

# ถอดบทเรียน

การดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี  
ด้วยโปรแกรม ECHO ในพื้นที่ต้นแบบ 3 จังหวัด ปี 2566



นางสาวศรัญญา สุขอ่ำ  
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ 4041  
กลุ่มโรคเอดส์ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ถอดบทเรียนการดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี  
ด้วยโปรแกรม ECHO ในพื้นที่ต้นแบบ ๓ จังหวัด ปี ๒๕๖๖

นางสาวศรัญญา สุขอ่ำ

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๔๐๔๑  
กลุ่มโรคเอดส์ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

## กิตติกรรมประกาศ

งานถอดบทเรียน “การดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ในพื้นที่ต้นแบบ 3 จังหวัด ปี 2566” นี้เกิดจากความร่วมมือของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และศูนย์ความร่วมมือไทย – สหรัฐด้านสาธารณสุข ร่วมกับโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) จำนวน 3 แห่ง ประกอบด้วย สคร. 1 เชียงใหม่ สคร. 8 อุดรธานี สคร. 11 นครศรีธรรมราช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) จำนวน 8 แห่ง ประกอบด้วย สสจ.เชียงราย สสจ.แพร่ สสจ.น่าน สสจ.พะเยา สสจ.อุดรธานี สสจ.สกลนคร สสจ.นครพนม และ สสจ.นครศรีธรรมราช ที่ร่วมดำเนินกิจกรรม ECHO ในพื้นที่จนประสบผลสำเร็จเป็นอย่างสูง นำมาสู่การถอดบทเรียนเพื่อค้นหาจุดดี หรือจุดที่ประสบความสำเร็จ จุดอ่อนหรือจุดที่ควรปรับปรุง และข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนางานให้ดีขึ้น คณะผู้จัดทำขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ผลงานถอดบทเรียนนี้สำเร็จได้เป็นอย่างดีเพราะทุกท่านมีส่วนร่วมในการจัดทำ ตลอดจนผู้มีส่วนร่วมในการให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการถอดบทเรียนนี้ ขอขอบคุณ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาเอชไอวี

พญ.สุวิมล คุฬสุวรรณ	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย
พญ.สุรรัตน์ วัชรสุวรรณเสรี	โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี
นพ.พีระพัชร ไทยสยาม	โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

ที่เป็นทีมนำจัดกิจกรรม ECHO ในพื้นที่และให้คำแนะนำในการถอดบทเรียนครั้งนี้

และขอขอบคุณอาจารย์สุรพล ธรรมร่มดี ผู้สอนเทคนิคขั้นตอนวิธีการต่างๆ ในการผลิตงานเขียนถอดบทเรียนนี้ออกมา และให้คำปรึกษาแนะนำวิธีการเขียนถอดบทเรียนจนผลงานเสร็จสิ้นสมบูรณ์

ยิ่งไปกว่านั้น ขอขอบคุณ ศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข ที่สนับสนุนงบประมาณในการจัดการดำเนินงานขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ปี 2566

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานถอดบทเรียนฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์และเครือข่ายการทำงานทุกภาคส่วน นำไปใช้ประโยชน์เพื่อพัฒนางานด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในโรคอื่นๆ ต่อไป

อนึ่ง หากผู้อ่านมีข้อวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะสำหรับการปรับปรุงผลงานถอดบทเรียนให้เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของแต่ละหน่วยงานนั้นๆ กรุณาส่งข้อวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะมาที่กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพื่อการพัฒนาปรับปรุงต่อไป

## คำนำ

ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๓ มีเป้าหมายที่จะยุติปัญหาเอดส์ภายใน พ.ศ. ๒๕๗๓ ตามเป้าหมาย ๓ ประการ ได้แก่ (๑) ลดผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เหลือปีละไม่เกิน ๑,๐๐๐ ราย (๒) ลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีให้เหลือปีละไม่เกิน ๔,๐๐๐ ราย และ (๓) ลดการเลือกปฏิบัติจากเอชไอวีและเพศภาวะลงเหลือไม่เกินร้อยละ ๑๐ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในฐานะหน่วยงานวิชาการด้านการป้องกันและควบคุมโรคของประเทศไทย ตระหนักดีว่าหากต้องการที่จะบรรลุเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ให้ได้ ภายในปี ๒๕๗๓ จำเป็นต้องเพิ่มประสิทธิภาพขีดความสามารถในทางคลินิกเพื่อเพิ่มความมั่นใจให้กับแพทย์โรงพยาบาลชุมชนในการดูแลรักษาได้อย่างมีอาชีพ และสร้างเครือข่ายที่ปรึกษาแพทย์ด้านการดูแลรักษาเอชไอวีในพื้นที่

ในปี ๒๕๖๕ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้ทบทวนรูปแบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่มีประสิทธิภาพจากต่างประเทศ และพบว่าโครงการ ECHO (Extension for Community Healthcare Outcomes) เป็นโครงการที่เพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ในการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชนห่างไกลในสหรัฐอเมริกา มากกว่า ๓๕ ประเทศที่ได้นำรูปแบบกิจกรรมมาปรับปรุงพัฒนาบริการสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่มีปัญหาซับซ้อนต่างๆ และนำร่องร่วมกับร่วมกับคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์และมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และต่อมาในปี ๒๕๖๖ ได้ปรับปรุงแบบการดำเนินงานโดยบูรณาการและขยายงานเข้าสู่ระบบโครงสร้างสุขภาพระดับพื้นที่ใน ๔ จังหวัด ได้แก่ เชียงราย อุดรธานี นครศรีธรรมราช และส่วนกลาง กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยจัดการเรียนรู้ตามหลักของ ECHO ดังนี้ ๑) ใช้เทคโนโลยีในการช่วยกระจายทรัพยากรและพัฒนาองค์ความรู้ (ผ่านการประชุมทางวิดีโอ (teleconference) ๒) พัฒนาระบบบริการ โดยลดความแตกต่างในรูปแบบการให้บริการผ่านการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา (Case-based learning) และแบ่งปันผลการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ (Best practice) ๓) ใช้วิธีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริง โดยมีทีมสหวิชาชีพ และ ๔) ติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินงาน

จากผลการดำเนินงาน ปี 2566 โครงการได้รับการตอบรับที่ดีในระดับพื้นที่โดยมีโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดใกล้เคียง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคระดับเขตเข้ามามีส่วนร่วมสร้างเป็นเครือข่ายการเรียนรู้ในพื้นที่ เพื่อให้การดำเนินงานในปีต่อไปได้รับการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จึงจัดเวทีถอดบทเรียนการดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ในพื้นที่ต้นแบบ ๓ จังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เพื่อให้ได้บทเรียนที่สามารถนำมาสังเคราะห์ให้ได้ผลการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ (Best practice) ของแต่ละพื้นที่ และนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นต่อไป

นางสาวศรีัญญา สุขอ่ำ

๘ มีนาคม ๒๕๖๗

# สารบัญ

หน้า

กิตติกรรมประกาศ

สารบัญตาราง

สารบัญแผนภาพ

## บทที่ ๑ บทนำ

๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	๑
๑.๒ วัตถุประสงค์	๓
๑.๓ นิยามศัพท์เฉพาะ	๕
๑.๔ ขอบเขตการศึกษา	๖
๑.๕ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	๖
๑.๖ กรอบแนวคิดการศึกษา	๗

## บทที่ ๒ ทบทวนวรรณกรรม

๒.๑ ความรู้เกี่ยวกับการถอดบทเรียน	๘
๒.๒ แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความรู้ในชุมชนนักปฏิบัติ	๑๑
๒.๓ ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการพัฒนาคูณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)	๑๓
๒.๔ แนวคิดเกี่ยวกับโครงการ ECHO	๑๖
๒.๕ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๒๒

## บทที่ ๓ วิธีการศึกษา

๓.๑ รูปแบบการศึกษา	๒๗
๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	๒๗
๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	๒๗
๓.๔ ขั้นตอนการศึกษา	๒๘
๓.๕ การวิเคราะห์	๓๔

## บทที่ ๔ ผลการศึกษา

๔.๑ ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ	๓๕
๔.๒ ผลการถอดบทเรียนของกิจกรรม ECHO	๕๓

## บทที่ ๕ สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

๖๔

เอกสารอ้างอิง

ภาคผนวก

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
๓.๑ คำถามถอดบทเรียนตามกรอบแนวคิด PMQA ประเด็นหลัก ๖ ประเด็น	๒๘
๓.๒ กำหนดการและประเด็นในการถอดบทเรียน	๒๙
๔.๑ จำนวนและร้อยละของผู้เข้าร่วมกิจกรรมของจังหวัดเชียงราย จำแนกตามวิชาชีพ	๓๖
๔.๒ จำนวนและร้อยละของผู้เข้าร่วมกิจกรรมจังหวัดอุดรธานี จำแนกวิชาชีพ	๓๗
๔.๓ จำนวนและร้อยละของผู้เข้าร่วมกิจกรรมจังหวัดนครศรีธรรมราช จำแนกตามวิชาชีพ	๓๙
๔.๔ ระดับความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ECHO จังหวัดเชียงราย	๔๐
๔.๕ ระดับความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ECHO จังหวัดอุดรธานี	๔๑
๔.๖ ระดับความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ECHO จังหวัดนครศรีธรรมราช	๔๒
๔.๗ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความแตกต่างคะแนนความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ECHO โดยใช้สถิติ Paired t-test ของจังหวัดเชียงราย	๔๓
๔.๗ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความแตกต่างคะแนนความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ECHO โดยใช้สถิติ Paired t-test ของจังหวัดอุดรธานี	๔๓
๔.๙ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความแตกต่างคะแนนความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ECHO โดยใช้สถิติ Paired t-test ของจังหวัดนครศรีธรรมราช.	๔๕
๔.๑๐ ภาพรวมระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ECHO จังหวัดเชียงราย	๔๗
๔.๑๑ ภาพรวมระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ECHO จังหวัดอุดรธานี	๔๙
๔.๑๒ ภาพรวมระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ECHO จังหวัดนครศรีธรรมราช	๕๑

## สารบัญรูปภาพ

ภาพที่	หน้า
๒.๑ เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ PMQA	๑๔
๒.๒ รูปแบบการพัฒนาชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี สำหรับประเทศไทย	๒๒

## บทที่ ๑ บทนำ

### ๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ให้เข้าถึงองค์ความรู้และมีความเชี่ยวชาญในการบริการดูแลรักษา ด้านเอชไอวี เพื่อให้บริการทางคลินิกที่มีคุณภาพสูงเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการดำเนินงานด้านนี้ มีเป้าหมายที่ท้าทายและยังไม่อาจบรรลุได้ง่าย ทั้งยังเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อสังคม และที่สำคัญยังเกิดปัญหา การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ด้านนี้อีกด้วย ในเรื่องเป้าหมายที่ท้าทาย ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติ ปัญหาเอดส์ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๓ มีเป้าหมายที่จะยุติปัญหาเอดส์ภายใน พ.ศ. ๒๕๗๓ ตามเป้าหมาย ๓ ประการ ได้แก่ (๑) ลดผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เหลือปีละไม่เกิน ๑,๐๐๐ ราย (๒) ลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ให้เหลือปีละไม่เกิน ๔,๐๐๐ ราย และ (๓) ลดการเลือกปฏิบัติจากเอชไอวีและเพศภาวะลงเหลือไม่เกินร้อยละ ๑๐ กรมควบคุมโรค โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในฐานะหน่วยงานวิชาการด้านการป้องกันและ ควบคุมโรคของประเทศไทย ตระหนักดีว่าหากต้องการที่จะบรรลุเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ให้ได้ ภายในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ มาตรการที่สำคัญ คือ การเร่งรัดให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เข้าถึงบริการรักษาที่มีคุณภาพมาตรฐาน

สำหรับผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานด้านการดูแลรักษาเอชไอวี ตามเป้าหมาย ๙๕-๙๕-๙๕ ของประเทศไทย ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ อยู่ที่ ๙๐-๙๐-๙๗ สำหรับเป้าหมาย ๙๕ แรก สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยและ รู้สถานการณติดเชื้อเอชไอวีตนเอง ลดลงจากร้อยละ ๙๔ ในปี ๒๕๖๔ เป็นร้อยละ ๙๐ ในปี ๒๕๖๕ ในขณะที่ เป้าหมาย ๙๕ ที่สอง สัดส่วนของผู้ติดเชื้อฯ ที่รู้สถานะการติดเชื้อฯ และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เป็นช่องว่าง ที่กว้างที่สุดที่ต้องเร่งรัดในการปรับปรุงแก้ไข โดยพบว่าสัดส่วนของผู้ติดเชื้อฯ ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส มีแนวโน้มลดลง ซึ่งอาจจะเป็นไปตามเป้าหมายจากร้อยละ ๙๑ ในปี ๒๕๖๔ เป็นร้อยละ ๙๐ ในปี ๒๕๖๕ และเป้าหมายสุดท้าย ๙๕ ที่สาม สัดส่วนของผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และสามารถกดปริมาณ ไวรัสในกระแสเลือดได้สำเร็จ (มีปริมาณไวรัสในกระแสเลือดเท่ากับหรือน้อยกว่า ๑,๐๐๐ copies/mL) เป็นร้อยละ ๙๗ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ (ข้อมูลจากโปรแกรม HIV Info HUB, สปสช. ประมวลผลข้อมูล ณ วันที่ ๗ เมษายน ๒๕๖๖)

