคำอธิบายชัดเจน สะดวกในการเข้าเรียน 3) ด้านสื่อประกอบการเรียนรู้ มีสื่อประกอบการเรียนรู้ที่น่าสนใจ ซึ่งช่วยในการจดจำ

เนื้อหามากขึ้น และ 4) ด้านการประเมินผล มีการประเมินแต่ละบทช่วยทบทวนความรู้เดิมและใช้การสรุปเนื้อหาเปรียบเทียบเป็นระยะ ๆ และการประเมินท้ายบท นอกจากนี้ มีข้อเสนอแนะให้มีการพัฒนานโยบายที่เอื้อต่อการทำงานในพื้นที่ การวางรูปแบบการนำไปใช้ทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม เช่น จัดอบรมแกนนำในพื้นที่เกี่ยวกับการใช้สื่อออนไลน์ หลักสูตร DDC001 เพื่อใช้ประโยชน์ในการทำงานเชิงรุกในการยุติปัญหาเอดส์

คำสำคัญ : รูปแบบการเรียนออนไลน์ อีเลิร์นนิ่ง กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง (MSM/TG)

Abstract

The purpose of this study was to develop online learning model on HIV and STIs for field staff and peer leader assessing to men who have sex with men and transgender woman (MSM/TG). The study achievement and satisfaction were measured from the target group who learned all 14 topics of DDC001 course by post-learning test and satisfaction assessment. Participants were 32 staff who working on HIV/AIDS prevention and alleviation in community-based organizations, Provincial Public Health Office, the District Public Health Office and the hospital in Udon Thani, Khon Kaen, Phuket and Nakhon Ratchasima. The result explained by descriptive statistics and content analysis. The findings showed that post-test score ranged from 89 – 100. It appears that participants satisfied with online learning because they are able to utilized content for AIDS prevention and alleviation in the setting area. The results can be summarized as 4 aspects. Firstly, curriculum and content of 10 lessons, 14 topics were interesting. It was useful and reliable for working at local setting, such as working proactively with the target audience. Secondly, e-Learning had various benefits. This e-Learning can be integrated to education system. Moreover, e-Learning may increase channels of learning. It appears that e-Learning was convenient and feasible for self-learning without time constraints. Course introduction and data collection also were available and convenient to study. Thirdly, learning materials were interesting and may help student to remember the content easier. Finally, the evaluation aspect had some interesting comments according to the study. The assessment, content summaries and post-test in each chapter were able to help student review past lessons. In addition, there are some suggestions for the development of policies that facilitate work in the area. Developing a model for both individual and group learning, for example, support local leaders to access the DDC001 e-Learning course in order to work on HIV/AIDS prevention and alleviation in ending AIDS.

Keywords : Online Learning Model, E-Learning, Men who have sex with men (MSM), Transgender (TG)

บทนำ

ในสถานการณ์ที่ทั่วโลกกำลังเผชิญกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รูปแบบการทำงานและผลการดำเนินงานในกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ต้องเปลี่ยนแปลงไปเช่นกัน ประกอบกับปัจจุบันการเรียนรู้ไร้ขีดจำกัด การใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยทำการสอน การเรียนการสอนแบบออนไลน์ เป็นการศึกษาผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตด้วยตนเอง ผู้เรียนสามารถเลือกเรียนตามความชอบของตนเอง (กมลชนก แก้วทอง, ม.ป.ป) ในส่วนของเนื้อหาการเรียน ประกอบด้วย ข้อความ รูปภาพ เสียง วิดีโอ และสื่อมัลติมีเดียอื่น ๆ การเรียนการสอนแบบออนไลน์ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนการสอน เนื่องจากไม่ได้จำกัดอยู่ในสถานที่เดียวเท่านั้น (จักรกฤษณ์ โปตาพล, 2563) เกิดเครือข่ายความรู้โยงใยออกไปไกล เน้นการเรียนแบบผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ช่วยลดช่องว่างระหว่างการเรียนรู้ในเมืองกับท้องถิ่น การจัดการเรียนรู้ ให้กับเครือข่ายคนทำงานในพื้นที่ มีความสำคัญ เพราะมีบทบาทในการเข้าถึง การคัดกรองกลุ่มเป้าหมายที่มีพฤติกรรมความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การให้ความรู้ด้านการป้องกันและส่งต่อกลุ่มเป้าหมายที่ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ระบบการรักษา ตลอดจน การให้ความรู้ด้านการป้องกันในการดูแลตัวเองให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี

ประเทศไทยได้แสดงเจตนารมณ์อย่างมุ่งมั่นที่จะยุติปัญหาเอดส์ (Ending AIDS) ภายในปี 2573 (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, 2560) โดยการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 – 2573 มีเป้าหมายหลัก 3 ประการ คือ ลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้เหลือปีละไม่เกิน 1,000 คน ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหลือปีละไม่เกิน 4,000 คน และลดการรังเกียจและการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะลงจากเดิม ร้อยละ 90 (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, 2560)

ข้อมูลจากการคาดการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีปี 2564 (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2564) พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ จำนวน 493,000 คน เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ จำนวน 5,825 คน (เฉลี่ย 16 คน/วัน)

และมีผู้เสียชีวิตจากเอชไอวี จำนวน 11,241 คน/ปี (เฉลี่ย 31 คน/วัน) โดยการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ประมาณ ร้อยละ 96 เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน (ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์ชาย ร้อยละ 61) และประมาณ ร้อยละ 4 ติดเชื้อจากการฉีดยาเสพติดที่ไม่ปลอดภัย มีเพียงประมาณไม่ถึงร้อยละ 1 ที่ติดเชื้อเอชไอวีจากแม่ (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2564) ในด้านการรักษา พบว่า ในปี 2563 ร้อยละ 94 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (472,445 คน) รัฐสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง ร้อยละ 84 ของผู้ติดเชื้อที่รัฐสถานะการติดเชื้อฯ (394,598 คน) ได้รับยาต้านไวรัส และร้อยละ 97 ของผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัส (383,727 คน) สามารถกดไวรัสได้สำเร็จ (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2564) ซึ่งยังพบช่องว่างในการดำเนินงานในส่วนของการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ที่ยังคงต้องเร่งดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการรักษา ร้อยละ 95 และเพื่อลดการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น วัณโรค ที่เป็นภาวะแทรกซ้อน และ ยังพบว่าคนไทยยังมีทัศนคติที่เลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี สูงถึงร้อยละ 26.7 (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2564) การดำเนินงานด้านการป้องกัน ดูแล รักษาการติดเชื้อเอชไอวี กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย ภาครัฐ ภาคประชาสังคม หน่วยบริการต่าง ๆ ร่วมกันรณรงค์ให้ประชาชน รัฐสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง พัฒนาและนำเทคโนโลยีใหม่ๆ มาใช้ในการป้องกัน (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2561) เช่น ขยายการจัดบริการเพ็พในประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยง พัฒนากฎหมายและมาตรการ ให้ภาคประชาสังคมร่วมกันทำงานด้านการป้องกัน ดูแลและรักษาที่ได้มาตรฐาน ให้มีความครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร พัฒนามาตรการตีตราและเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะ เพื่อให้ประชาชนและผู้มีเชื้อเอชไอวี เข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง การดำเนินงานที่ผ่านมา ประเทศไทยประสบความสำเร็จ (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, 2560) เพราะมีความเข้มแข็งของคนทำงานทั้งในส่วนกลาง และเครือข่าย ควรเสริมสร้างการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ในระหว่างเครือข่ายองค์กร ที่ทำงาน

ด้านเอดส์ ในการร่วมสร้างพลังและดำเนินงานในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รูปแบบที่ช่วยเสริมสร้างศักยภาพคนทำงานทั้งในส่วนกลาง และส่วนพื้นที่ คือ การเรียนรู้แบบการเรียนรู้แบบออนไลน์ เป็นการเรียนที่มีความยืดหยุ่นสูง เพราะฉะนั้นผู้เรียน จำต้องมีความรับผิดชอบในการเรียนมากกว่าปกติ ลักษณะที่สำคัญของการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ (Online Learning) คือ ผู้เรียนจะเป็นใครก็ได้ และเรียนเวลาใดก็ได้ ตามความต้องการของผู้เรียน เพราะเข้าถึงได้ตลอด 24 ชั่วโมง สื่อที่นำเสนอ ในเว็บไซต์ประกอบด้วยข้อความ ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว และเสียง ตลอดจนวิดีโอทัศน์ อันจะช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ของผู้เรียนได้เป็นอย่างดี ผู้เรียนสามารถเลือกเรียนเนื้อหา ที่นำเสนอ ได้ตามความต้องการ (กรมควบคุมโรค, 2562)

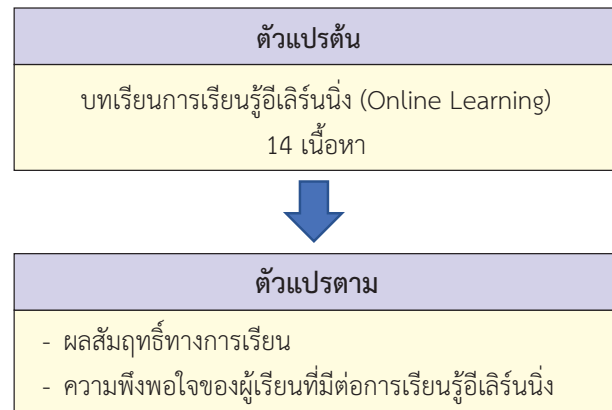
วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อพัฒนาการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ เรื่องเอชไอวี/เอดส์ สำหรับเจ้าหน้าที่ภาคสนามและแกนนำ เพื่อเข้าถึงกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง (MSM/TG) ในรูปแบบการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ ออนไลน์ (Online Learning)

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) ศึกษาผลสัมฤทธิ์ของการสร้างการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ (Online Learning) เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 2) ศึกษาความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมายที่เรียนรู้ หลักสูตร DDC001
- 3) จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ ในการพัฒนาเนื้อหา รูปแบบให้เหมาะสมในการนำไปใช้ ประโยชน์ในการดำเนินงานเพื่อการป้องกันควบคุมโรค เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

สามารถนำผลที่ได้จากการศึกษาไปพัฒนาต่อยอด ความต้องการและออกแบบการการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง เอชไอวี/เอดส์ สำหรับเจ้าหน้าที่ภาคสนามและแกนนำ เพื่อ เข้าถึงกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง (MSM/TG) เพื่อมุ่งสู่การยุติปัญหาเอดส์ ในปี พ.ศ. 2573 ต่อไปได้

วิธีการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย จังหวัดอุดรธานี ขอนแก่น นครราชสีมาและ ภูเก็ต เนื่องจากมีการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในระดับพื้นที่ จำนวน 32 คน แบบสมัครใจ ดังนี้ เจ้าหน้าที่ภาคสนาม 23 คน แกนนำหรืออาสาสมัคร หรือเจ้าหน้าที่ที่สนใจในการเรียนรู้ด้านเอชไอวี/เอดส์และ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง 9 คน วิธีการศึกษามาจากของไทเลอร์ (Ralph W. Tyler, 1994) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ในการพัฒนาหลักสูตรการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ สำหรับเจ้าหน้าที่ ภาคสนามและแกนนำ เพื่อเข้าถึงกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์ กับชายและสาวประเภทสอง (MSM/TG) ความต้องการ

ในการพัฒนาศักยภาพ การใช้สื่อออนไลน์ ความพึงพอใจ ในรูปแบบการเรียนรู้ศึกษาเอกสาร ข้อมูล นโยบายและ ยุทธศาสตร์การดำเนินการด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหา เอ็ดส์ทั้งส่วนกลางและในระดับพื้นที่ ศึกษาข้อมูลการใช้สื่อ ออนไลน์ของคณาจารย์ในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาหลักสูตร เป็นการออกแบบ และพัฒนาเนื้อหาของหลักสูตรการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ เรื่อง เอชไอวี/เอดส์ สร้างเนื้อเรื่องในหลักสูตร โดยนำข้อมูลที่ได้ จากการศึกษาเอกสาร งานวิชาการที่เกี่ยวข้องและศึกษา จากกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง การตรวจสอบและรับรองจาก ผู้เกี่ยวข้อง ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน จากหน่วยงาน เครือข่าย จัดทำรายละเอียดเนื้อหา

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้หรือนำหลักสูตรที่ได้ไปใช้ (Implementation) 1) เตรียมกลุ่มเป้าหมาย ที่มีความสนใจ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามรายละเอียด 2) จัดการอบรมให้เกิดการเข้าเรียนตามหลักสูตร หลักสูตร DDC001 3) ทดสอบความรู้หลังการเรียนรู้แต่ละเรื่อง และทดสอบท้ายบท เมื่อจบหลักสูตร DDC001 4) ประเมิน ความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรมแต่ละเรื่อง จนครบ 14 เนื้อเรื่อง

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนา เป็นการประเมินผลและ ปรับปรุง (Evaluation)

1) นำผลการประเมินความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรม มาสรุป ปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง

เครื่องมือในการศึกษา รายละเอียดดังนี้ (1) แบบประเมิน ผลท้ายบทหลังเรียนในแต่ละเนื้อหา จำนวน 14 เนื้อหา (ในระบบออนไลน์) (2) แบบประเมินความพึงพอใจ หลังเข้าเรียนในแต่ละเรื่อง แต่ละเนื้อหา (เก็บข้อมูลในกลุ่มย่อย) (3) แบบประเมินผล Post test (ในระบบออนไลน์) (3.1) เมื่อผู้เรียนได้เรียนรู้เนื้อหาแต่ละบท กำหนดให้ผู้เรียน ตอบคำถามในแบบทดสอบเพื่อประเมินความรู้หลังการเรียนรู้ ในแต่ละบทเรียน ผู้เรียนสามารถทำแบบทดสอบได้ จำนวน 2 ครั้ง (ใช้ค่าคะแนนครั้งที่มากที่สุด) ค่าคะแนนของทุกบทเรียน รวมร้อยละ 80 (3.2) เมื่อผู้เรียนเรียนรู้ครบทั้ง 14 เนื้อหา กำหนดให้ผู้เรียนตอบแบบประเมินรอบสุดท้าย โดยผล การประเมิน จะแสดงคะแนนการทดสอบ โดยผู้เรียน

สามารถทำแบบทดสอบได้ จำนวน 2 ครั้ง (ใช้ค่าคะแนน ครั้งที่มากที่สุด) ค่าคะแนนของการทดสอบรอบสุดท้าย ร้อยละ 20 (3.3) วิธีการคิดคะแนนการทดสอบ ใช้คะแนน ในข้อ 1 และข้อ 2 รวมกันในภาพรวม ต้องมีคะแนนเกิน หรือมากกว่าร้อยละ 80 ของทั้งชุดวิชาการเรียนรู้ออนไลน์ ด้านเอชไอวี/เอดส์ ค่าคะแนนรวม น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ถือว่าไม่ผ่าน ค่าคะแนนรวม มากกว่าร้อยละ 80 ถือว่าผ่าน ในกรณีค่าคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ หรือน้อยกว่า ร้อยละ 80 ให้ลงทะเบียนเรียนใหม่ได้เลย

การวิเคราะห์ข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนี ความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.92 นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามโครงสร้างที่กำหนด โดยแยกแยะข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์สถิติเพิ่มเติมโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเนื้อหา มาเรียบเรียงเพื่อแสดงข้อสรุป

ผลการศึกษา

จากการศึกษากลุ่มเป้าหมายที่ได้เข้าไปเรียนออนไลน์ หลักสูตร จำนวน 14 เนื้อหา ประกอบด้วยกลุ่มเป้าหมาย จากหน่วยบริการระดับโรงพยาบาล 5 คน จาก สสจ./สสอ. 4 คน ภาคประชาสังคม 23 คน รวมทั้งสิ้น 32 คน มีการนำเสนอ ผลการศึกษา ใน 2 ส่วน ดังนี้

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง มีความคิดเห็น ส่วนใหญ่บอกว่าเข้าใจ ระบบการเรียนดี มีความเหมาะสม แต่ข้อคำถามอาจยังมีความกำกวมในการแปลความ ต้องปรับปรุงให้มีความเข้าใจที่ตรงกัน ผลวิเคราะห์ชนิด ความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.86

จากตารางที่ 2 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 คน ได้ผ่านการประเมินผล ในระบบออนไลน์ เมื่อได้เรียน จนครบหลักสูตร คะแนนอยู่ระหว่าง 89-100 คะแนน มีผู้ที่ได้คะแนน 100 เต็ม จำนวน 4 คน (ร้อยละ 12.50) คะแนนสูงสุด 99 (ร้อยละ 25.00)

ตารางที่ 1 ข้อคิดเห็นต่อภาพรวมรายวิชา DDC001 (ระบบ การเข้าเรียน ข้อสอบ การประเมิน)

ข้อดี	จำนวน (ร้อยละ)	ข้อเสนอแนะ เพื่อปรับปรุง	จำนวน (ร้อยละ)
การใช้ภาษาเข้าใจง่าย น่าสนใจ	25 (78.12)	หากเนื้อหาใช้สื่อประกอบเป็นภาพจริง จะดูน่าสนใจ	1 (3.12)
ระบบการเรียนง่ายเหมือนการเข้าระบบทั่วไป	28 (87.50)	ข้อสอบมีบางข้อที่คำตอบมีความกำกวม	3 (9.37)
การประเมินผลเหมาะสม	28 (87.50)	การใช้งานผ่านระบบ มีความซับซ้อน ต้องใช้เวลาในการศึกษาระบบพอสมควร	3 (9.37)
เนื้อหาควรกระชับ ครอบคลุม	30 (93.75)	การสมัครเข้าสู่ระบบน่าจะเข้าถึงได้ง่ายกว่านี้ อาทิ เชื่อมโยงรหัสกับ Facebook เป็นต้น	5 (15.62)
ระบบการเข้าเรียนดี เข้าใจง่าย	30 (93.75)	ข้อสอบ Final น้อยไป น่าจะประมาณ ข้อสอบ 30 ข้อ กำลังพอดี	1 (3.12)
การประเมินผลดีมาก สามารถตรวจสอบความถูกต้องได้ทำให้ผู้เรียนเกิดความสนใจในการเรียนรู้	25 (78.12)		
สื่อประกอบชัดเจน	25 (78.12)		
ข้อสอบมีความเหมาะสม	30 (93.75)		

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลคะแนนหลังเรียนของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเรียนและการประเมินหลังเรียน เมื่อเรียนครบหลักสูตร จำนวน 32 คน

คะแนน	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
จำนวน (32)	2	0	2	0	1	0	1	1	6	7	8	4
ร้อยละ	6.25	0	6.25	0	3.12	0	3.12	3.12	18.75	21.87	25.00	12.50

ตารางที่ 3 แสดงความคิดเห็นต่อเนื้อหาแยกตามรายวิชา

เนื้อหา	ข้อดี	จำนวน (ร้อยละ)	ข้อเสนอแนะ เพื่อปรับปรุง	จำนวน (ร้อยละ)
บทที่ 1 เรื่องความหลากหลายทางเพศ	มีประโยชน์และสอดคล้องกับสังคมในปัจจุบัน	28 (87.50)	เนื้อหาค่อนข้างยาก เพราะมีความหลากหลาย อธิบายยาก	2 (6.25)
	สื่อเสียงรูปภาพและวิดีโออธิบายได้ดี	25 (78.12)	คิดว่าคำศัพท์ภาษาอังกฤษมากเกินไป	2 (6.25)
	เนื้อหาเข้าใจง่ายกระชับ	25 (78.12)	เนื้อหายังไม่ครอบคลุม	2 (6.25)
	เข้าใจบริบทของสังคมค่านิยมทางเพศมากยิ่งขึ้น	30 (93.75)	ความหลากหลายทางเพศ LGBTQ	2 (6.25)
	ควรมีการตั้งคำถามที่เข้าใจง่าย ไม่กำกวมรวมถึงตัวเลือกคำตอบด้วย	30 (93.75)		1 (3.12)

ตารางที่ 3 แสดงความคิดเห็นต่อเนื้อหาแยกตามรายวิชา (ต่อ)

เนื้อหา	ข้อดี	จำนวน (ร้อยละ)	ข้อเสนอแนะ เพื่อปรับปรุง	จำนวน (ร้อยละ)
	ความรู้เนื้อหาค่อนข้างตื่นเต้น น่าจะเอาไปใช้ประโยชน์กับกลุ่มเป้าหมายได้มากที่สุดทีเดียว	32 (100.00)		
บทที่ 2.1 เรื่องเอชไอวี/เอดส์	เนื้อหาครอบคลุมดีเข้าใจง่าย กระชับ	29 (90.62)	เนื้อหายากสำหรับบุคคลทั่วไป ในการได้รับความรู้อาจจะมีความเข้าใจในเนื้อหา	2 (6.25)
	มีเนื้อหาใหม่ ๆ ที่ได้รับความรู้เพิ่มมากขึ้น	30 (93.75)	การทำเป็นคลิปเดี่ยวหรือเนื้อหาในคลิปสั้นกว่านี้	3 (9.36)
	คำถามและคำตอบโดยรวมดีมากเข้าใจง่ายตรงประเด็น	28 (87.50)	เนื้อหาสั้นไป	1 (3.12)
	มีรูปประกอบเห็นได้ชัด	20 (62.50)	ควรเพิ่มข้อมูลในระยะ acute รับเข้ามาใหม่ๆ	1 (3.12)
	เข้าใจง่ายจะนำไปสอนก็ง่าย น่าดูคนเดียวก็เข้าใจได้ดี	30 (93.75)		
	สื่ออธิบายได้อย่างชัดเจน	31 (96.87)		
	เป็นความรู้ที่ค่อนข้างน่าสนใจ	25 (78.12)	คลิปวิดีโอยาวเกินไป ควรปรับให้กระชับได้	1 (3.12)
บทที่ 2.2 เรื่องโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์	ชอบการนำเสนอที่เป็นสื่อออนไลน์ สั้นๆ กระชับแต่ได้ใจความ	26 (81.25)	ควรแยกเรื่องไวรัสตับอักเสบบี และซี เนื้อหาจะยาวมาก	1 (3.12)
	เหมาะที่จะนำไปเป็นสื่อการอบรม แกนนำ กลุ่มเป้าหมายมาก	30 (93.75)	ถ้าเป็นรูปภาพจริงมากกว่ารูปการ์ตูน	1 (3.12)
บทที่ 2.3 เรื่องวัณโรค	เนื้อหาเข้าใจง่ายได้ความรู้เพิ่มมากขึ้น	29 (90.62)	ไม่มีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง	32 (100.00)
	ปรับไปใช้ในชีวิตประจำวันได้	32 (100.00)		
	การกินยา มีการสอนที่ดีและเข้าใจง่าย	32 (100.00)		
	สั้นกระชับดูง่ายเข้าใจ	30 (93.75)		

ตารางที่ 3 แสดงความคิดเห็นต่อเนื้อหาแยกตามรายวิชา (ต่อ)

เนื้อหา	ข้อดี	จำนวน (ร้อยละ)	ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง	จำนวน (ร้อยละ)
บทที่ 2.4 เรื่องไวรัสตับอักเสบบี	เนื้อหาครบถ้วนดี	32 (100.00)	วิดีโอมีความยาวเกินไป	1 (3.12)
	เนื้อหาน่าสนใจ	32 (100.00)	ควรแยกไวรัสตับอักเสบบีและซี เพื่อไม่ให้สับสนเข้าใจง่าย	1 (3.12)
	คำพูดน่าฟังและอยากดูต่อ ไม่น่าเบื่อ	28 (87.50)		
บทที่ 2.5 เรื่องการป้องกัน การติดเชื้อด้วย PrEP, PEP และ Condom	สามารถนำไปสอนได้เลย เป็นรูปแบบที่ดีเข้าใจง่าย	30 (93.75)	ไม่มีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง	32 (100.00)
	ครอบคลุมเข้าใจง่าย	32 (100.00)		
บทที่ 3 เรื่องการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม	อาจจะเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยาก แต่อธิบายได้ดี เข้าใจง่าย	25 (78.12)	แนะนำใช้ภาพประกอบให้เสมือนจริง	2 (6.25)
	ใช้ภาษาได้ดี อธิบายชัดเจน	30 (93.75)	คำถามเข้าใจยาก	2 (6.25)
			คำถามเพื่อให้กลุ่มเป้าหมาย หรือ ประชาชนทั่วไป ควรเป็นคำถาม ในลักษณะเชิงทัศนคติ การอยู่ร่วมกัน กับผู้ติดเชื้อ การตีตรา เป็นต้น	1 (3.12)
บทที่ 4 เรื่องการให้บริการ ตรวจหาการติดเชื้อ เอชไอวี (HIV testing)	ข้อมูลเข้าใจง่ายและรวบรัดดี	32 (100.00)	ควรจะไปสถานที่ที่บริการตรวจ ในแต่ละพื้นที่	1 (3.12)
	เนื้อหาและสื่อโดยรวมดี	32 (100.00)	อยากให้เป็นสื่อวิดีโอมากกว่า เพราะคิดว่าชอบการฟังมากกว่า การอ่าน	1 (3.12)
	ข้อมูลในคลิปดีมาก เข้าใจง่าย สามารถนำไปใช้ในแกนนำได้เลย	29 (90.62)		
บทที่ 5 เรื่องจริยธรรมแกนนำ และการนำผู้รับบริการ เข้าสู่ระบบการรักษา	ชอบเนื้อหาเข้าใจง่ายเหมาะแก่ การนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายต่อไป	32 (100.00)	คำถามกับตัวเลือกของคำตอบ ไม่สอดคล้องกัน	1 (3.12)
	ทำให้ทราบบทบาทของแกนนำ อย่างชัดเจนและรู้กระบวนการทำงาน	32 (100.00)	เนื้อหาค่อนข้างจะเยะเยะควรให้มี ความกระชับเพื่อให้เข้าใจง่าย	1 (3.12)
	รูปแบบการนำเสนอดี	25 (78.12)		

ตารางที่ 3 แสดงความคิดเห็นต่อเนื้อหาแยกตามรายวิชา (ต่อ)

เนื้อหา	ข้อดี	จำนวน (ร้อยละ)	ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง	จำนวน (ร้อยละ)
	เนื้อหาครอบคลุม	32 (100.00)		
	เข้าใจง่ายเข้าถึงแก่นนำได้ดีและบอกถึงวิธีปฏิบัติตัวต่อกลุ่มเป้าหมาย	30 (93.75)		
บทที่ 6 เรื่องเพศสัมพันธ์ที่มีการใช้สารเสพติดเป็นสิ่งกระตุ้น	เนื้อหาละเอียดสามารถแยกประเภทของสารเสพติดได้และทำให้เรารู้ถึงความสัมพันธ์กับ HIV ได้มากขึ้น	25 (78.12)	ไม่มีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง	32 (100.00)
	สื่อโดยรวมเข้าใจดีบางอย่างเป็นความรู้ใหม่บางอย่างก็เป็นสิ่งที่ไม่เคยรู้มาก่อน	20 (62.50)		
บทที่ 7 เรื่องฮอร์โมนเพื่อสุขภาพหญิงข้ามเพศ	เป็นเรื่องค่อนข้างเข้าใจยากมากแต่อธิบายได้ดีใจความดีเข้าใจง่าย	29 (90.62)	ภาษาอังกฤษเข้าใจยาก จำยาก	2 (6.25)
	เข้าใจและได้รับข้อมูลเพิ่มขึ้น	32 (100.00)	เนื้อหาข้อมูลศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับฮอร์โมนและยามีนมากเกินไป	1 (3.12)
			ใช้สื่อจริงให้เหมาะสมใช้ภาษาให้เข้าใจง่าย	2 (6.25)
			การอธิบายเกี่ยวกับการใช้ฮอร์โมนควรมีเหตุผลประกอบด้วย	2 (6.25)
บทที่ 8 เรื่องการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี (Disclosure)	เนื้อหาครอบคลุมเข้าใจง่าย สื่อสารได้เข้าใจน่าสนใจ	32 (100.00)	ปรับปรุงคำผิด	5 (15.62)
	เนื้อหาเข้าใจง่าย	30 (93.75)		
บทที่ 9 เรื่องความร่วมมือในการกินยา (Adherence)	เนื้อหาเข้าใจง่าย	32 (100.00)	ถ้าใช้สื่อจริงน่าจะสนใจมากขึ้น	1 (3.12)
	ใช้ประโยชน์ได้เลย	32 (100.00)		
บทที่ 10 เรื่องโภชนาการในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	เนื้อหาเข้าใจง่าย	32 (100.00)	ทำให้กระชับให้เข้าใจมากขึ้น	1 (3.12)
	อธิบายได้ดี เข้าใจง่าย	32 (100.00)	เพิ่มความน่าสนใจและให้มีความครอบคลุมมากกว่านี้	2 (6.25)
	นำไปใช้ได้เลย	32 (100.00)		

สรุปข้อคิดเห็นที่มีต่อเนื้อหาหลักสูตร 14 เรื่อง โดยวิเคราะห์ ชนิดความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC เท่ากับ 0.92 กลุ่มเป้าหมาย มีความคิดเห็น พบว่า บางเนื้อหาที่มีความซับซ้อนและยาก แต่ใช้สื่อที่น่าสนใจ ใช้ภาษาอังกฤษมากเกินไป กลุ่มตัวอย่าง ส่วนน้อยบอกว่า ยังไม่ครอบคลุมความหลากหลายทางเพศ เนื้อหาเรื่องเอชไอวี/เอดส์ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่ายาก ครอบคลุมเนื้อหาครบถ้วน เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีทั้งเข้าใจง่ายและเข้าใจยาก โดยทั่วไปมีเนื้อหาและรูปแบบ การนำเสนอที่ดี แต่เนื้อหาค่อนข้างยาว บางเนื้อหา เช่น ฮอโมนใช้ภาษาอังกฤษมากเกินไป

อภิปรายผล

หลักสูตร DDC001 ในการพัฒนาศักยภาพคนทำงาน กับประชากรกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เป็นการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์แบบออนไลน์ (Online Learning) ที่เลือกใช้แพลตฟอร์มของโครงการมหาวิทยาลัยไซเบอร์ไทย ชื่อ www.Thaimooc.org เนื่องจากระบบมีการออกแบบส่วนติดต่อ กับผู้ใช้งานที่เข้าใจง่าย มีระบบช่วยเหลือให้กับผู้เรียน และคุณสมบัติอื่น ๆ ในการเรียนรู้เน้นง่ายต่อการใช้งาน โดยเนื้อหาการเรียนรู้ส่วนใหญ่เกี่ยวกับนวัตกรรมต่าง ๆ สอดคล้องกับ Oliver, R., & McLoughlin, C. (2001) ที่กล่าวถึงระบบการจัดการเรียนการสอนออนไลน์แบบ MOOC (The Open University) มีกระบวนการและวิธีการในการออกแบบหลักสูตร สอดคล้องกับ ADDIE Model จากการศึกษาของ พิจิตรา ธงพานิช (2562) ที่พูดถึง 5 ขั้นตอนในการออกแบบหลักสูตร เป็นการเพิ่ม ช่องทางการเข้าถึงในการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ ให้กับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทั้งในส่วนกลางและพื้นที่ ในการพัฒนาศักยภาพตนเองในการทำงานกับกลุ่มเป้าหมาย ขั้นวิเคราะห์ (Analysis Phase) ขั้นการออกแบบ (Design Phase) ขั้นตอนการออกแบบควรจะทำอย่างเป็นระบบ และมีเฉพาะเจาะจง สอดคล้องกับทฤษฎีของ ADDIE Model ขั้นการพัฒนา (Development Phase) ขั้นตอนการพัฒนา คือขั้นที่ผู้ออกแบบสร้างส่วนต่าง ๆ ที่ได้ออกแบบไว้ในขั้นของการออกแบบซึ่งครอบคลุมการสร้างเครื่องมือวัดประเมินผล

สร้างแบบฝึกหัด สร้างเนื้อหา และการพัฒนาโปรแกรม สำหรับสื่อการสอน เมื่อเรียบร้อยแล้วทำการทดสอบเพื่อหา ข้อผิดพลาดเพื่อนำผลไปปรับปรุงแก้ไข ขั้นการดำเนินการ (Implementation Phase) ในขั้นตอนการดำเนินการนี้ หมายถึงขั้นของการสอนโดยอาจจะเป็นรูปแบบชั้นเรียน การฝึกอบรม หรือห้องทดลอง หรือรูปแบบการเรียนการสอน ที่ใช้คอมพิวเตอร์ โดยจุดมุ่งหมายของขั้นตอนนี้คือการสอน อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จะต้องให้การส่งเสริม ความเข้าใจของผู้เรียนสนับสนุนการเรียนรู้ของผู้เรียน ตามวัตถุประสงค์ต่าง ๆ ที่ตั้งไว้ หลักสูตรนี้ใช้หน่วยงาน ที่มีความเชี่ยวชาญโดยตรงในเรื่องนั้น ๆ และมีประสบการณ์ การทำงานกับกลุ่มเป้าหมาย ด้านการประเมินผลหลักสูตร สอดคล้องกับการวิจัยของขวัญฤทัย ทองบุญฤทธิ (2559) ที่กล่าวถึง ขั้นการประเมินผล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การประเมินผลรูปแบบ (Formative) และการประเมินผล ในภาพรวม (Summative) การประเมินผลรูปแบบคือ การนำเสนอในแต่ละขั้นของ ADDIE Process ซึ่งเป็นการประเมินผลเพื่อพัฒนา และการประเมินผลในภาพรวม จะทำเมื่อการสอนเสร็จสิ้น เพื่อประเมินผลประสิทธิภาพ การสอนทั้งหมดข้อมูลจากการประเมินผลรวมโดยปกติ มักจะถูกใช้เพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับรูปแบบการสอน

สอดคล้องกับหลักการของ Ralph W. Tyler (1994) ในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ว่าต้องคำนึงถึงความสัมพันธ์ ในด้านเวลาต่อเวลา และเนื้อหาต่อเนื้อหา เรียกว่า ความสัมพันธ์ แบบแนวตั้ง (Vertical) กับแนวนอน (Horizontal) ดังนั้น ความต่อเนื่อง องค์ประกอบหลัก ของตัวหลักสูตรจาก ระดับหนึ่งไปยังอีกระดับหนึ่งที่สูงขึ้นไป การจัดช่วงลำดับ หมายถึง จากสิ่งที่มีความง่ายไปสู่ที่มีความยาก ดังนั้น การจัดกิจกรรมและประสบการณ์ให้มีการเรียงลำดับ ก่อนหลังเพื่อให้ได้เรียนเนื้อหาที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น และบูรณาการ จากหัวข้อเนื้อหาหนึ่งไปยังอีกหัวข้อหนึ่งของรายวิชา หรือ จากรายวิชาหนึ่งไปยังรายวิชาอื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกัน

ด้านผลสัมฤทธิ์ของหลักสูตร สอดคล้องกับผลการศึกษา ของขวัญฤทัย ทองบุญฤทธิ (2559) ผู้เรียนมีผลสัมฤทธิ์ ทางการเรียนรู้สูงขึ้นเนื่องมาจากการออกแบบและ พัฒนา ผู้เรียนอย่างเป็นระบบ มีการจัดเรียงเนื้อหาให้เข้าใจง่าย และนักศึกษายังสามารถเข้าไปทบทวน เนื้อหาได้ง่ายและ

สะดวกรวดเร็ว มีแบบฝึกหัดให้ผู้เรียนได้ทบทวนแบบ ไม่จำกัดจำนวนครั้ง นอกจากนี้ยังเป็นเพราะบทเรียน ที่ออกแบบและพัฒนาขึ้นสนับสนุนการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือโดยมีผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ผู้เรียนจะต้องรับผิดชอบตนเอง ในการเข้าสู่ระบบการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์นี้ ผลการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ระหว่าง 89-100 คะแนน สอดคล้องกับ การศึกษาของจักรกฤษณ์ โปตาพล (2563) กล่าวถึงประโยชน์ ของการเรียนการสอนแบบออนไลน์ (Online learning) ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนการสอน เนื่องจากไม่ได้จำกัด อยู่ในสถานที่เดียวกันนั้น เน้นการเรียนแบบผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง และช่วยลดช่องว่างระหว่างการเรียนรู้ในเมืองกับท้องถิ่น

สรุปผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการเรียนรู้ อีเลิร์นนิ่ง เรื่องเอชไอวี/เอดส์ สำหรับเจ้าหน้าที่ภาคสนาม และแกนนำ เพื่อเข้าถึงกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสอง ในรูปแบบออนไลน์ และดูผลสัมฤทธิ์ ของการเรียนรู้อีเลิร์นนิ่ง ในรูปแบบออนไลน์ ความพึงพอใจ ของกลุ่มเป้าหมายที่เรียนรู้หลักสูตร DDC001 และเพื่อจัดทำ ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงาน เพื่อการป้องกันควบคุมโรคเอชไอวีและโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ มีวิธีการศึกษา 4 ขั้นตอน 1) เป็นการศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน เพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย 2) การพัฒนาหลักสูตร เป็นการออกแบบและพัฒนา เนื้อหาของหลักสูตร 3) การศึกษา เป็นการทดลองใช้หรือนำหลักสูตรที่ได้ไปใช้ 4) การพัฒนา เป็นการประเมินผล และปรับปรุง ระยะเวลาในการศึกษา เดือนกันยายน 2561- สิงหาคม 2562 กลุ่มเป้าหมายรวม 32 คน ประกอบด้วย เพศชาย จำนวน 26 คน เพศหญิง จำนวน 6 คน จาก โรงพยาบาล 5 คน สสจ./สสอ. 4 คน ภาคประชาสังคม 23 คน ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1) แบบประเมินผล ท้ายบทหลังเรียนในแต่ละเนื้อหา จำนวน 14 เนื้อหา (ในระบบ ออนไลน์) 2) แบบประเมินความพึงพอใจหลังเข้าเรียน ในแต่ละเรื่อง แต่ละเนื้อหา (เก็บข้อมูลในกลุ่มย่อย) และ 3) แบบประเมินผล Post test (ในระบบออนไลน์) วิเคราะห์ ข้อมูล เป็นร้อยละ และวิเคราะห์เนื้อหาสรุป ดังนี้

หลักสูตร DDC001 ใช้เป็นแนวทางการทำงาน และการพูดคุยกับกลุ่มเป้าหมาย ให้มีการป้องกันการติด เชื้อและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี หลักสูตรเป็นไปตามการ ประเมินวัตถุประสงค์ ที่ตั้งไว้เว็บไซต์ www.thaimooc.org มีวัตถุประสงค์ว่า เพื่อส่งเสริมการศึกษา เพื่อนักเรียน นักศึกษาและผู้สนใจทั่วไป การจัดรูปแบบและการออกแบบ มีการประยุกต์แนวคิดตามมุมมองของผู้ใช้ ความซับซ้อน เวลา รูปแบบเป็นสิ่งที่ต้องการของผู้ใช้ มีรายละเอียดการจัดวาง ตามโครงสร้างที่เว็บไซต์กำหนด การเชื่อมโยง ถือเป็น สิ่งที่สำคัญ และมีผลต่อการใช้ การเพิ่มจำนวนเชื่อมโยง โดยไม่จำเป็น ไม่เป็นประโยชน์ต่อผู้ใช้

ด้านเนื้อหาที่เป็นข้อความ ภาพ หรือเสียง จะต้อง เหมาะสมกับเว็บไซต์และให้ความสำคัญกับองค์ประกอบ ทุกส่วนเท่าเทียมกัน เนื้อหา จำนวน 14 เรื่อง เรียนรู้ผ่านวิดีโอทัศน์ ประกอบด้วย 10 บทเรียน (14 เนื้อหา) มีความหลากหลาย และมีความครอบคลุมในเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ แต่ควรมีการปรับปรุง เนื้อหาให้มีความทันสมัยอย่างต่อเนื่อง รูปแบบสื่อประกอบ การเรียนรู้ มีจำกัดบางเนื้อหา แต่มีความน่าสนใจและเสนอแนะว่า ทำให้เข้าใจเนื้อหาที่ยากในบางเรื่องได้ สามารถนำไปขยายผลได้ ในพื้นที่ สำหรับการประเมินผลการเรียนที่มีการเรียนการสอน ผ่านเว็บไซต์นั้น สามารถประเมินผลแบบทั่วไป ที่เป็นการประเมิน ระหว่างเรียน กับการประเมินรวมหลังเรียน เป็นวิธีการ ประเมินผลสำหรับการเรียนการสอน โดยการประเมิน ระหว่างเรียนสามารถทำได้ตลอดเวลาระหว่างการเรียน การสอน เพื่อดูผลสะท้อนของผู้เรียน และดูผลที่คาดหวังไว้ อันจะนำไปปรับปรุงการสอนอย่างต่อเนื่อง ขณะที่การประเมิน หลังเรียน มักใช้การตัดสินในตอนท้ายของการเรียน โดยการใช้ แบบทดสอบ เพื่อวัดผลตามจุดประสงค์ ของรายวิชา

ข้อเสนอแนะ

1) การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใน 2 ปี ที่ผ่านมา ทำให้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ที่ทำงานเชิงรุก ในพื้นที่ปรับเปลี่ยนรูปแบบไปอย่างมาก เช่น ในรูปแบบการเรียนรู้อีเลิร์นนิ่งในรูปแบบออนไลน์มากขึ้น

การพัฒนาการเรียนรู้อีเลิร์นนิ่งเรื่องเอชไอวี/เอดส์ สำหรับเจ้าหน้าที่ภาคสนามและแกนนำเพื่อเข้าถึงกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสอง ในรูปแบบการเรียนออนไลน์
นุชนารถ แก้วคำเกิง ธนวงศ์ บัวซ้อน

การใช้เวลาในการเรียนรู้ด้วยตนเองได้รับความสนใจ
ช่องทางต่าง ๆ ได้พัฒนาขึ้นให้รองรับการเรียนรู้ทั้งในด้าน
สาธารณสุข และการศึกษา หลักสูตรต่าง ๆ ได้รับการสนใจ
จากกลุ่มเป้าหมาย เจ้าหน้าที่และประชาชนทั่วไป

2) ควรมีการพัฒนาการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ ผสมผสาน
กับรูปแบบการสอนในรูปแบบต่าง ๆ เช่น กิจกรรมการเรียนรู้
ร่วมกัน (Collaborative Learning) การเรียนการสอน
แบบแก้ปัญหา (Problem Based Learning :PBL) การเรียน
แบบร่วมมือกัน (Cooperative Learning) การเรียนรู้
เป็นกลุ่ม (Group Based Learning) การเรียนโดยใช้โครงงาน
เป็นฐาน (Project Based Learning: PBL) เป็นต้น

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

1) ควรร่วมกันสร้างและจัดทีมสนับสนุนวิชาการ
ให้กับทีมจังหวัดอย่างยั่งยืน โดยทีมวิชาการในพื้นที่ ควรมี
ความพร้อมเสมอที่จะสนับสนุนเมื่อทีมในพื้นที่มีความต้องการ
หรือ จัดให้มีเจ้าหน้าที่สนับสนุนเต็มเวลาที่มีทักษะความรู้
เป็นกรณีพิเศษ เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานหลัก สนับสนุน
การริเริ่มด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ทั้งด้าน
Infrastructure, Technology and communication
support รวมทั้งการประสานให้มีการดำเนินงานอย่างยั่งยืน
มุ่งสู่การยุติปัญหาเอดส์ในปี พ.ศ.2573

2) ควรพัฒนานำมาใช้กับหน่วยงานของภาค
ประชาสังคมและแกนนำในพื้นที่ เพื่อเพิ่มศักยภาพ
ในการทำงานเพื่อมุ่งสู่การยุติเอดส์ เป็นเครื่องมือหนึ่ง
ที่ช่วยให้เกิดการรับรองมาตรฐานองค์กรที่ทำงานเชิงรุก
และการรับรองการทำงาน และเพื่อขอรับทุนสนับสนุน
ในการทำงานในพื้นที่ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ภาควิชาเครือข่ายจากภาคประชาสังคม
ได้แก่ ศูนย์ตรีอ-อิน เอ็มเฟรนด์อุดรธานี สถาบันประชาคม
ภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต กลุ่มบอยเฟรนด์โคราช นครราชสีมา
กลุ่ม M-Reach จังหวัดขอนแก่น และหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่
เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีชัยภูมิ สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลอุดรธานี เจ้าหน้าที่

การพัฒนาการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์เรื่องเอชไอวี/เอดส์ สำหรับเจ้าหน้าที่ภาคสนามและแกนนำเพื่อเข้าถึงกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย
และสาวประเภทสอง ในรูปแบบการเรียนออนไลน์
นุชนารถ แก้วคำเกิง ธนวงศ์ บัวซ้อน

จากศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข และ
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เอกสารอ้างอิง

Bureau of AIDS TB and STIs Department of
Disease Control, Ministry of Public Health.
(2018). *Pre-Exposure Prophylaxis of HIV
prophylaxis in HIV-infected populations,
Thailand: HIV - PrEP 2018*. Bangkok: Graphic
and design publishing house. (in Thai).

Chakkrit Podapol. (2020). *online learning
management : way of study*. Retrieved
July 6, 2021, from [https://slc.mbu.ac.th/
article/28181/](https://slc.mbu.ac.th/article/28181/) (in Thai).

Department of Disease Control. (2019). *Online
learning in HIV/AIDS for field staff and
leaders to Access to MSM/TG groups*.
Retrieved July 10, 2019, from [http://
thaimooc.org/](http://thaimooc.org/) (in Thai).

Division of AIDS and STIs. (2021). *HIV situation
in Thailand*. Retrieved December 10, 2021,
from [https://hivhub.ddc.moph.go.th/report.
php](https://hivhub.ddc.moph.go.th/report.php) (in Thai).

Kamonchanok Kaewthong (n.d.). The process of
managing teaching and learning E-learning
online. Retrieved December 25, 2021, from
[https://sites.google.com/site/kamonchanok
561031350/krabwnkar-cadkar-reiyn-kar-
sxn-e- learning-baeb-xxnlin](https://sites.google.com/site/kamonchanok561031350/krabwnkar-cadkar-reiyn-kar-sxn-e-learning-baeb-xxnlin). (in Thai).

krabwnkar-cadkar-reiyn-kar-sxn-e- learning-
baeb-xxnlin

Kwanruethai, Thongbunrit. (2017). achievement
study of students with E-Learning lessons
Science and technology for development.
Journal of Science and Technology. 3(2):
41-6. (in Thai).

National Committee on AIDS Prevention and alleviation. (2017). *National Strategy on Ending AIDS 2017-2030*. Bangkok: NC Concept Company Limited. (in Thai).

Oliver, R., & McLoughlin, C. (2001). Using networking tools to support online learning. In F. Lockwood (Ed.), *Innovation in open and distance learning: Successful development of online and E-Web-based learning* (pp. 160–171). London: Routledge.

Phichittra Thongpanich. (2019). Learning Management and Classroom Management: ADDIE Teaching Model. Retrieved June 1, 2019 From <http://adi2learn.blogspot.com/2018/01/addie-model.html>. (in Thai).

Ralph W. Tyler. (1994). *Contribution to Testing and Curriculum Development, Advisory Role*. Retrieved July 15, 2021, from <https://education.stateuniversity.com/pages/2517/Tyler-Ralph-W-1902-1994.html>



การศึกษานโยบายรัฐบาลด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภายใต้ สถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย กรณีศึกษา สถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือก

The Study of Government Policies towards Medical Tourism during COVID-19 Pandemic in Thailand: Case Study of Alternative Hospital Quarantine

เสาวภา จงกิตติพงศ์

กองสุขภาพระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

Saowapa Jongkitipong

International Health Division, Department of Health Service Support

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษานโยบายของรัฐบาลด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในช่วงของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ที่เกี่ยวข้องกับการเดินทางเข้ามารับการรักษาพยาบาลในประเทศไทยของชาวต่างชาติ โดยอาศัยกลไก อำนาจตามพระราชกำหนดฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ภายใต้ชุดคำสั่งของศูนย์บริหารสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) และศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อโควิด 19 กระทรวงสาธารณสุข (ศปก. สธ.) 2) วิเคราะห์องค์ประกอบของมาตรการ หลักเกณฑ์ ระบบงานของสถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือก (Alternative Hospital Quarantine) 3) วิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานของสถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือกที่มีผลสัมฤทธิ์ หลังจากเปิดระบบแล้ว และ 4) ค้นหามาตรการของสถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือกที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเตรียมการเปิดประเทศ หลังจากสถานการณ์ระบาดโดยรวมสงบลง งานวิจัยนี้ใช้วิธีการค้นคว้า วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร (Documentary Research) โดยเลือกศึกษาองค์ประกอบของข้อมูลและเนื้อหาที่สำคัญในชุดเอกสารราชการตามกฎหมาย และชุดเอกสาร แบบฟอร์ม ของหน่วยงานที่ได้มีการอนุมัติให้ใช้ดำเนินการ รวมทั้งได้มีการเผยแพร่ ตลอดจนการรายงานผลอย่างเป็นทางการไปยังหน่วยงานต่าง ๆ ตามระบบงานที่กำหนด

ผลการวิจัยพบว่า รัฐบาลได้มีมาตรการป้องกันโรคโควิด 19 เพื่อรองรับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในด้านการรักษาพยาบาลสำหรับชาวต่างชาติ ในลักษณะการออกเป็นกฎหมายหลัก ได้แก่ ชุดคำสั่ง ศบค. ข้อ 1 การเดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรของผู้โดยสารหรือผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร (10) ผู้ไม่มีสัญชาติไทยซึ่งมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในประเทศไทย และผู้ติดตามของบุคคลดังกล่าว แต่ต้องไม่เป็นกรณีเข้ามาเพื่อการรักษาพยาบาลโรคโควิด 19 ทั้งนี้ ให้จำกัดจำนวนผู้ติดตามได้ไม่เกิน 3 คน และให้ผู้ติดตามเข้ารับการรักษาพยาบาลเดียวกัน รวมถึงต้องมีระยะเวลาที่อยู่ในราชอาณาจักรไม่น้อยกว่า 14 วัน จำนวน 6 ฉบับ โดยกำหนดให้มีมาตรการป้องกันโรคโควิด 19

ประกอบด้วยมาตรการก่อนการเดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร มาตรการเมื่อเดินทางถึง/ระหว่างอยู่ในราชอาณาจักร มาตรการก่อนเดินทางออกจากราชาอาณาจักร ผลการวิจัยข้างต้นเป็นไปตามมาตรการสากลที่ทั่วโลกได้มีการออกแบบนโยบายเพื่อควบคุม ป้องกัน การติดเชื้อโรคโควิด 19 สำหรับการเดินทางไปรักษาพยาบาล ซึ่งในช่วงสถานการณ์ปกติ การเดินทางเข้ามาเพื่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสามารถเดินทางเข้ามาได้ผ่านกฎหมายฉบับอื่น ๆ ได้แก่ (1) พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 ซึ่งกำหนดสัญชาติและหลักเกณฑ์ในการเดินทางเข้าสู่ราชอาณาจักรของคนต่างด้าว (2) พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ซึ่งกำหนดหลักเกณฑ์ แนวทางการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทค้างคืนและสถานพยาบาลประเภทไม่ค้างคืน ทั้งนี้ ผลการดำเนินงานของสถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือกที่มีผลสัมฤทธิ์หลังจากเปิดระบบแล้วพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยนิยมเดินทางเข้ามาผ่านช่องทางอากาศมากที่สุด เนื่องจากสถานการณ์ระบาดจะมีการปิดช่องทางการเดินทางหรือเปิดเป็นเพียงบางส่วน และพบว่าสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการจัดบริการรองรับชาวต่างชาติจะเป็นสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนสถานพยาบาลเอกชนมากที่สุดในประเทศไทย โดยสถานพยาบาลกักกันโรคทางเลือกได้มีการปรับตัวตามมาตรการที่รัฐบาลกำหนดอย่างเคร่งครัด รวมทั้งรัฐบาลได้มีเตรียมผ่อนคลายมาตรการในการเดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร ได้แก่ การออกมาตรการ Sandbox นำร่องในจังหวัดท่องเที่ยวชั้นนำ ที่มีมาตรการผ่อนคลายในการกักกันตัว ทั้งในส่วนของการเมื่อเดินทางถึง/ระหว่างอยู่ในราชอาณาจักร มาตรการก่อนเดินทางออกจากราชาอาณาจักร โดยพบว่าได้มีการลดจำนวนวันในการกักกันตัว หากมีผลการแสดงการได้รับการฉีดวัคซีนตามที่กำหนด

คำสำคัญ : นโยบายด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ สถานการณ์โรคโควิด 19 สถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือก

Abstract

This research aimed to 1) study government policies towards medical tourism during COVID-19 pandemic related travelling to Thailand of foreigners to receive medical treatment by the mechanism of Emergency Decree on Public Administration in Emergency Situations, B.E. 2548 (2005) under the series orders of the Centre for COVID-19 Situation Administration (CCSA) and Emergency Operations Centre of the Ministry of Public Health (EOC) 2) analyse components of measures, criteria and working systems of Alternative Hospital Quarantine Facilities (AHQ) 3) analyse the achievement of Alternative Hospital Quarantine Facilities (AHQ) after opening the system officially 4) seek quality measures of Alternative Hospital Quarantine Facilities (AHQ) to prepare for reopening the country after the pandemic is eased. This study was documentary research whose methods were searching, analysing and synthesising the data on components and main ideas of legal official documents, series of documents and forms that were approved to use, publicised and officially reported to organizations according to working systems.

The research's findings suggested that Thai government took measures to prevent COVID-19 in order to support medical tourism, especially receiving medical services of foreigners. The main laws included the series of Orders of the Centre for the Administration of the Situation due to the Outbreak of the Communicable Disease Coronavirus 2019 (COVID-19), Item 1 entry into the Kingdom (10) Non-Thai nationals who need to receive medical treatment in Thailand, including their accompanying persons, except for treatment for COVID-19, entering the Kingdom by air. The accompanying persons shall be limited to no more than 3 persons and shall be quarantined in the same hospital, and the period of their stay in the Kingdom shall be no less than 14 days. Moreover, the government took other COVID-19 prevention measures included pre-arrival, arrival and departure measures. The above research findings are in line with international measures designed to control and prevent COVID-19 pandemic for traveling to receive medical treatment of foreigners during normal situation. The related laws were as follows: 1) Immigration Act, B.E. 2522 (1979), which specified nationalities and criteria for foreigners entering the Kingdom, and 2) Sanatorium Act, B.E. 2541 (1998), which formulated criteria and guidelines for establishing overnight sanatoriums and non-overnight ones. However, it was found that most of the patients preferred to travel by air during the situation of COVID-19 that travelling channels were partially closed, and hospitals that were ready to provide services to foreigners were located in Bangkok whose number of private hospitals is highest in Thailand. Alternative Hospital Quarantine facilities adjusted themselves in accordance with government measures. In addition, the government was prepared to ease measures on entering the Kingdom, for example, issuing Sandbox measure in leading tourist provinces including measures on pre-arrival, arrival and departure. It was found that the number of days for quarantine was reduced if the travellers were vaccinated.

Keywords: Health Tourism Policy, COVID-19 Pandemic, Alternative Hospital Quarantine

บทนำ

สถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งมีการระบาดในทั่วโลก โดยในประเทศไทยพบการระบาดของโรคนี้มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 จนถึงปัจจุบัน มีการระบาดรวม 4 ระลอก ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และประชาชนเป็นอย่างมาก พบสถิติการติดเชื้อรายวันเพิ่มสูงมากอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกัน พร้อมนี้ ได้เกิดปัญหาที่สำคัญ คือ ชาวต่างชาติที่เคยเดินทางเข้ามาได้รับการรักษาพยาบาลในประเทศไทย โดยบางส่วนมีปัญหาด้านสุขภาพและจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถเดินทางเข้ามาได้ เนื่องจากสถานการณ์ระบาด รวมทั้งมีการปิดเส้นทางเดินอากาศ ยาและเวชภัณฑ์บางอย่างต้องนำเข้าจากต่างประเทศ หรือประเทศต้นทางชะลอการเดินทาง จึงส่งผลกระทบต่ออาการ ความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย บางรายอาจจะเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาพยาบาลตามระยะเวลาที่กำหนด ชาวต่างชาติเหล่านี้มีความประสงค์จะกลับเข้ามาได้รับการรักษาพยาบาลในไทยจากปัจจัยความพร้อมในการจัดบริการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ มาตรฐานสากล จนเป็นที่ยอมรับในเวทีโลก รวมทั้งความเชี่ยวชาญของบุคลากรทางการแพทย์ และเครื่องมืออุปกรณ์ที่ทันสมัย มีจำนวนสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองมาตรฐานในระดับสากล มากที่สุดในเอเชีย ค่ารักษาพยาบาลมีความเหมาะสม ทำให้นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ยังคงมีความมั่นใจในชื่อเสียงและคุณภาพการบริการด้านสุขภาพของไทย แม้จะเป็นช่วงของการระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งสถานพยาบาลของไทยยังคงมีความพร้อมในการให้บริการรักษาพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานสอดคล้องกับหลักเกณฑ์การควบคุมโควิด 19 แต่หากไม่ดำเนินการเปิดระบบนี้ จะส่งผลให้รายได้หลักของสถานพยาบาลจากการให้บริการรักษาพยาบาลชาวต่างชาติลดลงไป และอาจส่งผลกระทบต่อขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศไทยภายใต้นโยบาย Medical Hub ได้ในระยะยาว (กองสุขภาพระหว่างประเทศ, 2563)

รัฐบาลจึงได้มีนโยบายในการอนุญาตให้ชาวต่างชาติที่เป็นผู้ป่วยกลับเข้าประเทศอีกครั้ง ตามกลไกการบริหารจัดการโรคระบาดในระดับประเทศ ด้วยการใช้อำนาจตามกฎหมาย ในระดับชั้นของพระราชกำหนด มีการออกมาตรการที่สำคัญในการเฝ้าระวัง ควบคุม กำกับ คัดกรอง รักษาพยาบาล สอบสวนโรค การพัฒนามาตรฐาน New Normal การ Quarantine เพื่อให้ชาวต่างชาติได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจนหาย แต่ยังคงต้องอยู่ในกรอบของการเฝ้าระวังการระบาดตามมาตรการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในประเทศไทยและในทั่วโลก รวมทั้งการจัดหาวัคซีนและการกระจาย ในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการสร้างภูมิคุ้มกัน และลดความรุนแรงของโรค จนนำไปสู่การผ่อนคลายมาตรการ และการเตรียมเปิดประเทศภายใน 120 วัน โดยขณะนี้จะนำร่องในรูปแบบของ Sandbox ในพื้นที่เกาะ เริ่มที่ จังหวัดภูเก็ต เกาะสมุย เกาะเต่า เกาะพะงัน ภายหลังจากนั้นจะเริ่มที่พื้นที่ที่เป็นแผ่นดินเริ่มที่ เชียงใหม่ พัทยา หัวหิน เชียงคาน หนองคาย ตามลำดับ (แนวปฏิบัติตามข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 18), 2564)

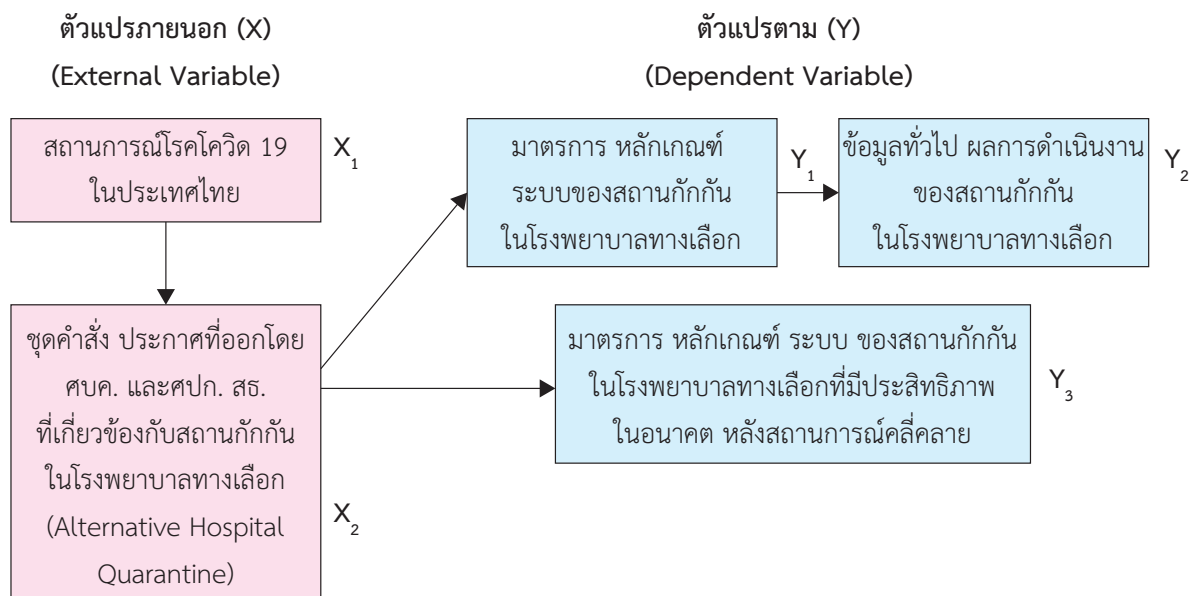
จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา นโยบายรัฐบาลด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ภายใต้สถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย กรณีศึกษาสถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือก (Alternative Hospital Quarantine) ซึ่งเป็นนโยบายที่สำคัญของประเทศ โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะมุ่งเน้นเนื้อหาในการกำหนดให้สถานพยาบาลภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการให้บริการรักษาพยาบาลในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 รองรับทั้งชาวต่างชาติ ด้วยการกำหนดเป็นนโยบาย ประกอบด้วย การออกมาตรการ หลักเกณฑ์รองรับการเป็นสถานกักกันโรงพยาบาลทางเลือก (Alternative Hospital Quarantine) อาศัยกลไกการบังคับใช้กฎหมายในระดับพระราชกำหนด ผ่านศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

(โควิด 19) (ศบค.) ของรัฐบาล เพื่อให้การป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ร่วมกับการรักษาพยาบาลใน Magnet ที่ประเทศไทยมีศักยภาพ สามารถดำเนินการควบคู่กันไปได้ อย่างมีเกิดประสิทธิภาพสูงสุด รวมทั้งผลการดำเนินงานของสถานพยาบาลหลังจากเปิดระบบแล้ว ซึ่งถือเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะนำมาพัฒนา ปรับปรุง ต่อยอดมาตรการตามสถานการณ์การระบาดของโรค พร้อมนี้ เมื่อสถานการณ์โดยรวมของประเทศสงบแล้ว การระบาดของโรคลดลง สถานพยาบาลทางเลือกเหล่านี้จะได้นำเอามาตรการ หลักเกณฑ์ของโรงพยาบาลทางเลือกมาประยุกต์ในการดำเนินงาน จนกลายเป็นบรรทัดฐานของการให้บริการชาวต่างชาติในวิถีใหม่ (New Normal) และก้าวเข้าสู่แนวคิด Smart Living with COVID-19 ตลอดจนทำให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษานโยบายของรัฐบาลด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในช่วงของการระบาดของโรคโควิด 19 ที่เกี่ยวข้องกับการเดินทางเข้ามารับการรักษาพยาบาลในประเทศไทยของชาวต่างชาติ โดยอาศัยกลไก อำนาจตามพระราชกำหนดฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ภายใต้อำนาจสั่งของ ศบค. และ ศปก. สธ.
2. เพื่อวิเคราะห์ถึงองค์ประกอบของมาตรการหลักเกณฑ์ ระบบงานของสถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือก
3. เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานของสถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือก (Alternative Hospital Quarantine) ที่มีผลสัมฤทธิ์หลังจากเปิดระบบแล้ว
4. เพื่อค้นหามาตรการของสถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือกที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเตรียมการเปิดประเทศหลังจากสถานการณ์ระบาดโดยรวมสงบลง

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดหวังผลประโยชน์ที่จะได้รับ คือ

1. ผู้บริหารของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำกรณีศึกษาการพัฒนาสถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือกมาพิจารณาการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายต่อรัฐบาลด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในช่วงของการระบาดของโรคโควิด 19 และหลังจากสถานการณ์โดยรวมสงบแล้วให้เป็นวิถีใหม่ (New Normal) และก้าวเข้าสู่ Smart Living with COVID-19 ต่อไป

2. ผู้รับบริการชาวต่างชาติได้เข้ารับบริการรักษาพยาบาลร่วมกับการกักกันตัว (Quarantine) ในสถานพยาบาลที่มีคุณภาพ มาตรฐาน ตามแผนการรักษา

3. เป็นการยกระดับการให้บริการในอุตสาหกรรมทางการแพทย์ครบวงจร ที่ประเทศไทยมีศักยภาพสูง จนทำให้ประเทศไทยได้รับการยอมรับว่าเป็นศูนย์กลางของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภายใต้นโยบาย Medical Hub ในระดับโลก

4. นักวิจัย นักวิชาการ นักศึกษา สามารถใช้ผลการวิจัยเป็นแหล่งข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าและประยุกต์ใช้องค์ความรู้ด้านนโยบายรัฐบาล การบริการสุขภาพ ระบาดวิทยา ในการศึกษาขยายผลต่อไปในอนาคต