ยิ่งไปกว่านั้น ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ยังเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสังคม และการพัฒนา ประเทศ จากข้อมูลการคาดประมาณด้วย Spectrum-AEM พบว่า ณ สิ้นปี ๒๕๖๕ ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ยังมีชีวิตอยู่ จำนวน ๔๔๔,๙๗๔ คน และมีผู้ติดเชื้อฯ ที่รู้สถานะเอชไอวีของตนเองแล้ว ๕๐๗,๑๓๔ คน โดยผู้ติดเชื้อ รายใหม่ในปี ๒๕๖๕ มีจำนวน ๒๕,๒๔๙ คน จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอยู่ทั้งสิ้น ๔๒๓,๙๓๕ คน การเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ซึ่งเป็นข้อมูลจากโรงพยาบาลภาครัฐทุกแห่ง ยกเว้นกรุงเทพมหานคร มีผู้เสียชีวิตสะสมระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๕ จำนวน ๔๕,๘๖๐ ราย เมื่อวิเคราะห์ สาเหตุการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี ส่วนใหญ่เสียชีวิตจากการติดเชื้อด้วยโรคเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวี (HIV related) โดยมีวัณโรคเป็นสาเหตุสำคัญลำดับต้นๆ ของการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี คิดเป็นร้อยละ ๘.๗ ของการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับวัณโรค นอกจากนี้แล้วการรักษาวัณโรคระยะแฝงเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกลายเป็น



วัณโรค (TPT) ซึ่งมีความสำคัญในการป้องกันไม่ให้ติดเชื้อเอชไอวีเจ็บป่วยและมีภาวะแทรกซ้อนจากวัณโรค  
ยังดำเนินการได้เพียงร้อยละ ๔.๘ ของเป้าหมายที่ตั้งไว้ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึงแม้จะมีแนวโน้มดีขึ้นจากปี พ.ศ. ๒๕๖๔  
มีการดำเนินงาน TPT ได้เพียงร้อยละ ๑.๘ (รายงานสถานการณ์การดูแลรักษาเอชไอวี งานประชุมคณะกรรมการ  
เอดส์แห่งชาติ ปี ๒๕๖๖)

ที่สำคัญที่สุดคือ ประเทศไทยยังพบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ จากข้อมูลสถิติแพทยสภา  
วันที่ ๔ เมษายน ๒๕๖๖ พบว่า มีจำนวนแพทย์ทั้งหมด ๗๒,๒๕๐ คน โดยมีแพทย์ตามที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร  
จำนวน ๓๒,๑๙๘ คน และจำนวนแพทย์ตามที่อยู่ในต่างจังหวัด มีจำนวน ๓๔,๔๘๗ คน ซึ่งข้อมูลจากองค์การอนามัย  
โลก (WHO) กำหนดมาตรฐานจำนวนแพทย์ต่อประชากรไว้ที่แพทย์ ๑ คนต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน ที่ผ่านมาตัวเลข  
ของไทยอยู่ระหว่าง ๐.๕ - ๐.๘ คนต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน โดยในภาครัฐน่าจะมีเพียง ๐.๕ ต่อประชากร ๑,๐๐๐  
คน หรือแพทย์ ๑ คนต่อประชากร ๒,๐๐๐ คน จากข้อมูลดังกล่าวฯ สามารถแบ่งปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทาง  
การแพทย์ของประเทศไทยออกเป็น ๒ ส่วน คือ การขาดแคลนที่เกิดจากจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ และการขาด  
แคลนที่มาจากปัญหาการกระจายตัวของวิชาชีพ โดยประเทศไทยมีภูมิศาสตร์ที่มีชุมชนอยู่ห่างไกล ซึ่งส่งผลให้แพทย์  
ที่อยู่โรงพยาบาลชุมชนโดยเฉพาะแพทย์จบใหม่ (แพทย์ intern) เป็นกลุ่มที่อยู่ระหว่างเพิ่มพูนทักษะความรู้และต้อง  
เจอกับปัญหาผู้ป่วย HIV ที่ซับซ้อนจริงในพื้นที่ปฏิบัติงานซึ่งขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้น ประเทศไทยจึงจำเป็นต้อง  
ต้องมีนวัตกรรมที่จะเพิ่มประสิทธิภาพขีดความสามารถในทางคลินิก เพิ่มความมั่นใจให้กับแพทย์โรงพยาบาลชุมชน  
ในการดูแลรักษาได้อย่างมืออาชีพ และสร้างเครือข่ายที่ปรึกษาแพทย์ด้านการดูแลรักษาเอชไอวีในพื้นที่

โครงการ ECHO (Extension for Community Healthcare Outcomes) เป็นโครงการที่เพิ่มขีด  
ความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ในการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชนห่างไกลในสหรัฐอเมริกา มากกว่า  
๓๕ ประเทศที่ได้นำรูปแบบกิจกรรมมาปรับปรุงพัฒนาบริการสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่มีปัญหาซับซ้อนต่างๆ  
โดยประเทศไทยได้นำมาใช้ในการพัฒนากิจกรรมการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี เพื่ออำนวยความสะดวก  
ในการจัดการเรียนรู้ ตามหลักของ ECHO Project ดังนี้

- ๑) ใช้เทคโนโลยีในการช่วยกระจายทรัพยากรและพัฒนาองค์ความรู้ (ผ่านการประชุมทางวิดีโอ ระบบ  
(teleconference)
- ๒) พัฒนาระบบบริการ โดยลดความแตกต่างในรูปแบบการให้บริการผ่านการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา (Case-  
based learning) และแบ่งปันผลการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ (Best practice)
- ๓) ใช้วิธีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริง โดยมีทีมสหวิชาชีพ
- ๔) ติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินงาน

กรมควบคุมโรค โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร่วมกับศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐ  
ด้านสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินงานโครงการ ECHO นำร่องในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์และ  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จัดให้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมทั่วประเทศ จำนวน ๓ หัวข้อ ได้แก่  
HIV, TB-HIV และ QI โดยจัดหัวข้อละ ๖ ครั้ง รวมทั้งหมด ๑๘ ครั้ง และต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ได้ปรับรูปแบบการ  
ดำเนินงานโดยบูรณาการและขยายงานเข้าสู่ระบบโครงสร้างสุขภาพระดับพื้นที่ใน ๔ จังหวัด ได้แก่ เชียงราย อุดรธานี  
นครศรีธรรมราช และส่วนกลาง กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์  
การดูแลรักษาเอชไอวี ทำให้เกิดเครือข่ายชุมชนนักปฏิบัติที่มีขีดความสามารถในด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/

เอตส์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการด้านเอชไอวีให้มีการจัดบริการด้านเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพและยั่งยืนที่ส่งผลให้บรรลุเป้าหมาย ๙๕-๙๕-๙๕ โดยมีกิจกรรมสำคัญ ดังนี้

กิจกรรมที่ ๑ ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน จากรายงานผลการดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ของประเทศไทย ปี ๒๕๖๕ ที่ผ่านมาเพื่อศึกษาผลการดำเนินงานเป็นแนวทางในการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๖ โดยพบว่า การวัดผลโดยแบบประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน ๑๕ ครั้ง ในด้านความรู้ ทักษะคิดต่อประโยชน์ที่ได้รับเพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงความคิดเห็นต่อการอบรมผ่านโปรแกรม ECHO HIV ซึ่งโดยภาพรวม ผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อการอบรมระดับมากทั้งความเชื่อมั่นในความเชี่ยวชาญของผู้สอนและเนื้อหาที่ได้เรียนรู้และการจัดการ ประสานงาน ประชาสัมพันธ์ และมีความมั่นใจในการนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี อย่างไรก็ตามคะแนนความรู้ก่อนและหลังเรียนไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน เนื่องจากความรู้ที่วัดมุ่งเน้นเรื่องโรคและการรักษาในขณะที่กลุ่มผู้เรียนมีหลายวิชาชีพและเป็นการคิดคะแนนเป็นแบบภาพรวมกลุ่ม และมีข้อเสนอแนะ ดังนี้ ๑) การดำเนินงานควรมีความต่อเนื่อง ๒) ควรขยายกลุ่มผู้เรียนโดยเข้าถึงแพทย์จบใหม่ (แพทย์ intern) ให้มากกว่านี้ เพราะเป็นกลุ่มที่อยู่ระหว่างเพิ่มพูนทักษะความรู้และต้องเจอกับปัญหาผู้ป่วย HIV ที่ซับซ้อนจริงในพื้นที่ปฏิบัติงานซึ่งขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญ และควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้น และ ๓) ควรขยายรูปแบบการเรียนรู้ โดยพื้นที่ในชุมชน สามารถนำ echo ไปดำเนินการเองได้

กิจกรรมที่ ๒ ออกแบบและพัฒนาเครื่องมือ จากการทบทวนรายงานผลการดำเนินงานปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ทางทีมได้นำบทเรียนและข้อเสนอแนะมาออกแบบและพัฒนาเครื่องมือสำหรับการจัดกิจกรรมในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ มีกิจกรรมย่อย ๓ กิจกรรมดังนี้

๒.๑ ออกแบบและพัฒนาเครื่องมือสำหรับจัดกิจกรรม กำหนดวิธีการ รวมถึงแนวทางการประเมินผลการจัดกิจกรรม ได้แก่

- ๑) แนวทางการจัดกิจกรรม ECHO สำหรับผู้สอน ผู้เรียน และผู้ประสานงาน
- ๒) พัฒนา Platform สำหรับลงทะเบียนและเป็นแหล่งเรียนรู้ย้อนหลัง
- ๓) จัดหาและสนับสนุนผู้เชี่ยวชาญเป็นวิทยากรและอำนวยความสะดวก (Facilitator) ให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน
- ๔) จัดทำโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์สำหรับพื้นที่
- ๕) ประสานสภาวิชาชีพเพื่อขอคะแนนการศึกษาต่อเนื่องให้กับวิชาชีพและพัฒนาแนวทางการเก็บคะแนน ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร และนักเทคนิคการแพทย์

๒.๒ เลือกพื้นที่ต้นแบบในปี ๒๕๖๖ ดำเนินการในเครือข่ายระดับพื้นที่ต้นแบบ ๓ จังหวัด (Node) โดยมีทีมผู้เชี่ยวชาญที่มีความพร้อมและสนใจที่จะสร้างเครือข่ายการจัดการเรียนรู้จากโรงพยาบาลศูนย์ในพื้นที่ ได้แก่

- ๑) Node จังหวัดเชียงราย ประกอบด้วย เครือข่ายจังหวัดเชียงราย แพรว น่าน และพะเยา
- ๒) Node จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย เครือข่ายจังหวัดอุดรธานี สกลนคร และนครพนม
- ๓) Node จังหวัดนครศรีธรรมราช ร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนทั้งจังหวัด

๒.๓ เตรียมความพร้อมทีมพื้นที่ โดยจัดประชุมคณะทำงานระดับพื้นที่เพื่อทำความเข้าใจกิจกรรม ECHO ให้ทีมสามารถออกแบบเป้าหมายของกิจกรรม หัวข้อสำหรับการสอน และแผนการจัดกิจกรรม (Activities in the session) รวมถึงเตรียมความพร้อม Platform ที่ใช้ประกอบการจัดกิจกรรม ประกอบด้วย โปรแกรม ZOOM และ Application ต่างๆ ได้แก่ google form สำหรับประเมินความรู้ก่อนและหลังกิจกรรม แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบฟอร์มสำหรับการลงทะเบียนและการขอรับหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ

กิจกรรมที่ ๓ จัดกิจกรรมการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ในพื้นที่ ระหว่างเดือนมกราคม – สิงหาคม ๒๕๖๖ จังหวัดละ ๖ หัวข้อ กำหนดจัดเดือนละ ๑ ครั้ง จำนวนทั้งหมด ๒๖ ครั้ง จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด ๒,๔๖๖ คน จำแนกตามจังหวัดดังนี้

- ๑) เชียงราย ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้ง ๖ ครั้ง รวมจำนวน ๔๒๑ คน โดยเฉลี่ย ๗๐ คนต่อครั้ง
- ๒) อุตรดิตถ์ ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ๖ ครั้ง รวมจำนวน ๕๒๔ คน โดยเฉลี่ย ๘๗ คนต่อครั้ง
- ๓) นครศรีธรรมราช ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ๖ ครั้ง รวมจำนวน ๖๔๖ คน โดยเฉลี่ย ๑๐๘ คนต่อครั้ง
- ๔) กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ๘ ครั้ง รวมจำนวน ๘๗๕ คน โดยเฉลี่ย ๑๐๙ คนต่อครั้ง

จากผลการตอบรับที่ดีในระดับพื้นที่โดยมีโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดใกล้เคียง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคระดับเขตเข้ามามีส่วนร่วมสร้างเป็นเครือข่ายการเรียนรู้ในพื้นที่ เพื่อให้การดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ในปีต่อไป ได้รับการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น และอาจนำไปสู่การขยายการดำเนินงานในพื้นที่อื่น ๆ ที่สนใจ จึงเห็นควรถอดบทเรียนการดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ในพื้นที่ต้นแบบ ๓ จังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ให้ได้บทเรียนที่สามารถนำมาสังเคราะห์ให้ได้ผลการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ (Best practice) ของแต่ละพื้นที่ และนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นต่อไป

การถอดบทเรียน หมายถึง กระบวนการทบทวน สรุปประสบการณ์สกัดความรู้จากการทำงาน ที่อยู่ในตัวคน (Tacit Knowledge) จากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ด้วยกระบวนการที่หลากหลายทั้งที่สำเร็จหรือล้มเหลว เพื่อสืบค้นความรู้จากการปฏิบัติงาน ด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสดงความคิดเห็นอย่างมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ แล้วนำมาเขียนรายงาน เกิดเป็นองค์ความรู้หรือชุดความรู้ที่ชัดเจน (Explicit Knowledge) พร้อมทั้งบันทึกรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงาน ผลการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุง การปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย และสามารถเผยแพร่เพื่อศึกษาเรียนรู้ได้

กระบวนการถอดบทเรียน เริ่มต้นจากการเตรียมการถอดบทเรียนโดยการสร้างทีมที่มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานจริง รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการถอดบทเรียนของโครงการ เพื่อให้ทีมมีความเข้าใจตรงกัน กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมถอดบทเรียน ประกอบด้วย หัวหน้าทีม ผู้อำนวยการกระบวนการ ผู้จัดบันทึกและผู้ประสานงาน จัดทำแผนภูมิโครงสร้างกระบวนการถอดบทเรียน ประกอบด้วย หัวข้อ กำหนดกลุ่มเป้าหมาย เลือกรูปแบบการถอดบทเรียนที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย กำหนดขั้นตอนในการถอดบทเรียนและคำถามที่มีความชัดเจน รวมถึงกำหนดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งจัดทำเอกสารการถอดบทเรียนขึ้นดำเนินการถอดบทเรียนควรสร้างบรรยากาศผ่อนคลายเป็นกันเองโดยใช้เกมในการละลายพฤติกรรม โดยกำหนดกติกาในการถอดบทเรียนอย่างมีส่วนร่วม โดยขั้นตอนสำคัญในการสกัดความรู้จากผู้ร่วมถอดบทเรียน มีดังนี้ ๑) เล่าประสบการณ์จากการปฏิบัติงานของ

ผู้ร่วมถอดบทเรียน ๒) การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเป้าหมายกับผลการดำเนินงานจริง ๓) การวิเคราะห์จุดดีและจุดอ่อน และ ๔) การให้ข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงแก้ไขจุดอ่อนให้ดีขึ้น ทั้งนี้ ผู้จัดบันทึกต้องจดรายละเอียดของข้อมูลทุกขั้นตอน บันทึกเสียง พร้อมทั้งสังเกตบรรยากาศในระหว่างการถอดบทเรียน และจัดบันทึกไว้ประกอบการจัดทำรายงานการถอดบทเรียน

ขั้นตอนสุดท้ายคือการเขียนรายงานการถอดบทเรียน เป็นการรวบรวมผลการถอดบทเรียน มาเขียนรายงานการถอดบทเรียน เป็นการเล่ารายละเอียดของประสบการณ์ในการปฏิบัติ ประเด็นค้นพบถึง จุดแข็ง หมายถึง สิ่งในพื้นที่ดำเนินงานได้ดีและมีประสิทธิภาพ จุดที่ควรปรับปรุง หมายถึง สิ่งในพื้นที่คิดว่ายังไม่สามารถทำได้ดี และควรปรับปรุง และข้อเสนอแนะ หมายถึง ข้อเสนอในการปรับปรุงกระบวนการดำเนินงาน

## ๑.๒ วัตถุประสงค์

- ๑) เพื่อวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนของการดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ในพื้นที่ต้นแบบ ๓ จังหวัด
- ๒) เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อเสนอแนะของการดำเนินงานกิจกรรม ECHO เพื่อปรับปรุงและขยายผลการดำเนินงานในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

## ๑.๓ นิยามศัพท์เฉพาะ

- ๑) ECHO หมายถึง กิจกรรมพัฒนาศักยภาพและการรักษาทางการแพทย์โดยใช้เทคโนโลยี ECHO (Extension for Community Healthcare Outcomes) เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและความชำนาญในการรักษาและการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ในท้องถิ่นหรือในพื้นที่ที่ทรัพยากรทางการแพทย์จำกัด
- ๒) PMQA หมายถึง การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award: PMQA) เป็นเครื่องมือการประเมินระบบการบริหารของส่วนราชการในเชิงบูรณาการเพื่อเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ของส่วนราชการกับเป้าหมายและทิศทางการพัฒนาของประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางให้หน่วยงานภาครัฐพัฒนาไปสู่ระบบราชการ ๔.๐
- ๓) การขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติ หมายถึง กิจกรรมที่ส่งเสริมและสนับสนุนความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ซึ่งมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาความสามารถและทักษะของสมาชิกในชุมชนให้เข้าใจเรื่องราวหรือปัญหาที่พบเจอในชุมชนของตนเอง และมีความสามารถแก้ไขหรือแก้ไขปัญหาเหล่านั้นในระดับของชุมชนได้เอง
- ๔) การถอดบทเรียน หมายถึง กระบวนการทบทวน สรุปประสบการณ์สกัดความรู้จากการทำงานเพื่อวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อน และสังเคราะห์ข้อเสนอแนะของการดำเนินงานกิจกรรม ECHO เพื่อปรับปรุงและขยายผลการดำเนินงานในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

## ๑.๔ ขอบเขตการศึกษา

### ๑) กลุ่มเป้าหมายในการถอดบทเรียน

เครือข่ายการทำงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ของจังหวัดเชียงราย อุดรธานี และนครศรีธรรมราช จำนวน ๓๐ คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ทีมจัดการ จากหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ ๑) สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ได้แก่ สคร. ๑ เชียงใหม่ สคร.๘ อุดรธานี และ สคร.๑๑ นครศรีธรรมราช ๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ได้แก่ จังหวัดเชียงราย จังหวัดแพร่ จังหวัดน่าน จังหวัดพะเยา จังหวัดอุดรธานี จังหวัดนครศรีธรรมราช และ ๓) โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลอุดรธานี และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

### ๒) ขอบเขตเนื้อหาที่ใช้ในการถอดบทเรียน

ขอบเขตเนื้อหาที่ใช้ในการถอดบทเรียน ประกอบด้วย กระบวนการดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ในพื้นที่ต้นแบบ ๓ จังหวัด ปี ๒๕๖๖ และข้อมูลการวิเคราะห์ผลการจัดกิจกรรมในพื้นที่ ๓ จังหวัด โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ในการกำหนดประเด็นสำคัญของกระบวนการทำงาน เช่น บทบาทผู้นำ การวางแผน มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นต้น เพื่อวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน และให้ข้อเสนอแนะต่อประเด็นเหล่านั้น

### ๓) ขอบเขตของระยะเวลาการถอดบทเรียน

ระยะเวลาในการดำเนินงานระหว่างวันที่ ๘ - ๙ สิงหาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุม อุคำ โรงแรม เดอะ เลเจนด์ เชียงราย บุติก ริเวอร์ รีสอร์ท แอนด์ สปา จังหวัดเชียงราย รวมทั้งสิ้น ๒ วัน

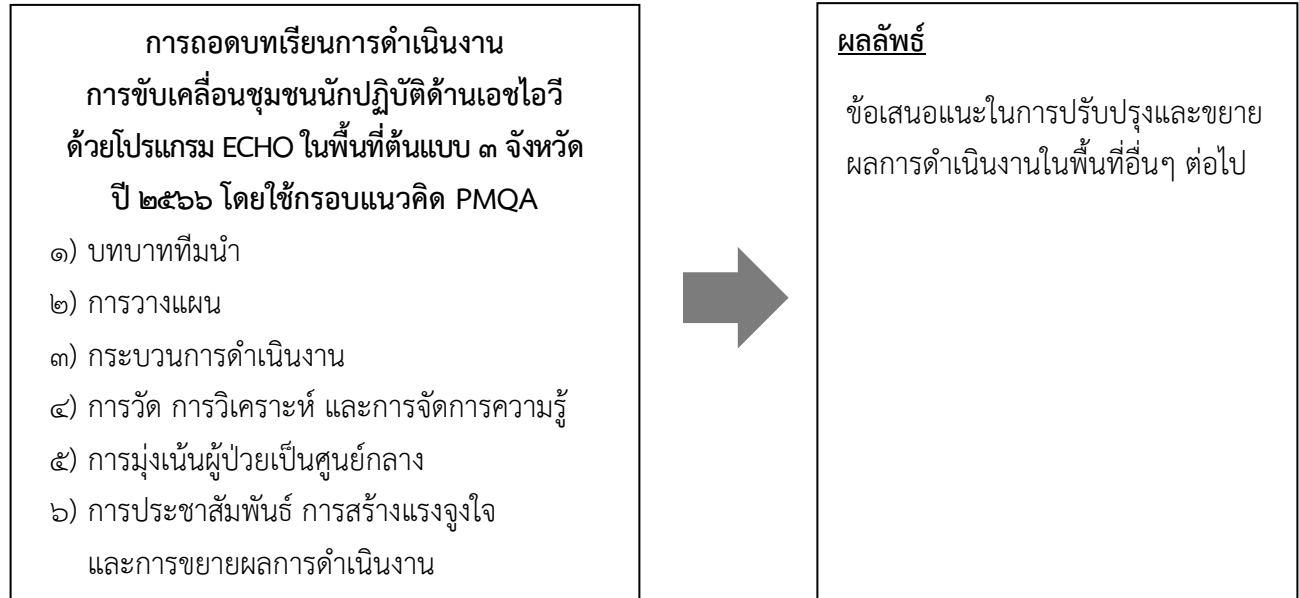
## ๑.๕ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑. **ด้านนโยบาย:** ความรู้จากการวิเคราะห์ข้อค้นพบปัจจัยที่สนับสนุนและอุปสรรคต่อการดำเนินงานสำเร็จ จากการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO จะเป็นองค์ความรู้ที่จะนำไปใช้ในการวางแผนการขยายการดำเนินงานการพัฒนาเครือข่ายชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี เพื่อเพิ่มศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้เข้มแข็ง

๒. **ด้านชุมชนและพื้นที่:** เกิดเครือข่ายการให้การปรึกษาด้านการดูแลรักษาเอชไอวีและโรคร่วมในระดับพื้นที่ (พี่เลี้ยง) ระหว่างโรงพยาบาลศูนย์กับโรงพยาบาลชุมชน โดยได้จัดทำขึ้นในพื้นที่ต้นแบบ ๓ จังหวัด ซึ่งผลลัพธ์ในการดูแลผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่เป็นประโยชน์ สามารถนำไปปรับใช้กับพื้นที่อื่นๆ ที่มีความพร้อมและสนใจดำเนินงาน

๓. **ด้านวิชาการ:** องค์ความรู้ใหม่จากการดำเนินงานขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ทำให้เกิดรูปแบบการดูแลรักษาที่บูรณาการโดยทีมสหวิชาชีพและผู้เชี่ยวชาญหลากหลาย จะนำไปสู่การวิจัยต่อยอดเพื่อพัฒนาระบบการดูแลรักษาเอชไอวีที่มีคุณภาพต่อไป

## ๑.๖ กรอบแนวคิดการศึกษา



## บทที่ ๒

### บททวนวรรณกรรม

การถอดบทเรียนการดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ปี ๒๕๖๗ ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสาร แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้