5. ผู้ที่สนใจทั่วไป สามารถใช้ผลการวิจัยเป็นแหล่งข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าเพื่อนำไปประยุกต์ใช้กับธุรกิจบริการรักษาพยาบาล บริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การท่องเที่ยวอื่น ๆ ในอนาคตได้ และสามารถเลือกใช้รูปแบบ มาตรการที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้ใช้วิธีการค้นคว้า วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร (Documentary Research) โดยเลือกศึกษาองค์ประกอบของข้อมูลและเนื้อหาที่สำคัญในชุดเอกสารราชการตามกฎหมาย และชุดเอกสาร แบบฟอร์มของหน่วยงานที่ได้มีการอนุมัติให้ใช้ดำเนินการ รวมทั้งได้มีการเผยแพร่ ตลอดจนการรายงานผลอย่างเป็นทางการไปยังหน่วยงานต่าง ๆ ตามระบบงานที่กำหนด

ผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูลมาตรการป้องกันโรคสำหรับผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ตามคำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) (ศบค.) เรื่อง แนวปฏิบัติตามข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ศบค.) เฉพาะฉบับที่เกี่ยวข้องกับสถานกักกันโรงพยาบาลทางเลือก รวมทั้งสิ้น 6 ฉบับ ได้แก่ ฉบับที่ 7 ฉบับที่ 9 ฉบับที่ 10 ฉบับที่ 12 ฉบับที่ 14 (แนวปฏิบัติตามข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548, 2563) และฉบับที่ 18 (แนวปฏิบัติตามข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548, 2564) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า คำสั่งศบค. ทุกฉบับได้มีการกำหนดมาตรการป้องกันโรคตามที่ราชการกำหนดเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 แนบท้ายคำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ครบถ้วนทั้ง 3 มาตรการ ได้แก่ 1) มาตรการก่อนเดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร 2) มาตรการเมื่อเดินทางถึง/ระหว่างอยู่ในราชอาณาจักร และ 3) มาตรการก่อนเดินทางออกจากราชอาณาจักร

การวิเคราะห์ข้อมูลหลักเกณฑ์ แนวทางการกำหนดเป็นสถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือกตามประกาศศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขกรณีโรคติดเชื้อโควิด 19 (ศปก.สธ.) เรื่อง หลักเกณฑ์แนวทางการกำหนดสถานที่กักกันที่รัฐกำหนด พ.ศ. 2563 เฉพาะประกาศที่เกี่ยวข้องกับสถานกักกันโรงพยาบาลทางเลือก รวมทั้งสิ้น 15 ฉบับ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ได้มีประกาศ ศปก. สธ. เกี่ยวกับรายชื่อสถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือกมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ หลักเกณฑ์แนวทางการกำหนดสถานที่กักกันที่รัฐกำหนด การเปลี่ยนแปลงชื่อของสถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือก การยกเลิกการเป็นสถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือก

และการชะลอการรับผู้ป่วยและผู้ติดตามของสถานกักกัน
ในโรงพยาบาลทางเลือก

การวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก 3 หมวด และ
ผลการดำเนินงานของสถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือก
ตามชุดเอกสารในคู่มือแนวทางการจัดทำ Alternative
Hospital Quarantine (AHQ) สำหรับกลุ่มผู้ป่วยชาวไทย
และชาวต่างชาติของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล หมวดที่ 1 ลักษณะโดยทั่วไป
สถานพยาบาลต้องเป็นไปตามที่ได้รับใบอนุญาตตามกฎหมาย
ที่เกี่ยวข้อง รวม 189 แห่ง พบว่า ประเภทของใบอนุญาต
ของสถานพยาบาลที่สมัครเป็นสถานกักกันในโรงพยาบาล
ทางเลือก เป็นสถานพยาบาลประเภทค้างคืนมากกว่า
สถานพยาบาลประเภทไม่ค้างคืน โดยส่วนใหญ่ตั้งอยู่
ในกรุงเทพมหานครมากที่สุด มีการประกาศรายชื่อ
ของสถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือก ตามประกาศ ศปก. สธ
ในรอบที่ 1 มากกว่ารอบอื่น ๆ (ประกาศศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉิน
ด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อโควิด 19
เรื่องรายชื่อสถานพยาบาลรองรับการเป็นสถานกักกัน
ในโรงพยาบาลทางเลือก (Alternative Hospital Quarantine),
2563) ทั้งนี้ พบการแจ้งขอยกเลิกเข้าร่วมเป็นสถานกักกัน
ในโรงพยาบาลทางเลือก ในสถานพยาบาลประเภทไม่ค้างคืน
มากกว่าสถานพยาบาลประเภทไม่ค้างคืน ส่วนใหญ่ตั้งอยู่
ในภูมิภาค รวมทั้งยังพบว่าการแจ้งขอเปลี่ยนแปลง
รายชื่อภายหลังที่ได้มีประกาศ ศปก. สธ. ไปแล้ว
ในสถานพยาบาลประเภทพักค้างคืน ผลการวิเคราะห์ข้อมูล
หมวด 2 ลักษณะที่สถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือก
ต้องจัดให้มีเพิ่ม ได้แก่ หอแยกโรคติดเชื้อ (Isolation Ward)
พบว่า สถานพยาบาลประเภทพักค้างคืนได้จัดให้มีห้องแยกผู้ป่วย
(Isolation Room) มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ หอผู้ป่วยรวม
(Cohort Ward) ห้องพักเดี่ยว (Single room) สำหรับ
ผู้ติดตาม ห้องผู้ป่วยอาการหนักใส่ท่อหายใจ (Airborne
Infection Isolation Room – Intensive Care Unit)
และห้องแยกโรคติดเชื้อแรงดันลบ (Modified Airborne
Infection Isolation Room) ผลการวิเคราะห์ข้อมูล
ในผลการดำเนินงานของสถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือก
หลังจากเปิดให้บริการแก่ผู้ป่วยและผู้ติดตาม พบว่า

ผู้เดินทางสะสมเข้ามาในราชอาณาจักรเป็นผู้ป่วยมากกว่าผู้
ติดตาม โดยพบเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งผู้ป่วย
ได้เลือกใช้ช่องทางอากาศเพื่อการเดินทางเข้ามาใน
ราชอาณาจักรมากกว่าทางบก โดยพบข้อมูลมากกว่า
ผู้ติดตามทั้งสองช่องทาง เช่นเดียวกัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูล
10 อันดับ สัญชาติของผู้ป่วยและผู้ติดตามที่เดินทาง
เข้าราชอาณาจักรไทยมากที่สุด พบว่า ผู้ป่วยสัญชาติจีน
เดินทางเข้ามามากที่สุด รองลงมาได้แก่ สัญชาติกัมพูชา คุเวต
เมียนมาร์ กатар ญี่ปุ่น สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ โอมาน
และลาว ตามลำดับ สำหรับผู้ติดตาม พบว่า สัญชาติกัมพูชา
เดินทางเข้ามามากที่สุด รองลงมาได้แก่ สัญชาติคุเวต เมียนมาร์
จีน กатар สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ โอมาน ลาว บังคลาเทศ
และเอธิโอเปีย ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มโรค
ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาลตาม Magnet ที่มีศักยภาพสูง
พบว่า ผู้ป่วยให้ความนิยมเข้ารับการรักษาพยาบาลใน Magnet 6
(โรคทั่วไป) มากที่สุด รองลงมาได้แก่ Magnet 7 (โรคภาวะ
ผู้มีบุตรยาก) Magnet 2 (โรคมะเร็ง) Magnet 5 (โรคกระดูก
และข้อ) Magnet 9 (ศัลยกรรมแปลงเพศ) Magnet 11
(การตรวจสุขภาพ/รักษาต่อเนื่อง Magnet 1 (โรคหัวใจ
และหลอดเลือด) Magnet 7.1 (โรคสูตินรีเวช) Magnet 10
(การฟื้นฟูสมรรถภาพ) Magnet 3 (โรคหู ตา คอ จมูก)
Magnet 4 (เวชศาสตร์ชะลอวัย) และ Magnet 8
(ทันตกรรม) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการติดเชื้อโควิด 19
ระยะเวลาการตรวจพบเชื้อ และช่องทางในการเดินทาง
เข้าราชอาณาจักร พบว่า ผู้ป่วยมีการติดเชื้อโควิด 19
มากกว่าผู้ติดตาม กรณีระยะเวลาการตรวจพบเชื้อของผู้ป่วย
และผู้ติดตาม ตรวจพบในครั้งที่ 1 มากที่สุด รองลงมา
ได้แก่ ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ตามลำดับ รวมทั้งยังพบว่า
ผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 มีการเดินทางเข้าราชอาณาจักร
ผ่านช่องทางอากาศมากกว่าทางบก สำหรับการส่งต่อ
ผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลเพื่อการรักษาต่อ พบว่า ผู้ป่วย
และผู้ติดตามทั้งเพศชายและเพศหญิงได้มีการส่งต่อ
ไปรักษายังโรงพยาบาลอื่นเท่ากัน โดยพบว่ามาจาก
สัญชาติภูมิลำเนาและคุเวต (กองสุขภาพระหว่างประเทศ,
2563)

อภิปรายผล

นโยบายรัฐบาลด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภายใต้สถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย มีกลไกและรูปแบบด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในช่วงของการระบาดของโรคโควิด 19 ที่เกี่ยวข้องกับการเดินทาง เข้ามารับการรักษาพยาบาลในประเทศไทยของชาวต่างชาติ โดยอาศัยกลไก อำนาจตามพระราชกำหนดการบริหารราชการ ในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ภายใต้ชุดคำสั่งของ ศบค. และ ศปก. สธ.

จากการศึกษาวิจัยพบว่า รัฐบาลได้มีมาตรการ ป้องกันโรคโควิด 19 เพื่อรองรับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพใน ด้านการรักษาพยาบาลสำหรับชาวต่างชาติในลักษณะการ ออกเป็นกฎหมายหลัก ได้แก่ ชุดคำสั่ง ศบค. ข้อ 1 การเดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรของผู้โดยสารหรือผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร (10) ผู้ไม่มีสัญชาติไทยซึ่งมีความ จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในประเทศไทย และผู้ติดตามของบุคคลดังกล่าว แต่ต้องไม่เป็นกรณีเข้ามา เพื่อการรักษาพยาบาลโรคโควิด 19 ทั้งนี้ ให้จำกัดจำนวน ผู้ติดตามได้ไม่เกิน 3 คน และให้ผู้ติดตามเข้ารับการรักษา ในสถานพยาบาลเดียวกัน รวมถึงต้องมีระยะเวลาที่อยู่ใน ราชอาณาจักรไม่น้อยกว่า 14 วัน จำนวน 6 ฉบับ (แนวปฏิบัติตามข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่ง พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 7,9,10,12,14), 2563 แนวปฏิบัติ ตามข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราช กำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 18), 2564) โดยกำหนดให้มีมาตรการป้องกันโรคโควิด 19 ประกอบด้วยมาตรการก่อนการเดินทางเข้ามาใน ราชอาณาจักร มาตรการเมื่อเดินทางถึง/ระหว่างอยู่ในราช อาณาจักร มาตรการก่อนเดินทางออกจากราชอาณาจักร ผลการวิจัยข้างต้นเป็นไปตามมาตรการสากลที่ทั่วโลกได้มี การออกแบนโยบายเพื่อควบคุม ป้องกันการติดเชื้อ โรคโควิด 19 สำหรับการเดินทางไปรักษาพยาบาล ซึ่งในช่วงสถานการณ์ปกติ การเดินทางเข้ามาเพื่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสามารถเดินทางเข้ามาได้ผ่านกฎหมาย

ฉบับอื่น ๆ ได้แก่ (1) พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 ซึ่งกำหนดสัญชาติและหลักเกณฑ์ในการเดินทางเข้าสู่ราชอาณาจักรของคนต่างด้าว (พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522, 2522) (2) พระราชบัญญัติสถาน พยาบาล พ.ศ. 2541 ซึ่งกำหนดหลักเกณฑ์ แนวทางการจัด ตั้งสถานพยาบาลประเภทต่างคั้งและสถานพยาบาล ประเภทไม่คั้งคั้ง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2563)

มาตรการของสถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือก ภายใต้นโยบายของรัฐบาลมีลักษณะและองค์ประกอบ ในช่วงของการระบาดของโรคโควิด 19

จากการศึกษาวิจัยพบว่า มาตรการของสถาน พยาบาลกักกันโรคทางเลือกได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการ จัดตั้งสถานพยาบาลกักกันโรคทางเลือกให้เป็นสถานที่ กักกันที่รัฐกำหนดตามชุดคำสั่งของ ศบค. และประกาศ ศบค. สธ โดยสถานพยาบาลกักกันโรคทางเลือกต้องได้รับ ใบอนุญาตตามกฎหมายต้องจัดให้มีระบบเพิ่มเติม ได้แก่ ต้องมีหอแยกโรคติดเชื้อ (Isolation Ward) เฉพาะในสถาน พยาบาลประเภทพักค้างคั้ง ประเภทห้องแยกผู้ป่วย (Isolation Room)/ห้องผู้ป่วยอาการหนักใส่ท่อหายใจ (Airborne Infection Isolation Room – Intensive Care Unit)/ห้องแยกโรคติดเชื้อแรงดันลบ (Modified Airborne Infection Isolation Room) และหอผู้ป่วยรวม (Cohort Ward) ห้องพักเดี่ยว (Single Room) สำหรับ ผู้ติดตาม ซึ่งมาตรการของห้องแยกโรคติดเชื้อเป็นไปตาม หลักวิชาการของการป้องกัน ควบคุมโรคโควิด 19

ผลการดำเนินงานของสถานกักกันในโรงพยาบาล ทางเลือก (Alternative Hospital Quarantine) ที่มีผล สัมฤทธิ์หลังจากเปิดระบบแล้ว

จากการศึกษาวิจัยพบว่า สถานพยาบาลกักกัน โรคทางเลือกได้เปิดระบบงานรองรับการเดินทางเข้ามาใน ราชอาณาจักรเพื่อการรักษาพยาบาลเป็นไปตามศักยภาพ ขีดความสามารถในการจัดให้มีบริการตาม Magnet ที่มี ศักยภาพสูง โดยพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยนิยมเดินทางเข้ามา ผ่านช่องทางอากาศมากที่สุด เนื่องจากสถานการณ์ระบาด จะมีการปิดช่องทางเดินทางหรือเปิดเป็นเพียงบางส่วน และพบว่า การสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการจัด

บริการรองรับชาวต่างชาติจะเป็นสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ใน กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนสถานพยาบาล เอกชนมากที่สุดในประเทศไทย ตามที่ปรากฏในผลการ ดำเนินงานของยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็น ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ทั้งนี้ กลุ่มเป้าหมายในการเข้ามา รับการรักษาพยาบาลยังพบเป็นกลุ่มเป้าหมายจาก ตลาดหลัก คือ จากประเทศเพื่อนบ้าน จีน ตะวันออกกลาง และยุโรป โดยสอดคล้องกับความต้องการตาม Magnet ที่ประเทศไทยมีความพร้อม และมีชื่อเสียง ซึ่งเป็นไปตาม ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทย ให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (กongsukhapha prahwaang prathet, 2563)

มาตรการของสถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือก ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเตรียมการเปิดประเทศ หลังจาก สถานการณ์ระบาดโดยรวมสงบลง

จากการศึกษาวิจัยพบว่า สถานพยาบาลกักกันโรค ทางเลือกได้มีการปรับตัวตามมาตรการที่รัฐบาลกำหนด อย่างเคร่งครัด รวมทั้งรัฐบาลได้มีเตรียมผ่อนคลาย มาตรการในการเดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร ได้แก่ การออกมาตรการ Sandbox นำร่องในจังหวัดท่องเที่ยวชั้นนำ ที่มีมาตรการผ่อนคลายในการกักกันตัว ทั้งในส่วนของ มาตรการเมื่อเดินทางถึง/ระหว่างอยู่ในราชอาณาจักร มาตรการก่อนเดินทางออกจากราชาอาณาจักร โดยพบว่า ได้มีการลดจำนวนวันในการกักกันตัว หากมีผลการแสดง การได้รับการฉีดวัคซีนตามที่กำหนด หรือหากสถานการณ์ โดยรวมของการระบาดในประเทศไทยและทั่วโลกดีขึ้น ตลอดจนได้กำหนดให้สามารถเดินทางไปยังพื้นที่อื่น ๆ ในประเทศไทยได้ตามปกติ หลังจากที่ถูกกักกันตัว เสร็จเรียบร้อยแล้ว (แนวปฏิบัติตามข้อกำหนดออก ตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหาร ราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 18), 2564) เพื่อเป็นการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ที่ประเทศไทยมีความพร้อม มีการให้บริการกระจายไปยัง ภูมิภาคต่าง ๆ อาทิ การบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย ซึ่งชาวต่างชาติให้ความนิยม ในการเดินทางไปใช้บริการหลังจากเสร็จสิ้นการรักษาแล้ว

ซึ่งเป็นไปตามผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การพัฒนา ประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (กongsukhapha prahwaang prathet, 2559)

สรุปผล

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลจากชุดเอกสาร ที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษาถึงนโยบายรัฐบาลด้านการท่องเที่ยว เชิงสุขภาพภายใต้สถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย กรณีศึกษาสถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือก (Alternative Hospital Quarantine) ซึ่งเป็นมาตรการ ที่มีความสำคัญมากในช่วงของการควบคุม ป้องกันโรค ดังนั้น รัฐบาลได้มีมาตรการป้องกันโรคโควิด-19 เพื่อรองรับ การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในด้านการรักษาพยาบาลสำหรับ ชาวต่างชาติในลักษณะการออกเป็นกฎหมายหลัก ได้แก่ ชุดคำสั่ง ศบค. ข้อ 1 การเดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร ของผู้โดยสารหรือผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร (10) ผู้ไม่มีสัญชาติไทย ซึ่งมีความจำเป็นต้องเข้ารับการตรวจ รักษาพยาบาลในประเทศไทย โดยสถานพยาบาลกักกันโรค ทางเลือกต้องได้รับใบอนุญาตตามกฎหมาย ต้องจัดให้มี ระบบเพิ่มเติม ได้แก่ ต้องมีหอแยกโรคติดเชื้อ (Isolation Ward) เฉพาะในสถานพยาบาลประเภทพักค้างคืน ประเภท หอแยกผู้ป่วย (Isolation Room)/หอผู้ป่วยอาการหนัก ใส่ท่อหายใจ (Airborne Infection Isolation Room – Intensive Care Unit)/หอแยกโรคติดเชื้อแรงดันลบ (Modified Airborne Infection Isolation Room) และหอผู้ป่วยรวม (Cohort Ward) หอพักเดี่ยว (Single Room) สำหรับผู้ติดตาม ซึ่งมาตรการของหอแยกโรคติดเชื้อ เป็นไปตามหลักวิชาการของการป้องกัน ควบคุมโรคโควิด 19 โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยนิยมเดินทางเข้ามาผ่านช่องทางอากาศ มากที่สุด เนื่องจากสถานการณ์ระบาดจะมีการปิดช่องทาง การเดินทางหรือเปิดเป็นเพียงบางส่วน ทั้งนี้ เพื่อการเตรียม การเปิดประเทศหลังจากสถานการณ์การระบาดโดยรวม สงบลง โดยสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการจัดบริการ รองรับชาวต่างชาติจะเป็นสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ใน กรุงเทพมหานคร รวมทั้งมาตรการผ่อนคลายในการกักกันตัว

โดยการออกมาตรการ Sandbox นำร่องในจังหวัดท่องเที่ยวชั้นนำ ทั้งในส่วนของมาตรการเมื่อเดินทางถึง/ระหว่างอยู่ในราชอาณาจักร มาตรการก่อนเดินทางออกจากราชาอาณาจักร มีการลดจำนวนวันในการกักกันตัว หากมีผลการแสดงการได้รับการฉีดวัคซีนตามที่กำหนด หรือหากสถานการณ์โดยรวมของการระบาดในประเทศไทยและทั่วโลกดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชนทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติต่อสถานการณ์การระบาดของโรคและมาตรการที่ออกมาของรัฐบาลอันส่งผลกระทบต่อดำรงชีวิตและการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล นโยบายในการปฏิบัติงานของหน่วยงานจึงต้องรักษาความสมดุลทั้งมิติเศรษฐกิจและสุขภาพเป็นอย่างมาก
2. การพิจารณาปัจจัยจากต่างประเทศ ทั้งในด้านนโยบายการปิดประเทศและการเตรียมเปิดประเทศ ซึ่งจะส่งผลต่อชาวต่างชาติในบางครั้งอาจไม่สามารถเดินทางเข้ามาในประเทศไทยได้
3. สถานการณ์ระบาดของโรคที่ยังทวีความรุนแรงและพบการกลายพันธุ์ของเชื้อหน่วยงานที่รับผิดชอบจะต้องมีการออกแบบนโยบาย มาตรการต่าง ๆ ที่ต้องมีข้อมูลทางวิชาการที่ดีพอรองรับการออกมาตรการต่าง ๆ
4. หน่วยงานรับผิดชอบควรกำหนดให้มีการตอบสนองต่อนโยบายการป้องกัน ควบคุมโรคโควิด 19 ของรัฐบาล มีการตัดสินใจได้อย่างรวดเร็ว ทันการณ์ จากการบัญชาเหตุการณ์ที่ต้องทรงพลัง โดยหน่วยงานต้องเข้าร่วมปฏิบัติงานในศูนย์บัญชาการทุกระดับ ได้แก่ รัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข ที่มีลักษณะเป็น Single Command มีสายการบังคับบัญชา และต้องมีอำนาจสั่งการอย่างชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

- Department of Health Service Support. (2020). *Sanatorium Act, B.E. 2541 (1998) and the Additional Amendment*. Nonthaburi: Department of Health Service Support. (in Thai).
- International Health Division. (2016). *Medical Hub Policy 2017 – 2026*. Nonthaburi: International Health Division. (in Thai).
- International Health Division. (2020). *Guideline on Alternative Hospital Quarantine Facilities for Thai and Foreign Patients*. Nonthaburi: International Health Division. (in Thai).
- Regulation Issued under Section 9 of the Emergency Decree on Public Administration in Emergency Situations B.E. 2548 (2005) (No. 7). (2020, 15 May). *Royal Gazette*. 137 Special Section 114 D, pp. 39 – 42. (in Thai).
- Regulation Issued under Section 9 of the Emergency Decree on Public Administration in Emergency Situations B.E. 2548 (2005) (No. 9). (2020, 295 May). *Royal Gazette*. 137 Special Section 126 D, pp. 44 – 48. (in Thai).
- Regulation Issued under Section 9 of the Emergency Decree on Public Administration in Emergency Situations B.E. 2548 (2005) (No. 10). (2020, 12 June). *Royal Gazette*. 137 Special Section 138 D, pp. 50 – 53. (in Thai).

- Regulation Issued under Section 9 of the Emergency Decree on Public Administration in Emergency Situations B.E. 2548 (2005) (No. 12). (2020, 30 June). *Royal Gazette*. 137 Special Section 153 D, pp. 35 – 36. (in Thai).
- Regulation Issued under Section 9 of the Emergency Decree on Public Administration in Emergency Situations B.E. 2548 (2005) (No. 14). (2020, 31 August). *Royal Gazette*. 137 Special Section 199 D, pp. 27 – 28. (in Thai).
- Regulation Issued under Section 9 of the Emergency Decree on Public Administration in Emergency Situations B.E. 2548 (2005) (No. 18). (2021, 29 January). *Royal Gazette*. 138 Special Section 22 D, pp. 43 – 48. (in Thai).
- Notification of Emergency Operations Center for COVID-19 Re: The Amendment to the Names of Alternative Hospital Quarantine Facilities. (2021, 26 March). *Royal Gazette*. 138 Special Section 69 D, pp. 38 – 39. (in Thai).
- Notification of Emergency Operations Center for COVID-19 Re: The Amendment to the Names of Alternative Hospital Quarantine Facilities (No. 2) B.E. 2564 (2021). (2021, 24 May). *Royal Gazette*. 138 Special Section 111 D, p. 13. (in Thai).
- Notification of Emergency Operations Center for COVID-19 Re: The Cancellation of Alternative Hospital Quarantine Facilities. (2021, 11 January). *Royal Gazette*. 138 Special Section 8 D, p. 42. (in Thai).
- Notification of Emergency Operations Center for COVID-19 Re: The Cancellation of Alternative Hospital Quarantine Facilities (No. 2) B.E. 2564 (2021). (2021, 9 June). *Royal Gazette*. 138 Special Section 124 D, pp. 9 – 10. (in Thai).
- Notification of Emergency Operations Center for COVID-19 Re: The Name List of Alternative Hospital Quarantine Facilities. (2020, 24 August). *Royal Gazette*. 137 Special Section 194 D, p. 40. (in Thai).
- Notification of Emergency Operations Center for COVID-19 Re: The Name List of Alternative Hospital Quarantine Facilities (No. 2). (2020, 29 September). *Royal Gazette*. 137 Special Section 227 D, p. 74. (in Thai).
- Notification of Emergency Operations Center for COVID-19 Re: The Name List of Alternative Hospital Quarantine Facilities (No. 3). (2020, 15 December). *Royal Gazette*. 137 Special Section 291 D, p. 61. (in Thai).
- Notification of Emergency Operations Center for COVID-19 Re: The Name List of Alternative Hospital Quarantine Facilities (No. 4). (2021, 11 January). *Royal Gazette*. 138 Special Section 8 D, p. 41. (in Thai).

Notification of Emergency Operations Center for COVID-19 Re: The Name List of Alternative Hospital Quarantine Facilities (No. 5). (2021, 8 March). *Royal Gazette*. 138 Special Section 52 D, p. 23. (in Thai).

Notification of Emergency Operations Center for COVID-19 Re: The Name List of Alternative Hospital Quarantine Facilities (No. 6). (2021, 24 May). *Royal Gazette*. 138 Special Section 111 D, p. 14. (in Thai).

Notification of Emergency Operations Center for COVID-19 Re: The Name List of Alternative Hospital Quarantine Facilities (No. 7). (2021, 4 August). *Royal Gazette*. 138 Special Section 176 D, p. 55. (in Thai).

Notification of Emergency Operations Center for COVID-19 Re: Criteria and Guidelines on Provision for State Quarantine B.E. 2563 (2020) (No. 2). (2020, 13 July). *Royal Gazette*. 137 Special Section 160 D, pp. 31 – 32. (in Thai).

Emergency Decree on Public Administration In Emergency Situations, B.E. 2548 (2005). (2005, 16 July). *Royal Gazette*. 122 Section 48 D, pp. 1 – 8. (in Thai).

Immigration Act, B.E. 2522 (1979). (1979, 1 March). *Royal Gazette Special Edition*. 96 Section 28 D. pp. 45 – 92. (in Thai).



การระบาดของ *Acinetobacter baumannii* ที่ดื้อยาหลายกลุ่ม ในโรงพยาบาลบึงกาฬ ในช่วงปี พ.ศ.2559-2562

Epidemics of multidrug resistant *Acinetobacter baumannii* in Buengkan Hospital, Thailand, 2016 -2019

วิจิตราภรณ์ อ่อนราษฎร์ กฤษฎา ศิริชัยสิทธิ์
โรงพยาบาลบึงกาฬ
Wijittraporn onraj, Kridsada Sirichaisit
Buengkan Hospital

บทคัดย่อ

ในปัจจุบันมีรายงานการเพิ่มขึ้นของการติดเชื้อ *A.baumannii* ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ในหลาย ๆ ประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยด้วย การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบระบาดวิทยาการติดเชื้อ *A.baumannii* ที่ดื้อยาหลายกลุ่ม ในผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลบึงกาฬ ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ.2559 - 31 ธันวาคม พ.ศ.2562 จำนวน 615 ราย ถูกนำมาศึกษาความไวต่อยาต้านจุลชีพด้วยวิธี Kirby-Bauer disc diffusion กับยาในกลุ่ม Aminoglycosides, Carbapenems, Fluoroquinolones, Beta-lactamase inhibitor, Extended-spectrum cephalosporins และ Folate pathway inhibitors วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาการแจกแจงความถี่และร้อยละ ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยที่แยกได้เชื้อ *A.baumannii* จากสิ่งส่งตรวจจำนวน 615 ราย ในจำนวนนี้มีการติดเชื้อ *A.baumannii* ที่ดื้อยาหลายกลุ่ม จำนวน 386 ราย (ร้อยละ 62.76) หอผู้ป่วยหนัก พบสัดส่วนการตรวจพบเชื้อสูงที่สุด และตัวอย่างส่งตรวจพบการติดเชื้อบ่อย คือ เสมหะ แผลต่างๆ เลือด ทางเดินปัสสาวะ และน้ำเจาะต่าง ๆ มากตามลำดับ และเป็นที่น่าสนใจว่า แนวโน้มการพบเชื้อ *A.baumannii* ที่ดื้อยาหลายกลุ่มในโรงพยาบาลบึงกาฬมีแนวโน้มลดลง จากการศึกษาพบเชื้อดื้อยาหลายกลุ่ม XDR-*A.baumannii* เพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่เชื้อดื้อยาหลายกลุ่ม MDR-*A.baumannii* ลดลง จากผลการวิจัยนี้จะเห็นได้ว่าเชื้อได้พัฒนากลายเป็นสายพันธุ์ที่ดื้อยาต้านจุลชีพทุกขนานได้ ซึ่งส่งผลให้การเลือกใช้ ยาต้านจุลชีพในการรักษาการติดเชื้อ *A.baumannii* มีความซับซ้อนมากขึ้น การควบคุมการระบาดของเชื้อดื้อยาด้วยการกำหนดมาตรการและแนวทางใหม่ ๆ จึงมีความจำเป็นในการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดเชื้อดื้อยาที่รุนแรงเพิ่มขึ้นมากกว่านี้ในอนาคต

คำสำคัญ : epidemics, MDR, XDR, *Acinetobacter baumannii*

Abstract

Acinetobacter baumannii is the serious in-hospital infectious pathogen around several countries in the world that including Thailand. The objective of this study is to identify the epidemiology of multi-drug resistant (MDR) *Acinetobacter baumannii* in Buengkan hospital from 1st January 2016 - 31th December 2019. The drug susceptibility test was performed from total 615 patients that infected by *A. baumannii* by Kirby-Bauer disc diffusion to test with Aminoglycosides, Carbapenems, Fluoroquinolones, Beta-lactamase inhibitor, Extended-spectrum cephalosporins, and Folate pathway inhibitors. The study was analysed by descriptive statistical analysis. The results are MDR *A. baumannii* 386 cases (62.76%) and mostly in the ICU. Trend of MDR *A. baumannii* was declined but the high virulence XDR *A. baumannii* was increased. In the overall nosocomial infection from *A. baumannii* are difficult to treat than the previous time and may increase the mortality of the patients. The new effective infection control intervention is the essential tool for prevention more seriously pathogen in the future.