#### ๒.๑ แนวคิดเกี่ยวกับการถอดบทเรียน

๒.๑.๑ ความหมายของการถอดบทเรียน

๒.๑.๒ วิธีการถอดบทเรียน

#### ๒.๒ แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความรู้ในชุมชนนักปฏิบัติ (Communities of practice: COP)

#### ๒.๓ แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)

๒.๓.๑ ความเป็นมา

๒.๓.๒ แนวทางการดำเนินงาน PMQA

#### ๒.๔ แนวคิดเกี่ยวกับโครงการ Extension for Community Healthcare Outcome (ECHO)

๒.๔.๑ ความเป็นมาโครงการ ECHO

๒.๔.๒ หลักการพื้นฐานของการดำเนินงาน

๒.๔.๓ รายงานผลการดำเนินงานโครงการ ECHO ของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี ๒๕๖๕

#### ๒.๕ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๒.๕.๑ งานวิจัยในประเทศ

๒.๕.๒ งานวิจัยต่างประเทศ

### ๒.๑ แนวคิดเกี่ยวกับการถอดบทเรียน

เครื่องมือที่ใช้ถอดบทเรียนมีหลากหลายที่ถูกพัฒนาขึ้น และประยุกต์จากหลายสาขาวิชาเพื่อนำมาพัฒนากระบวนการเรียนรู้ โดยใช้ “การถอดบทเรียน” (Lesson-Learned) เป็นเครื่องมือหนึ่งที่น่าสนใจในการพัฒนาสังคม กระบวนการถอดบทเรียนเป็นกระบวนการเรียนรู้เกี่ยวกับปฏิบัติการใดๆที่ดำเนินการไปแล้ว เพื่อเรียนรู้จุดแข็งจุดอ่อน หลีกเลี่ยงความผิดพลาดซ้ำรอยเดิมแสวงหาแนวทางการดำเนินงานที่ดีที่สุด การศึกษาบทเรียนกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันทางสังคมสำหรับพ่อแม่วัยรุ่น จากกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กโดยชุมชน กรณีศึกษา คลองสองต้นนุ่น ศึกษาวงจรการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กโดยชุมชน ๓ ระยะ ดังนี้<sup>[1]</sup>

๑. การเรียนรู้เมื่อเริ่มต้นโครงการ (Learn Before Doing) การเรียนรู้ในช่วงนี้เป็นการเรียนรู้ก่อนที่จะเกิดปฏิบัติการที่เป็นรูปธรรม จึงเป็นการเรียนรู้ระหว่างเพื่อนร่วมงาน (Learning from your Peers) หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้รู้

๒. การเรียนรู้ระหว่างโครงการ (Learning during Doing) เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้ลงมือปฏิบัติจริงสะท้อนกลับทันทีเมื่อกิจกรรมจบลง (After Action Review: AAR) เพื่อพัฒนาให้การดำเนินการกิจกรรมต่อไปดียิ่งขึ้น

๓. การเรียนรู้หลังสิ้นสุดโครงการ (Learning After Doing) เป็นการเรียนรู้จากการทบทวนการดำเนินโครงการตั้งแต่ต้นจนกระทั่งสิ้นสุดโครงการ โดยพิจารณาว่าจะทำอะไรให้แตกต่างไป จากที่เคยทำไปแล้ว เพื่อให้งานดีขึ้น หากต้องมีการดำเนินการซ้ำอีกครั้ง

แนวคิดเกี่ยวกับการถอดบทเรียนมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

### ๒.๒.๑ ความหมายของการถอดบทเรียน

อรศรี งามวิทยาพงศ์ <sup>[๒]</sup> ให้ความหมายการถอดบทเรียนว่า กระบวนการทบทวน สรุปประสบการณ์ที่ผ่านมา ในแง่มุมต่างๆ เพื่อให้เห็นถึงรายละเอียดอันชัดเจนและความรู้ในเหตุ ปัจจัยอย่างเชื่อมโยงทั้งภายในและภายนอก ซึ่งทำให้เกิดผลอย่างที่เห็นอยู่ในปัจจุบัน ไม่ว่าจะผลนั้นจะเป็นผลด้านบวกหรือด้านลบ จุดมุ่งหมายการถอดบทเรียน เพื่อประมวลผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในมิติต่างๆ จากทัศนะ มุมมองอันหลากหลายเพื่อให้ได้ “บทเรียน” จากประสบการณ์จริงที่มีประโยชน์ นำมาพัฒนาและปรับปรุงงานให้ก้าวหน้าสอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงของกลุ่ม องค์กรและสภาพแวดล้อม และพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานนั้นให้มีศักยภาพสูงขึ้นการถอดบทเรียนจึงต้องได้ทั้งบทเรียน และการเรียนรู้ อย่างน้อยในระดับของความเข้าใจ (Comprehension) ที่สามารถเชื่อมโยงเหตุผลของปัจจัยต่างๆ ในชุดประสบการณ์ หรือก่อเกิดวิธีคิดอย่างใหม่ ค่านิยมใหม่ที่นำไปสู่การคิดสร้างสรรค์ต่างๆ ที่สามารถนำไปต่อยอดออกไปได้อย่างต่อเนื่อง

วีระ นิจไตรรัตน์ <sup>[๒]</sup> ให้ความหมายการถอดบทเรียนว่าการสรุปทบทวน กระบวนการทำงานผ่านผู้ที่เกี่ยวข้อง ผ่านการวิเคราะห์กระบวนการท างานของเรื่องนั้นๆ ทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ เพื่อค้นหาสิ่งที่ควรดำเนินการต่อหรือ สิ่งที่ไม่ควรดำเนินการต่อ

วิจารณ์ พานิช <sup>[๒]</sup> ให้ความหมายการถอดบทเรียนว่าการถอดบทเรียนจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้จากความสำเร็จ หรือความผิดพลาดในการทำงานบทเรียนจะสะท้อนสาเหตุที่ทำให้การทำงานประสบความสำเร็จหรือผิดพลาด มีปัจจัยเงื่อนไขอะไรบางอย่างที่ทำให้เกิดความความสำเร็จหรือผิดพลาดในการทำงานนั้น ๆ ซึ่งผู้ปฏิบัติที่กำลังปฏิบัติ ในแนวเดียวกันสามารถนำบทเรียนที่ได้ไปใช้ในการปฏิบัติงานให้ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม และไม่เกิดความผิดพลาดซ้ำ ในการปฏิบัติครั้งต่อไป

ประภาพรณ อุ่นอบ (๒๕๕๖:๔๒) <sup>[๒]</sup> ให้ความหมายการถอดบทเรียนว่า การถอดบทเรียนเป็นวิธีการจัดการ ความรู้รูปแบบหนึ่งที่เน้นการสร้างการเรียนรู้ในกลุ่มเพื่อสกัดความรู้ในตัวบุคคลและองค์ความรู้ที่ซ่อนออกมา เป็นบทเรียนที่สามารถนำไปสังเคราะห์เป็นชุดความรู้ คู่มือ สื่อการเรียนรู้ รูปแบบต่างๆ นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วม



กระบวนการถอดบทเรียนจะต้องเกิดการเรียนรู้ร่วมกันนำไปสู่การปรับวิถีคิด และวิธีการทำงานที่สร้างสรรค์ และมีคุณภาพยิ่งขึ้น

สรุปได้ว่า การถอดบทเรียน หมายถึง วิธีการจัดการความรู้รูปแบบหนึ่งที่เน้นการทบทวนประสบการณ์ ความรู้จากบุคคลทั้งความสำเร็จหรือผิดพลาด มีปัจจัยเงื่อนไขอะไรบางอย่างที่เป็นเหตุให้เกิดความสำเร็จหรือผิดพลาด ในการทำงานนั้นๆ สังเคราะห์บทเรียน ประสบการณ์สู่การพัฒนาวิถีคิด กระบวนการทำงานใหม่อย่างสร้างสรรค์ไม่ให้เกิดข้อผิดพลาดซ้ำเหมือนเดิมและนำบทเรียนไป ยกกระตักการเรียนรู้ต่อยอดออกไปได้อย่างต่อเนื่องการถอดบทเรียน

## ๒.๒.๒ วิธีการถอดบทเรียน

วิธีการถอดบทเรียนโครงการทั้งสามระยะมีเครื่องมือการถอดบทเรียนที่หลากหลายแตกต่างกัน ไม่มีการกำหนดตายตัวในการใช้วิธีวิทยาในถอดบทเรียน หากจะเลือกใช้วิธีวิทยาใดๆ นั้นก็ต้องพิจารณาให้ดีทำความเข้าใจแนวคิดของเทคนิคที่จะนำมาใช้ให้ชัดเจน มีความตรงในการสรุปบทเรียน ทั้งความตรงภายใน (Internal Validity) ที่สามารถสรุปได้ตรงกับความจริงที่เกิดขึ้น และความตรงภายนอก (External Validity) ที่สามารถอ้างอิงใช้ประโยชน์ได้ บทเรียนที่มีความตรงภายนอกจะถือว่าเป็นบทเรียนที่มีคุณภาพสูง (High Quality Lesson Learned) วิธีที่ใช้ในการถอดบทเรียน มีดังนี้

### ๑) การเรียนรู้จากบทเรียนที่ดี (Good/Better/Best Practice)

วิจารณ์ พานิช (๒๕๕๗:๒๑-๒๔) <sup>[๒]</sup> กล่าวว่า Best Practice คือ วิธีการทำงานที่ดีที่สุดในแต่ละเรื่อง ทำให้เกิดการพัฒนาคาเป็นเลิศขององค์กร ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกหน่วยงานจากหลายช่องทางทั้งตัวผู้นำ ผู้ร่วมงาน ผู้มีส่วนได้เสีย มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานร่วมกันในระดับบุคคล ระดับกลุ่ม และระดับหน่วยงาน บันทึก Best Practice ที่ได้เป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อการศึกษาพัฒนาและเผยแพร่ในโอกาสต่อไป

ประพนธ์ ฆาสุกยัต (๒๕๔๗:๔๘) <sup>[๒]</sup> กล่าวว่า สิ่งดีๆ เกิดขึ้นจากการทำงานมากมายภายในองค์กรที่เรียกว่า Best Practice แต่คนในองค์กรกับไม่รู้ถึงสิ่งดีๆที่เกิดขึ้น เมื่อต้องการจะลงมือทำอะไรก็ต้องเริ่มต้นใหม่หมดทั้ง ๆ ที่มีเรื่องที่สามารถต่อยอดไปได้เลยโดยไม่ต้องเริ่มต้นใหม่ตั้งแต่ศูนย์เสมอไป ซึ่งอาจจะเป็นสิ่งดีๆที่มีอยู่ในองค์กรหรือองค์กรอื่น ผู้บริหารต้องส่งเสริมให้มีการพัฒนา Best Practice ให้มากขึ้นเพื่อพัฒนางาน พัฒนาคนให้ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม เป็นวงจรความก้าวหน้าที่ไม่มีวันสิ้นสุด แล้วนำไปเผยแพร่ให้ได้เรียนรู้กันในวงกว้าง ปฏิบัติการที่ดีที่สุด (Best Practice) เป็นข้อสรุปวิธีการทำงานที่ค้นพบแนวทางของตนเอง แต่ละคนค้นพบแตกต่างกัน วัตถุประสงค์บทเรียนที่ดีที่สุด ดังนี้

๑. เพื่อสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงานว่าเป็นไปตามเป้าหมาย กระบวนการ ที่กำหนดไว้ได้อย่างดีที่สุด
๒. เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ยกกระตักการปฏิบัติงานโดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต เรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่เป็นเลิศของคนอื่น น มาทดลองปฏิบัติในองค์กรของตนเอง
๓. เพื่อตรวจสอบกระบวนการที่น ำไปใช้ปฏิบัติการในองค์กรและน ามาแลกเปลี่ยนความก้าวหน้าในการทำงาน

ชาย โปธิสิตา (๒๕๕๔:๑๕๓-๑๕๙)<sup>[๒]</sup> กล่าวถึง วิธีการเลือกกรณีศึกษา (Cases Study Approach) พิจารณาจากคุณสมบัติของกรณีศึกษาที่ต้องการศึกษา สามารถกำหนดขอบเขตได้ชัดเจน มีความสมบูรณ์ในตัวเอง คือ มีบุคคล เวลา และสถานที่ชัดเจนแน่นอน สามารถจำแนกกรณีศึกษาออกเป็น ๓ ประเภท คือ

๑. กรณีศึกษาเพื่อสนองความอยากรู้ (Intrinsic Cases) ผู้วิจัยเลือกตามความสนใจอยากรู้อยากทำความเข้าใจ ศึกษารายละเอียดของกรณีนั้นๆ เป็นกรณีที่น่ารู้และสมบูรณ์ในตัวเอง

๒. กรณีศึกษาที่เป็นตัวแทนของกรณีอื่น (Instrumental Cases) ผู้วิจัยต้องการแสดงเพื่อสนับสนุนแนวคิด ข้อสรุป หรือข้อเสนออย่างใดอย่างหนึ่งของนักวิจัย

๓. กรณีศึกษาหลายๆ กรณี (Collective Cases) เพื่อให้แน่ใจว่าสิ่งที่ต้องการแสดงนั้นมีความชัดเจนและเพื่อความมั่นใจในข้อสรุปที่ได้จากหลายๆ กรณี