Keywords : epidemics, MDR, XDR, *Acinetobacter baumannii*

บทนำ

Acinetobacter baumannii เป็นแบคทีเรียแกรมลบ มีรูปร่างกลมท่อน (coccobacilli) เป็นเชื้อแบคทีเรียที่สามารถคงทนอยู่ในสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลได้เป็นเวลานาน ผลจากการศึกษาพบว่าสามารถเพาะเชื้อ *A.baumannii* ได้จากอ่างล้างมือ พื้นห้อง และเตียงผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Crombach WH, 1989) และพบว่าเชื้อคงทนอยู่ในสิ่งแวดล้อม เป็นระยะเวลาเฉลี่ย 13 วัน จากเหตุผลข้างต้นจึงทำให้เชื้อ *A.baumannii* เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่สำคัญทั้งการติดเชื้อที่ปอด การติดเชื้อในเลือด การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ และเยื่อช่องท้องอักเสบจากการติดเชื้อ เป็นต้น อีกทั้งยาต้านจุลชีพที่ใช้ในการรักษาการติดเชื้อ *A.baumannii* มีจำกัดก่อให้เกิดปัญหาในการรักษาการติดเชื้อนี้เป็นอย่างมาก การติดเชื้อ *A.baumannii* เป็นปัญหาสำคัญทั่วโรครวมทั้งประเทศไทย จากการสำรวจผู้ป่วยที่ติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือดจำนวน 24,179 รายในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าเชื้อ *A.baumannii* เป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับที่ 2 (43.4%) ในผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (Wisplinghoff H, 2004) และในปัจจุบันทั่วโลกยังพบว่าประสบปัญหาเชื้อ *A.baumannii* ที่ดื้อยาโดยเฉพาะอย่างยิ่ง *A.baumannii* ที่ดื้อยาหลายขนาน ซึ่งผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและการเสียชีวิตที่สูงกว่าการติดเชื้อที่ไวต่อยา (วิชัย, 2009) ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *A.baumannii* ที่ดื้อยาหลายขนาน (MDR-*A.baumannii*) ต้องอยู่โรงพยาบาลเพิ่มขึ้น 13.4 วัน และเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม 3,758 เหรียญสหรัฐเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อที่ไม่ใช่ MDR-*A.baumannii* นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อ MDR-*A.baumannii* มีอัตราการตายที่สูง (Lee, 2007)

ในขณะที่เดียวกันโรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ มีการรายงานการตรวจเพาะเชื้อแบคทีเรีย พบเชื้อ MDR-*A.baumannii* ในอัตราที่สูง แต่ยังไม่มีการศึกษาข้อมูลทางระบาดวิทยาของเชือดังกล่าว ซึ่งการทราบถึงข้อมูลการระบาดของ MDR-*A.baumannii* สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลเพื่อหาแนวทางและมาตรการเพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยง ทำให้มีการติดเชื้อกลุ่มนี้ ทำให้ลดการแพร่กระจายของเชื้อ

กลุ่มนี้ภายในโรงพยาบาล ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยลดอัตราการตายจากการติดเชื้อดื้อยา, ลดวันนอนในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลงอีกด้วย

วัตถุประสงค์

เพื่อทราบระบาดวิทยาของเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ที่ดื้อยาหลายกลุ่มใน รพ.บึงกาฬ ในช่วงปี พ.ศ.2559-2562

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ได้ทราบการระบาดและแนวโน้มของเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ในโรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ในช่วง ปี2559-2562
2. ได้ทราบถึงการระบาดของเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ในสิ่งส่งตรวจชนิดต่าง ๆ ในโรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ในช่วง ปี 2559-2562
3. ได้ทราบถึงแหล่งที่พบการติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ในโรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ในช่วง ปี 2559-2562

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง โดยมีวิธีการดังนี้

1. เก็บข้อมูลการเพาะเชื้อแบคทีเรียทุกสิ่งส่งตรวจย้อนหลังของผู้ป่วยที่ส่งตรวจเพาะเชื้อจากห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา ของโรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ ส่งออกข้อมูลจากฐานข้อมูลที่บันทึกผลการเพาะเชื้อจาก โปรแกรม Mlab ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ช่วยในการวิเคราะห์แบบแผนการดื้อยาของเชื้อในท้องถิ่น และการบันทึกผลการตรวจเพาะเชื้อทั้งหมดทางงานจุลชีววิทยาคลินิก ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2559-31 ธันวาคม พ.ศ.2562
2. เกณฑ์การเลือกข้อมูลเข้ามาศึกษา ประกอบด้วย
 - 2.1 ผลการเพาะเชื้อจากสิ่งส่งตรวจทั้งหมดที่พบเชื้อ MDR-*A.baumannii* นำข้อมูลที่ได้ มากรอง

เอาจำนวนสิ่งส่งตรวจที่ส่งตรวจ 2 ครั้ง ในเวลาเดียวกันออก และเลือกเอามาเฉพาะผลเพาะเชื้อที่ขึ้น MDR-*A.baumannii*

2.2 นำผลการทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะ มาตรวจสอบการแยกประเภท เฉพาะเชื้อที่เป็น MDR-*A.baumannii*

3. คำนวณการกระจาย ตามเวลา สถานที่ สัดส่วน ร้อยละ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Epi Info Version 7

นิยาม

1. Multidrug Resistant (MDR) หมายถึง เชื้อที่ ต่อดื้อยาต้านจุลชีพมากกว่าหรือเท่ากับ 3 กลุ่ม โดยอย่างน้อย ต่อดื้อยาหนึ่งชนิดในแต่ละกลุ่มของยา (กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์, 2560)

2. Extensively drug-resistant (XDR) หมายถึง เชื้อที่ต่อดื้อยาต้านจุลชีพทุกกลุ่ม ยกเว้นยาสองหรือ

น้อยกว่าสองกลุ่มโดยอย่างน้อยต้องดื้อต่อยาหนึ่งชนิด ในแต่ละกลุ่มของยา (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2560)

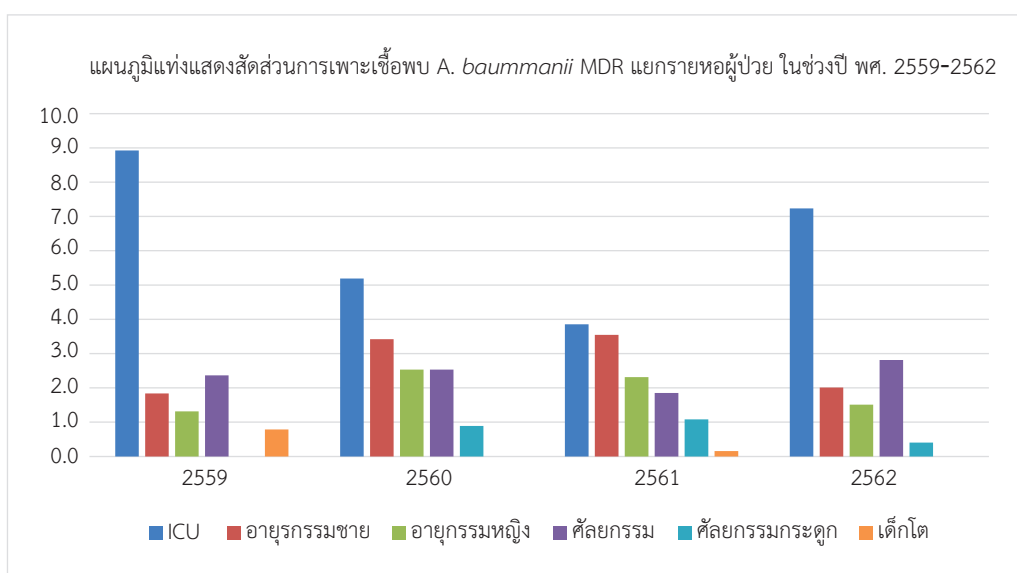
3. Pandrug-resistant (PDR) หมายถึง เชื้อที่ ต่อดื้อยาต้านจุลชีพทุกกลุ่ม (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2560)

ผลการศึกษา

การเปลี่ยนแปลงของอัตราการพบ MDR/XDR-*A.baumannii* ในช่วงปี พ.ศ.2559-2562 พบว่าในช่วงปี พ.ศ.2559-2562 ได้แก่ ร้อยละ 67.50, 68.07, 59.74, 60.39 ตามลำดับ ในปี 2559 พบเชื้อ MDR/XDR-*A.baumannii* ร้อยละ 67.50ซึ่งในช่วงปี 2560 พบว่ามีเชื้อเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 68.07 แต่ในปี 2561 พบว่ามีปริมาณเชื้อลดลงจากปี 2560 เป็นร้อยละ 59.74 และ ในปี 2562 นั้นพบว่าเชื้อเพิ่มเพียงเล็กน้อย เป็นร้อยละ 60.39 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อัตราการพบเชื้อ *Acinetobacter baumannii* MDR/XDR ในโรงพยาบาลบึงกาฬ ปี พ.ศ.2559-2562

<i>A.baumannii</i>	ปี 2559 n = 40	ปี 2560 n = 166	ปี 2561 n = 154	ปี 2562 n = 255
MDR	8 (20.0%)	51 (30.72%)	30 (19.48%)	56 (24.88%)
XDR	19 (47.5%)	62 (37.35%)	62 (40.25%)	98 (43.55%)
MDR/XDR	27 (67.50%)	113 (68.07%)	92 (59.74%)	154 (60.39%)



ภาพที่ 2 แผนภูมิแท่งแสดงสัดส่วนการเพาะเชื้อ *A.baumannii* MDR แยกตามหอผู้ป่วยในช่วงปี พ.ศ.2559-2562

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลการตรวจเพาะเชื้อพบเชื้อ *A.baumanii* MDR แยกตามหอผู้ป่วยในช่วงปี พ.ศ. 2559-2562 พบว่า หอผู้ป่วยหนักพบเชื้อ *A.baumanii* MDR มีสัดส่วนการพบเชื้อร้อยละ 8.9, 5.2, 3.9 และ 7.2 หออายุรกรรมชาย มีสัดส่วนการพบเชื้อร้อยละ 1.8, 3.4, 3.5 และ 2.0 หออายุรกรรมหญิง มีสัดส่วนการพบเชื้อร้อยละ 1.3, 2.5, 2.3 และ 1.5 หอศัลยกรรมทั่วไป มีสัดส่วนการพบเชื้อร้อยละ 2.4, 2.5, 1.8 และ 2.8 ส่วนหอศัลยกรรมกระดูกพบเชื้อ *A.baumanii* MDR ในปี พ.ศ.2560-2562 มีสัดส่วนการพบเชื้อร้อยละ 0.9, 1.1 และ 1.8 นอกจากนี้ ยังพบเชื้อในหอผู้ป่วยเด็กโต ในปี พ.ศ.2559 สัดส่วน

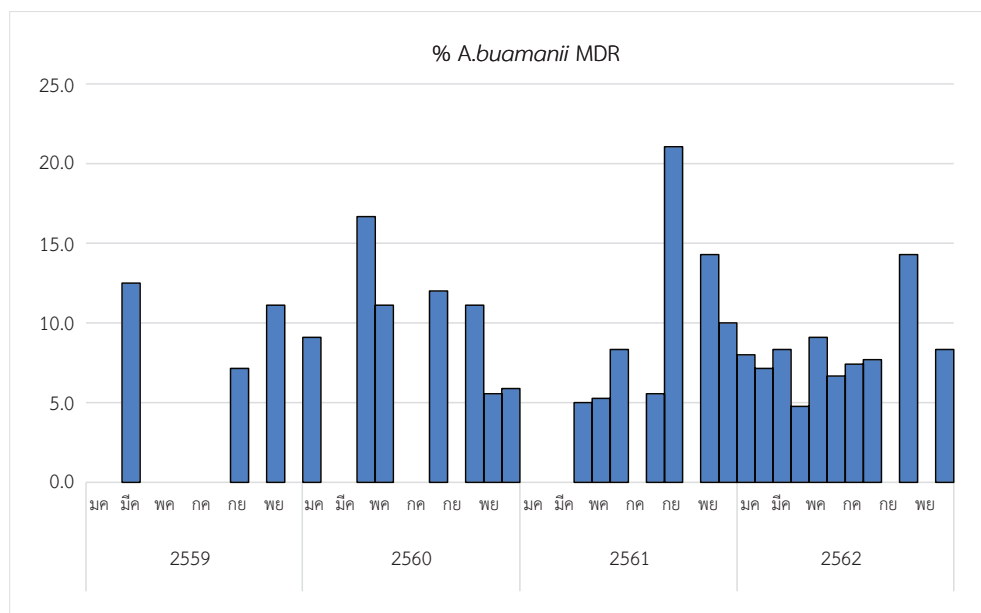
พบเชื้อร้อยละ 0.9 และ ปี พ.ศ.2561 สัดส่วนพบเชื้อ ร้อยละ 0.2

อัตราการพบเชื้อ *A.baumanii* MDR แยกตามประเภท สิ่งส่งตรวจ ช่วงปี พ.ศ.2559-2562 พบเชื้อ ในเสมหะ มากที่สุด ร้อยละ 34.78, 44.37, 35.06 และ 46.55 ตามลำดับ และพบได้น้อยที่สุดใน Sterile site ในช่วงปี พ.ศ.2559-2562 ตรวจพบ ร้อยละ 0.0, 0.62, 2.75, และ 0.57 ตามลำดับ

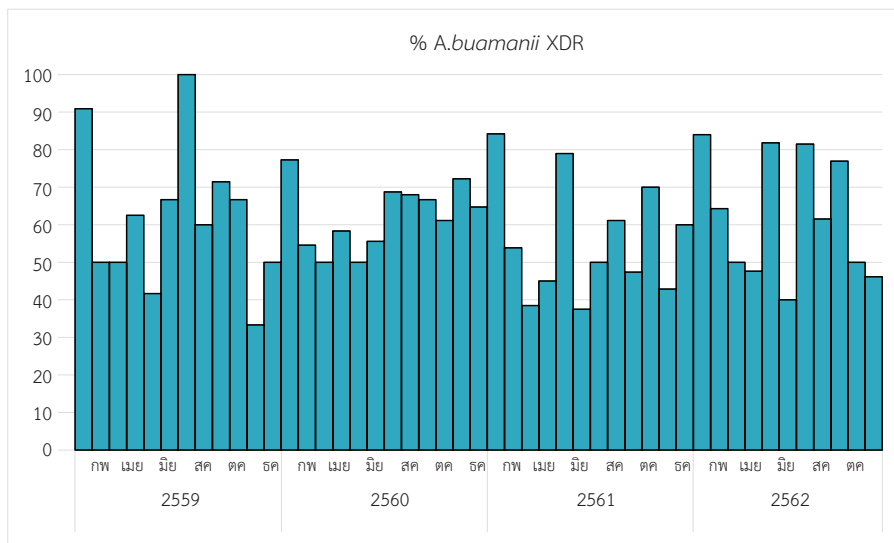
เมื่อแยกการตรวจพบเชื้อ *A.baumanii* ที่ติดต่อยา หลายขนาน เป็นรายเดือน พบว่า *A.baumanii* MDR ลดลง แต่การตรวจพบเชื้อ *A.baumanii* XDR กลับเพิ่มสูงขึ้น และตรวจพบเชื้อดื้อยากลุ่ม XDR สูงขึ้นในทุก ๆ เดือน

ตารางที่ 2 ร้อยละการตรวจพบเชื้อ *A.baumanii* ที่ติดต่อยาหลายขนาน แยกตามประเภทสิ่งส่งตรวจในโรงพยาบาลบึงกาฬ ปี 2559-2562

ตัวอย่างส่งตรวจ	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562
Blood	8.69	8.75	2.06	5.74
Urine	6.52	5	4.82	5.74
Pus	3.26	8.75	11.72	9.77
Body fluid	0	0.62	2.75	0.57
Sputum	34.78	44.37	35.06	46.55



ภาพที่ 3 ร้อยละการพบเชื้อ *A.baumanii* ที่ติดต่อยาหลายขนาน แยกรายเดือน ในโรงพยาบาล ช่วงปี พ.ศ.2559-2562



ภาพที่ 4 ร้อยละการตรวจพบเชื้อ *A.baumannii* ที่ติดต่อยาด้านจุลชีพทุกกลุ่ม แยกรายเดือน ในโรงพยาบาลบึงกาฬ ช่วงปี พ.ศ. 2559-2562

อภิปรายผล

การศึกษารังนี้เป็นการศึกษาข้อมูลทางระบาดวิทยาเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง เกี่ยวกับเชื้อ *A.baumannii* ที่ติดต่อยาด้านจุลชีพในโรงพยาบาลบึงกาฬ ในปี พ.ศ.2559-2562 ผลการศึกษาพบว่า เชื้อ *A.baumannii* MDR มีแนวโน้มตรวจพบเชื่อน้อยลง ในขณะที่เดียวกันกลับพบ เชื้อ *A.baumannii* XDR ซึ่งเป็นเชื้อที่ดื้อยาสูงกว่า MDR มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Inchai (2015) รพ.ในสังกัดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า MDR-AB, XDR-AB, และ PDR-AB พบ 72(21.4%), 220 (65.3%), 12 (3.6%) จะเห็นได้ว่าพบ XDR-AB มากกว่าเชื่อดื้อยาทุกกลุ่มอื่น

จากการศึกษาลักษณะของการระบาดและค้นหาแหล่งที่พบเชื้อ ผลการศึกษาพบว่า เชื้อ *A.baumannii* MDR พบที่ตึกผู้ป่วยหนัก อายุรกรรมชาย อายุรกรรมหญิง ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูกและหออผู้ป่วยเด็กโต ตามลำดับ สอดคล้องกับการวิจัยของ Seinawski (2013) การศึกษาใน Maria Sktodowska-Curie Memorial Hospital ใน Zgierz ประเทศโปแลนด์ พบการติดเชื้อ *A.baumannii* ในหออผู้ป่วยต่าง ๆ โดยพบใน แผนก ICU 48%, แผนกศัลยกรรม 20%, แผนกอายุรกรรม 16%,

แผนกประสาทวิทยา 13%, หออผู้ป่วยอื่นๆ 3% ซึ่งการพบเชื้อ *A.baumannii* MDR ที่ตึกผู้ป่วยหนัก เป็นตัวอย่างส่งตรวจจากเสมหะที่เก็บจากสาย suction ที่ต่อจากเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nowak (2017) เป็นการศึกษาใน Greece, Italy และ Spain ในปี 2012-2017 ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วย VAP พบว่า มี XDR/PDR *A.baumannii* 64.6% และโรงพยาบาลบึงกาฬตรวจพบเชื้อใน เสมหะ ปัสสาวะ มากตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Anuwat (2002) ซึ่งเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า เชื้อพบที่ Respiratory tract 68.6%, skin and soft tissue 19.8%, Bacteremia 7.0%, urinary tract 4.7%, Nervous system 3.5%, Gastrointestinal tract 3.5%, others 1.2%

จากการศึกษาแนวโน้มของการดื้อยาหลายชนิดของเชื้อ *A.baumannii* พบว่า มีแนวโน้มการตรวจพบเชื่อดื้อยาด้านจุลชีพลดลง แต่มีแนวโน้มตรวจพบเชื้อ XDR-*A.baumannii* เพิ่มสูงขึ้น แต่ตรวจพบเชื้อ MDR-*A.baumannii* ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Nattawat (2018) พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วย ICU จาก 7 ประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า การติดเชื้อ *A.baumannii* ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สูงกว่าภูมิภาคอื่น โดยพบเป็นกลุ่มที่ดื้อต่อ Carbapenem 64.9% และเป็น MDR 58.51% จากผลการศึกษาบอกลัง

ความจำเป็นในการค้นหา intervention ใหม่ที่สามารถควบคุมและลดการแพร่ระบาดที่ได้ผลดีกว่าเดิมเนื่องจากข้อมูลแสดงให้เห็นถึงการระบาดที่ยังไม่สามารถควบคุมได้

สรุปผล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลทางระบาดวิทยาเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง เกี่ยวกับเชื้อ *A.baumannii* ที่ติดต่อหลายขนานในโรงพยาบาลบึงกาฬ ในปี พ.ศ.2559-2562 เก็บข้อมูลจากรายงานผู้ป่วยทั้งหมดระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2559-31 ธันวาคม 2562 สถิติที่ใช้ได้แก่ ความถี่และร้อยละ

ผลการศึกษาพบว่า การเปลี่ยนแปลงของอัตราการพบ MDR/XDR-*A.baumannii* ในช่วงปี พ.ศ.2559-2562 พบว่าในช่วงปี พ.ศ.2559-2562 ได้แก่ ร้อยละ 67.50, 68.07, 59.74 , 60.39 ตามลำดับในปี 2559 พบเชื้อ MDR/XDR-*A.baumannii* ร้อยละ 67.50 ซึ่งในช่วงปี 2560 พบว่ามีเชื้อเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 68.07 แต่ในปี 2561 พบว่ามีปริมาณเชื้อลดลงจากปี 2560 เป็นร้อยละ 59.74 และในปี 2562 นั้นพบว่าเชื้อเพิ่มเพียงเล็กน้อย เป็นร้อยละ 60.39 การตรวจเพาะเชื้อพบเชื้อ *A.baumannii* มีปริมาณที่สูงขึ้นทุกปี และพบว่าแนวโน้มของการตรวจพบเชื้อ MDR/XDR-*A.baumannii* มีแนวโน้มลดลง พบเชื้อ MDR-*A.baumannii* มีแนวโน้มพบเชื้อกลุ่มนี้ลดลง แต่กลับพบว่าตรวจพบเชื้อกลุ่ม XDR-*A.baumannii* เพิ่มสูงขึ้น

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลการตรวจเพาะเชื้อพบเชื้อ *A.baumannii* MDR แยกตามหอผู้ป่วยในช่วงปี พ.ศ. 2559-2562 พบว่า หอผู้ป่วยหนักพบเชื้อ *A.baumannii* MDR มีสัดส่วนการพบเชื้อร้อยละ 8.9, 5.2, 3.9 และ 7.2 และพบว่าตึกอายุรกรรมชาย พบเชื้อมากกว่าตึกอายุรกรรมหญิง เป็นสัดส่วนสูงถึง 2 เท่า

อัตราการพบเชื้อ *A.baumannii* MDR แยกตามประเภทสิ่งส่งตรวจ ช่วงปี พ.ศ.2559-2562 พบเชื้อ ในเสมหะมากที่สุด ร้อยละ 34.78, 44.37, 35.06 และ 46.55 ตามลำดับ และมีแนวโน้มที่ตรวจพบเชื้อในเสมหะสูงมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบเชื้อใน Pus เลือด ปัสสาวะ และ sterile site มากตามลำดับ

การตรวจพบเชื้อ *A.baumannii* ที่ติดต่อหลายขนาน เป็นรายเดือน พบว่า *A.baumannii* MDR ลดลง แต่การตรวจพบเชื้อ *A.baumannii* XDR กลับเพิ่มสูงขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไม่มีข้อมูลที่จะระบุได้ว่าผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อ MDR/XDR-*A.baumannii* เป็นการติดเชื้อจากชุมชนหรือการติดเชื้อในโรงพยาบาล อีกทั้งไม่ได้ระบุว่าเป็น infection หรือ colonize แต่การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลสำหรับการศึกษาเชิงลึกและพัฒนาระบบในการเฝ้าระวังเชื้อติดต่อหลายขนานในโรงพยาบาลในอนาคตได้

เอกสารอ้างอิง

- Anuwat Keerasuntonpong, Chartchai Samakeenich, Chanwit Tribuddharat, Visanu Thamlikitkul. (2006). Epidemiology of *Acinetobacter baumannii* Infections in Siriraj Hospital 2002. *Journal of Siriraj Med.* 8(58): 951-953.
- Crombach WH, Dijkshoorn L, van Noort-Klaassen M, et al. (1989). Control of an epidemic spread of a multi-resistant strain of *Acinetobacter calcoaceticus* in a hospital. *Journal of Intensive care medicine.* 15(3): 166-170.
- Inchai, J., et al. (2015). Risk factors of multidrug-resistant, extensively drug-resistant and pandrug-resistant *Acinetobacter baumannii* ventilator-associated pneumonia in a Medical Intensive Care Unit of University Hospital in Thailand. *Journal of infection and chemotherapy : official journal of the Japan Society of Chemotherapy.* 21(8): 570-574.

- Lee NY, Lee HC, Ko NY, et al. (2007). Clinical and economic impact of multidrug resistance in nosocomial *Acinetobacter baumannii* bacteremia. *Journal of Infection Control and Hospital Epidemiology*. 28(6): 713-719.
- Nattawat,T.,Pornpansa,P., etal. (2018). A Systematic Review of the Burden of Multidrug-Resistant Healthcare-Associated Infections Among Intensive Care Unit Patients in Southeast Asia : The Rise of Multidrug-Resistant *Acinetobacter baumannii*. *Journal of Infect control Hosp Epidemiol*. 39(5): 525-533.
- Nowak, J., et al. (2017). High incidence of pandrug-resistant *Acinetobacter baumannii* isolates collected from patients with ventilator-associated pneumonia in Greece, Italy and Spain as part of the MagicBullet clinical trial. *The Journal of antimicrobial chemotherapy*. 72(12): 3277-3282.
- Santimaleeworagun, W. (2007). Evidence and mechanisms of drug resistant *Acinetobacter baumannii*. Retrived January 15, 2021, from http://www.prachanath.su.ac.th/tbps/tbps2007_1/tbps2007_1_161-176.pdf (in Thai).
- Sieniawski, K., et al. (2013). *Acinetobacter baumannii* nosocomial infections. *Journal of Polski przeglad chirurgiczny*.85(9): 483-490.
- Wisplinghoff H, Bischoff T, Tallent SM, et al. (2004). Nosocomial bloodstream infections in US hospitals: analysis of 24,179 cases from a prospective nationwide surveillance study. *Journal of Clinical Infectious Diseases*. 39(3): 309-317.



การวิจัยเชิงประเมินเพื่อพัฒนาต้นแบบอาคารบริการทางการแพทย์ ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข An Evaluation Research For Development Of A Multispecialty Medical Services Center Prototype In The Tertiary Care Level, Department Of Medical Services, Ministry Of Public Health

สรพงษ์ ทัพภวิมล

กองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

Sorapong Tapphvimol

Design and Construction Division, Department of Health Service Support.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงประเมิน (Evaluation Research) เพื่อพัฒนาต้นแบบอาคารบริการทางการแพทย์ ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลต้นแบบอาคารบริการทางการแพทย์สำหรับโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่ได้รับการออกแบบและก่อสร้าง โดยรับฟังความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องตลอดระยะเวลาที่ก่อสร้าง และหลังเปิดใช้งาน 3 ปีขึ้นไป เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบแปลนอาคาร และแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจ ที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.81 พื้นที่วิจัย คือ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จังหวัดนครปฐม วิธีการวิจัยได้ให้ผู้ใช้อาคารประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่ม ที่เลือกมาแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้ดูแลอาคารสถานที่ ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ เข้ามามีส่วนร่วมตลอดระยะเวลาตั้งแต่ปี 2555-2564 เก็บข้อมูลแบบแปลนจากเอกสาร และข้อมูลความพึงพอใจ ด้วยวิธีสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และคะแนนความพึงพอใจที่ได้

ผลการวิจัย พบว่า อาคารบริการทางการแพทย์สูง 9 ชั้น ขนาด 300 เดียง ก่อสร้างบนพื้นที่ 4 ไร่ 32 ตารางวา ได้จัดทำแบบแปลนอาคาร ประกอบด้วย แปลนพื้น 9 ชั้น ชั้นล่าง ชั้นลอย ชั้นหลังคา รูปด้านข้าง 4 ด้าน รูปตัดทิศตะวันออก-ตก และรูปตัดทิศเหนือ-ใต้ พื้นที่ใช้สอย 38,520 ตารางเมตร วงเงินงบประมาณ 807,850,000 บาท ใช้เวลาก่อสร้าง 3 ปี ตั้งแต่ปี 2557 - 2560 กำหนดให้ส่งงวดงาน รวม 35 งวด 1,200 วัน ในปี 2564 หลังอาคารเปิดใช้งานมาแล้ว 3 ปี มีแบบบูรณาการที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ระดับความพึงพอใจของผู้บริหาร ผู้ดูแลอาคารสถานที่ ผู้ให้บริการ และ ผู้รับบริการ พึงพอใจมากที่สุด จำแนกได้ดังนี้ การเข้าสู่อาคารที่สะดวกและง่าย โดยผู้บริหารและผู้รับบริการพึงพอใจต่อตำแหน่งที่ตั้งของแผนกต่างๆ ที่เป็นไปตามขั้นตอนของการบริการ ผู้ให้บริการพึงพอใจต่อพื้นที่ใช้สอยที่เพียงพอ ผู้ดูแลอาคารสถานที่พึงพอใจต่อการบำรุงรักษา ซ่อมแซม ระบบวิศวกรรม ครุภัณฑ์ต่างๆ ที่ง่ายไม่ยุ่งยาก โดยอภิปรายได้ว่า เกิดจากกระบวนการและขั้นตอนที่ได้วางแผนไว้อย่างเป็นระบบ และเปิดโอกาสให้ผู้ใช้อาคารได้เข้ามามีส่วนร่วม มี 3 ขั้นตอน ตั้งแต่ปี 2555 - 2557 คือ 1) มีการสำรวจการให้บริการแบบเดิม ร่วมกับการคาดการณ์ในอนาคต 2) ศึกษาพื้นที่ใช้สอยของอาคารตัวอย่าง 3) จัดทำแบบแปลนแบบเปิดโอกาสให้ผู้ใช้อาคารได้เข้ามามีส่วนร่วม ทั้งนี้มีข้อเสนอแนะ เพื่อเป็นการประหยัดพลังงานให้พิจารณาใช้พลังงานทดแทน กรณีมีโรคอุบัติใหม่ หรือนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาให้บริการต้องปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านนั้น ๆ มาออกแบบเพิ่มเติม เพราะมีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอ

คำสำคัญ : การวิจัยเชิงประเมิน ต้นแบบอาคารบริการทางการแพทย์ แบบแปลนอาคารโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

การวิจัยเชิงประเมินเพื่อพัฒนาต้นแบบอาคารบริการทางการแพทย์ ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
สรพงษ์ ทัพภวิมล

Abstract

This Evaluation Research aimed to evaluate a prototype of a multispecialty medical services center in the tertiary care level, Department of Medical Services through participatory design processes. The study had been conducted after 3 years of building usage with research tools; construction drawings and occupants' satisfaction assessment questionnaires which had the IOC (Index of item objective congruence) of 0.81. The selected building for the study was located in Metta Pracharak Hospital (Wat Rai Khing), Nakhon Pathom Province. It was 9-storey healthcare building with 300 hospital beds which constructed on a 6,528 square meters site. The participatory design process specifically involved the 4-group stakeholders (executives, medical staffs, patients and premises caretakers) during 2012 until 2021. It included the requirement acquisition and satisfactory assessment processes using interviewing and contexts analysis techniques.

The Results had showed the detailed design of the building comprised of plans, elevations and sections. This 38,520-square-meter building with 807,850,000-million-baht budget had been constructed during 2014 to 2017, 1,200 days construction period with 35 payment terms. In 2021, after three years of building usage. In addition to the results of the satisfaction assessment showed that they were many parameters with high satisfaction ratings which were the building approach those were easy to access and satisfied all the occupants, the locations of departments which satisfied both the executives and patients, the sizes of functional areas which were sufficient for medical staffs, and the maintenance of the building systems which were uncomplicated for the premises caretakers.

Through the analysis, the participatory design process of the study is systematic investigation of stakeholders' requirements which included the main three steps those were 1) the survey, analysis and prediction of occupants' requirements; 2) the study and analysis of the existing functional areas; and 3) the full participation of the occupants during the design development.

There were still gaps for future improvement which were implementation of renewable energy generating systems, the adaptation of the building responding to emerging diseases, and the implementation of new technologies to improve the efficiency of building.