วิธีการดำเนินการวิจัยของกรณีศึกษามีขั้นตอนสำคัญ ดังนี้

๑. การเลือกกรณีสำหรับศึกษา คือ นักวิจัยเลือกกรณีศึกษาที่มีขอบเขตชัดเจนและสมบูรณ์ในตัวเอง สามารถให้ข้อมูลได้หลากหลายและครอบคลุมเกี่ยวกับประเด็นที่ต้องการศึกษา เป็นสำคัญ สะท้อนความหลากหลายในกลุ่มประชากร

๒. การรวบรวมข้อมูลหลายชนิดโดยใช้เทคนิคหลายแบบ คือ นักวิจัยรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต การสัมภาษณ์ การค้นคว้าจากเอกสาร ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ใช้ทุกวิธีการที่เหมาะสมและรวบรวมข้อมูลทุกชนิดที่ให้ภาพสมบูรณ์ที่สุดตามกรอบแนวคิดการวิจัยที่กำหนดไว้

๓. การวิเคราะห์และ การตีความข้อมูล คือ การเลือกใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับลักษณะของข้อมูลและคำนึงถึงวัตถุประสงค์ในการศึกษา ตลอดจนบริบทของกรณีศึกษา

จากที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่า การถอดบทเรียน (Lesson Learned) คือ การทบทวน สรุปประสบการณ์ ทั้งเชิงบวกและเชิงลบจากมุมมองและทัศนคติที่หลากหลาย เพื่อนำไปสู่การพัฒนาและปรับปรุงงานให้ก้าวหน้า สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของบุคคลากร กลุ่ม องค์กร และสภาพแวดล้อม ด้วยวิธีการถอดบทเรียนจากบทเรียนที่ดี (Good Practice) โดยการพิจารณาจากคุณสมบัติของกรณีศึกษาที่สามารถกำหนดขอบเขตได้อย่างชัดเจน มีความสมบูรณ์ในตัวเอง

## ๒.๒ แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความรู้ในชุมชนนักปฏิบัติ (Communities of practice: COP)

วีระพจน์ กิมาคม (๒๕๕๐) [๓] ให้ความหมายของ ชุมชนนักปฏิบัติ (Communities of practice: COP) ว่า ชุมชนนักปฏิบัติ คือ การรวมตัวของคนหรือกลุ่มคนที่มีความชอบ มีความสนใจในสาระความเชี่ยวชาญที่คล้ายๆ กัน หรือมีปัญหาพร้อมกันทำงานด้านเดียวกัน สมาชิกในกลุ่มพร้อมและเต็มใจที่เรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน มีการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน สร้างและพัฒนาความสัมพันธ์ ความเข้าอกเข้าใจ ในระหว่างการทำเนิกรกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความรู้สึกร่วมกันและความเป็นเจ้าของร่วมกัน ก่อให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะดำเนินการอย่างสร้างสรรค์ต่อไป โดยที่พบปะกันของสมาชิกในชุมชน อาจจะเป็นการพบปะกันจริงแบบเผชิญหน้ากัน เช่น เป็นการประชุม สัมมนา หรือแม้กระทั่งสภากาแฟเล็กๆ นอกจากนี้ยังมีการพบปะกันแบบเสมือนผ่านทางเครื่องมือหรือเทคโนโลยี ได้แก่ แบบออนไลน์ผ่านอินเทอร์เน็ต หรืออินทราเน็ต เช่น

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประสบการณ์จากการทำงานผ่าน Web board โดยกล่าวว่าคุณลักษณะของชุมชนนักปฏิบัติว่าควรมีลักษณะดังนี้

๑. มีความสนใจในเรื่องเดียวกัน ต้องแลกเปลี่ยนประสบการณ์
๒. มีเป้าหมายร่วมกัน มีความมุ่งมั่นร่วมกัน ที่จะพัฒนาวิธีการทำงานได้ดีขึ้น
๓. วิธีปฏิบัติคล้ายกัน ใช้เครื่องมือ และภาษาเดียวกัน
๔. มีความเชื่อและยึดถือคุณค่าเดียวกัน
๕. มีบทบาทในการสร้างและใช้ความรู้
๖. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกันและกัน อาจจะพบกันด้วยตัวจริง หรือผ่านเทคโนโลยี
๗. มีช่องทางเพื่อการไหลเวียนของความรู้ทำให้ความรู้เข้าไปถึงผู้ที่ต้องการใช้ได้ง่าย
๘. มีความร่วมมือช่วยเหลือ เพื่อพัฒนาและเรียนรู้จากสมาชิกด้วยกันเอง

Nicols (๒๐๐๓ อ้างถึงใน สุภณิดา ปุสุรินทร์คำ, ๒๕๔๙) <sup>[๓]</sup> ได้ให้ความหมายของชุมชนนักปฏิบัติว่า เป็นกลุ่มที่ก่อรูปจากการแบ่งปันสิ่งต่างๆ ที่บุคคลเหล่านี้และเรียนรู้จากคนอื่นๆ ซึ่งมีลักษณะเกี่ยวข้องในบางประเด็นกับงานที่พวกเขาปฏิบัติอยู่ พวกเขาจะได้รับผลประโยชน์จากการแบ่งปันความรู้ที่เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งและประสบการณ์จากคนอื่นๆ ที่มีความสนใจและมีเป้าหมายที่คล้ายคลึงกัน

Wenger (๒๐๐๒ อ้างถึงใน พูนลาภ อุทัยเลิศอรุณ, ๒๕๔๗) <sup>[๓]</sup> ได้ให้ความหมายของชุมชนนักปฏิบัติว่า ชุมชนนักปฏิบัติ เป็นกลุ่มคนที่มีความสนใจ มีปัญหาหรือมีความต้องการในสิ่งใดสิ่งหนึ่งร่วมกันมาร่วมตัวกันเป็นเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการเพื่อทำงานร่วมกันและเสริมสร้างความรู้ความเชี่ยวชาญโรสิ่งที่สมาชิกในชุมชนเห็นร่วมกันผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ภายในชุมชนอย่างต่อเนื่องซึ่งชุมชนนักปฏิบัติจะเป็นการผสมผสานองค์ประกอบ ๓ องค์ประกอบ คือ

๑. โดเมนความรู้ (Domain) เป็นการกำหนดองค์ความรู้พื้นฐานที่เป็นที่สนใจร่วมกันของชุมชนการมีโดเมนร่วมกัน จะก่อให้เกิดความรู้สึกรับผิดชอบต่อองค์ความรู้และการพัฒนาแนวปฏิบัติ ซึ่งโดเมนของชุมชนนักปฏิบัติอาจเริ่มต้นจากความรู้แบบพื้น ๆ ไปจนถึงความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านโดเมนของชุมชนจะเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ชุมชนยังคงอยู่เป็นชุมชนต่อไปโดยเป็นสิ่งที่ทำให้สมาชิกทุกคนมาร่วมกันและเป็นตัวชี้นำการเรียนรู้ของชุมชน
๒. ชุมชน (Community) ช่วยให้เกิดสายใยแห่งการเรียนรู้ชุมชนที่มีความเข้มแข็งจะช่วยส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์และความสัมพันธ์บนพื้นฐานแห่งความเคารพและความไว้วางใจ โดยจะสนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนแนวคิด การตั้งคำถามและการรับฟังอย่างตั้งใจชุมชนจัดได้ว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุด ชุมชนนักปฏิบัติไม่ได้เป็นแค่เว็บไซต์ ฐานข้อมูลหรือแหล่งรวบรวมแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศเท่านั้น แต่เป็นกลุ่มคนที่มีปฏิสัมพันธ์กันมาเรียนรู้ร่วมกัน สร้างความสัมพันธ์กันและภายใต้กระบวนการพัฒนาความรู้สึกร่วมเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนและการมีพันธะสัญญาร่วมกัน
๓. แนวปฏิบัติ (Practice) เป็นการกระทำหรือแนวทางการปฏิบัติซึ่งสมาชิกในชุมชนแลกเปลี่ยนกัน โดยจะเป็นความรู้เฉพาะด้านซึ่งชุมชนมีการพัฒนา แลกเปลี่ยนและเก็บรักษาไว้และมีการกำหนดความรู้พื้นฐานที่สมาชิกชุมชนแต่ละคนควรมีซึ่งจะช่วยให้สมาชิกสามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

พูนลาภ อุทัยเลิศอรุณ (๒๕๔๗ อ้างอิงใน ฌษกฤษฎิณานันท์ แก้วละเอียด, ๒๕๕๒)<sup>[๓]</sup> กล่าวว่า ชุมชนนักปฏิบัติ (Communities of Practice) เป็นกลุ่มคนที่รวมตัวกันเป็นชุมชน โดยมีแรงปรารถนาาร่วมกันเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวพวกเขาไว้ภายใต้กรอบความรู้ ซึ่งกรอบความรู้เหล่านี้จะมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสมาชิกชุมชนและองค์การ ชุมชนนักปฏิบัติจะทำหน้าที่ดูแลความรู้ด้วยแรงขับเคลื่อนจากความรู้สึกเป็นเจ้าของความรู้ เนื่องจากเป็นสิ่งที่พวกเขา มีความสนใจ จึงจะทำให้วงจรการจัดการความรู้ เนื่องจากเป็นสิ่งที่พวกเขามีความสนใจ จึงทำให้วงจรการจัดการความรู้ ความสามารถขับเคลื่อนได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องอาศัยแรงผลักดัน หรือการบังคับจากองค์การนอกจากนี้ การรวมตัวกันเป็นชุมชนยังได้ก่อให้เกิดความไว้วางใจและความสนิทสนม ซึ่งไม่มีอยู่ในโครงสร้างการจัดการความรู้ รูปแบบอื่นๆ

สรุปได้ว่า ชุมชนนักปฏิบัติ หมายถึง การรวมตัวของคน หรือกลุ่มคนที่มีความชอบ ความสนใจเรื่องเดียวกัน มารวมตัวกันอย่างไม่เป็นทางการ ซึ่งบุคคลเหล่านี้ จะมีการแบ่งปันความรู้จากประสบการณ์ของตนเอง หรือจากการ เรียนรู้จากผู้อื่น ทำให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างกัน โดยการพบปะกัน อาจเป็นการพบปะกันจริงๆ หรือเป็นการพบปะ กันแบบเสมือนผ่านทางเครื่องมือหรือเทคโนโลยี เช่น แบบออนไลน์ผ่านทางอินเทอร์เน็ต หรืออินทราเน็ต เช่น การแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์จากการทำงานก็ได้

## ๒.๓ ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)

### ๒.๒.๑ ความเป็นมา

รัฐบาลได้มุ่งพัฒนาระบบราชการเพื่อให้หน่วยงานภาครัฐปรับปรุงการทำงาน ยุกระดับการบริหารจัดการและ มีการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี โดยนำแนวคิดและเครื่องมือ การบริหารจัดการสมัยใหม่เข้ามาในภาคราชการ ภายใต้การประยุกต์ใช้จากหลักการบริหารของภาคธุรกิจ เช่น การบริหารเชิงยุทธศาสตร์ การลดขั้นตอนการทำงาน การประเมินความพึงพอใจ คำรับรองการปฏิบัติราชการ ข้อเสนอการเปลี่ยนแปลง การบริหารความเสี่ยง การพัฒนาระบบสารสนเทศ เป็นต้น เพื่อให้การดำเนินงาน เป็นไปอย่างยั่งยืน สามารถยกระดับมาตรฐานการทำงานรองรับการพัฒนาระบบราชการ เป็นกรอบการประเมิน ตนเอง และสามารถติดตามการจัดการของภาครัฐได้อย่างต่อเนื่อง คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบให้นำเกณฑ์คุณภาพ การบริหารจัดการภาครัฐมาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาระบบราชการ เริ่มดำเนินการตามระบบคำรับรองการปฏิบัติ ราชการใน พ.ศ. ๒๕๔๔ โดยประยุกต์ใช้จากระบบคุณภาพการบริหารภาครัฐและเอกชนของต่างประเทศ เกี่ยวกับการ ปรับปรุงและพัฒนาองค์การเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศผ่านระบบการประเมินให้รางวัล คุณภาพ

รางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA ย่อมาจาก Public Sector Management Quality Award) ซึ่งประเทศไทยโดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการและสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ ได้ประยุกต์นำมาจาก MBNQA (รางวัลคุณภาพแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา) และ TQA (รางวัลคุณภาพแห่งชาติ ประเทศไทย) เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบ ราชการไทยและกำหนดเป็น “เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ” พ.ศ. ๒๕๕๕ เป็นการนำหลักเกณฑ์และ แนวทางการบริหารองค์การที่เป็นเลิศ ซึ่งได้ยอมรับเป็นมาตรฐานสากลมาประยุกต์ใช้พัฒนาระบบบริหารจัดการ ของหน่วยงานภาครัฐโดยอาศัยหลักการประเมินองค์การด้วยตนเองเป็นการทบทวนสิ่งที่องค์กรดำเนินการเทียบกับ