Keywords : Evaluation Research, Multispecialty Medical Services Center Prototype, Healthcare Design, Tertiary Care Level

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายหน่วยบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) ให้เป็นภาระหน้าที่ของกรมการแพทย์ ในการพัฒนาวิชาการด้านการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย มีการศึกษา วิจัย พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่เหมาะสม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานแก่บุคลากรทางการแพทย์ (กรมการแพทย์, 2555) ดังนั้น ในปี พ.ศ.2554 - 2555 ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลจากระบบสารสนเทศของกองแบบแผนว่าหน่วยงานบริการสุขภาพในสังกัดกรมการแพทย์ที่ร้องขอให้กองแบบแผนสนับสนุนในการสร้างอาคารบริการทางการแพทย์ว่ามีที่ใดบ้าง ซึ่งข้อมูลพบว่า มี 3 แห่ง จำนวน 4 หลัง โดยในจำนวนนี้โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จังหวัดนครปฐม ร้องขอให้กองแบบแผนสนับสนุนการออกแบบอาคารบริการทางการแพทย์ 9 ชั้น ที่มีรายละเอียดด้านงบประมาณค่าก่อสร้างและวงจางาน-วงเงินที่ครอบคลุมภารกิจของโรงพยาบาล (โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์, 2555) จึงได้ประสานกับผู้บริหารของโรงพยาบาลเมตตา

ประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จังหวัดนครปฐม เพื่อขอความร่วมมือในการพัฒนาให้เป็นต้นแบบอาคารบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

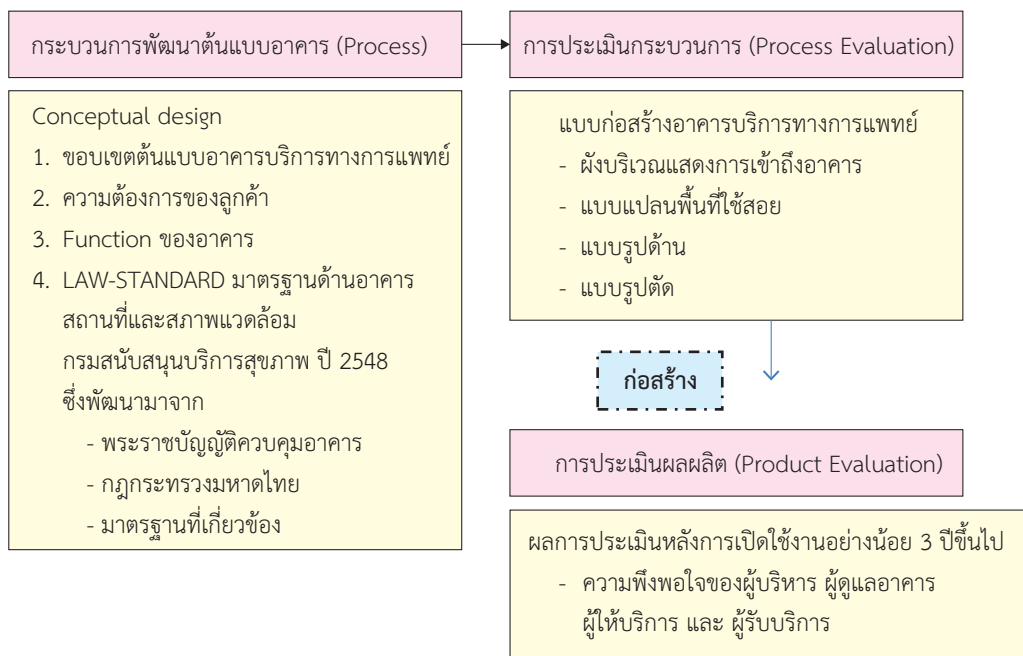
วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลการพัฒนาต้นแบบอาคารบริการทางการแพทย์ ในประเด็นต่อไปนี้ 1) แบบก่อสร้างอาคารบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จังหวัดนครปฐม 2) ความพึงพอใจของผู้บริหาร ผู้ดูแลอาคารสถานที่ ผู้ให้บริการ และ ผู้รับบริการ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. กระทรวงสาธารณสุข ได้ตัวอย่างแบบแปลนการก่อสร้างอาคารระดับตติยภูมิที่ได้มาตรฐานและได้ข้อมูลโครงสร้างหลักของอาคาร สถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นสำหรับใช้เป็นแนวทางในการกำกับการสนับสนุนงบประมาณขั้นพื้นฐานแก่โรงพยาบาล

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

2. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการได้แนวทางการจัดระบบ/ขั้นตอนการให้บริการที่สะดวก รวดเร็ว
3. ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ รวดเร็ว และปลอดภัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research)

1. พื้นที่วิจัย คือ อาคารบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จ.นครปฐม
2. กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ใช้อาคารที่เกี่ยวข้องกับหน่วยบริการเฉพาะทางโรคตา จำนวน 28 ตัวอย่าง คือ
 - ผู้บริหาร คือ ผู้อำนวยการ และ หัวหน้างานบริหารของโรงพยาบาล
 - ผู้ดูแลอาคารสถานที่ หมายถึง หัวหน้างานอาคารสถานที่ และ นายช่าง
 - ผู้ให้บริการ คือ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการที่คลินิก ได้แก่ แพทย์ประจำคลินิกตรวจรักษาตาที่ OPD 1 ท่าน รองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าห้องผ่าตัด
 - ผู้รับบริการเฉพาะด้านตา อย่างน้อย 20 คน
3. เครื่องมือในการศึกษา ประกอบด้วย 1) แบบแปลนอาคาร เก็บข้อมูลจากเอกสาร และ เครื่องมือวัดความพึงพอใจใช้การสัมภาษณ์ที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) 0.81 ในประเด็นดังนี้

4. ขั้นตอนการศึกษา
 - ปี 2555-2557 เป็นระยะเวลาของกระบวนการจัดทำแบบแปลนอาคาร เริ่มจากรวบรวมข้อมูลความต้องการจากผู้ใช้อาคาร วัดขนาดพื้นที่บริการ ศึกษากฎหมายพระราชบัญญัติและมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง และ Case Study เพื่อจัดทำแบบร่างแปลนอาคาร ระบบวิศวกรรมและครุภัณฑ์ นำเสนอแลกเปลี่ยนกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล เสนอผู้บริหารโรงพยาบาลเพื่อเห็นชอบ จัดทำแบบภายใต้ข้อกำหนดของเกณฑ์มาตรฐานอาคาร สถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก ปี 2548 กองแบบแผน (กองแบบแผน, 2548)
 - ปี 2557-2560 อำนวยการก่อสร้าง
 - ปี 2564 เก็บข้อมูลความพึงพอใจหลังจากอาคารเปิดให้บริการแล้ว 3 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เชิงเนื้อหาด้วยการจัดหมวดหมู่และความสัมพันธ์ของประเด็นคำตอบและความหมาย

ผลการศึกษา

โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ได้รับงบประมาณก่อสร้างอาคารบริการทางการแพทย์ขนาด 9 ชั้น 300 เตียง จำนวน 1 หลัง ก่อสร้างบนพื้นที่ 4 ไร่ 32 ตารางวา วงเงินในการก่อสร้าง จำนวน 807,850,000 บาท (แปดร้อยเจ็ดล้านแปดแสนห้าหมื่นบาทถ้วน) เป็นงบประมาณแผ่นดิน 753,240,000 บาท (เจ็ดร้อยห้าสิบล้านสองแสนสี่หมื่นบาทถ้วน) และเงินบำรุงโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
การเข้าถึงอาคาร	ง่าย สะดวก ความสวยงามของตัวอาคารด้านนอก
โครงสร้างอาคารแข็งแรง	ปลอดภัยจากอุบัติเหตุ อุบัติภัย
การตอบสนองต่อภารกิจของโรงพยาบาลครอบคลุมทั้งเพียงพอ สวยงาม ปลอดภัย	พื้นที่ใช้สอยเพียงพอ สอดคล้องตามลำดับของการให้บริการ ตกแต่งสวยงาม แสงสว่างเพียงพอ ระบบการถ่ายเทอากาศดี
การดูแลอาคาร	การรักษาความสะอาด การซ่อมแซม
การปรับปรุงเพื่อรองรับเทคโนโลยีในอนาคต	การปรับปรุงพื้นที่ใช้สอย สามารถติดตั้ง/เปลี่ยนแปลงครุภัณฑ์ทางการแพทย์ได้ง่าย
ด้านงบประมาณที่เหมาะสม	งบประมาณด้านการก่อสร้าง และ ด้านการดูแล/ซ่อมแซม

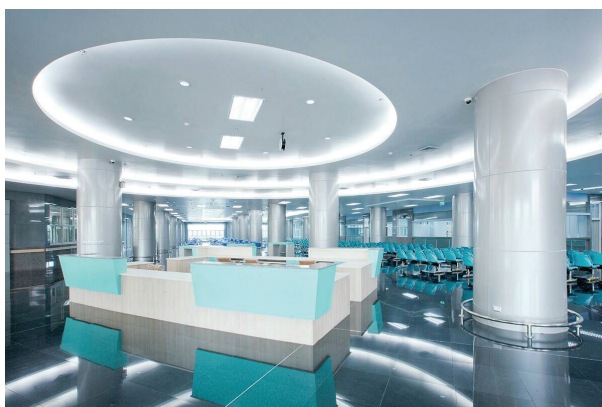
(วัดไร่ขิง) จำนวน 54,610,000 บาท (ห้าสิบล้านหกแสนหนึ่งหมื่นบาทถ้วน) ใช้เวลา 3 ปี ตั้งแต่ปี 2557 - 2560 การกำหนดให้ส่งงวดงาน รวม 35 งวด 1,200 วัน แบบแปลนอาคาร ได้แก่ แปลนพื้นที่ 9 ชั้น ชั้นล่าง ชั้นลอย ชั้นหลังคา รูปด้าน 4 ด้าน รูปตัดทิศตะวันออก-ตก และ รูปตัดทิศเหนือ-ใต้ ความสูงของอาคารประมาณ 47 เมตร ประกอบด้วย ศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านจักษุ ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกทุกสาขา ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยวิกฤติ หอผู้ป่วยทั่วไป หอผู้ป่วยพิเศษรวม 300 เตียง ห้องประชุมขนาด 500 คน พื้นที่ใช้สอยทั้งสิ้น 38,520 ตารางเมตร



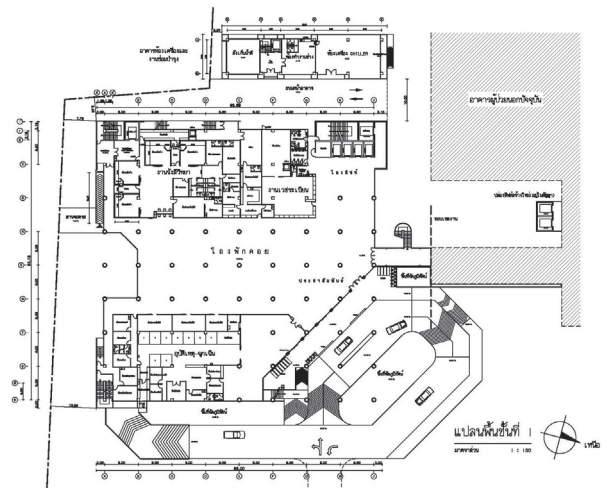
ภาพที่ 2 สภาพภายนอกอาคารด้านทิศตะวันออก



ภาพที่ 4 บรรยากาศภายในอาคารชั้นที่ 7 และ 8



ภาพที่ 3 บรรยากาศภายในอาคารชั้นที่ 1



ภาพที่ 5 แปลนพื้นที่ชั้นที่ 1

พื้นที่ชั้นที่ 1 พื้นที่ใช้สอยประมาณ 3,180.00 ตารางเมตร เป็นชั้นหลักที่ใช้ในการเข้าถึงอาคารได้โดยทางเท้าหรือทางรถยนต์

หน่วยบริการในชั้นนี้ ประกอบด้วย แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน แผนกเวชระเบียน แผนกรังสีวิทยา โดยสามารถเชื่อมต่อการให้บริการกับอาคารของโรงพยาบาลเดิมได้ผ่านทางเดินเชื่อมและบันไดที่จัดไว้ด้านข้างของอาคาร

การสัญจรระหว่างชั้นใช้ลิฟท์ (มีขนาดเพียงพอต่อการขนย้ายเตียงคนไข้) และบันได (ภายหลังได้มีการก่อสร้างบันไดเลื่อนอัตโนมัติเพิ่ม) เพื่อความสะดวกรวดเร็วให้กับผู้รับบริการ โดยก่อสร้างไว้ภายนอกอาคารซึ่งอยู่ด้านข้างกลุ่มลิฟท์ของอาคารหลัก)

ระบบวิศวกรรมทางการแพทย์ อาคารวิศวกรรมงานระบบทั้งหมดอยู่ด้านหลังของอาคารหลัก ได้แก่ ห้องเครื่องระบบปรับอากาศ ถังเก็บน้ำดี ห้องไฟฟ้า ห้องปั้มน้ำ และห้องทำงานช่าง ระบบวิศวกรรมที่สนับสนุน ได้แก่ ระบบไฟฟ้า ระบบแก๊สทางการแพทย์ ระบบปรับอากาศ ระบบสุขาภิบาล และ งานครุภัณฑ์

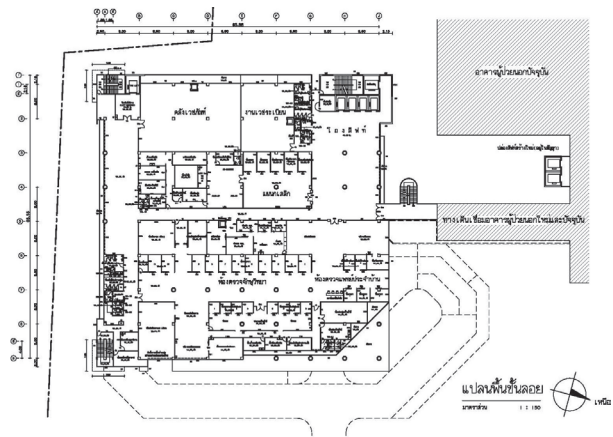
พื้นที่ชั้นลอย พื้นที่ใช้สอยประมาณ 2,900.00 ตารางเมตร

หน่วยบริการประกอบด้วย ห้องตรวจจักษุวิทยา (ห้องตรวจ ห้องให้คำปรึกษา ห้องวัดสายตา ห้องตรวจเครื่องมือพิเศษ ห้องตรวจประสาทตา ห้องทำหัตถการ ห้องฉีดยาและส่วนสนับสนุน แผนกเลสิก ซึ่งเป็นส่วนให้บริการหลักของโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ โดยเชื่อมต่อการให้บริการกับอาคารของโรงพยาบาลเดิมได้โดยใช้ทางเดินเชื่อมพร้อมบันไดที่จัดไว้ด้านข้างอาคารพื้นที่ทำงานส่วนอื่นได้แก่ งานเวชระเบียน คลังเวชภัณฑ์ ระบบวิศวกรรมที่สนับสนุนได้แก่ ระบบไฟฟ้า ระบบแก๊สทางการแพทย์ ระบบปรับอากาศ ระบบสุขาภิบาล และ งานครุภัณฑ์

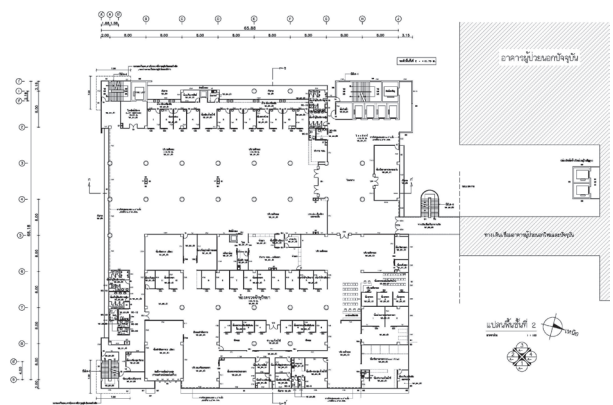
พื้นที่ชั้นที่ 2 – พื้นที่ใช้สอยประมาณ 3,640.00 ตารางเมตร

หน่วยบริการประกอบด้วย ห้องตรวจจักษุวิทยา ห้องให้คำปรึกษา ห้องถ่ายภาพจอประสาทตา ห้องวัดลานสายตา (Visual Film) ห้องตรวจเครื่องมือพิเศษ ห้องตรวจประสาทตา ห้องทำหัตถการ ห้องฉีดยาและส่วนสนับสนุนอื่น ๆ ห้องตรวจ

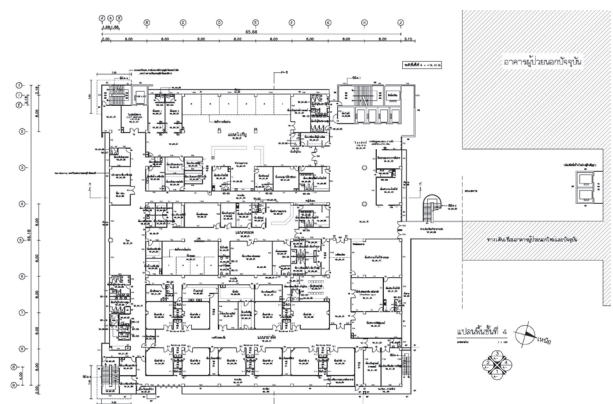
อายุกรรมจำนวน 11 ห้อง ห้องวัดสายตาประกอบแว่น การเชื่อมต่อการให้บริการกับอาคารของโรงพยาบาลเดิม ใช้ทางเดินเชื่อมพร้อมบันไดที่จัดไว้ด้านข้างอาคาร



ภาพที่ 6 แพลนพื้นที่ชั้นลอย



ภาพที่ 7 แพลนพื้นที่ชั้นที่ 2



ภาพที่ 8 แพลนพื้นที่ชั้นที่ 4

ระบบวิศวกรรมที่สนับสนุน ได้แก่ ระบบไฟฟ้า ระบบแก๊สทางการแพทย์ ระบบปรับอากาศ ระบบสุขาภิบาล และงานครุภัณฑ์

พื้นที่ 4 – พื้นที่ใช้สอยประมาณ 3,810.00 ตารางเมตร

หน่วยบริการประกอบด้วย แผนกผ่าตัด (ประกอบด้วยห้องผ่าตัด จำนวน 10 ห้องพร้อมส่วนสนับสนุนอื่นๆ) แผนกคลอด (จำนวน 4 เตียงและห้องแยกคลอด จำนวน 1 เตียง) และแผนกไอซียู (จำนวน 7 เตียงและห้องแยก จำนวน 2 เตียง) การเชื่อมต่อการให้บริการกับอาคารของโรงพยาบาลเดิม ใช้ทางเดินเชื่อมพร้อมบันไดที่จัดไว้ด้านข้างอาคาร

ระบบวิศวกรรมที่สนับสนุน ได้แก่ ระบบไฟฟ้า ระบบแก๊สทางการแพทย์ ระบบปรับอากาศ ระบบสุขาภิบาล และงานครุภัณฑ์

จากตารางที่ 1 ผู้ศึกษาได้เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคมถึงมีนาคม 2564 จำนวน 28 ตัวอย่าง ด้วยวิธีการสัมภาษณ์มี 2 ขั้นตอน คือ 1) สัมภาษณ์ระดับความพึงพอใจใน 3 ระดับ คือ พึงพอใจ เฉยๆ และไม่พึงพอใจ พร้อมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ทีละประเด็น 2) ให้จัดอันดับที่พึงพอใจมากที่สุด 3 อันดับ พร้อมเหตุผล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใส่ค่าคะแนน ดังนี้ อันดับ 1 มากที่สุด ค่าคะแนนเท่ากับ 4 รองลงมาอันดับ 2 เท่ากับ 3

อันดับ 3 เท่ากับ 2 อันดับ 4-5 เท่ากับ 1 เฉย ๆ เท่ากับ 0 ถ้าไม่พึงพอใจใส่เครื่องหมาย - (ขีด)

การแปลผลข้อมูล ข้อมูลความพึงพอใจให้รวมค่าคะแนนที่ได้ในแต่ละประเด็น ประเด็นใดได้คะแนนสูงสุด หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด ส่วนข้อมูลไม่พึงพอใจให้นับจำนวนเครื่องหมาย - (ขีด) ประเด็นใดมีเครื่องหมาย - (ขีด) มากที่สุด หมายถึง ไม่พึงพอใจมากที่สุด

จากตาราง พบว่า ความพึงพอใจในต่อประเด็นหลักในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการเข้าสู่อาคารที่สะดวกและง่าย

เมื่อจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง พบว่าโดยผู้บริหารและผู้รับบริการพึงพอใจต่อตำแหน่งที่ตั้งของแผนกต่าง ๆ ที่เป็นไปตามขั้นตอนของการบริการ ผู้ให้บริการพึงพอใจต่อพื้นที่ใช้สอยที่เพียงพอ ผู้ดูแลอาคารพึงพอใจต่อการบำรุงรักษา ซ่อมแซมระบบวิศวกรรม ครุภัณฑ์ ง่ายไม่ยุ่งยากเพราะสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเองด้วยอุปกรณ์พื้นฐานที่มี

อภิปรายผล

อภิปรายได้ว่า เกิดจากกระบวนการและขั้นตอนที่ได้วางแผนไว้อย่างเป็นระบบและเปิดโอกาสให้ผู้ใช้อาคารได้เข้ามามีส่วนร่วม มี 3 ขั้นตอน ตั้งแต่ปี 2555 - 2557

ตารางที่ 1 ความพึงพอใจของผู้ใช้อาคาร

กลุ่ม/จำนวน	ประเด็นหลัก					ประเด็นเฉพาะกลุ่ม									
	ภายนอก	เข้าถึง	โครงสร้าง	ตกแต่ง	งบบสร้าง	พื้นที่	ที่นั่ง	แผนก	แสง	อากาศ	สะอาด	ซ่อม	งบบุแล	อนาคต	แก้ไข
ผู้บริหาร รวม (2)	2	2	3	4	5							5	4	2	3
ผู้ให้บริการ รวม (4)	4	4	4	5		11	8	6						9	9
ผู้ดูแลอาคาร รวม (2)	2	2	4	2							2	8	2	2	6
ผู้รับบริการ รวม (20)	25	34	19	25		24	54	56	30	29					
รวมประเด็นหลัก (28)	33	42	30	36											

คือ 1) มีการสำรวจการให้บริการแบบเดิมร่วมกับการคาดการณ์ในอนาคต 2) ศึกษาพื้นที่ใช้สอยของอาคารตัวอย่าง 3) จัดทำแบบแปลนแบบเปิดโอกาสให้ผู้ใช้อาคารได้เข้ามามีส่วนร่วม กำหนดให้มีการส่งงวดงานรวม 35 งวด 1,200 วัน

สรุปผล

โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) เป็นต้นแบบอาคารอาคารบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ สังกัดกรมการแพทย์ ที่ได้คุณภาพ ปลอดภัย สมประโยชน์ และผู้ใช้อาคารมีความพึงพอใจ

ข้อเสนอแนะ

1. กรณีมีโรคอุบัติใหม่ หรือนำเทคโนโลยีมาใช้ในการให้บริการ รักษา ปรีกษา ที่ทันสมัยขึ้น สามารถปรับปรุงอาคาร สถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกได้ เพราะได้ออกแบบแปลนให้รองรับการปรับปรุงพื้นที่ใช้สอยไว้แล้ว ทั้งนี้ต้องปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านนั้น ๆ มาออกแบบเพิ่มเติม

2. พิจารณาใช้พลังงานทดแทนเพื่อลดค่าใช้จ่าย เช่น การใช้แผงโซลาร์เซลล์ติดตั้งบนดาดฟ้า

เอกสารอ้างอิง

Department of Health Service Support. (2007). Guidelines for developing care service. in Dr.Kriengsak Tengamnuay, *Guidelines for developing secondary and tertiary care service systems.* (2), 14-80. Nonthaburi : Agricultural Cooperative Association of Thailand Printing. (in Thai).
Department of Medical Services. (2012). *Mission*

and Responsibilities. Retrieved April 27, 2012, from http://www.dms.go.th/AboutUs/About_Mission (in Thai).

Department of Medical Services. (2012). *Structure and departments under the Department of Medical Services.* Retrieved April 27,2012, from http://www.dms.go.th/AboutUs/About_Structure (in Thai).

Design and Construction Division. (2548). Areas and relations between departments. in Chokchai Phasuravanich, Report on the formulation and development of building premises standards of healthcare facilities (11 standards). (13-184). Nonthaburi : Design and Construction Division (in Thai).

Metta Pracharak Hospital (Wat Rai Khing). (2012). *History of Metta Pracharak Hospital (Wat Rai Khing).* Retrieved April 27,2012, from <http://www.metta.go.th/aboutus/vision-mission> (in Thai).

Metta Pracharak Hospital (Wat Rai Khing). (2012). *Mission and Responsibilities.* Retrieved April 27,2012, from <http://www.metta.go.th/aboutus/vision-mission> (in Thai).

Ministry of Public Health. (2012). *Criteria for classifying public health facility under Ministry of Public Health according to Geographic Information System.* Retrieved April 27,2012, from <http://www.thcc.or.th/download/GIS54.pdf> (in Thai).



กลยุทธ์การสื่อสารประเด็นสุขภาพ “เลขทำนายโรค” ผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์ Strategies in health communication issues “know your numbers & know your risks” by influencers on social media

ยุทธพงษ์ ขวัญขึ้น วิภาวิน โมสูงเนิน

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

Yutthapong Kwanchuen, Wipawin Mosoongnern

Health Education Division, Department of Health Service Support.

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่องกลยุทธ์การสื่อสารประเด็นสุขภาพ “เลขทำนายโรค” ผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิด (Influencer) บนสื่อสังคมออนไลน์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การใช้กลยุทธ์การสื่อสารผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์ กลยุทธ์และประสิทธิผลการสื่อสารประเด็นสุขภาพผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์ ในกรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประเด็นค่าน้ำตาลและแอลกอฮอล์ เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารงานวิจัยและข้อมูลรายงานการประเมินผลผ่านเครื่องมือประเมินผลสื่อออนไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา ประมวลผลและนำเสนอด้วยการบรรยาย

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) สถานการณ์การใช้กลยุทธ์การสื่อสารผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์ พบว่าในการสื่อสารผ่านผู้ทรงอิทธิพลให้มีประสิทธิภาพ มีการใช้ 4 กลยุทธ์หลักคือ การเป็นผู้ทรงอิทธิพลทางความคิด การนำเสนอเนื้อหาที่โดดเด่นเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย การใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นหลัก และการใช้เครือข่ายผู้ติดตามในการมีส่วนร่วมกิจกรรม 2) กลยุทธ์การสื่อสารประเด็นสุขภาพผ่าน ผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์ ในกรณี “เลขทำนายโรค” โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการกำหนดกลยุทธ์การสื่อสารผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดอย่างเป็นขั้นตอนประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์ การเลือกผู้รับสารเป้าหมาย การเลือกใช้ผู้ทรงอิทธิพลทางความคิด (Influencer) การกำหนดเนื้อหา งบประมาณ การดำเนินงานตามแผน และการติดตามประเมินผล สอดคล้องกับสถานการณ์การใช้กลยุทธ์การสื่อสารผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์ในปัจจุบัน และ 3) ประสิทธิภาพการสื่อสารผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์ ในกรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเก็บข้อมูลจากการติดตามการเข้าถึงและมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายบนสื่อสังคมออนไลน์ใน 2 ประเด็น คือ การสื่อสารระดับค่าน้ำตาล 126 ในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการมีส่วนร่วม (Real-Engagement) ของกลุ่มเป้าหมายในกิจกรรมท้าทาย (Challenge) ผ่านสื่อออนไลน์ คือ การแสดงความคิดเห็น (comment) กดไลค์ กดติดตาม กดแชร์ รวม 199,709 ครั้ง และการสื่อสารตัวเลข แอลกอฮอล์เป็นศูนย์ชีวิตไม่สูญ กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในกิจกรรมผ่านสื่อออนไลน์คือ จำนวนการแสดงความคิดเห็น กดไลค์ กดติดตาม กดแชร์ รวม 130,265 ครั้ง

คำสำคัญ : สื่อสังคมออนไลน์ ผู้ทรงอิทธิพลทางความคิด กลยุทธ์การสื่อสาร

Abstract

This study of Strategies in health communication issues “know your numbers & know your risks” by influencers on social media is action research. The purpose to study situation of using strategies in health communication issues by influencers on social media. The Strategy and effectiveness in health communication issues by influencers on social media in the case of chronic diseases in the issues of sugar level and alcohol. The data collected from research document, the operation report and evaluation by social Media Monitoring Tools and the content analysis by qualitative data ,calculation to interpretation and presentation.

The results of research found that, 1) The situation of using strategies in health communication issues by influencers on social media found that in the effective communication by influencers have 4 main strategies, influencers, the present in content is suitable for the target group, social media and using a network of followers to engage with activities. 2) The Strategy and effectiveness in health communication issues by influencers on social media in the case of chronic diseases in the issues of sugar level and alcohol. The regulation of health communication to influencers in each step, set the purpose, the selection of receiver target, the selection of influencers, the set of content, the budget, the implementation of plan, monitoring and evaluation. According to the situation of using strategies in health communication issues by influencers on social media in the present. 3) The effectiveness in health communication issues by influencers on social media in the case of chronic diseases in the issues of sugar level and alcohol. The data collected in the situation to access and participation of target groups on social media in to 2 issues, that the communication in sugar level and the participation in real-engagement total 199,709 engagent include of target groups are like, follow, share, comment and challenge. the communication alcohol of target group issues have participation in real-engagement of target groups. total 130,265 engagent include are like, follow, share, comment and challenge.

Keyword : Social Media, influencers, Communication strategy

บทนำ

การสื่อสาร มีศักยภาพในการแสดงบทบาทด้านข่าวสารในการส่งเสริมกิจกรรมของสังคม ซึ่งสะท้อนได้จากความสำเร็จในด้านกระบวนการกล่อมเกลาสังคม โดยเฉพาะการเรียนรู้ และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงของผู้รับสาร อิทธิพลการสื่อสารแพร่ขยายไปในสังคม และก่อให้เกิดผลกระทบต่อสังคมอย่างเห็นได้ชัด ทั้งในด้านปัจเจกชน และสังคมตามมา การสื่อสารจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สนับสนุนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตดังกล่าว โดยเฉพาะการสื่อสาร ที่อยู่ในรูปของการสื่อสารสาธารณะ (สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน, 2561)

ปัจจุบัน ผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดมีบทบาทบนสื่อสังคมออนไลน์ในการสื่อสารข้อมูล ข่าวสารและความรู้ต่าง ๆ เนื่องจากผู้ทรงอิทธิพลทางความคิด เป็นคนที่มีผู้สนใจชื่นชอบและติดตาม รวมถึงเป็นผู้สร้างแรงบันดาลใจให้กับผู้คนในสังคม ซึ่งพร้อมจะเชื่อและปฏิบัติตามข้อมูลข่าวสาร หรือความรู้ของคนที่ตนชื่นชอบหรือติดตามได้ สื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ (วชิตา หิรัญบุรณะ, 2562)

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพโดยกองสุศึกษา ซึ่งมีพันธกิจในการจัดทำยุทธศาสตร์ด้านสุศึกษาและการสื่อสารสุศึกษาโดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และพัฒนารูปแบบและกระบวนการสุศึกษา การดำเนินงานด้านสุศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุศึกษา เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุศึกษาและพฤติกรรมสุศึกษาของประชาชน (กองสุศึกษา, 2563) มีแนวคิดในการสร้างความตระหนักถึงการตรวจวัดและตรวจเช็คสุภาพตนเอง อันเป็นการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคด้วยตนเอง รวมถึงการสื่อสารเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องความเสี่ยงด้านสุภาพจากการประเมินค่าสรีระ รูปร่าง รวมถึงค่าตัวเลขจากการตรวจวัดร่างกาย ประกอบด้วย ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว ค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการสร้างกระแสให้เกิดความตระหนัก และเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงด้านสุภาพ นำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุภาพ เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อของตนเอง ภายใต้ Online Campaign ในประเด็น know

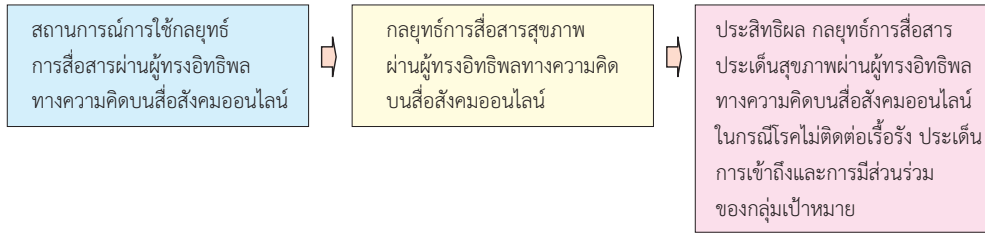
your numbers & know your risks หรือ เลขทำนายโรค สื่อสารเพื่อสร้างการรับรู้ ความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายคือประชาชนทั่วไป ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ โดยใช้วิธีการสื่อสารข้อมูลความรู้โดยมีเนื้อหาหลักของการสื่อสารคือ ค่าน้ำตาลในเลือด 126 ของกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2563 - ธันวาคม 2564 และ โครงการสื่อสารเพื่อการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุภาพผ่านผู้มีอิทธิพลทางความคิด โดยสื่อสารประเด็น แอลกอฮอล์เป็น 0 ชีวิตไม่สูญ ผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2563 - ตุลาคม 2564

การดำเนินกิจกรรมโครงการดังกล่าวข้างต้น นับเป็นกิจกรรมการสื่อสารรูปแบบใหม่ที่กองสุศึกษาได้ริเริ่มดำเนินการ จึงมีข้อสนใจในการที่จะศึกษาว่ามีความถูกต้องตามหลักยุทธศาสตร์การสื่อสารและมีประสิทธิผลอย่างไรที่ใช้ผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดมาเป็นผู้สื่อสารประเด็นสุภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ทั้งนี้ เพื่อนำผลการศึกษาเป็นฐานข้อมูลสำคัญสำหรับใช้เป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมและกระบวนการสื่อสารกับประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้อย่างเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดตามสถานการณ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การใช้กลยุทธ์การสื่อสารผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์
2. เพื่อศึกษากลยุทธ์การสื่อสารประเด็นสุภาพ “เลขทำนายโรค” ผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลการสื่อสารประเด็นสุภาพ “เลขทำนายโรค” ผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้แนวทางขั้นตอนในการวางแผนกลยุทธ์การสื่อสารประเด็นสุขภาพบนสื่อสังคมออนไลน์
2. ได้เครื่องมือในการประเมินประสิทธิภาพประสิทธิผลการสื่อสารประเด็นสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์
3. ได้แนวทางในการใช้ผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดในการสื่อสารประเด็นสุขภาพบนสื่อสังคมออนไลน์

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีการดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลสถานการณ์การใช้กลยุทธ์การสื่อสารผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์ โดยการวิเคราะห์เอกสาร รายงานวิชาการ ที่เกี่ยวข้อง
2. วางแผนและดำเนินการสื่อสารประเด็นสุขภาพ “เลขทำนายโรค” ผ่านโครงการ Know your numbers & know your risks และ โครงการสื่อสารเพื่อการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพผ่านผู้มีอิทธิพลทางความคิด
3. รวบรวมข้อมูลการดำเนินการจากเอกสาร แผนงานการดำเนินโครงการ ผลการประชุมและติดตามการดำเนินงาน Online Campaign และเอกสารรายงานผลการดำเนินงาน Know your numbers & know your risks ซึ่งดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2563 - ธันวาคม 2564 และโครงการสื่อสารเพื่อการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพผ่านผู้มีอิทธิพลทางความคิด ดำเนินการ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2563 - ตุลาคม 2564

4. รวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงาน จากการใช้เครื่องมือประเมินผลการสื่อสารผ่านสื่อออนไลน์ (Social Media Monitoring) ประกอบด้วย เครื่องมือประเมินสื่อเฟซบุ๊ก (Face book analytic) เครื่องมือประเมินสื่อยูทูบ (Youtube analytic) เครื่องมือประเมินสื่ออินสตาแกรม (Instagram analytic)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากการรวบรวมข้อมูลทั้งสองส่วน มาเป็นข้อมูลหลักในการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ประมวลผลและนำเสนอด้วยการบรรยายโดยการเขียนรายงานเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาสถานการณ์การใช้กลยุทธ์การสื่อสารผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์ การศึกษาโดยใช้การวิเคราะห์เอกสาร รายงานทางวิชาการ จำนวน 8 ฉบับ พบว่าในการสื่อสารผ่านผู้ทรงอิทธิพลให้มีประสิทธิภาพ มีการใช้ 4 กลยุทธ์หลัก คือ การเป็นผู้ทรงอิทธิพลทางความคิด การนำเสนอเนื้อหาที่โดดเด่นเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย การใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นหลัก และการใช้เครือข่ายผู้ติดตามในการมีส่วนร่วมกับกิจกรรม มีรายละเอียดดังนี้

การเป็นผู้ทรงอิทธิพลทางความคิด

ผู้ทรงอิทธิพลในโลกออนไลน์ เป็นได้ทั้งดาราคอนมีชื่อเสียง ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น สุขภาพ

ความงาม หรือคนทั่วไป ที่สามารถสร้างและถ่ายทอดเนื้อหาได้ด้วยตนเอง เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารไปสู่คนที่รู้จักหรือไม่เคยเกี่ยวข้องกันมาก่อน จนกระทั่งเป็นที่รู้จักและมีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับในสังคม และกลายเป็นผู้ทรงอิทธิพลในโลกออนไลน์ เป็นแหล่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ และส่งอิทธิพลต่อทัศนคติและพฤติกรรมของคนในสังคมเป็นวงกว้าง (ลลิตา พวงมหา, 2563)

รีโว เอเจนซี บริษัทที่ปรึกษาด้านการตลาดในภูมิภาคอาเซียน ทำการศึกษาเรื่องผลกระทบของอินฟลูเอนเซอร์ (Influencer impact study) โดยการสัมภาษณ์กลุ่มบุคคลอายุ 16-23 ปี และอายุ 24-35 ปี ที่อาศัยในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบว่า คนกลุ่มนี้เชื่อถือในอินฟลูเอนเซอร์บนสื่อสังคมออนไลน์ มีความพยายามทุ่มเท เสาะหาและเฝ้าติดตาม เชื่อในความคิดเห็นของผู้นำทางความคิด และได้รับข้อมูลข่าวสารในเรื่องที่สนใจมากกว่าการสื่อสารประชาสัมพันธ์และโฆษณาโดยตรง (thebangkokinsight.com, 2562)

ในประเด็นการรับรู้และตัดสินใจด้านสุขภาพจากอิทธิพลของสื่อสังคมออนไลน์ การศึกษาอิทธิพลของผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการรับรู้ทัศนคติและการตัดสินใจใช้บริการด้านสุขภาพจิต ของพิชชากร พุ่มพวงและธาดรี ได้ทำพุด (2561) พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์ มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการด้านสุขภาพจิต ในขณะที่ รัฐญา มหาสมุทร (2559) ศึกษาเรื่องกลยุทธ์การสื่อสารของผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดในโลกออนไลน์ที่มีผลต่อทัศนคติของกลุ่มผู้ติดตาม ซึ่งการศึกษาแสดงให้เห็นว่า กลุ่มผู้ติดตามมีการเลือกเปิดรับสื่อเฉพาะเรื่อง ที่ตนเองให้ความสนใจ และมีการอธิบายเนื้อหาอย่างละเอียดสำหรับรูปแบบในการนำเสนอข้อมูลที่ได้รับความสะดวกเป็นพิเศษนั้น การร่วมกิจกรรมกับผู้ทรงอิทธิพลในโลกออนไลน์ ทำให้ผู้ติดตามรู้สึกใกล้ชิด เกิดความเชื่อใจ ไว้วางใจในผู้ทรงอิทธิพลนั้น ทำให้มีผลต่อการตัดสินใจเลือกซื้อสินค้าหรือบริการ และจากการวิจัยยังพบว่า ผู้ทรงอิทธิพลในโลกออนไลน์ยังสามารถสร้างแรงจูงใจให้เกิดการคล้อยตามและตัดสินใจซื้อสินค้าหรือบริการ เมื่ออ่านรีวิวจากผู้ทรงอิทธิพลทางความคิด กลุ่มผู้ทรงอิทธิพลจึงมักนำเสนอเนื้อหาที่กำลังเป็นกระแสหรือเรื่องราวใหม่ ๆ ที่คนสนใจ เพื่อให้เกิดกระแสการบอกต่อในกลุ่มผู้ติดตาม

การนำเสนอเนื้อหาที่โดดเด่นเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

สำหรับกลยุทธ์ในการนำเสนอเนื้อหา นั้น ผู้ทรงอิทธิพลมีการใช้วิธีการนำเสนอเนื้อหาเพื่อสร้างความสนใจกับกลุ่มเป้าหมาย คือ การนำเสนอเนื้อหาข้อเท็จจริงที่เป็นองค์ความรู้มีข้อมูลประกอบและอ้างอิงแหล่งที่มาได้ การใช้เนื้อหาตามกระแส หรือประเด็นข่าวที่ผู้คนหรือผู้ติดตามสนใจในขณะนั้น ใช้รูปแบบที่ทันสมัย เข้าใจง่าย หรือสร้างคำใหม่ ๆ ขึ้นมาใช้ในการสื่อสาร

การใช้สื่อสังคมออนไลน์

เดนิส แมคควอล (Denis Mcqual) นักวิชาการด้านสื่อสารมวลชน ได้ศึกษาผลกระทบของเทคโนโลยีการสื่อสารที่มีผลต่อระบบสังคม ระบุว่า ระบบการสื่อสารผ่านสื่อใหม่ (New Media) โดยเฉพาะการสื่อสารผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต มีผลกระทบต่อระบบการสื่อสารเพราะเปลี่ยนไปสู่ระบบเครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social network) ที่ทุกคนเข้าถึงได้ ทำให้สื่อดั้งเดิม (Traditional media) เช่น สื่อโทรทัศน์ สื่อวิทยุ สื่อสิ่งพิมพ์ ต้องมีการปรับตัวตามสถานการณ์ (วชิตา หิรัญบุรณะ, 2562)

การเกิดขึ้นของสื่อสังคมออนไลน์ ยังมีผลต่อพฤติกรรมของผู้บริโภค ซึ่งส่งผลกระทบทั้ง 2 ด้าน คือ ด้านบวก เป็นสื่อในการเสนอผลงาน การแบ่งปัน รวมถึงการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้อื่น ส่วนในมิติด้านลบ คือการเป็นช่องทางให้ถูกละเมิด ถูกแอบอ้าง ถูกหลอกลวง เกิดกรณีพิพาทบนหน้าสื่อออนไลน์ (ดวงใจ แซ่ฉั่ว, บุษงา ชัยสุวรรณ, 2563)

กลยุทธ์การใช้สื่อสังคมออนไลน์ของผู้ทรงอิทธิพล จึงมุ่งสร้างความสำเร็จโดยใช้ภาพและเสียงที่รวดเร็ว มีช่องทางแสดงความคิดเห็นระหว่างผู้ติดตามกับผู้ทรงอิทธิพลได้โพสต์หรือการตอบคำถามในระหว่างการถ่ายทอดสด (Live)

การใช้เครือข่ายผู้ติดตามในการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรม

1. เป้าหมายของการใช้กลยุทธ์ของการสื่อสารผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์ คือ การสร้างปฏิสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งมีทั้งรูปแบบของการตอบคำถามชิงรางวัล เข้าร่วมกิจกรรมท้าทาย (Challenge) หรือการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดและกลุ่มผู้ติดตาม

2. ผลการศึกษากลยุทธ์การสื่อสารประเด็นสุขภาพผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์ในกรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า มีการใช้กลยุทธ์การสื่อสารผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดอย่างเป็นขั้นตอน ได้แก่

2.1 การกำหนดวัตถุประสงค์ การสื่อสารสุขภาพ ต้องมีการกำหนดประเด็นที่ชัดเจน ซึ่งการใช้กลยุทธ์การสื่อสารประเด็นสุขภาพผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์ ต้องมาจากการวิเคราะห์ทั้งปัญหาและโอกาสในการสื่อสาร ซึ่งการสื่อสารตามโครงการ “know your numbers & know your risks” และโครงการสื่อสารเพื่อการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพผ่านผู้มีอิทธิพลทางความคิด นั้นมีการกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนคือการสื่อสารและสร้างกระแสให้เกิดความตระหนักรู้ และเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ นำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อของตนเอง

2.2 การเลือกผู้รับสารเป้าหมาย มีการออกแบบกลุ่มเป้าหมายเป็นสองกลุ่มคือ

- โครงการ “know your numbers & know your risks” มีกลุ่มเป้าหมายหลักที่จะดำเนินการสื่อสารคือ กลุ่มประชาชนทั่วไป

- โครงการสื่อสารเพื่อการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพผ่านผู้มีอิทธิพลทางความคิด มีกลุ่มเป้าหมายหลักคือ กลุ่มเด็กและเยาวชน

2.3 การเลือกใช้ผู้ทรงอิทธิพลทางความคิด (Influencer) การเลือกใช้ผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดในการสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์มีหลายกลุ่มและประเภท คือ 1) กลุ่มดารา คนดัง หรือผู้มีชื่อเสียงในสังคม (Power Influencer) ทำให้มีคนติดตามค่อนข้างมากและกระจายวงกว้าง เหมาะกับการสื่อสารเพื่อสร้างการรับรู้ในวงกว้าง 2) กลุ่มบุคคลที่มีชื่อเสียงหรือมีความเชี่ยวชาญด้านใดด้านหนึ่งในสื่อสังคมออนไลน์ (Macro Influencer) เหมาะกับการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจ เปลี่ยนแปลงเจตคติหรือพฤติกรรม 3) กลุ่มบุคคลธรรมดาทั่วไปที่มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์ อาจไม่ได้มีคนติดตามมากนัก แต่มีกลุ่มเพื่อน ครอบครัว ที่สามารถส่งอิทธิพลทางสังคมถึงกัน (Micro Influencer) จึงมักถูกใช้เพื่อสร้างแรงกระตุ้นต่อจากกลุ่มผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดที่มีชื่อเสียง

โครงการสื่อสาร “know your numbers & know your risks” จึงเลือกใช้ทั้ง ๓ ทย ประถมวรรณ ซึ่งเป็นนักร้อง นักแสดงที่มีผู้ติดตามในสื่อออนไลน์จำนวนมาก เพื่อต้องการสร้างกระแสให้เกิดขึ้นในวงกว้างและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม ส่วนโครงการสื่อสารเพื่อการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพผ่านผู้มีอิทธิพลทางความคิด เลือก เป็น อาปาเช่ ขวัญใจกลุ่มเด็กและเยาวชน ซึ่งมีจำนวนผู้ติดตามในช่องทางออนไลน์ต่าง ๆ รวมมากกว่า 2 ล้านคน และ เนเน่ TossaGirls ที่มีจำนวนผู้ติดตามในช่องทางออนไลน์ต่างๆ รวมมากกว่า 2 ล้านคน ร่วมด้วย Micro KOL (Key Opinion Leader) อีก 10 คน ที่มีผู้ติดตามคนละมากกว่า 10,000 คน มาร่วมสื่อสารผ่านโซเชียลมีเดีย ทั้ง Face book, Instagram, Tiktok

2.4 การกำหนดเนื้อหา (Content) การสื่อสารผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์ มักมีการวางกลยุทธ์ในการกำหนดเนื้อหาที่ต้องมีความสอดคล้องกัน 3 สิ่งคือ กลุ่มเป้าหมาย ผู้ทรงอิทธิพลทางความคิด และองค์กร

- การกำหนดเนื้อหาให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย คือ การกำหนดเนื้อหาโดยคำนึงถึงพฤติกรรม ความชื่นชอบ และสนใจหรือต้องการรับรู้ของกลุ่มเป้าหมายที่เราจะสื่อสาร

- การกำหนดเนื้อหาให้สอดคล้องกับผู้ทรงอิทธิพลทางความคิด โดยคำนึงถึงบุคลิกภาพ วิธีการใช้ชีวิต (Life style) ความเชี่ยวชาญ และผู้ติดตาม

- การกำหนดเนื้อหาให้สอดคล้องกับเป้าหมายของโครงการ

สำหรับการกำหนดเนื้อหาในการสื่อสารของผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์ของโครงการ “know your numbers & know your risk” และโครงการสื่อสารเพื่อการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพผ่านผู้มีอิทธิพลทางความคิดนั้น มีการกำหนดในประเด็นหลัก (Theme) เดียวกันคือ “เลขท่านายโรค” โดยแบ่งเนื้อหาตามกลุ่มเป้าหมายเป็นสองส่วนคือ 1) กลุ่มประชาชนทั่วไป สื่อสารด้วยตัวเลข 126 ซึ่งเป็นค่าน้ำตาลในเลือดที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน 2) กลุ่มเด็กและเยาวชน สื่อสารด้วย แอลกอฮอล์เป็นศูนย์ชีวิตจะไม่สูญ (แอลกอฮอล์เป็น 0 ชีวิตไม่สูญ) ด้วย ปาร์ตี้ซีโร่

2.5 การกำหนดงบประมาณ เนื่องจากเป็นโครงการที่มีการกำหนดงบประมาณที่ชัดเจน การเลือกผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดและจำนวนเนื้อหา (Content) ที่จะสื่อสารจึงต้องผ่านการคิดวิเคราะห์ร่วมกันระหว่างองค์กรและผู้รับจ้าง Agency เพื่อให้เกิดความเหมาะสมและมีการวางแผนการสื่อสารอย่างชัดเจน

2.6 การดำเนินงานตามแผน เมื่อมีการกำหนดแผนงานการสื่อสาร ประกอบด้วย เนื้อหา ผู้ทรงอิทธิพลทางความคิด และช่องทางการสื่อสารแล้ว จะมีการดำเนินงานตามแผนงาน ดังนี้

การสื่อสารผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์ของโครงการ “Know your numbers & know your risks”

ขั้นตอนที่ 1 จัดทำเนื้อหา ประเด็น แผน และแนวทางในการสื่อสาร

มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาเนื้อหาในการสื่อสาร โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย นักวิชาการในองค์กรที่ดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อ ผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อ และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 27 คน ระหว่างวันที่ 12-13 พฤศจิกายน 2563 ณ โรงแรม ริชมอนด์ จังหวัดนนทบุรี การกำหนดเนื้อหาและจัดทำแผนการสื่อสาร โดยได้เนื้อหาหลักคือ การสื่อสารค่าน้ำตาล

เลข 126 ผ่าน Influencer หลัก คือ เก่ง ธชย ประทุมวรรณ
ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการสื่อสารตามเนื้อหา ประเด็น และแผนในการสื่อสาร

หัวข้อ (Topics)	รู้จักเลข (Get)	เข้าใจเลข และนำไปใช้ (Know)	เลขสร้างสรรคชีวิต (Action)
Objectives	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้เกิดการรับรู้เรื่องตัวเลข - เกิดความสนใจในตัวเลขที่สำคัญ 	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้เกิดความเข้าใจเรื่อง “เลขทำนายโรค” - เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย 	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อต่อยอดความเข้าใจเรื่องตัวเลข - พัฒนาพฤติกรรมให้นำไปสู่ตัวเลขที่ดีขึ้น - เพื่อการพัฒนา และขยายเครือข่ายสร้างค่านิยมเรื่องตัวเลข
Key Ms/ Theme	รู้จักเลข (Get)	เข้าใจเลข และนำไปใช้ (Know)	เลขสร้างสรรคชีวิต (Action)
Activities/ Comm. Program	<p>สร้างเลขปริศนา นต.126 เผยแพร่วันที่ 31 กรกฎาคม 2564 ปล่อยสัญลักษณ์รูปตัวเลขก่อนวันหอยออก</p>	<p>กิจกรรมเฉลยความหมายของตัวเลข เผยแพร่วันที่ 1 สิงหาคม 2565 คลิปเฉลยตัวเลขค่าน้ำตาล โดย Influencer</p> <ul style="list-style-type: none"> - สื่อสารความรู้เรื่องค่าน้ำตาลในแต่ละระดับ - สื่อสารความรู้เรื่องอันตรายของค่าน้ำตาล ในแต่ละระดับ - สื่อสารความรู้ กินอยู่อย่างไรให้ความหวานคงที่ (รักษาระดับน้ำตาลให้เหมาะสม) 	<p>สร้างการมีส่วนร่วม กิจกรรมการมีส่วนร่วมกับผู้ติดตามบนสื่อสังคมออนไลน์ (Challenge) เผยแพร่วันที่ 10 สิงหาคม 2564 - 1 กันยายน 2564 ในสื่อสังคมออนไลน์ โดยให้ผู้ติดตาม Challenge กิจกรรมปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างไร เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์</p>
Media	Social Media	Social Media	Social Media

โครงการสื่อสารเพื่อการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพผ่านผู้มีอิทธิพลทางความคิด

ขั้นตอนที่ 1 จัดทำเนื้อหา ประเด็น แผนและแนวทางในการสื่อสาร

มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาเนื้อหาในการสื่อสาร โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยเครือข่ายเด็กและเยาวชน ผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อ และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 25 คน ระหว่างวันที่

17-18 ธันวาคม 2563 ณ โรงแรมเอเชีย ราชเทวี กรุงเทพฯ ในการกำหนดเนื้อหาและจัดทำแผนการสื่อสาร โดยได้เนื้อหาหลักคือ เรื่อง แอลกอฮอล์ เป็นศูนย์ชีวิตไม่สูญเสีย โดยสื่อสาร ผ่าน Influencer หลัก คือ เป็น อาปาเซ และ Micro KOL 10 คน เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายและสร้างการมีส่วนร่วมได้กว้างขวางขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการสื่อสารตามเนื้อหา ประเด็น และแผนในการสื่อสาร

Topics	รู้จักเลข (Get)	เข้าใจเลข และนำไปใช้ (Know)	เลขสร้างสรรค์ชีวิต (Action)
Objectives	<p>แอลกอฮอล์เป็นศูนย์ชีวิตจะไม่สูญเสีย เผยแพร่คลิป VDO पार्टी ซีโร่ (Party Zero แอลกอฮอล์เป็น 0 ชีวิตไม่สูญเสีย) เมื่อวันที่ 18 กันยายน 2564 ที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการมีงานเลี้ยงแบบปลอดภัยไร้แอลกอฮอล์และโควิด19</p> <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้เกิดการรับรู้เรื่องตัวเลข - เกิดความสนใจ ในตัวเลขที่สำคัญ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. เผยแพร่ภาพ Party Zero จำนวน 1 ภาพ แอลกอฮอล์เป็น 0 ชีวิตไม่สูญเสียของเบ็น อาปาเซ 2. เผยแพร่คลิป VDO Party Zero ของเบ็น อาปาเซ จำนวน 1 คลิป 3. เผยแพร่คลิป VDO Party Zero แอลกอฮอล์เป็น 0 ชีวิตไม่สูญเสีย โดย เนเน่ Tossagirl จำนวน 1 คลิป <ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้เกิดความเข้าใจเรื่อง “เลขทำนายโรค” - เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สื่อสาร Campaign Party Zero แอลกอฮอล์เป็น 0 ชีวิตไม่สูญเสียโดย Micro KOL 10 คน จำนวน 10 คลิป 2. สื่อสาร Campaign#23 หนีไป โดย เนเน่ Tossagirl <ul style="list-style-type: none"> - สื่อสาร - เพื่อตอกย้ำความเข้าใจเรื่องตัวเลข - พัฒนาพฤติกรรมให้นำไปสู่ตัวเลขที่ดีขึ้น - เพื่อสร้างกลุ่มบุคคลต้นแบบ - เพื่อการพัฒนา และขยายเครือข่ายสร้างค่านิยมเรื่องตัวเลข
Key Ms/ Theme	รู้จักเลข (Get)	เข้าใจเลข และนำไปใช้ (Know)	เลขสร้างสรรค์ชีวิต (Action)
Activities/ Comm. Program	<p>สร้างเลขปริศนา</p> <ul style="list-style-type: none"> - แอลกอฮอล์เป็น 0 - ชีวิตจะไม่สูญเสีย - ชีวิตจะสูญเสียถ้ามีแม้แต่พินกับแอลกอฮอล์ 	<p>กิจกรรมเฉลยความหมายของตัวเลข</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจทำไมแอลกอฮอล์ ต้องเป็น 0 2. ผลเสียจากการดื่มแอลกอฮอล์ <ul style="list-style-type: none"> - ด้านสุขภาพ : อุบัติเหตุ สูญเสียชีวิต อวัยวะ - ด้านสังคม : อุบัติเหตุ สูญเสียโอกาสในชีวิต <ol style="list-style-type: none"> 3. ผลดีต่อสุขภาพจากการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ <ul style="list-style-type: none"> - มีอนาคต มีคุณภาพชีวิตที่ดี 	<p>สร้างการมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่สื่อสารประเด็น</p> <ul style="list-style-type: none"> - อนาคตกำหนดได้ที่ปลายขวด - ดับเพราะดื่ม - เกษียณสมบูรณ์
Media	Social Media Onsite	Social Media & On-Ground Event	Social Media

2.7 การติดตามและประเมินผล การติดตามและประเมินผลการสื่อสารประเด็นสุขภาพผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์ ใช้การประเมินตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้โดยใช้ตัวเลขสถิติที่มีต่อเนื้อหาสาระที่ผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์ได้สื่อสารออกไป โดยใช้เครื่องมือ ประเมินผลผลสื่อออนไลน์ (Social Media Monitoring) ประกอบด้วย เครื่องมือประเมินสื่อเฟซบุ๊ก (Face book analytic) เครื่องมือประเมินสื่อยูทูบ (Youtube analytic) เครื่องมือประเมินสื่ออินสตาแกรม (Instagram analytic) เพื่อประเมินค่าปฏิสัมพันธ์ (Engagement) เช่น ยอดกดไลค์ (Like)/ยอดแบ่งปัน (Share)/ยอดแสดงความคิดเห็น (Comment) การเข้าถึงผู้รับสาร (Reached people) อัตราการมองเห็น (Impression)

3. ประสิทธิภาพการสื่อสารประเด็นสุขภาพผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์ ในกรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การประเมินประสิทธิภาพการสื่อสารประเด็นสุขภาพผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์ ในกรณีโรคไม่ติดต่อโดยใช้เครื่องมือประเมินผลสื่อออนไลน์ (Social Media Monitoring) ประกอบด้วย เครื่องมือประเมินสื่อเฟซบุ๊ก (Face book analytic) เครื่องมือประเมินสื่อยูทูบ (Youtube analytic) เครื่องมือประเมินสื่ออินสตาแกรม (Instagram analytic) เพื่อประเมินค่าปฏิสัมพันธ์ (Engagement) เช่น จำนวนครั้งของการกดไลค์ (Like)/จำนวนครั้งของการแบ่งปัน (Share)/จำนวนครั้งของการแสดงความคิดเห็น (Comment) จำนวนครั้งของการเข้าถึงผู้รับสาร (Reached people) อัตราการมองเห็น (Impression) มีผลการประเมินรายโครงการ ดังนี้

1) การจัดกิจกรรม Online Campaign ในประเด็น know your numbers & know your risks หรือ “เลขทำนายโรค” ในการสื่อสารเพื่อสร้างการรับรู้ความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายผ่านสื่อโซเชียลมีเดียและสื่อออนไลน์ผ่านกิจกรรม Challenge การกึ่งพิชิตน้ำตาลโดยสื่อสารผ่านผู้ทรงอิทธิพลหลักคือ “แก๊ง – ธชย ประทุมวรรณ” ได้ผลตอบรับตามเป้าหมายประชาชน

กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมกับกิจกรรมของโครงการเฉพาะช่องทางออนไลน์ของ “แก๊ง – ธชย ประทุมวรรณ” คือ Face book, Youtube และ Instagram ทั้งสามช่องทาง

- จำนวนครั้งของการเข้าถึง (Reach/Impression) คือมีการมองเห็นเข้ามาดูโดยไม่มีส่วนร่วม รวม 536,368 ครั้ง
- จำนวนครั้งของการมีส่วนร่วม (Real-Engagement) คือ การกดถูกใจ กดติดตาม กดแชร์ แสดงความคิดเห็น comment และ การมีส่วนร่วมกับกิจกรรมท้าทาย (Challenge) เพื่อขยายผลต่อ รวม 199,709 ครั้ง

2) การจัดกิจกรรมการจัดกิจกรรม Online Campaign โครงการสื่อสารเพื่อการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพผ่านผู้มีอิทธิพลทางความคิด Party Zero แอลกอฮอล์เป็น 0 ชีวิตไม่สูบบุหรี่ และกิจกรรม #23หนีไป เพื่อสร้างการรับรู้ความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายผ่านสื่อโซเชียลมีเดีย โดยสื่อสารผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดหลักคือ “เบน อาปาเซ่” ร่วมกับ “เนเน่ Tossagirls” และสื่อสารไปยัง “Micro KOL” อีก 10 คน มุ่งเป้ากลุ่มวัยรุ่น เยาวชน และประชาชนทั่วไป โดยกลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมกิจกรรมของโครงการ ทั้งสามช่องทางคือ Face book, Youtube และ Instagram

- จำนวนครั้งของการเข้าถึง (Reach/Impression) คือมีการมองเห็นเข้ามาดูโดยไม่มีส่วนร่วม ทุกช่องทาง การเผยแพร่ รวม 709,347 ครั้ง
- จำนวนครั้งของการมีส่วนร่วม (Real-Engagement) คือ การกดถูกใจ กดติดตาม กดแชร์ การแสดงความคิดเห็น และ การมีส่วนร่วมกับกิจกรรมท้าทาย (Challenge) รวม 130,265 ครั้ง

อภิปรายผล

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทำให้ทราบถึงว่ากลยุทธ์และประสิทธิภาพการสื่อสารประเด็นสุขภาพผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์ ในกรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความสอดคล้องกับสถานการณ์การใช้ยุทธศาสตร์การสื่อสารผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์

1. สถานการณ์การใช้กลยุทธ์การสื่อสารผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์

สื่อออนไลน์มีลักษณะการแพร่กระจายด้วยปฏิสัมพันธ์เชิงสังคม จากการสื่อสารแบบทางเดียว เป็นการสื่อสารแบบสนทนากลุ่มผ่านสื่อสังคมออนไลน์ทำให้แพร่กระจายข่าวสารได้อย่างรวดเร็ว ในอดีตบุคคลทั่วไปหรือคนธรรมดาเป็นเพียงผู้รับสาร แต่การมี “สื่อสังคมออนไลน์” จากผู้รับธรรมดา สามารถสร้างเนื้อหาหรือผลิตเนื้อหาขึ้นมาด้วยตนเอง เรียกว่า CGM (Consumer Generated Content) หรือมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นผ่านช่องทางต่าง ๆ มีการพูดคุยข่าวสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในรูปแบบและช่องทางต่าง ๆ เช่น Face book, Instagram, Twitter ซึ่งการแพร่กระจายของเนื้อหาได้รับความนิยมจากผู้คนเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้บุคคลทั่วไปกลายเป็นผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์ได้

ปัจจุบัน องค์กรภาครัฐได้นำแนวทางการสื่อสารการตลาดโดยใช้ผู้มีอิทธิพลทางความคิด มาใช้ในการสื่อสารกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากเป็นกลยุทธ์การสื่อสารที่สามารถเข้าถึงประชาชนได้ครอบคลุม ซึ่งจำเป็นต้องใช้ผู้มีอิทธิพลทางความคิดที่มีคุณสมบัติสำคัญ คือ 1) กลุ่มดาราคคนดัง หรือผู้มีชื่อเสียงในสังคม ซึ่งกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มคนที่มีชื่อเสียงอยู่แล้ว ทำให้จำนวนผู้ติดตามค่อนข้างมาก และกระจายวงกว้าง 2) กลุ่มบุคคลที่มีชื่อเสียงหรือมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง เป็นผู้สร้างเนื้อหา (Content) ที่มีคนติดตามจำนวนมาก และมีแนวคิด ทศนคติในทิศทางเดียวกัน 3) กลุ่มบุคคลทั่วไปที่มีชื่อเสียงจากการใช้สื่อออนไลน์

การสื่อสารประเด็นเรื่องสุขภาพ เป็นเรื่องที่มีผลต่อชีวิตของคน การเลือกใช้บุคคลผู้ทรงอิทธิพลทางความคิด จึงต้องพิจารณาคุณสมบัติเพิ่มเติมทั้งในแง่ของภาพลักษณ์ของการดูแลสุขภาพ และการสร้างสรรค์เนื้อหาที่ยากให้เป็นเรื่องที่น่าสนใจและชวนติดตาม และมีความน่าเชื่อถือ

2. กลยุทธ์และประสิทธิผลการสื่อสารประเด็นสุขภาพผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์ ในกรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กลยุทธ์การสื่อสารประเด็นสุขภาพผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์ ในกรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ของกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ใช้กระบวนการ 7 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การกำหนดวัตถุประสงค์ 2) การเลือกผู้รับสารเป้าหมาย 3) การเลือกใช้ผู้ทรงอิทธิพลทางความคิด (Influencer) 4) การกำหนดเนื้อหา 5) งบประมาณ 6) การดำเนินงานตามแผน และ 7) การติดตามประเมินผล โดยขั้นตอนที่ 3 และ 5 มีความสำคัญและสัมพันธ์กันในแง่ของประสิทธิผลที่จะเกิดขึ้น และเป็นไปตามแนวทางการสื่อสารผ่านผู้ทรงอิทธิพลที่มีประสิทธิภาพ คือ การใช้ผู้ทรงอิทธิพลทางความคิด การนำเสนอเนื้อหาที่โดดเด่นเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย การใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นหลัก และการใช้เครือข่ายผู้ติดตามในการมีส่วนร่วมกับกิจกรรม

3. การประเมินประสิทธิผลการสื่อสารประเด็นสุขภาพผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์ ในกรณีโรคไม่ติดต่อโดยใช้เครื่องมือประเมินผลสื่อออนไลน์ (Social Media Monitoring) เพื่อประเมินค่าปฏิสัมพันธ์ (Engagement) เช่น จำนวนครั้งของการกดไลค์ (Like) จำนวนครั้งของการแบ่งปัน (Share) จำนวนครั้งของการแสดงความคิดเห็น (Comment) จำนวนครั้งของการเข้าถึงผู้รับสาร (Reached people) อัตราการมองเห็น (Impression) พบว่า จำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมโดยเฉพาะกิจกรรมการทำทาย (Challenge) ของผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดระดับจุลภาค (Micro Influencer) ส่งผลให้มีผู้มองเห็นและเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วทิตา หิรัญบุรณะ (2562) เรื่อง อิทธิพลและกลยุทธ์การสื่อสารของผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดด้านสุขภาพบนสื่อสังคมออนไลน์ ที่ระบุว่าผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดระดับจุลภาค (Micro Influencer) เป็นการต่อยอดกลยุทธ์การใช้ทรงอิทธิพลทางความคิด กล่าวคือ การใช้ผู้ทรงอิทธิพลที่มีผู้ติดตามจำนวนมากจะทำให้การเข้าถึงมีมาก แต่ในทางกลับกันอาจไม่ได้มีปฏิสัมพันธ์กับแบรนด์ หรือเพียงสร้างการรับรู้เท่านั้น ในขณะที่ผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดระดับจุลภาค หรือจำนวนผู้ติดตามที่มีจำนวนน้อย แต่มีพลังในการโน้มน้าวใจสูง ก่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์หรือการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้ผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดระดับจุลภาค (Micro Influencer) กลายมาเป็นช่องทางที่มีประสิทธิภาพตามที่นักสื่อสารต้องการ

สรุปผล

การศึกษาเรื่องกลยุทธ์การสื่อสารประเด็นสุขภาพผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิด (Influencer) บนสื่อสังคมออนไลน์ 1) สถานการณ์การใช้กลยุทธ์การสื่อสารผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์ พบว่าในการสื่อสารผ่านผู้ทรงอิทธิพลให้มีประสิทธิภาพ มีการใช้ 4 กลยุทธ์หลัก คือ การเป็นผู้ทรงอิทธิพลทางความคิด การนำเสนอเนื้อหาที่โดดเด่นเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย การใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นหลัก และการใช้เครือข่ายผู้ติดตามในการมีส่วนร่วมกับกิจกรรม 2) กลยุทธ์การสื่อสารประเด็นสุขภาพผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์ ในกรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นมีการกำหนดกลยุทธ์การสื่อสารผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดอย่างเป็นขั้นตอน ประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์ การเลือกผู้รับสารเป้าหมาย การเลือกใช้ผู้ทรงอิทธิพลทางความคิด (Influencer) การกำหนดเนื้อหา งบประมาณ การดำเนินงานตามแผน และการติดตามประเมินผล สอดคล้องกับสถานการณ์การใช้กลยุทธ์การสื่อสารผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์ในปัจจุบัน และ 3) ประสิทธิภาพการสื่อสารประเด็นสุขภาพผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิด บนสื่อสังคมออนไลน์ ในกรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเก็บข้อมูลจากการติดตามการเข้าถึงและมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายบนสื่อสังคมออนไลน์ใน 2 ประเด็น คือ ประเด็นสื่อสารค่าน้ำตาลในเลือดกลุ่มเป้าหมาย มีส่วนร่วมกับกิจกรรมผ่านสื่อออนไลน์ (Real-Engagement) คือ การกดถูกใจ กดติดตาม กดแชร์ comment และ การ Challenge รวม 199,709 ครั้ง และประเด็นสื่อสารเรื่อง แอลกอฮอล์ กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมกับกิจกรรมผ่านสื่อออนไลน์ (Real-Engagement) คือ การกดถูกใจ กดติดตาม กดแชร์ การแสดงความคิดเห็น และกิจกรรมท้าทาย (Challenge) รวม 130,265 ครั้ง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การสื่อสารผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์ หากมีการวางแผนภาพรวมทั้งองค์กร เพื่อบูรณาการงบประมาณและกิจกรรม จะทำให้การสื่อสารเกิดประสิทธิภาพสูงขึ้น
2. องค์กรควรมีกกลยุทธ์ในการสร้างผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดระดับจุลภาค (Micro Influencer) เพื่อเป็นช่องทางในการขยายผลประเด็นหรือเนื้อหาที่ Influencer หลักสื่อสาร เพื่อขยายผล และลดงบประมาณ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาความคุ้มค่าของการใช้การสื่อสารผ่านผู้ทรงอิทธิพลทางความคิดบนสื่อสังคมออนไลน์
2. การศึกษาเพื่อหากกลยุทธ์หรือรูปแบบวิธีการสื่อสารประเด็นสุขภาพรูปแบบใหม่ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ เนื่องจากการสื่อสารบนสื่อสังคมออนไลน์มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว

เอกสารอ้างอิง

- Community Organizations Development Institute. (2019). *Public Communication in Power of Change*. Retrieved December 20, 2020, from <https://web.codi.or.th/wp-content/uploads/2019/05/book-25620115-Communication.pdf> (in Thai).
- Health Education Division. (2020). *Health Network Communication Documents in 2020*. Nonthaburi: Health Education Division Press. (in Thai).
- Hirunburana, V. (2019). *Communication Strategies and Effect of Social Media Influencers' Health Ideas*. (Master of Arts Program in Cultural and Industrial creative management Thesis, College of Innovation, Thammasat University). (in Thai).