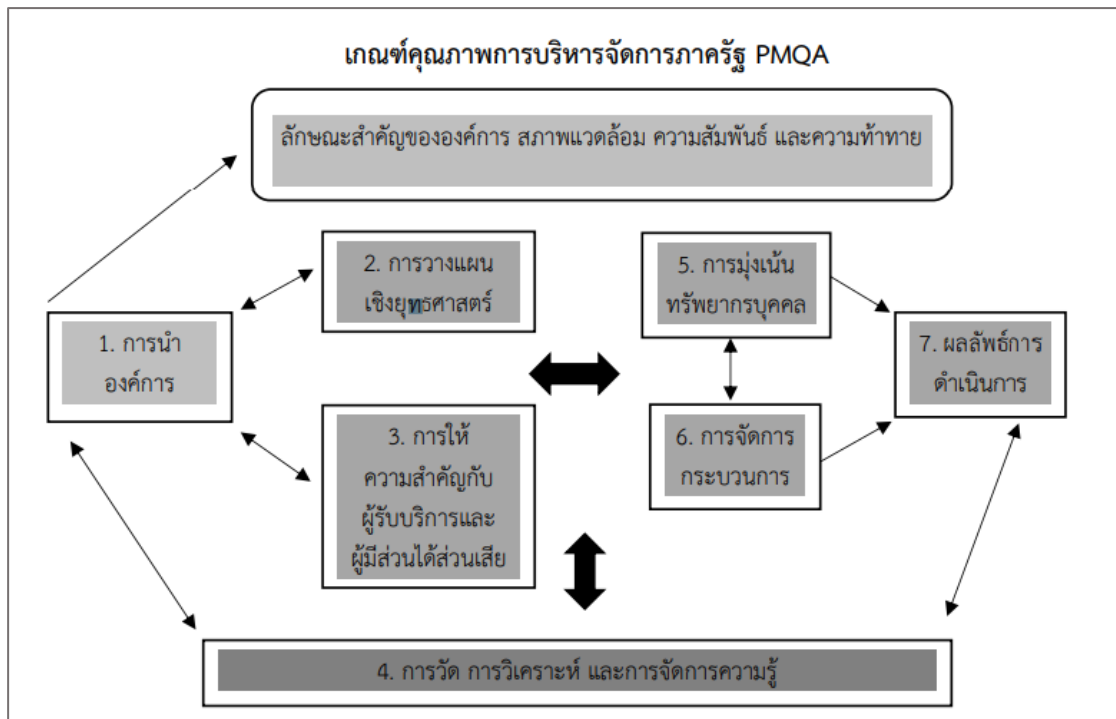
เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ เมื่อตรวจพบว่าเรื่องใดยังไม่อยู่ในระบบที่น่าพอใจเมื่อเทียบกับเกณฑ์องค์กรจะได้พัฒนาวิธีปฏิบัติเพื่อปรับปรุงองค์กรอย่างต่อเนื่องเพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานไปสู่มาตรฐานระดับสากล (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ๒๕๕๗, น. ๕-๖)

### ๒.๒.๒ แนวทางการดำเนินงาน PMQA

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ ได้นำ PMQA มาใช้เป็นตัวชี้วัดกับหน่วยงานราชการ ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๔๙ จนถึงปัจจุบัน ทั้งนี้ ในปี ๒๕๕๒ ได้พัฒนาเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ระดับพื้นฐาน (Fundamental Level : FL) ซึ่งเป็นแนวคิดการปรับปรุงที่ละขั้น โดยกำหนดแนวทางดำเนินการพัฒนาองค์การ (PMQA Roadmap) ให้ผ่านเกณฑ์ ปีละ ๒ หมวด สำหรับกรมและจังหวัด และปีละ ๓ หมวด สำหรับสถาบันอุดมศึกษา ส่วนการดำเนินการขั้นต่อไป เมื่อส่วนราชการดำเนินการพัฒนาองค์การครบทุกหมวด และผ่านการรับรอง

เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐระดับพื้นฐาน (Certify Fundamental : FL) แล้ว สำนักงาน ก.พ.ร. จะส่งเสริมให้ส่วนราชการยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ระดับก้าวหน้า (Progressive Level : PL) และเมื่อส่วนราชการดำเนินการผ่านเกณฑ์ฯ ระดับก้าวหน้าและพัฒนาองค์การอย่างต่อเนื่องเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศ และยกระดับมาตรฐานให้เทียบเท่าสากลตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐต่อไป

### ภาพที่ ๒.๑ เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ PMQA



สาระสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ จะแบ่งออกเป็น ๒ ส่วนหลักคือ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, ๒๕๕๘, น. ๒๖, ๓๖, ๔๔, ๕๔, ๖๒, ๗๔)<sup>[๔]</sup>

ส่วนที่ ๑ ลักษณะสำคัญขององค์กร เป็นการอธิบายถึงภาพรวมของส่วนราชการสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน (ข้อมูลพื้นฐานของหน่วยงาน) ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ประชาชน ส่วนราชการ หน่วยงานภายนอก) สิ่งสำคัญที่มีผลต่อการทำงานของส่วนราชการ ความท้าทายเชิงยุทธศาสตร์ที่กำลังเผชิญอยู่ รวมทั้งระบบการปรับปรุงผลการดำเนินงานของส่วนราชการ

ส่วนที่ ๒ เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ เป็นแนวทางในการบริหารจัดการที่ดีของส่วนราชการที่เป็นไปตามมาตรฐานที่ควรจะเป็น เน้นความสอดคล้องเชื่อมโยงและบูรณาการอย่างเป็นระบบ มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจประเมินการดำเนินการของส่วนราชการในประเด็นต่าง ๆ ตามหมวดของเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ทำให้เห็นโอกาสในการปรับปรุงกระบวนการของส่วนราชการนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการต่อไป ประกอบด้วย ๗ หมวด ได้แก่

หมวด ๑ การนำองค์กร เป็นการมุ่งเน้นวิธีการที่ผู้บริหารชี้นำ และกำหนดวิสัยทัศน์ ค่านิยมและผลการดำเนินการที่คาดหวังขององค์กร และขับเคลื่อนผลักดันให้องค์การมีผลการดำเนินงานอย่างยั่งยืน โดยให้ความสำคัญกับการสื่อสาร สร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมกรรมการดำเนินการที่มีจริยธรรมและผลการดำเนินการที่ดี รวมถึงระบบการกำกับดูแลตนเองที่ดี และความรับผิดชอบต่อสังคม

หมวด ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ เป็นการมุ่งเน้นความยั่งยืนของส่วนราชการในระยะยาวและสภาพแวดล้อมด้านการแข่งขันเป็นประเด็นท้าทายเชิงยุทธศาสตร์สำคัญที่ต้องบูรณาการเข้ากับการวางแผนภาพรวมการดำเนินการของส่วนราชการ การตัดสินใจเรื่องสมรรถนะหลักและระบบงานของส่วนราชการเป็นเรื่องที่ต้องบูรณาการ เพื่อให้มั่นใจถึงความยั่งยืนของส่วนราชการ ดังนั้น การตัดสินใจดังกล่าวจึงคงเป็นการตัดสินใจเชิงยุทธศาสตร์ที่สำคัญ

หมวด ๓ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นการกำหนดวิธีการที่ใช้รับฟังเสียงของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการใช้สารสนเทศเกี่ยวกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการปรับปรุงและค้นหาโอกาสในการสร้างนวัตกรรม เพื่อสร้างความผูกพันและความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

หมวด ๔ การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ เป็นหมวดหลักของเกณฑ์ในด้านสารสนเทศที่สำคัญทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการวัด การวิเคราะห์ และการปรับปรุงผลการดำเนินการรวมทั้งการจัดการความรู้ของส่วนราชการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อผลักดันให้เกิดการปรับปรุงการสร้างนวัตกรรม และการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของส่วนราชการ กล่าวคือ เป็น “สมอง” ขององค์กรที่เป็นศูนย์กลางในการปฏิบัติการต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความสอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน ของการปฏิบัติการกับวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ขององค์กร ซึ่งหัวใจสำคัญของการใช้ข้อมูลและสารสนเทศดังกล่าวอยู่ที่คุณภาพและความพร้อมของการใช้ข้อมูล นอกจากนี้สารสนเทศการวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ อาจเป็นที่มาของความได้เปรียบเชิงแข่งขันและการเพิ่มประสิทธิภาพและครอบคลุมการพิจารณาเชิงยุทธศาสตร์ในเรื่องดังกล่าวได้

หมวด ๕ การมุ่งเน้นบุคลากร เป็นการมุ่งเน้นให้ส่วนราชการมีวิธีการวางแผนด้านทรัพยากรบุคคล การสร้างสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ก่อให้เกิดผลการดำเนินการที่ดี รวมทั้งการสร้างความรู้ความผูกพันและการพัฒนาบุคลากร เพื่อนำศักยภาพของบุคลากรมาใช้อย่างเต็มที่เพื่อสนับสนุนพันธกิจ ยุทธศาสตร์ของส่วนราชการ ทั้งในปัจจุบันและอนาคต

หมวด ๖ การมุ่งเน้นระบบการปฏิบัติการ เป็นการมุ่งเน้นการปฏิบัติการ การออกแบบและการส่งมอบผลผลิต และการบริการ และประสิทธิผลของการปฏิบัติการเพื่อบรรลุความสำเร็จและเพื่อความยั่งยืนของส่วนราชการ

หมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการ เป็นการตรวจประเมินว่าส่วนราชการมีวิธีการอย่างไรในการประเมินผลการดำเนินการและการปรับปรุงในด้านที่สำคัญ ๆ ทุกด้านของส่วนราชการ ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลและการบรรลุพันธกิจ ผลลัพธ์ด้านการให้ความสำคัญผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นบุคลากร ผลลัพธ์ด้านการนำองค์การและการกำกับดูแลส่วนราชการ ผลลัพธ์ด้านงบประมาณการเงินและการเติบโต และผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลของกระบวนการและการจัดการห่วงโซ่อุปทาน นอกจากนี้ ยังตรวจประเมินระดับผลการดำเนินการของส่วนราชการเปรียบเทียบกับคู่แข่งและส่วนราชการอื่นที่มีภารกิจคล้ายคลึงกัน

## ๒.๔ แนวคิดเกี่ยวกับโครงการ Extension for Community Healthcare Outcome: ECHO

Project ECHO (Extension for Community Health Outcomes) เป็นโครงการที่เกิดขึ้นจากความริเริ่มในการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อให้เกิดการเพิ่มศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานในชุมชนที่ห่างไกลให้สามารถให้การรักษาในประเด็นโดยใช้การใช้ระบบการสื่อสารและเทคโนโลยีสนับสนุนกระบวนการเรียนรู้ของแพทย์ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ให้สามารถให้การรักษาผู้ป่วยในที่มีความซับซ้อนและต้องการความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการดูแลได้ในชุมชนในพื้นที่ห่างไกล ช่วยให้ผู้ได้รับการรักษามีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดการเสียชีวิต

### ๒.๔.๑ ความเป็นมาของโครงการ ECHO

The ECHO model™ ได้รับการพัฒนาขึ้นที่ the University of New Mexico Health Sciences Center, และได้มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายในหลากหลายประเทศทั่วโลก เช่น The University of Arizona, ECHO Ontario of Canada, The University of Missouri เมื่อราว ๒๐ ปีก่อน จากการริเริ่มของ Dr. Sanjeev Arora ทำงานอยู่ที่รัฐ New Mexico พบปัญหาการเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่จากตัวอย่างกรณีผู้ป่วยหญิงอายุ ๔๓ ปีป่วยด้วยไวรัสตับอักเสบ ได้รับการวินิจฉัยและได้รับคำแนะนำส่งตัวให้รับการรักษามานานถึง ๘ ปี ก่อนหน้านี้แต่ไม่ได้มารับการรักษาเนื่องจากจะต้องลางานหลายวันเพื่อรับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ที่อยู่ห่างไกล ใช้เวลาเดินทางถึง ๕ ชั่วโมง และเป็นผู้หญิงที่หม้ายที่ทำงานเลี้ยงลูกตามลำพัง จึงเพิ่งมารักษาเมื่อมีอาการปวดท้องซึ่งเป็นอาการจากมะเร็งตับระยะลุกลามและเสียชีวิตในช่วง ๖ เดือนต่อมาหลังได้พบ Dr. Arora กรณีนี้เป็นเพียงตัวอย่างเดียวจากผู้ป่วยหลาย ๆ ในพื้นที่ รัฐ New Mexico ซึ่งในขณะนั้นมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ถึง ๒๘,๐๐๐ ราย แต่โรงพยาบาลศูนย์ที่มีอยู่สามารถให้การรักษาได้เพียง ๑,๕๐๐ ราย มีผู้ป่วยจำนวนมากต้องเสียชีวิต จากโรคที่รักษาหายขาดได้แต่ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ Dr. Arora จึงได้ตัดสินใจที่จะพัฒนาระบบสุขภาพให้สามารถทำการรักษาไวรัสตับอักเสบซี ได้ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งหมดในรัฐ New Mexico. ผ่านการพัฒนาชุมชนนักปฏิบัติเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลรักษา ผ่านระบบการเรียนรู้ทางไกล เพื่อให้การรักษาเกิดขึ้นได้ในระดับบริการปฐมภูมิ ซึ่งการมีชุมชนนักปฏิบัตินี้ ทำให้เกิดการเรียนรู้ทั้งจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และแพทย์ที่ทำงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่พบปัญหา

ในพื้นที่ในเรื่องเดียวกัน การสร้างชุมชนนักปฏิบัติทำให้เกิดการเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กรณีศึกษาผู้ป่วยจริงในพื้นที่ ซึ่งมีบริบทและปัญหาที่เฉพาะแตกต่างกันไป ซึ่งสุดท้ายแล้วหลังจากดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา ๑ ปี แพทย์ที่ให้บริการในระดับบริการปฐมภูมิมีความเชี่ยวชาญในการรักษาไวรัสตับอักเสบบี และทำให้สามารถรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีได้หายขาด เพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับประชาชนและลดการเสียชีวิตได้จำนวนมาก

จะเห็นได้ว่า การดำเนินงานเช่นนี้เป็นการดำเนินงานที่คำนึงถึงผู้รับบริการ ผู้ป่วย และชุมชน เป็นศูนย์กลาง ส่งผลในการเพิ่มศักยภาพให้กับแพทย์และทีมสุขภาพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ทำให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้ใกล้บ้าน ทำให้สามารถช่วยรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเป็นการดูแลที่คำนึงถึงผู้ป่วยส่งผลให้มีการขยายผลการดำเนินงานไปในหลายพื้นที่ทั่วโลกมากกว่า ๓๕ ประเทศ <sup>[๕]</sup>

#### ๒.๔.๒ หลักการพื้นฐานของการดำเนินงาน

กระบวนการเรียนรู้จะเกิดจากการนำเสนอกรณีผู้ป่วย ซึ่งเป็นกรณีศึกษาจริง ต่อทีมผู้เชี่ยวชาญ และทีมผู้ร่วมในกระบวนการเรียนรู้ เพื่อที่จะให้มีการแลกเปลี่ยนความเห็นและการให้คำแนะนำ ซึ่งผู้เรียนจะได้เรียนรู้จากกันและกัน ได้เป็นทั้งผู้สอนและผู้เรียนรู้ เกิดนำความรู้ไปใช้ตามบริบทที่มีความเฉพาะต่าง ๆ กันไป การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และการมีระบบสนับสนุนจากผู้จัดหลักสูตรการเรียนรู้และผู้ที่เกี่ยวข้องในการเรียนรู้จากชุมชนต่าง ๆ ด้วยกันเอง เกิดผลลัพธ์ที่ทำให้มีศักยภาพในการดูแลได้ต่อเนื่องยาว กระบวนการเรียนรู้ทำให้มีการเรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดการดูแลที่เป็นองค์รวมเกิดการรักษามีประสิทธิภาพในชุมชน โดยหลักการที่เป็นพื้นฐานในการดำเนินงานประกอบด้วย

๑. การขยายผล (Amplification) ใช้เทคโนโลยีในการเป็นสื่อทำให้ความรู้เคลื่อนย้ายจากที่หนึ่งไปสู่อีกที่หนึ่ง โดยเฉพาะการนำความรู้ไปสู่พื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัดหรืออยู่ห่างไกลเพิ่มศักยภาพในการดูแลรักษา เป็นการขยายผลความรู้ให้เกิดประโยชน์ในวงกว้าง
๒. การนำเสนอผลการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ (best practice) ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ลดช่องว่างของความแตกต่างในการดูแลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ
๓. การเรียนรู้ผ่านกรณีศึกษาจริง (Case-based learning) ถือเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ และช่วยการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนได้รับการดูแลจากคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ และจากผู้ร่วมเรียนรู้ในชุมชนนักปฏิบัติที่ประสบการณ์ในบริบทเฉพาะของชุมชน
๔. การใช้ข้อมูลเพื่อติดตามและประเมินผล การดำเนินงานให้เกิดผลลัพธ์ที่จะเป็นประโยชน์สูงสุด

#### ๒.๔.๓ รายงานผลการดำเนินงานโครงการ ECHO ของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี ๒๕๖๕

ECHO (Extension for Community Healthcare Outcomes) <sup>[๖]</sup> เป็น Project ที่นำมาใช้ในการพัฒนา กิจกรรมการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี เพื่ออำนวยความสะดวกในการจัดการเรียนรู้ของชุมชนนักปฏิบัติผ่านโปรแกรม ECHO จัดโดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข โดยปฏิบัติตามหลักการของ ECHO project ได้แก่



- ใช้เทคโนโลยี ในการช่วยกระจายทรัพยากรและพัฒนาศักยภาพ (ผ่านระบบ teleconference)
- พัฒนาระบบบริการ โดยลดความแตกต่างในรูปแบบการให้บริการผ่านการเรียนรู้ case based learning และแบ่งปัน best practices
- ใช้วิธีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริง โดยมีทีมสหวิชาชีพ
- ติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินงาน

ซึ่งจัดการเรียนรู้ของชุมชนนักปฏิบัติตามแผน ใน ๓ หัวข้อ ประกอบด้วย HIV, TB-HIV และ QI หัวข้อละ ๖ ครั้ง รวม ๑๘ ครั้ง

**รูปแบบ ECHO:** จัดการเรียนรู้ผ่านระบบ teleconference จำนวน ๓ หัวข้อ ดังนี้

### ๑. หัวข้อ HIV

วัตถุประสงค์เพื่อจัดการเรียนรู้ และขับเคลื่อนชุมชน “นักปฏิบัติด้าน HIV” มีทีมผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยจัดกิจกรรมในเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ.๒๕๖๕ เดือนละครั้ง ในเวลา ๑๒.๑๕-๑๓.๓๐ น. รวมจำนวน ๖ ครั้ง มีหัวข้อดังนี้ ๑. Overview of ART, ART initiation ๒. Lab monitoring ๓. Management in complications of ART ๔. HIV in specific populations ๕. Management in treatment failure ๖. HIV Prevention

### ๒. หัวข้อ TB-HIV

วัตถุประสงค์เพื่อจัดการเรียนรู้ และขับเคลื่อนชุมชน “นักปฏิบัติด้าน TB-HIV” มีทีมผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยจัดกิจกรรมในเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ.๒๕๖๕ เดือนละครั้ง ในเวลา ๑๒.๑๕-๑๓.๓๐ น. รวมจำนวน ๖ ครั้ง มีหัวข้อดังนี้ ๑. Diagnosis and anti-TB treatment ๒. TB in HIV ๓. Management in complications of anti-TB ๔. TB in specific populations (pregnancy and children, TB in prisons) ๕. Drug resistant TB ๖. TB prevention

### ๓. หัวข้อ QI

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างความเข้าใจหลักการใช้ข้อมูลเพื่อการพัฒนาคุณภาพ และการเชื่อมโยงกับมาตรฐาน การรับรองเฉพาะโรค/ระบบด้านเอชไอวี รวมถึง เพื่อเพิ่มทักษะการใช้ข้อมูลในการเริ่มต้นการสนทนา หรือค้นหา ปัญหาของโรงพยาบาล มีทีมผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) โดยจัดกิจกรรมในเดือน เมษายน ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ.๒๕๖๕ เดือนละ ๒ ครั้ง ในเวลา ๑๔.๐๐-๑๕.๓๐ น. รวมจำนวน ๖ ครั้ง มีหัวข้อ ดังนี้ ๑. การโค้ชโดยใช้ข้อมูล: FUN WITH FIGURES ๒. การโค้ชสู่เป้าหมาย ๙๕ ที่ ๑: เธออยู่ไหนใน รพ.ฉัน/หาให้ พบ ๓. การโค้ชสู่เป้าหมาย ๙๕ ที่ ๒: ครบถ้วนรักษา ๔. การโค้ชสู่เป้าหมาย ๙๕ ที่ ๓: จบรักษา U=U ๕. การโค้ช เพื่อการมีส่วนร่วมขององค์กร ๖. การสรุปการโค้ชและการเขียนรายงาน

โดยทั้ง ๓ หัวข้อได้ทำการเรียนรู้จากกรณีศึกษาจริงในพื้นที่ผ่านการนำเสนอ case (case-base learning) และมีทีมผู้เชี่ยวชาญจาก สหสาขาวิชาชีพเข้าร่วม ให้คำแนะนำ ในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมรับฟัง

แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพที่คล้ายกัน (sharing best practice) และปิดท้ายด้วยการเสริมการเรียนรู้ผ่านการสอนทฤษฎีโดยผู้เชี่ยวชาญในแต่ละหัวข้อ

### ผลการดำเนินงาน

: มีการจัดกิจกรรม ECHO ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๕ รวมทั้งหมดจำนวน ๑๘ ครั้ง มีแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ และผู้สนใจจากโรงพยาบาลและหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนเข้าร่วมกิจกรรม ดังนี้

๑. หัวข้อ HIV ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ๖ ครั้ง รวมทั้งหมดจำนวน ๖๖๗ คน โดยมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมเฉลี่ยจำนวน ๑๑๑ คน ต่อครั้ง
๒. หัวข้อ TB-HIV ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ๖ ครั้ง รวมทั้งหมดจำนวน ๕๑๓ คน โดยมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมเฉลี่ยจำนวน ๘๕ คน ต่อครั้ง
๓. หัวข้อ QI ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ๖ ครั้ง รวมจำนวน ๒๑๔ คน โดยมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมเฉลี่ยจำนวน ๓๕ คน ต่อครั้ง

### ผลการประเมิน

: มีการวัดผลโดยแบบประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน ๑๕ ครั้ง ในด้านความรู้ ทักษะติดต่อประโยชน์ที่ได้รับเพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงความคิดเห็นต่อการอบรมผ่านโปรแกรม ECHO HIV ซึ่งโดยภาพรวม ผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อการอบรมระดับมากทั้งความเชื่อมั่นในความเชี่ยวชาญของผู้สอนและเนื้อหาที่ได้เรียนรู้และการจัดการ ประสานงาน ประชาสัมพันธ์ และมีความมั่นใจในการนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย HIV อย่างไรก็ตามคะแนนความรู้ก่อนและหลังเรียนไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน เนื่องจากความรู้ที่วัดมุ่งเน้นเรื่องโรคและการรักษาในขณะที่กลุ่มผู้เรียนมีหลายวิชาชีพและเป็นการคิดคะแนนเป็นแบบภาพรวมกลุ่ม รายละเอียดของผลประเมินเป็นรายหัวข้อ ดังนี้

#### ๑. หัวข้อ HIV

มีการทำแบบประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน ๖ ครั้ง ผลการประเมินความรู้ คะแนนเต็ม ๕ คะแนน พบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนก่อนเข้าร่วมกิจกรรมเฉลี่ย ๑.๙๕ คะแนน มีคะแนนหลังเข้าร่วมกิจกรรมเฉลี่ย ๒.๕๐ คะแนน (คะแนนเต็ม ๕ คะแนน) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น ๐.๕๕ คะแนน

#### ๒. หัวข้อ TB-HIV

มีการทำแบบประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน ๖ ครั้ง ผลการประเมิน พบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนก่อนเข้าร่วมกิจกรรมเฉลี่ย ๒.๓๔ คะแนน มีคะแนนหลังเข้าร่วมกิจกรรมเฉลี่ย ๒.๘๔ คะแนน (คะแนนเต็ม ๕ คะแนน) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น ๐.๕๐ คะแนน

#### ๓. หัวข้อ QI

มีการทำแบบประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน ๓ ครั้ง ผลการประเมิน พบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนก่อนเข้าร่วมกิจกรรมเฉลี่ย ๓.๓๕ คะแนน มีคะแนนหลังเข้าร่วมกิจกรรมเฉลี่ย ๓.๒๒ คะแนน (คะแนนเต็ม ๕ คะแนน) โดยมีคะแนนลดลง ๐.๑๓ คะแนน