- Mahasamut, Rattaya, Karujit and Warat. (2016). The Effects of Communication Strategies of online Influencers toward The Attitudes of Followers. *Journal of Communication and Management NIDA*. 2(1): 81-106. (in Thai).
- Puangmaha, Lalita. (2020). Implementation of Influencer Marketing Strategy for Efficient Brand Communication in The Digital Era. *Journal of Communization Art*. 38(3): 17-28. (in Thai).
- Pumpayung, P. and Taifahpoon, T. (2016). *Influence of Opinion Leaders in Online Social Network on Perception, Attitude and Decision Making towards Mental Healthcare Service*. (Master of Arts (Communication Arts) Program in Communication Arts Thesis, Faculty of Communication Arts, Chulalongkorn University). (in Thai)
- Sae-chua, Duangjai and Chaisuwan, Bu-Nga. (2020). The strategic planning process of online influencer marketing campaign in social media era. *Journal of Communication and innovation NIDA*. 7(2): 1-23. (in Thai).
- The Bangkok Insight Team. (2019). *The influence of influencer on behavior of Thai people in millennial era*. Retrieved January 14, 2022, from: www.thebangkokinsight.com/news/business/media/67035 (in Thai).



การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จังหวัดน่าน

Evaluation of District Life Quality Development Model Connected with Development of the Life Quality Management Sub-district, Nan province.

ณัด ไบยา ยูพิน แต่งอ่อน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
Thanat Baiya, Yupin Tang-on
Nan Provincial Health Office

บทคัดย่อ

การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จังหวัดน่าน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต และประเมินผลการพัฒนา รวมทั้งปัจจัยเงื่อนไขแห่งความสำเร็จ โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มผู้มีส่วนร่วมการวิจัย ประกอบด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและตำบล เลือกแบบเจาะจงจำนวน 153 คน ดำเนินการระหว่าง เดือนตุลาคม 2562 – กันยายน 2564 การดำเนินงานประกอบด้วย 1) ทบทวนข้อมูลสถานการณ์ ถอดบทเรียนพื้นที่ต้นแบบ และกำหนดรูปแบบ 2) นำรูปแบบไปดำเนินการในพื้นที่ 3) ติดตามและประเมินผล 4) คืนข้อมูลการสะท้อนกลับ วิเคราะห์ข้อมูล เชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณใช้จำนวน และร้อยละ

ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีคณะกรรมการระดับอำเภอเป็นคณะกรรมการขับเคลื่อนหลัก ในการกำหนดประเด็นการพัฒนา แผนการพัฒนา การบูรณาการทรัพยากร และกำกับติดตามประเมินผล ใช้ข้อมูลพื้นฐาน โดยมีหมู่บ้านและตำบลเป็นพื้นที่ปฏิบัติการตามแผนงาน ประเด็น พชอ. ที่คัดเลือกดำเนินการมากที่สุด คือ การจัดการขยะ (ร้อยละ 60) รองลงมา ได้แก่ การลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สุบบุหรี่ (ร้อยละ 46.6) อาหารปลอดภัย (ร้อยละ 46.6) และผู้สูงอายุ (ร้อยละ 40.0) ตามลำดับ และได้เพิ่มประเด็นการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นประเด็นหลักที่ดำเนินการในทุกอำเภอ ด้านผลการประเมินตามองค์ประกอบ UCCARE พบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.0-4.0 ในปี 2563 เพิ่มขึ้นเป็น 3.0-4.8 ในปี 2564 โดยอำเภอที่มีผลการประเมินสูงสุดได้แก่ อำเภอปัว (4.8) อำเภอทุ่งช้าง (4.8) และ อำเภอเมืองน่าน (3.8) ด้านผลการประเมินตำบลจัดการคุณภาพชีวิตพบว่าผ่านเกณฑ์เพิ่มจาก 80 ตำบล (ร้อยละ 80.8) ในปี 2563 เพิ่มขึ้นเป็น 88 ตำบล (ร้อยละ 88.9) ในปี 2564 สำหรับปัจจัยแห่งความสำเร็จได้แก่ การใช้ข้อมูล มีทีมนำและคนทำงานที่หลากหลาย คณะกรรมการมีสัมพันธ์ภาพและความเข้าใจที่ดี มีการกำหนดประเด็นอย่างมีส่วนร่วม มีการขับเคลื่อนประเด็นของพื้นที่ จนเกิดผลเป็นรูปธรรม เน้นปฏิบัติการระดับตำบลหรือหมู่บ้าน การเสริมพลังการทำงาน และมีการติดตามผลลัพธ์ต่อเนื่อง

ดังนั้นจึงควรมุ่งเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมในระดับตำบลหรือหมู่บ้านเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต การมีส่วนร่วม

Abstract

The objectives of this study were to evaluation of district life quality development model connected with development of the life quality management sub-district, evaluate the development results and success factors. The study used a participatory action research. The research participants group consisted of participants in district and sub-district development amount 153 persons. The study was in October 2019 - September 2021. There were 4 steps : 1) review the situation and developing model 2) implementation 3) monitoring and evaluation 4) reflection. Qualitative data used content analysis and quantitative data used amount and percentage.

The results of the study found that the model for quality of life development at the district level had a district committee as the main driving committee, define development issues, development plans, integration of resources, supervise, follow up and evaluate, use the data as a baseline. Villages and sub-districts were the operational areas for development. The most active issues were : waste management (60 %), followed by reduction of alcohol consumption and smoking (46.6 %), food safety (46.6 %), and the elderly (40.0 %). All district had add the issue of coronavirus disease 2019 as the main issue implemented. The results of the assessment based on the UCCARE composition found that the average score was 3.0-4.8. The most score district were Pua district (4.8), Thung Chang district (4.8), and Mueang Nan district (3.8). The assessment of quality of life management in sub-districts found that pass the criteria 88 sub-districts (88.9 %). The key success factors were information utilization, diverse leadership teams, good relations, participatory issue setting, driving the issues of the area into concrete results, focusing on the sub-district or village level operations, empowering, monitoring and evaluating results.

Therefore, the focus should be on building participation at the sub-district or village level in order to continuously develop the quality of life until the sustainability is achieved.

Keywords : quality of life, district, participation

บทนำ

วิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของประชากรไทย ทำให้อายุยืนยาวขึ้น การเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อลดลง โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น สาเหตุจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งปัญหาเหล่านี้สามารถป้องกันได้ แต่ภารกิจเช่นนี้ไม่ได้อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานสาธารณสุขเท่านั้น เนื่องจากปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มีอิทธิพลกับสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ประกอบด้วย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ รวมไปถึงนโยบาย การดำเนินตามนโยบาย และการเข้าถึงบริการสุขภาพ (วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร, 2559) องค์การอนามัยโลก World Health Organization, 2015) ได้มีประกาศปฏิญญาแอสตานา (Declaration of Astana) ใน พ.ศ. 2561 ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน (Multisectoral policy and action) การส่งเสริมบทบาทหน้าที่ด้านสาธารณสุข (Public health function) และการเสริมพลังประชาชนและชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเอง (Empowered people and community) โดยเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง

ที่ผ่านมาได้เกิดความพยายามพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่เน้นการมีส่วนร่วมที่แท้จริง 5 ประเด็น ได้แก่ 1) การทำงานร่วมกันอย่างเป็นเอกภาพ 2) การแบ่งปันทรัพยากรร่วมกัน 3) การจัดบริการปฐมภูมิที่จำเป็นในกลุ่มเป้าหมายหลัก ให้ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ 4) คุณค่าและการเชิดชูในเครือข่าย 5) การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้บริบทเป็นฐาน ซึ่งต่อมากระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศเป็นนโยบายในการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพในระดับอำเภอขึ้น (วรารุช สุรพฤกษ์, 2556) เนื่องจากเห็นว่าเป็นการสร้างความเป็นธรรม คุณภาพ และประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ ถือเป็น การกระจายอำนาจให้เกิดการมีส่วนร่วมการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม (David McCoy and Beth Engelbrecht, 2016)

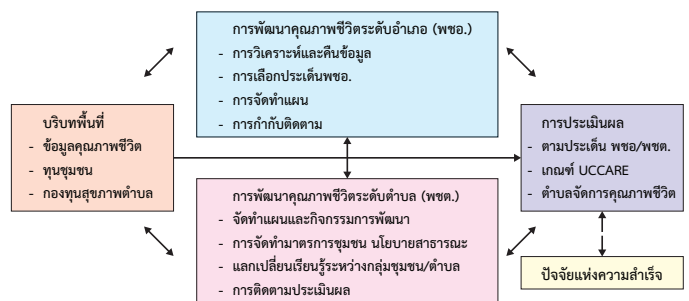
การดำเนินงานที่ผ่านมาจึงจำกัดอยู่ในด้านสาธารณสุขเป็นหลัก ขาดการมีส่วนร่วมที่แท้จริง จึงได้มีการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 โดยกำหนดให้ทุกอำเภอมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขึ้น (ราชกิจจานุเบกษา, 2561) ซึ่งการดำเนินงานพชอ.ให้บรรลุเป้าหมายจำเป็นต้องมีกระบวนการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยมีกลไกการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)

เป็นกระบวนการที่สำคัญ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) ตามแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม (People participation) จังหวัดน่านได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมาต่อเนื่องแต่ยังขาดรูปแบบและการเชื่อมโยงกับระดับตำบลซึ่งเป็นจุดปฏิบัติการที่สำคัญจึงทำให้ขาดความต่อเนื่องและผลลัพธ์ที่ชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เพื่อให้มีการพัฒนาที่ต่อเนื่อง ความเข้มแข็ง และยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จังหวัดน่าน
2. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จังหวัดน่าน
3. เพื่อศึกษาปัจจัยเงื่อนไขแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จังหวัดน่าน

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา ประยุกต์จากแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมกับบริบทจังหวัดน่าน
2. ทราบปัจจัยเงื่อนไขแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน

พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และการพัฒนาตำบล
จัดการคุณภาพชีวิต เพื่อนำไปประยุกต์ใช้และขยายผล
ไปพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
แบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา (Research Participants)

ประกอบด้วย

1. กลุ่มผู้รับผิดชอบงานและแกนนำหลักในการขับเคลื่อน
การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) อำเภอละ 5 คน
รวม 15 อำเภอ รวม 75 คน
2. กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
(พขอ.) ในพื้นที่ศึกษาเชิงลึก ตามคำสั่งแต่งตั้งของแต่ละอำเภอ
เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 3 อำเภอ ๆ ละ 6 คน รวม 18 คน
3. กลุ่มแกนนำ (Key Actors) ผู้มีส่วนร่วมในการ
ขับเคลื่อนตำบลจัดการคุณภาพชีวิต (พขต.) ประกอบด้วย
นายกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. ผู้สูงอายุ
กลุ่มแม่บ้าน ประชาชนชาวบ้าน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง
ตำบลละ 20 คน 3 ตำบล รวม 60 คน

พื้นที่ทำการวิจัย เลือกพื้นที่ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. การศึกษาและพัฒนาการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภอ (พขอ.) จำนวน 15 อำเภอ ในจังหวัดน่าน
โดยศึกษาในประเด็นบริบทพื้นที่ เป้าหมาย พขอ. ประเด็น พขอ.
แผนการพัฒนา การขับเคลื่อนแผนไปสู่การปฏิบัติ การกำกับ
ติดตาม และการประเมินผล
 2. พื้นที่ศึกษาเชิงลึกในพื้นที่ต้นแบบ ได้แก่
พื้นที่ พขอ. ต้นแบบ จำนวน 3 อำเภอ ได้แก่
 - 1) อำเภอปัว เป็นพื้นที่นำร่องการพัฒนาระบบ
สุขภาพอำเภอ (DHS) และการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนา
ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHB) ดำเนินการอาหารปลอดภัย
ผู้สูงอายุ เด็กปฐมวัย อุบัติเหตุทางถนน
 - 2) อำเภอเชียงกลาง เป็นพื้นที่ดำเนินการขับเคลื่อน
ธรรมนูญสุขภาพตำบล อาหารปลอดภัย การออกกำลังกาย
และการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง
 - 3) อำเภอเมืองน่าน เป็นพื้นที่ดำเนินการป้องกันอุบัติเหตุ
ทางถนน การจัดการขยะ อาหารปลอดภัย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- พื้นที่ พขต.ต้นแบบ จำนวน 3 ตำบล ได้แก่
- 1) ตำบลเจดีย์ชัย อำเภอปัว เป็นพื้นที่มีการดำเนินการ

เชื่อมต่อกับ พขอ. มีความโดดเด่นด้านการดำเนินงานตำบล
สุขภาพะ อุบัติเหตุจราจร การดูแลผู้สูงอายุ และอาหารปลอดภัย

2) ตำบลเปือ อำเภอยางชุมน้อย เป็นพื้นที่มี
การดำเนินการเชื่อมต่อกับ พขอ. ขับเคลื่อนธรรมนูญ
สุขภาพตำบล มีความโดดเด่นด้านอาหารปลอดภัย
การลดสารเคมีเกษตร และการออกกำลังกาย

3) ตำบลสะเนียน อำเภอเมืองน่าน เป็นพื้นที่
มีการดำเนินการเชื่อมต่อกับ พขอ. มีความโดดเด่น
ในประเด็น อาหารปลอดภัย การดูแลผู้สูงอายุ และ
การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย มีดังนี้

1. ทบทวนสถานการณ์สภาพปัญหาศึกษา จากเอกสาร
การดำเนินงาน พขอ. และตำบลจัดการคุณภาพชีวิตที่ผ่านมา
เพื่อนำมาสังเคราะห์เป็นรูปแบบการพัฒนา (ดำเนินการ
ในเดือนตุลาคม 2562)
2. จัดเวทีถอดบทเรียนพื้นที่ต้นแบบ พขอ. 3 อำเภอ
และ พขต. 3 ตำบล และสัมภาษณ์เชิงลึกแกนนำ (ดำเนินการ
ในเดือนพฤศจิกายน 2562)
3. สรุปสังเคราะห์ข้อมูลนำมากำหนดเป็นรูปแบบ
การพัฒนา พขอ.ที่เชื่อมโยงกับ พขต. และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ
ตรวจสอบแล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสม (ดำเนินการ
ในเดือนพฤศจิกายน 2562)
4. จัดประชุมผู้รับผิดชอบงาน พขอ. เพื่อทำความเข้าใจ
ในรูปแบบการพัฒนา พขอ. ที่เชื่อมโยงกับพขต. และเครื่อง
มือการประเมินผล (ดำเนินการในเดือนธันวาคม 2562)
5. ประชุมเชิงปฏิบัติการระดับอำเภอเพื่อทบทวน
เป้าหมาย ประเด็น พขอ. และประเมินผลที่ผ่านมา และร่วมกัน
จัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี (ดำเนินการในเดือนมกราคม 2563)
6. ระดับอำเภอนำแผนปฏิบัติการ พขอ. ขับเคลื่อน
สู่การปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ระดับตำบล หมู่บ้าน
โดยใช้กลไกคณะกรรมการ พขต. (ดำเนินการในเดือน
กุมภาพันธ์-กันยายน 2563)
7. ทบทวน ปรับปรุง กระบวนการทำงานอย่างสม่ำเสมอ
เพื่อให้เกิดการพัฒนาให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีการสังเกต
และบันทึกกระบวนการทุกครั้ง (ดำเนินการในเดือนกุมภาพันธ์
2563-มิถุนายน 2564)
8. จัดการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม โดยใช้
แบบประเมินตามองค์ประกอบ UCCARE, การประเมินตำบล
จัดการคุณภาพชีวิต และการประเมินผลลัพธ์ประเด็น
พขอ. (ดำเนินการในเดือนกรกฎาคม 2564)

9. นำเสนอข้อมูลจากการวิเคราะห์สังเคราะห์ระหว่างดำเนินการย้อนกลับ (Reflecting) ให้กับพื้นที่ทุกครั้งที่มีการดำเนินการตลอดโครงการ

10. จัดเวทีสรุปบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้พัฒนา พขอ. พชต. ในระดับจังหวัด เพื่อคืนข้อมูลผลการพัฒนา และให้ภาคีเครือข่ายให้ข้อเสนอแนะ ผ่านระบบออนไลน์ (ดำเนินการในเดือนสิงหาคม 2564)

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย

1. บันทึกสรุปการจัดประชุม พขอ. การจัดเวทีประชาคม เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เวทีถอดบทเรียน

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth interview) กลุ่มคณะกรรมการ พขอ. พชต. แกนนำชุมชน

3. แบบสนทนากลุ่ม (Focus group) กลุ่มแกนนำชุมชน ประชาชนทั่วไป

4. แบบประเมินประเด็นปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามเกณฑ์การประเมินตามแนวทาง UCCARE กระทรวงสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ประกอบด้วย 1) การทำงานเป็นทีม (Unity Team) 2) การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน (Customer Focus) 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคี (Community participation) 4) การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation) 5) การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) 6) การดูแลผู้ป่วยและประชาชน (Essential care) โดยมีการประเมินให้คะแนนในระดับ 1-5 ตามเกณฑ์การประเมิน

5. แบบประเมินตำบลจัดการสุขภาพคุณภาพชีวิตของกองสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2563) ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของตำบล ส่วนที่ 2 การประเมินกระบวนการแบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ (TPAR) 1) Team มีทีมที่มีศักยภาพ จำนวน 4 ข้อ 2) Plan มีแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล จำนวน 4 ข้อ 3) Action มีกิจกรรมหรือให้บริการพัฒนาคุณภาพชีวิต จำนวน 4 ข้อ 4) Results มีผลลัพธ์การพัฒนา จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 3 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเพื่อหาข้อสรุป (Content analysis) โดยกระทำไปพร้อมๆกับการเก็บข้อมูลและการปฏิบัติการตลอดระยะเวลาในภาคสนาม นำมาจำแนกข้อมูลแบ่งเป็น

กลุ่มประเด็นข้อมูล (Thematic analysis) และจำแนกชนิดข้อมูล (Typological analysis) พรรณนารายละเอียดข้อมูล ตีกรอบความหาความหมาย (Interpretation) ด้วยส่วนข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

ระยะเวลาที่ทำการวิจัย 2 ปี (ตุลาคม 2562 – กันยายน 2564)

การพิทักษ์สิทธิอาสาสมัครการวิจัย ผู้ศึกษาได้รับอนุมัติการรับรองจริยธรรมการวิจัยด้านสาธารณสุข ในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ตามเอกสารรับรองเลขที่ 047/2562 ลงวันที่ 25 กันยายน 2562

ผลการศึกษา

1. รูปแบบการพัฒนาคูณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต รายละเอียดตามตารางที่ 1

ทั้งนี้รูปแบบนี้เป็นต่อยอดจากทุนทางสังคมที่มีโดยนำเอากลไกและระเบียบ พขอ. มาหนุนเสริมให้กลไกที่มีอยู่เดิมมีการยกระดับการพัฒนาที่ต่อเนื่อง มีการหนุนเสริมการทำงาน และบูรณาการทรัพยากรในการทำงานร่วมกัน

2. ผลการดำเนินงานพัฒนาคูณภาพชีวิตระดับอำเภอและการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

2.1 ประเด็นการดำเนินงานของ พขอ. ปี 2564 ของอำเภอ (15 อำเภอ)

จากแผนภาพที่ 2 จะเห็นได้ว่า พขอ. ทั้ง 15 อำเภอ ส่วนใหญ่จะเลือกประเด็นการจัดการขยะมากที่สุด จำนวน 9 อำเภอ (ร้อยละ 60.0) รองลงมา ได้แก่ การลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สุบุดหรี (ร้อยละ 46.6) อาหารปลอดภัย (ร้อยละ 46.6) จำนวน 7 อำเภอ, และผู้สูงอายุ (ร้อยละ 40.0) จำนวน 6 อำเภอ ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ในปี 2563-2564 จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด 19) ทำให้ พขอ. ทุกอำเภอได้เพิ่มประเด็นโรคโควิด19 เป็นประเด็นหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินการ พขอ. ทั้งด้านการรณรงค์ป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบ รวมไปถึงการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ด้วย

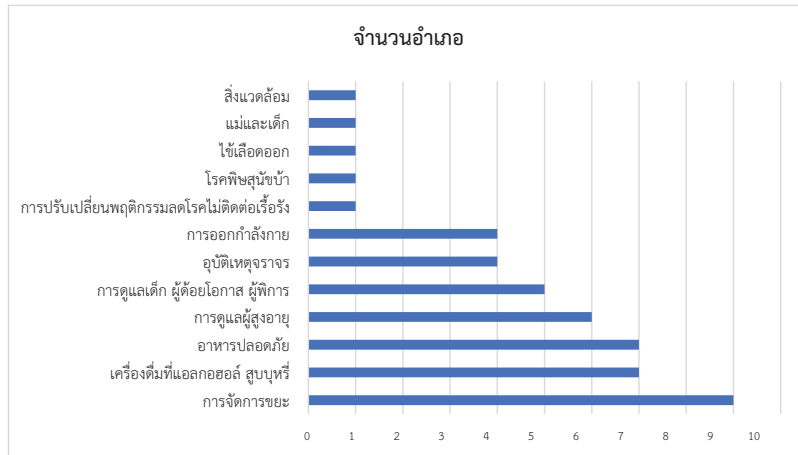
2.2 ผลการประเมินตามองค์ประกอบ UCCARE ปี 2563-2564

ตารางที่ 1 แสดงรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

ประเด็น	รูปแบบการพัฒนา
คณะกรรมการ	เป็นการแต่งตั้งคณะกรรมการตามระเบียบแต่มีการคัดเลือกตัวแทน อปท. ผู้นำชุมชน ที่มีภาวะผู้นำ และเป็นศรัทธาของชุมชน พร้อมทั้งจะขับเคลื่อนดำเนินการ
ระบบข้อมูล	ใช้ทุนชุมชนที่มีอยู่และข้อมูลคุณภาพชีวิตที่สำคัญ ซึ่งข้อมูลนี้ได้มาจากหลากหลายแหล่ง เช่น ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) สาธารณสุข สวัสดิการแห่งรัฐ กลุ่มเปราะบาง ยาเสพติด เกษตร เศรษฐกิจ การศึกษา และอื่นๆ ที่จะช่วยตอบประเด็นปัญหาของชุมชนท้องถิ่น โดยมีกลไกทีมข้อมูลที่รวบรวมวิเคราะห์สังเคราะห์นำเสนอให้คณะกรรมการ
การเลือกประเด็นพัฒนา	ระดับอำเภอ คัดเลือกมาจากข้อมูล ปัญหา และความต้องการของชุมชน ที่ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการคัดเลือก พร้อมกำหนดเป้าหมายการพัฒนา ระดับตำบล ใช้ประเด็น พขอ.ที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาของพื้นที่ และเพิ่มเติมประเด็นปัญหาความต้องการของพื้นที่
กลไกการขับเคลื่อน	ระดับอำเภอ ใช้คณะกรรมการพขอ.เป็นผู้กำหนดทิศทาง แผน บูรณาการทรัพยากร สนับสนุน และติดตามประเมินผล ระดับตำบล ใช้กลไก พชต. ขับเคลื่อนแผนไปสู่การปฏิบัติการในระดับหมู่บ้านและตำบล
การปฏิบัติการ	ดำเนินการกิจกรรมตามแผน สร้างบุคคลต้นแบบ คริวเรือนต้นแบบให้เกิดขึ้นในระดับตำบลและหมู่บ้าน รวมทั้งการสร้างมาตรการชุมชน ธรรมนูญตำบล โดยใช้ทรัพยากรในพื้นที่
ติดตามประเมินเสริมพลัง	โดยที่ร่วมกันทบทวนกระบวนการ ผลลัพธ์ สรุปบทเรียนการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ทั้งระดับตำบล และภาพรวมของอำเภอ
การประเมินผล	ประเมินผลลัพธ์ทั้งด้านความเข้มแข็งของชุมชนและระบบการจัดการ ผลลัพธ์ตามประเด็นปัญหาที่ดำเนินการ และวิธีปฏิบัติที่ต้นนวัตกรรมที่เป็นแบบอย่าง

ตารางที่ 2 แสดงผลการประเมินตามองค์ประกอบ UCCARE ปี 2563-2564 แยกรายอำเภอ

อำเภอ	ค่าเฉลี่ยคะแนน UCCARE		
	ปี 2563	ปี 2564	เปรียบเทียบ ปี 2563 กับ ปี 2564
เมืองน่าน	3.5	3.8	+0.3
แม่จริม	3.3	3.5	+0.2
บ้านหลวง	3.5	4.0	+0.5
น่าน้อย	3.5	3.7	+0.2
ปัว	4.0	4.8	+0.8
ท่าวังผา	3.5	3.7	+0.2
เวียงสา	3.3	3.3	+0.0
ทุ่งช้าง	4.0	4.8	+0.8
เชียงกลาง	3.6	3.7	+0.1
นาหมื่น	3.5	3.7	+0.2
สันติสุข	3.3	3.5	+0.2
ป่อเกลือ	3.0	3.0	+0.0
สองแคว	3.0	3.0	+0.0
ภูเพียง	3.1	3.2	+0.1
เฉลิมพระเกียรติ	3.3	3.5	+0.2



ภาพที่ 2 แสดงประเด็นการดำเนินงานของ พขอ. ปี 2564 แยกตามรายประเด็น

จากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่าผลการประเมินตามองค์ประกอบ UCCARE ปี 2563 ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.0-4.0 โดยอำเภอที่มีผลการประเมินสูงสุด ได้แก่ อำเภอปัว (4.0) อำเภอทุ่งช้าง (4.0) และอำเภอเชียงกลาง (3.6) ส่วนในปี 2564 ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.0-4.8 โดยอำเภอที่มีผลการประเมินสูงสุดได้แก่ อำเภอปัว (4.8) อำเภอทุ่งช้าง (4.8) และอำเภอเมืองน่าน (3.8) ทั้งนี้พบว่าทุกอำเภอมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในปี 2564 ยกเว้นอำเภอเวียงสา สองแคว และบ่อเกลือ ที่มีค่าเฉลี่ยเท่าเดิม

2.3 ผลการประเมินตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

จากตารางที่ 3 ผลการประเมินตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในภาพรวม พบว่า มีตำบลที่ผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นจากปี 2563 อีก 8 ตำบล โดยปี 2564 ผ่านเกณฑ์จำนวน 88 ตำบล (ร้อยละ 88.9) ซึ่งส่วนใหญ่ทุกอำเภอจะผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้

ทั้งนี้จากการติดตามเชิงคุณภาพและผลลัพธ์ตามประเด็นการขับเคลื่อนของ พขอ. และ พชต. พบว่าส่วนใหญ่ยังเป็นผลลัพธ์เชิงกระบวนการว่าได้ดำเนินการแผนงานกิจกรรมและเกิดผลลัพธ์ตามแผน แต่ยังขาดการประเมินผลลัพธ์ในประเด็นปัญหาที่ พขอ. และ พชต. ได้เลือกดำเนินการว่าปัญหานั้นได้รับการแก้ไขให้ลดลงหรือไม่อย่างไร หรือคุณภาพชีวิตของประชาชนในด้านนั้นดีขึ้นหรือไม่อย่างไร ซึ่งจำเป็นต้องมีการติดตามประเมินผลลัพธ์ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวต่อไป

3. ปัจจัยเงื่อนไขแห่งความสำเร็จที่สำคัญได้แก่

3.1 การใช้ข้อมูล เป็นข้อมูลที่แสดงถึงขนาดและความรุนแรงของปัญหา และข้อมูลเชิงคุณภาพที่แสดงให้เห็นคุณภาพชีวิตของประชาชน ไม่ใช่ข้อมูลเพียงด้านสาธารณสุข

เท่านั้น ดังนั้นทีมจัดการข้อมูลของคณะกรรมการ พขอ./พชต. จึงมีความสำคัญในการรวบรวมสังเคราะห์และคืนให้ที่ประชุมและชุมชน

3.2 ผู้นำเห็นความสำคัญ มุ่งมั่น ทุ่มเท โดยเฉพาะนายอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ และแกนนำ พชต. ที่ต้องประสานทุกภาคส่วนให้สามารถทำงานร่วมกันได้ มีสัมพันธ์ภาพและความเข้าใจที่ดี มีส่วนร่วมตั้งแต่การกำหนดประเด็นกำหนดวางแผน บูรณาการประสานความร่วมมือ ลงมือทำ ไปจนถึงประเมินผล

3.3 มีการกำหนดประเด็นอย่างมีส่วนร่วม และสอดคล้องกับบริบทพื้นที่อย่างแท้จริง ไม่เลือกประเด็นที่ตอบตัวชี้วัดขององค์กรเท่านั้น แต่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่และมีจำนวนประเด็นไม่มากเกินไป

3.4 เน้นขับเคลื่อนประเด็นของพื้นที่จนเกิดผลลัพธ์มากกว่าการจัดประชุมให้ครบตามระเบียบ มีทีมนำที่หลากหลายทำงานต่อเนื่อง ช่วยกันเชื่อมประสานบูรณาการทุนภายในและทุนภายนอก

3.5 มีการดำเนินการตามประเด็น พขอ. ในระดับหมู่บ้านและตำบล เพื่อให้เกิดการดำเนินการที่เป็นรูปธรรม และเห็นผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน

3.7 มีการติดตามประเมินผลลัพธ์ชัดเจน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำมาปรับปรุงพัฒนาต่อเนื่อง

ตารางที่ 3 แสดงผลการประเมินตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ปี 2564 แยกรายอำเภอ

อำเภอ	จำนวนตำบลทั้งหมด	ตำบลที่ผ่านเกณฑ์ปี 2563		ตำบลที่ผ่านเกณฑ์ ปี 2564	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เมือง	11	8	72.7	9	81.8
2. แม่จริม	5	4	80.0	4	80.0
3. บ้านหลวง	4	3	75.0	4	100.0
4. นาน้อย	7	7	100.0	7	100.0
5. ปัว	12	9	75.0	11	91.7
6. ท่าวังผา	10	10	100.0	8	80.0
7. เวียงสา	17	12	70.6	14	82.4
8. หุ่นช้าง	4	4	100.0	4	100.0
9. เชียงกลาง	6	4	66.7	5	83.3
10. นาหมื่น	4	4	100.0	4	100.0
11. สันติสุข	3	2	66.7	3	100.0
12. บ่อเกลือ	3	2	50.0	3	75.0
13. สองแคว	3	3	100.0	3	100.0
14. ภูเพียง	7	7	100.0	7	100.0
15. เฉลิมพระเกียรติ	2	1	50.0	2	100.0
รวม	99	80	80.8	88	88.9

อภิปรายผล

1. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จะมีคณะกรรมการระดับอำเภอเป็นผู้กำหนดประเด็นการพัฒนา แผนการพัฒนา การบูรณาการทรัพยากร และกำกับติดตาม ประเมินผล โดยมีหมู่บ้านและตำบลเป็นพื้นที่ปฏิบัติการโดยใช้ กลไก พชต. ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี (ศิวาภรณ์ เงินราง, 2562) ที่มีรูปแบบ ประกอบด้วยขั้นตอนการวิเคราะห์สภาพปัญหา การพัฒนา คณะกรรมการและเครือข่าย การนิเทศ ติดตาม และ ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง สรุปลดบทเรียน ประชาสัมพันธ์ โดย ให้ความสำคัญกับกระบวนการจากพื้นที่สู่คณะกรรมการ พชอ./พชข. (Bottom-up process) เป็นการกำหนดบนพื้นฐาน ของการมีข้อมูลที่ได้มาจากการมีปฏิสัมพันธ์ การดำเนินกิจกรรม ทั้งระดับรายบุคคล ครอบครัว ชุมชน ตำบล/อำเภอ รวมถึง การให้ส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือ หน่วยงานของเอกชนในอำเภอ จัดส่งข้อมูล เอกสาร หรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องหรือเป็นประโยชน์ ตามความจำเป็น ต่อสุขภาวะและคุณภาพชีวิต ตามพลวัตรในภาพรวมของอำเภอ ควบคู่ไปกับการพิจารณาทิศทางและเป้าหมายที่กำหนดมาจากส่วนกลาง เขต จังหวัด เพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินการ

ตามความจำเป็นของอำเภอ ทั้งนี้รวมถึงการพิจารณา ตัวชี้วัด เครื่องมือที่ใช้สำหรับการวัด และกระบวนการวัด ที่มีพัฒนาการมาจากภายนอก ในการนำมาพัฒนาและ นำมาใช้ให้มีความเหมาะสมกับพัฒนาการและสถานการณ์ ภายในอำเภอ (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2560)

2. ผลการพัฒนาพบว่าประเด็นที่อำเภอเลือกส่วนใหญ่ มากที่สุดคือการจัดการขยะจำนวน 9 อำเภอ (ร้อยละ 60) รองลงมา ได้แก่ การลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สูบบุหรี่ จำนวน 7 อำเภอ (ร้อยละ 46.6), อาหารปลอดภัยจำนวน 7 อำเภอ (ร้อยละ 46.6), และผู้สูงอายุจำนวน 6 อำเภอ (ร้อยละ 40.0) ตามลำดับ ด้านผลการประเมินตามองค์ประกอบ UCCARE ปี 2563 พบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.0-4.8 โดยอำเภอที่มี ผลการประเมินสูงสุด ได้แก่ อำเภอปัว (4.8) อำเภอห้วยซ่าง (4.8) และอำเภอเมืองน่าน (3.8) ด้านผลการประเมินตำบล จัดการคุณภาพชีวิตพบว่าผ่านเกณฑ์จำนวน 88 ตำบล (ร้อยละ 88.9) เช่นเดียวกับการศึกษาผลการดำเนินงาน ระบบสุขภาพระดับอำเภอตามองค์ประกอบ UCCARE (กิตติ กรรภิรมย์, เกวลิน ชื่นเจริญสุข, และจุฑาทิพย์ พิทักษ์, 2560) ประเด็น พชอ. ที่เลือกพบว่ามีแตกต่างจากการ ศึกษาสุขภาพอำเภอ ที่พบว่าเน้นการส่งเสริมกิจกรรม การดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากการ

ดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอส่วนใหญ่ยังเป็นการดำเนินงานในภาคส่วนสาธารณสุขเป็นหลักจึงมองมิติด้านโรคเป็นส่วนใหญ่ ส่วนผลการดำเนินงานพบว่าโดยภาพรวมของประเทศไทย การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพที่เพิ่มขึ้นทุกปีจาก พ.ศ. 2556, 2557, 2558, 2559 และ 2560 คิดเป็น ร้อยละ 30.5, 50.0, 94.7, 100.0 และ 100.0 ตามลำดับ ส่วนการประเมินผลผลิต ผลลัพธ์การขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิผ่านการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอตามองค์ประกอบ UCCARE ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2556 พบว่า ผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้นทุกปี โดยผ่านเกณฑ์ ระดับ 3 ขึ้นไปจนครบทุกพื้นที่จำนวน 878 แห่ง ในปี 2560 คิดเป็น ร้อยละ 100.0 ตลอดจนมีผลลัพธ์ตามประเด็นการขับเคลื่อนการพัฒนาสาธารณสุข (ODOP) ได้แก่ การส่งเสริมกิจกรรมการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การดูแลกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่ต้องการพึ่งพา การบูรณาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การควบคุมโรคในท้องถิ่น และการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 26.6, 15.1, 13.5, 10.2 และ 1.2 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าเมื่อยกระดับจากการพัฒนาระบบสุขภาพมาเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตทำให้การขับเคลื่อนประเด็นมีความหลากหลายมากขึ้น มุ่งเน้นไปที่ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health determinant) สร้างมิติการมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของของชุมชนท้องถิ่นมากขึ้น

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ ได้แก่ การใช้ข้อมูลผู้นำ สัมพันธภาพและความเข้าใจของกรรมการที่ดี มีการกำหนดประเด็นอย่างมีส่วนร่วม มีการขับเคลื่อนประเด็นของพื้นที่จนเกิดผลเป็นรูปธรรม เน้นปฏิบัติการระดับตำบลหรือหมู่บ้าน มีทีมนำและคนทำงานที่หลากหลาย เสริมพลังการทำงาน และมีการติดตามประเมินผลลัพธ์ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในอำเภอเถิน จังหวัดลำปาง (กอบกุล สวางค์ตุ้ย และคณะ, 2562) ที่พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน คือ 1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจากทุกภาคส่วนในการทำงานค้นหาปัญหาของพื้นที่อย่างเป็นระบบ 2) การยอมรับและร่วมแก้ไข้ปัญหาของคณะทำงาน โดยผ่านวาระ พขอ. ที่มีการติดตามงานอย่างเป็นรูปธรรม โดยการนำของนายอำเภอ 3) ความรู้สึกที่ชุมชนร่วมกันเป็นเจ้าของปัญหาและร่วมดำเนินงานในพื้นที่เกิดความตื่นตัวและรับรู้สภาพปัญหาของอำเภออย่างแท้จริง ทั้งนี้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการทำงานเป็นทีม มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพขององค์การอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ 0.01 (ชินวัฒน์ ชมประเสริฐ และธานี โชติติกคาม, 2562) โดยการตัดสินใจร่วมกัน (Decision Implementation) จะช่วยให้มีพัฒนาการมีความเป็นระบบที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

สรุปผล

การศึกษารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม พบว่ารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีคณะกรรมการระดับอำเภอเป็นผู้กำหนดประเด็นการพัฒนา แผนการพัฒนาการบูรณาการทรัพยากร และกำกับติดตามประเมินผล โดยมีหมู่บ้านและตำบลเป็นพื้นที่ปฏิบัติการขับเคลื่อนแผนไปสู่การปฏิบัติที่ ผลการประเมินตามองค์ประกอบ UCCARE พบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.0-4.8 ผลการประเมินตำบลจัดการคุณภาพชีวิตพบว่าผ่านเกณฑ์ร้อยละ 88.9 ดังนั้นจึงควรมุ่งเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมในระดับตำบลหรือหมู่บ้าน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรให้ความสำคัญกับกระบวนการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการร่วมกันของผู้นำชุมชนผู้นำท้องถิ่นและผู้นำตามธรรมชาติ ในระดับหมู่บ้านและตำบล ในการคิดวิเคราะห์ วางแผน และติดตามประเมินผล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาประเมินผลลัพธ์รายประเด็นพขอ. ที่อำเภอและตำบลได้เลือกดำเนินการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์วรินทร์เทพ เชื้อสำราญ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ และผู้รับผิดชอบงาน พขอ. ทุกอำเภอ ที่ให้การสนับสนุนการพัฒนาคณะกรรมการ พขอ. พชต. และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและให้ข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

- Chomprasert, Chinnawat. Chotigaklam. (2019). Transformational Leadership and Teamwork Affecting Effectiveness of the District Health Board in the Health Area 2. *Journal of Disease and Health Risk DPC.3.* 13(1): 34-47. (in Thai).
- David McCoy, Beth Engelbrecht. (2016). A leading resource on health systems and primary health care in South Africa. Retrieved August 15, 2019 from <http://www.hst.org.za/publications/establishing-district-health-system>.
- Kanpirom, Kitti. Chuencharoensuk, Kavalin. Pitak, Juthatip. (2017). Primary Care Service in Thailand After 5 Years of Being Driven by the District Health System. *Journal of Buddhachinaraj Medical.* 34(3): 295-306. (in Thai).
- Ngoenrang, Siwaporn. (2019). Model for developing competency of district health board of Trakan Phuetphon District, Ubon Ratchathani Province. *Journal of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University.* 2(2): 108-116. (in Thai).
- Phetchpichejchien, Wongchan. (2016). Health Promotion : Nurse Role. Bangkok: Matakarnpim Company. (in Thai).
- Pongsuphap, Yongyuth. (2017). (Draft) Regulations of the Office of the Prime Minister on quality of life at the district level 2017. Nonthaburi: Thailand Healthy Strategic Management Office, Office of Permanent Secretary of MOPH. (in Thai).
- Primary Health Care Division, Department of Health Service Support. (2018). Guideline for Sub-district health Integration management. Nonthaburi: Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (in Thai).
- Sawongtui, Kobkul. Duangdeewong, Chumpol. Mangkornkaew, Sornsil. Sangboonruang, Chompoonut. (2019). Mobilization in District Health Assembly toward District Health Board (DHB) : Thoen District, Lampang Province. *Journal of Health Sciences Scholarship.* 6(2): 12-27. (in Thai).
- Surapruk, Varawut. (2013). Knowledge Management by Learning Sharing among District Health Network on District Health Service Development and People Participation (Report). Nonthaburi: Primary Health Care Department. (in Thai).
- Regulations of the Prime Minister's Office about District Health Board on quality of life development in 2018. (2018, 9 March). Thai Government Gazette. 135(54): 1-7 . Retrieved August 15, 2019, from <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/E/054/1.PDF>. (in Thai)
- World Health Organization. (2015). WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Geneva : World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). Social determinants of health. Retrieved August 15, 2019, from http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/index.htm



วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้วิชาการด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างนักวิชาการของหน่วยงานต่างๆ กำหนด การเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม - เมษายน ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 กันยายน - 30 พฤศจิกายน

ฉบับที่ 2 ประจำเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 มกราคม - 31 มีนาคม

ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน - ธันวาคม ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 พฤษภาคม - 31 กรกฎาคม

ประเภทของผลงานที่รับเผยแพร่ ได้แก่ บทความวิชาการ (Academic Article) บทความวิจัย (Research Article) บทความปริทัศน์ (Review Article)

1. บทความวิชาการ (Academic Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นที่ผู้เขียนตั้งใจหยิบยกประเด็นใดประเด็นหนึ่ง หรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในแวดวงวิชาการ วิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หรือวิพากษ์ทัศนะหรือแนวคิดเดิม และ/หรือนำเสนอหรือเผยแพร่แนวคิดใหม่ เพื่อมุ่งให้ผู้อ่านเปลี่ยนหรือปรับเปลี่ยนแนวคิด ความเชื่อมาสู่ความคิด ของผู้เขียน บทความวิชาการเน้นการให้ความรู้เป็นสำคัญ และต้องอาศัยข้อมูลทางวิชาการ เอกสารอ้างอิง และเหตุผล ที่พิสูจน์ได้ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้อ่าน

2. บทความวิจัย (Research Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นจากงานศึกษาเชิงประจักษ์ (Empirical Study) หรือที่เรียกว่า งานวิจัย สารของบทความสะท้อนให้เห็นขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ซึ่งได้แก่ การกล่าวถึงความ เป็นมาของปัญหาหรือวัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการศึกษา การแสดงข้อค้นพบหรือผลวิจัย และการบอกความหมาย และความสำคัญของผลที่ได้จากการศึกษาในทางทฤษฎีหรือปฏิบัติ เป็นการนำเสนอผลการวิจัยอย่างเป็นระบบ กล่าวถึง ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ทฤษฎีกรอบแนวคิด ผลการวิจัย สรุปผล ข้อเสนอแนะ และการอ้างอิงข้อมูลอย่างเป็นระบบ

3. บทความปริทัศน์ (Review Article) หมายถึง งานวิชาการที่ประเมินสถานะล่าสุดทางวิชาการ (state of the art) เฉพาะทางที่มีการศึกษาค้นคว้า มีการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้ทั้งทางกว้างและทางลึกอย่างทันสมัย โดยให้ ข้อวิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป

ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับเพื่อเผยแพร่ในวารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

1. การพิมพ์ต้นฉบับจะต้องพิมพ์ตามรูปแบบและขนาดตัวอักษรตาม Template ที่กำหนดไว้ ซึ่งสามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์ของสำนักผู้เชี่ยวชาญ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หัวข้อ “รายละเอียดการรับตีพิมพ์บทความวิชาการในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ” <https://sites.google.com/view/hssexpert>
2. ต้นฉบับที่ส่งมายังกองบรรณาธิการต้องเป็นฉบับจริงพร้อมด้วยสำเนา และ CD ไฟล์งาน จำนวน 1 ชุด หรือสามารถส่งได้ทางระบบออนไลน์ผ่านอีเมล planhss.journal@gmail.com โดยกองบรรณาธิการจะนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณาบทความตามสาขาวิชา เพื่อประเมินคุณภาพและความเหมาะสมก่อนการตอบรับ
3. ผู้นิพนธ์ทุกคนต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ชื่อ-สกุล ของผู้เขียน หน่วยงานที่สังกัด อีเมล ให้ชัดเจน พร้อมทั้งกรอกแบบฟอร์มการขอส่งบทความให้เรียบร้อย และแนบหนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชาของผู้นิพนธ์มาด้วย
4. ผู้นิพนธ์ต้องลงนามรับรองในแบบฟอร์มการขอส่งบทความเพื่อเผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพก่อน กองบรรณาธิการจึงจะนำบทความเสนอผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาต่อไป
5. บทความแต่ละเรื่อง ใช้เวลาในการพิจารณาประมาณ 2-3 เดือน (ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนและสาขาวิชาของบทความที่เสนอขอตีพิมพ์)
6. การปรับแก้ต้นฉบับ โดยทั่วไปผู้ทรงคุณวุฒิจะตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนด้านวิชาการ แล้วผู้ส่งให้ผู้นิพนธ์ปรับแก้ สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้นิพนธ์ แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น ทั้งนี้จะมีการประสานกับผู้นิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาและรูปแบบประมาณสองครั้ง
7. การตรวจต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof) ผู้นิพนธ์ต้องตรวจทานพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้ายเพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา ก่อนตีพิมพ์
8. บทความที่ไม่ได้รับการพิจารณาเห็นชอบให้ตีพิมพ์ จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
9. กองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาลงพิมพ์

รูปแบบในการจัดเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์บนกระดาษ A4 หน้าเดียว จัดหน้าเป็นแบบ 1 คอลัมน์
2. ความยาวแต่ละบทความรวมรูปและตาราง ไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ A4
3. การตั้งระยะขอบหน้ากระดาษ
 - ขอบซ้าย 3 เซนติเมตร ขอบขวา 2 เซนติเมตร
 - ขอบบน 2.5 เซนติเมตร ขอบล่างประมาณ 2 เซนติเมตร
4. การตั้งระยะในเนื้อหา
 - ย่อหน้า คือ 1.25 เซนติเมตร
 - ระยะบรรทัดปกติ คือ 1 เท่า
 - ระยะห่างระหว่างย่อหน้าให้เท่ากับระยะบรรทัดปกติและเพิ่มค่าก่อนหน้าอีก 6 พอยท์ (1 Enter + Before 6 pt)



5. ตัวอักษรให้ใช้ “ไทยสารบัญ พิเอสเค (TH Sarabun PSK)” และพิมพ์ตามขนาดที่กำหนด ดังนี้

รายการ	ขนาด (point)	แบบอักษร	การจัดวาง
ชื่อเรื่อง (Title)			
- ภาษาไทย	20	ตัวหนา	กึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่)	20	ตัวหนา	กึ่งกลาง
ชื่อผู้นิพนธ์ (ทุกคน)			
- ชื่อผู้นิพนธ์ภาษาไทย	16	ตัวปกติ	ชิดขวา
- ชื่อหน่วยงานของผู้นิพนธ์	16	ตัวปกติ	ชิดขวา
บทคัดย่อ (Abstract)			
- ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract”	18	ตัวหนา	กึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อ	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
- ข้อความ Abstract	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
คำสำคัญ (Keywords)			
- ชื่อ “คำสำคัญ (Keywords)”	16	ตัวหนา	ชิดขอบ
- ภาษาไทย	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
- ภาษาอังกฤษ	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
รายละเอียดบทความ			
- หัวข้อใหญ่	18	ตัวหนา	ชิดซ้าย
- หัวข้อรอง	16	ตัวหนา	ชิดซ้าย
- เนื้อหา	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ

6. ส่วนประกอบเนื้อเรื่อง ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์ กรอบแนวคิด สมมติฐาน (ถ้ามี) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล สรุปผล ข้อเสนอแนะ เอกสารอ้างอิง โดยเรียงลำดับ ดังนี้

- **ชื่อเรื่อง (Title)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อภาษาอังกฤษใช้อักษรพิมพ์ใหญ่ทั้งหมด และควรเป็นชื่อที่สั้น กระชับ ได้ใจความตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง

- **บทคัดย่อ (Abstract)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยจัดเป็นร้อยแก้ว (Prose) สรุปสาระสำคัญของงานวิจัยไว้อย่างครบถ้วน มีวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล และ/หรือข้อเสนอแนะ โดยใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์ ต้องเป็นประโยคอดีต ไม่แบ่งเป็นข้อ มีความยาวไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4 ในการเขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษต้องมีเนื้อหาที่ตรงกัน

***คำสำคัญ (Keywords)** ให้พิมพ์ต่อจากส่วนท้ายของบทคัดย่อ (Abstract) ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 4-5 คำ

- **บทนำ (Introduction)** เป็นส่วนของบทความที่กล่าวถึงความสำคัญและเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษาการทำวิจัยและอ้างอิงงานวิจัยอื่นหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเท่าที่จำเป็น

- **วัตถุประสงค์ (Objective)** ระบุวัตถุประสงค์เป็นข้อๆ เรียงตามลำดับความสำคัญ

- **กรอบแนวคิด (Conceptual framework)** คือกรอบของการวิจัยในด้านเนื้อหาสาระ ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรและการระบุความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

- **สมมติฐาน (Hypotheses)** คือคำตอบสมมติของประเด็นปัญหาวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น การตั้งสมมติฐานต้องตั้งบนรากฐานแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ไม่ใช่การคาดเดาโดยไม่มีเหตุผล การเขียนสมมติฐานควรมีลักษณะ ดังนี้

- 1) มีความชัดเจน สามารถทดสอบได้
- 2) ควรเขียนด้วยภาษาที่ง่าย ไม่ซับซ้อน
- 3) ควรเขียนให้สอดคล้องสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

- **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ** เป็นความสำคัญของการวิจัยที่ผู้วิจัยพิจารณาว่าการวิจัยเรื่องนั้นทำให้ทราบผลการวิจัยเรื่องอะไร และผลการวิจัยนั้นมีประโยชน์ต่อใคร อย่างไร เช่น การระบุประโยชน์ที่เกิดจากการนำผลการวิจัยไปใช้ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มพูนความรู้ หรือนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ หรือแก้ปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพ

- **วิธีการศึกษา (Methods)** เขียนอธิบายเป็น 2 หัวข้อใหญ่

1) **เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ในการศึกษา** ให้เขียนบอกรายละเอียดของสิ่งที่จะนำมาศึกษา เช่น ผู้ป่วย สัตว์ พิษ แสดงจำนวน และลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ ต้องบอกถึงการอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา และผ่านการเห็นชอบให้ทำการศึกษได้จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย รวมถึงอุปกรณ์ต่างที่ใช้ในการศึกษา

2) **วิธีการศึกษา อธิบายถึงรูปแบบ แผนการศึกษา (study design, protocol)** เช่น descriptive, quasi-experiment หรือ randomized double blind การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีการที่ใช้ศึกษา (interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา ชนิดและขนาดยาที่ใช้รักษา อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจ ให้ระบุถึงเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ศึกษา และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพหรือการศึกษาเชิงปริมาณให้ชัดเจน เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

- **ผลการศึกษา (Results)** เป็นการนำเสนอสิ่งที่ได้จากการศึกษาวิจัยเป็นลำดับตามหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูเข้าใจง่าย ถ้าผลศึกษาไม่ซับซ้อน มีตัวเลขไม่มาก ให้บรรยายเป็นร้อยแก้ว ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรหลายๆ ตัว ควรแสดงผลการศึกษาด้วย ตาราง กราฟ หรือภาพแผนภูมิประกอบการอธิบาย

- **อภิปรายผล (Discussion)** เป็นการอภิปรายผลการวิจัยว่าตรงตามวัตถุประสงค์ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างทฤษฎีหรือเปรียบเทียบกับการศึกษา วิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบ เพื่อให้ผู้อ่านเห็นว่าผลการศึกษานี้เป็นตามหลักการหรือคัดค้านทฤษฎีที่มีอยู่เดิม สอดคล้องหรือแตกต่างจากผลการศึกษาที่เคยทำมาก่อนอย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่มีอยู่เพื่ออธิบายในส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้

- **สรุปผล (Conclusion)** เป็นการสรุปผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่

- **ข้อเสนอแนะ (Suggestion)** เป็นการแสดงให้เห็นถึงการนำผลไปใช้ประโยชน์ และการให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

- **เอกสารอ้างอิง (References)** การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ระบบ APA citation style (American Psychological Association Citation Style) 6th Edition

- **การใส่เนื้อหาเพิ่มเติมอื่นๆ**

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) มีเพียงย่อหน้าเดียว เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ที่ช่วยเหลือในงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเพียงสั้นๆ เช่น ผู้บริหาร ผู้สนับสนุนทุนการวิจัย ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคพิเศษ เป็นต้น (อาจมีหรือไม่มี)

7. คำศัพท์ ให้ใช้ศัพท์บัญญัติตามราชบัณฑิตยสถาน

8. ตารางและภาพประกอบ (Table and Figure) ให้กำหนดหมายเลขและข้อความกำกับ ดังนี้
- ตารางประกอบ ให้วางจัดตารางอยู่ชิดขอบหน้ากระดาษ โดยระบุคำว่า “ตารางที่.....” ไว้เหนือตารางประกอบด้านซ้าย
 - ภาพประกอบ ให้วางอยู่กึ่งกลางหน้ากระดาษ โดยระบุคำว่า “ภาพที่.....” ไว้ใต้ภาพประกอบ

ตัวอย่างการใส่ตาราง

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ลำดับ	รายการ	ผลที่ได้	ค่าเฉลี่ย	หมายเหตุ

จากตารางนี้แสดงให้เห็นว่า (คำบรรยายตาราง).....

ตัวอย่างการใส่ภาพประกอบ



ภาพที่ 1 แสดงเทคนิคการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

รูปแบบการอ้างอิงเอกสารในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

การเขียนรายการอ้างอิงที่เป็นของคนไทยทำบทความ **จะต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ** โดยจัดเรียงคู่กัน คือ เรียงรายการอ้างอิงภาษาอังกฤษที่แปลขึ้นก่อนและเติมคำว่า (in Thai) ต่อท้าย หลังจากนั้นให้ตามด้วยรายการอ้างอิงภาษาไทยต้นฉบับที่แปลมา

* ทั้งนี้ กองบรรณาธิการจะปรับย้ายรายการอ้างอิงที่แปลเป็นภาษาอังกฤษไปอยู่ภายใต้หัวข้อ “Translated Thai References” เอง เพื่อความถูกต้องในการตรวจสอบข้อมูลทั้งหมด

รูปแบบการเขียน

การอ้างอิงเอกสารให้เขียนบรรณานุกรมรูปแบบ APA citation style
(American Psychological Association Citation Style) 6th Edition

* ในส่วนของรายการอ้างอิงที่เป็นต้นฉบับภาษาอังกฤษอื่นๆ หากมียังคงให้เขียนอ้างอิงเช่นเดิม

อ้างอิงจากหนังสือ

ชื่อสกุลผู้แต่ง, ชื่อย่อ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์หรือโรงพิมพ์.

ตัวอย่าง

Somphong, Monnipha. (2010). *Brush up on Your English*. Bangkok: Thammasat University Press. (in Thai).

มนนิภา สมพงษ์. (2553). *การพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

Kotler Philip. (2003). *Principles of Marketing*. 9th ed. Boston: McGraw-Hill.

อ้างอิงบทความวารสาร

ชื่อสกุลผู้แต่ง, ชื่อย่อ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขหน้าที่ปรากฏบทความในวารสาร.

ตัวอย่าง

Phondee, Samran. (2017). Bangkok in the Early Rattanakosin Period : The Waterfront Route of Siamese Lifestyle from the Western Perspective. *Journal of Thonburi University*. 11(25): 172-181. (in Thai).

สำราญ ผลดี. (2560). บางกอกในสมัยต้นกรุงรัตนโกสินทร์: วิถีริมน้ำของชาวสยามจากมุมมองของชาวตะวันตก
วิถีริมน้ำของชาวสยามจากมุมมองของชาวตะวันตก. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี*. 11(25): 172-181.

Doran, Kirk. (1996, January). Unified Disparity: Theory and Practice of Union Listing. *Computer in Libraries*, 16(1), 39-42.



อ้างอิงจากปฏิญญาพันธหรือวิทยานิพนธ์หรือสารนิพนธ์

ชื่อสกุลผู้แต่ง, ชื่อย่อ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. (ชื่อปฏิญญาฉบับบัณฑิตหรือปริญญาคุณวุฒิบัณฑิต, ชื่อมหาวิทยาลัยสถาบันการศึกษา).

ตัวอย่าง

Komaimphunnakul, T. (2011). *The development of blended learning activities on guitar 1 course upon music practical skill for undergraduate students*. (Master of Education Thesis, Silpakorn University). (in Thai).

ฐิติพัฒน์ โภเมนพรรณกุล. (2554). *การพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้แบบผสมผสานวิชาปฏิบัติกีตาร์ 1 ที่มีต่อทักษะการปฏิบัติทางดนตรีสำหรับนักศึกษาในระดับปริญญาตรี*. ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร.

2.4 อ้างอิงจากแหล่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ออนไลน์

ชื่อสกุลผู้แต่ง, ชื่อย่อ. (ปีที่พิมพ์หรือปีที่สืบค้น). ชื่อเรื่อง. สืบค้นเมื่อ วัน เดือน ปี (หรือ Retrieved เดือน วัน, ปี), จาก (from) ชื่อเว็บไซต์.

ตัวอย่าง

Department of Mental Health. (n.d.). *SPST-20 stress tool*. Retrieved January 20, 2010, from www.bsh.go.th/download/Download/Download01.doc (in Thai).

กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. (ม.ป.ป.). *แบบประเมินความเครียด*. สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2553, www.bsh.go.th/download/Download/Download01.doc.

การเรียงรายการอ้างอิงท้ายบทความ

- ในกรณีรายการอ้างอิงเป็นภาษาไทยแปลเป็นภาษาอังกฤษ การเรียงรายการอ้างอิงท้ายบทความ เพื่อส่งมายังกองบรรณาธิการ ให้ผู้เขียนเรียงลำดับโดยยึดอักษรภาษาอังกฤษเป็นหลัก โดยเรียงลำดับจาก A ไป Z และนำรายการที่แปลเป็นภาษาไทยมาไว้คู่กัน

- หลังจากนั้นจึงตามด้วยรายการอ้างอิงที่เป็นต้นฉบับภาษาอังกฤษอื่นๆ (หากมีเพิ่มเติม) โดยเรียงลำดับจาก A ไป Z เช่นกัน ดังตัวอย่างต่อไปนี้



สมมติฐาน (ถ้ามี)

.....
.....

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

.....
.....

วิธีการศึกษา

.....
.....

ผลการศึกษา

.....
.....

อภิปรายผล

.....
.....

สรุปผล

.....
.....

ข้อเสนอแนะ

.....
.....

เอกสารอ้างอิง

- Department of Mental Health. (n.d.). *SPST-20 stress tool*. Retrieved January 20, 2010, from www.bsh.go.th/download/Download/Download01.doc (in Thai).
- กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. (ม.ป.ป.). *แบบประเมินความเครียด*. สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2553, www.bsh.go.th/download/Download/Download01.doc
- Jawjit, W. (2013). *Towards sustainable natural rubber industry in Thailand with carbon footprint and water footprint*. Retrieved from <http://romphruengk.krirk.ac.th/books/2556/1/3.pdf> (in Thai).
- วาริท เจาะจิตต์. (2556). *ก้าวสู่การพัฒนาอุตสาหกรรมยางธรรมชาติของประเทศไทยอย่างยั่งยืน ด้วยคาร์บอนฟุตพริ้นท์และวอเตอร์ฟุตพริ้นท์*. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2556, จาก <http://romphruengk.krirk.ac.th/books/2556/1/3.pdf>
- Komaimphunnakul, T. (2011). *The development of blended learning activities on guitar 1 course upon music practical skill for undergraduate students*. (Master of Education Thesis, Silpakorn University). (in Thai).
- ฐิติพัฒน์ โภเมนพรณกุล. (2554). *การพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้แบบผสมผสานวิชาปฏิบัติกีตาร์ 1 ที่มีต่อทักษะการปฏิบัติทางดนตรีสำหรับนักศึกษาในระดับปริญญาตรี*. ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- The National Education Act B. E. 2542, (1999, 19 August). Royal Gazette. Vol.116 Part 74a, 1-23. (in Thai).
- พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542. (2542, 19 สิงหาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 116: ตอนที่ 74a, หน้า 1-23.
- Phondee, S. (2017). Bangkok in the Early Rattanakosin Period : The Waterfront Route of Siamese Lifestyle from the Western Perspective. *Journal of Thonburi University*. 11(25): 172-181. (in Thai).
- สารานุ ผลดี. (2560). บางกอกในสมัยต้นกรุงรัตนโกสินทร์: วิถีริมน้ำของชาวสยามจากมุมมองของชาวตะวันตก วิถีริมน้ำของชาวสยามจากมุมมองของชาวตะวันตก. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี*. 11(25): 172-181.



แบบขอส่งบทความเพื่อเผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง.....

วุฒิการศึกษา..... ชื่อปริญญา.....

สถานที่ทำงาน/ศึกษา.....

ขอส่ง บทความวิจัย บทความวิชาการ บทความปริทัศน์

ชื่อเรื่อง (ไทย).....

(อังกฤษ).....

สาเหตุที่ต้องการตีพิมพ์บทความในวารสาร.....

.....

.....

ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย.....

ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... มือถือ..... โทรสาร.....

E-mail.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ () เป็นผลงานของข้าพเจ้าแต่เพียงผู้เดียว

() เป็นผลงานของข้าพเจ้า และผู้ร่วมงานตามรายชื่อที่ระบุ

และบทความนี้ ไม่เคย ลงตีพิมพ์ในวารสารใดๆ มาก่อน และจะไม่นำส่งไปเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ อีก นับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ลงนาม.....

(.....)

วันที่เดือน..... พ.ศ.

ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบบทความแล้ว ขอรับรองว่าบทความที่เสนอข้างต้น สามารถขอตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้

ลงนาม.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

แบบตอบรับ วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประจำปี 2565

ชื่อหน่วยงาน.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

กลุ่ม/ฝ่าย.....โทรศัพท์มือถือ.....

โทรศัพท์สำนักงาน.....

ได้รับวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ฉบับที่.....ปีที่..... ประจำปี 2565
รวมทั้งสิ้น จำนวน.....เล่ม เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ. 2565 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับเอกสาร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2565



หมายเหตุ กรุณา Scan QR Code แบบตอบรับภายใน 3 วัน หลังจากได้รับเอกสาร
เพื่อร่วมแสดงความคิดเห็นและอื่นๆ ใน วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
งานวิชาการ สำนักผู้เชี่ยวชาญ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



TEXT & JOURNAL PUBLICATION CO., LTD.

บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด

เชี่ยวชาญเฉพาะ

งานพิมพ์หนังสือ-ตำรา

158/3 ซอยยาสูบ 1 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงจอมพล
เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900

โทร. 0 2617 8611 - 2

แฟ็กซ์ 0 2617 8616 อีเมลล์ tj8575@gmail.com