## สรุปบทเรียนแนวทางการดำเนินงาน (as a guideline)

### ๑) การเตรียมความพร้อมของหลักสูตรและทีมผู้สอน

ควรทำการออกแบบหลักสูตร โดยกำหนดวัตถุประสงค์ หัวข้อสอน ทีมผู้สอน กลุ่มผู้เรียนเป้าหมาย การประเมินผล และช่วงเวลาจัดให้เสร็จล่วงหน้า ทั้งนี้ในการจัดทำทีมผู้สอนควรมีส่วนร่วมกันในการวางแผน เพื่อให้เกิดความสอดคล้องของแต่ละหัวข้อ ควรกำหนดให้มีคนรับบทบาทผู้ประสานระหว่างการสอน (Moderator/Facilitator) เพื่อให้การดำเนินการอบรมราบรื่นเป็นไปตามระยะเวลาที่ได้กำหนดไว้

### ๒) การเลือกกลุ่มผู้เรียน

- เลือกกลุ่มผู้เรียนที่ตรงกับหัวข้อการเรียนรู้ และ
- ควรพิจารณาถึงความหลากหลายสาขาวิชาชีพของผู้เรียน เพื่อเตรียมความเกี่ยวข้องกับเนื้อหาที่อบรมได้ ไม่ยากหรือง่ายจนเกินไป
- ทั้งนี้ผู้เรียนควรมีเวลาในการเตรียมตัวเพื่อนำกรณีปัญหา/ผู้ป่วยที่เจอจริง มาร่วมในการเรียนรู้ การออกแบบข้อมูลในการนำเสนอไม่ควรซับซ้อนจนเกินไปเพื่อดึงดูดให้ผู้เรียนร่วมนำเสนอ
- การพิจารณาจำนวนผู้เรียนกลุ่มเปิดหรือปิด ต้องคำนึงถึงการลงทะเบียน i-ECHO ด้วยทั้งนี้การจัดแบบกลุ่มเปิด ทำให้การติดตามการประเมินและการลงทะเบียนเป็นไปได้ยากกว่าแบบกลุ่มปิด

### ๓) ทีมจัดการและประสานงาน

- ทำการประชาสัมพันธ์ตามแผนที่วางไว้
- ทำให้ผู้เรียนและทีมผู้สอน เข้าถึงระบบการเรียนรู้ โดยการทำความรู้ การเข้าเรียน เข้าสอน ผ่านระบบ ECHO zoom
- ทำการประสานทั้งก่อน session และหลัง session แก่ผู้สอนและผู้เรียน ได้แก่ การติดตามผู้เรียนในการส่งกรณีผู้ป่วยร่วมเรียนรู้ การติดตาม slide สอนและเอกสารความรู้เพิ่มเติมที่ผู้สอนต้องการตอบผู้เรียน
- ลงทะเบียนผู้เรียนในแต่ละครั้งในระบบ iECHO ซึ่งต้องได้ข้อมูลผู้เรียน ได้แก่ ชื่อ สกุล อาชีพ สถานที่ทำงาน ที่อยู่ทำงาน และ email

## ปัจจัยความสำเร็จและผลกระทบที่เกิดขึ้น

ปัจจัยความสำเร็จและผลกระทบที่เกิดขึ้น ดังนี้

- ๑) ด้านผู้สอน ทีมอาจารย์มีความชำนาญทั้งด้านความรู้และด้านการจัดโปรแกรม ECHO ทำให้สามารถดำเนินการสอนได้อย่างราบรื่นและผู้เรียนสามารถนำความรู้ไปใช้ได้จริง
- ๒) ด้านผู้เรียน เป็นกลุ่มเป้าหมายที่ตรงกับแผนการอบรม ทำให้มีความสนใจเข้าร่วมและปฏิสัมพันธ์กับการเรียนรู้อย่างเต็มที่ นอกจากนั้นการกำหนดคะแนนการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรสาขาต่างๆ เช่น แพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ ยังช่วยให้ผู้เรียนมีความสนใจมากยิ่งขึ้น
- ๓) ด้านหลักสูตร ประเด็นหัวข้อที่สอน มีเนื้อหาการอบรมตรงกับความต้องการของผู้เรียน มีการสอนโดยใช้ตัวอย่างปัญหา หรือลักษณะผู้ป่วยที่พบจริงในการทำงาน และมีระยะเวลาในการเรียนรู้สั้น กระชับ
- ๔) ด้านรูปแบบการจัดและทีมผู้ประสานงาน มีทีมงานประสานให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องและมีการประชาสัมพันธ์ตรงกลุ่มเป้าหมายผู้เรียน

## อุปสรรคของการจัดกิจกรรม ECHO

- ๑) ปฏิสัมพันธ์ของผู้เรียนในระหว่างการดำเนินกิจกรรม ค่อนข้างน้อย เนื่องจากมีผู้เรียนจำนวนมาก ในระยะเวลาที่จำกัด
- ๒) การจัดกิจกรรมมีความถี่ค่อนข้างมาก และในกลุ่มหัวข้อผู้สอนเป็นทีมเดียวกัน ทำให้เกิดความกระชั้นชิด ในการเตรียมทั้งผู้สอนและผู้เรียน
- ๓) หัวข้อ QI มีการจัดในเวลา ๑๔.๐๐ น. ซึ่งเป็นเวลาทำงาน ทำให้มีผู้เข้าเรียนน้อย ในขณะที่หัวข้อ HIV และ TB-HIV จัดช่วงเที่ยงจึงมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้มากกว่า

## ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อไป

### ๑) การดำเนินงานควรมีความต่อเนื่อง

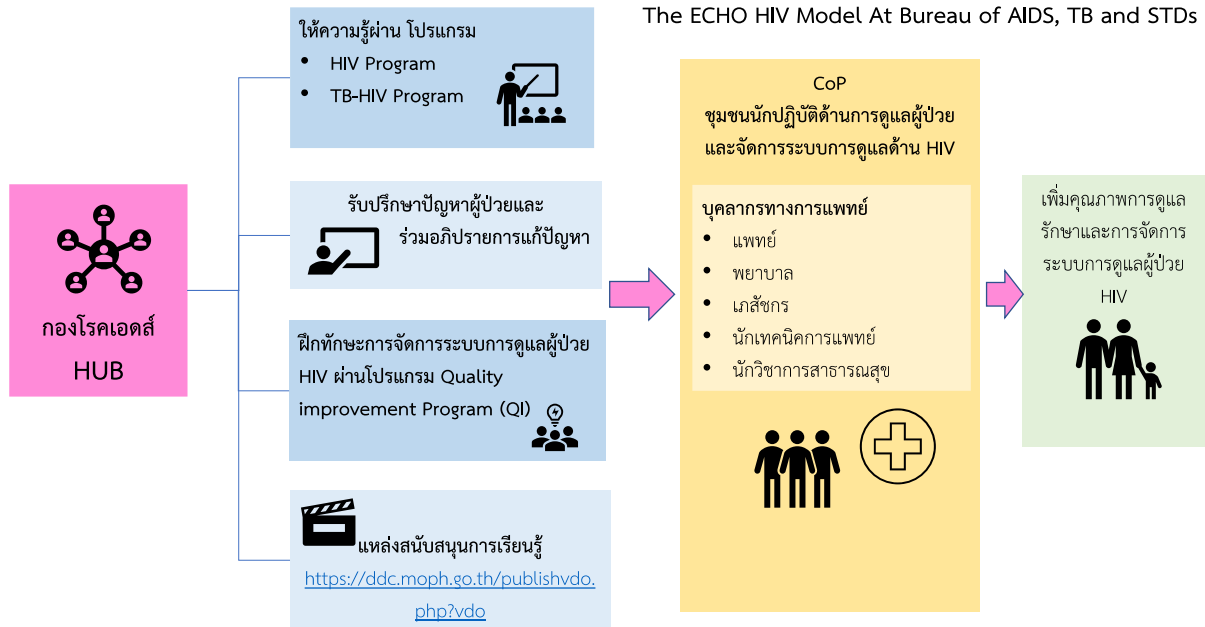
จากการอบรมครั้งนี้ ทำให้เกิดการรวมตัวของกลุ่มผู้เรียนที่มาจากชุมชนนักปฏิบัติและการจัดการระบบ การดูแลผู้ป่วยด้าน HIV หากสามารถจัดให้มีโครงการต่อ จะช่วยให้ผู้เรียนสามารถนำปัญหาการดูแลผู้ป่วยมา เรียนรู้ร่วมกันได้และทำให้เกิดความยั่งยืนต่อเนื่องของชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ดังนั้นจึงควรมีงบประมาณ สนับสนุนการดำเนินงานต่อไปในอนาคต

### ๒) การขยายกลุ่มผู้เรียน

เนื่องจากบทบาทการดูแลของแต่ละสหสาขาวิชาชีพ มีความแตกต่างกัน เนื้อหาความรู้ที่โปรแกรมสอน สามารถปรับได้ ๒ แนวทาง คือ ลดความลึกเฉพาะด้าน แต่เพิ่มองค์ประกอบของเนื้อหาการดูแลที่ทุก สหสาขาวิชาชีพนำไปใช้ได้ หรือให้มีการจำเพาะกลุ่มผู้เรียน อาจแยกผู้เรียนแต่ละวิชาชีพ เพื่อทำโปรแกรมการ สอนที่มีความยากตามด้านสาขาได้ ควรขยายกลุ่มผู้เรียนโดยเข้าถึงแพทย์จบใหม่ (แพทย์ intern) ให้มากกว่านี้ เพราะเป็นกลุ่มที่อยู่ระหว่างเพิ่มพูนทักษะความรู้และต้องเจอกับปัญหาผู้ป่วย HIV ที่ซับซ้อนจริงใน พื้นที่ปฏิบัติงานซึ่งขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญ และควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้น เพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายทั่ว ประเทศ

- ๓) การประเมินผล ควรมีการระบุผู้เรียน หรือผู้ทำข้อสอบให้ชัดเจน เพื่อให้สามารถติดตามหรือวัดประเมินความรู้ ผู้เรียนได้ในแต่ละครั้งที่มีการจัดกิจกรรมการประเมินผล อาจเปลี่ยนจากการวัดความรู้เป็น การวัดความมั่นใจ ในการปฏิบัติงาน
- ๔) การขยายรูปแบบการเรียนรู้ โดยพื้นที่ในชุมชน สามารถนำ echo ไปดำเนินการเองได้ โดยอาศัยสื่อการสอน จากการจัดรอบนี้ ซึ่งสามารถใช้ที่มหาวิทยาลัยในพื้นที่เพื่อร่วมอภิปรายกรณีศึกษาภายในพื้นที่จริงของตนเอง
- ๕) ช่วงเวลาในการจัดกิจกรรม สืบเนื่องจากกลุ่มผู้เรียนเป็นสหสาขาวิชาชีพที่ทำงานในช่วงเวลาปกติ การจัดในช่วงเวลาเที่ยง ทำให้ผู้เรียนกลุ่มนี้สามารถเข้าเรียนได้มากขึ้น

ภาพที่ ๒.๒ รูปแบบการพัฒนาชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวีที่เกี่ยวข้อง สำหรับประเทศไทย  
(The ECHO HIV-Model At Bureau of AIDS, TB and STDs)



## ๒.๕ วิจัยที่เกี่ยวข้อง

### ๒.๕.๑ งานวิจัยในประเทศ

ทีปกร จิริฐิติกุลชัย [๓] ได้ศึกษาการจัดเครือข่ายบริการสุขภาพเชิงพื้นที่เพื่อบรรเทาปัญหาการขาดแคลนบุคลากร งานวิจัยนี้เป็นรายงานผลการวิเคราะห์เบื้องต้นของการจัดเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับกำลังคนด้านสุขภาพของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการขาดแคลนกำลังคนและการจัดเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับนโยบายการจัดสรรทรัพยากรบุคคลเชิงพื้นที่เพื่อลดปัญหาความขาดแคลนบุคลากรสุขภาพของประเทศ ผลการศึกษาเปรียบเทียบอัตรากำลังคนขั้นต่ำ ณ วันที่ ๑ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒ พบว่า สาขาวิชาชีพที่ขาดแคลนมากที่สุด คือ พยาบาล ทันตแพทย์และแพทย์ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยแบบถ่วงน้ำหนักของ “ดัชนีความเข้มข้นของความขาดแคลน” ในระดับโรงพยาบาลทั่วประเทศ คือ ขาดแคลนเฉลี่ยร้อยละ ๓๑, ๒๙, และ ๒๖ ตามลำดับ และประมาณร้อยละ ๘๐ ของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขขาดแคลนพยาบาล ทันตแพทย์และแพทย์ ซึ่งจำนวนขาดแคลนเฉลี่ยแบบถ่วงน้ำหนักสำหรับพยาบาล คือ ๖๘ คนต่อโรงพยาบาล และจำนวนขาดแคลนเฉลี่ยแบบถ่วงน้ำหนักสำหรับแพทย์และทันตแพทย์ คือ ๑๐ และ ๓ คนต่อโรงพยาบาล ตามลำดับ โดยขาดแคลนพยาบาลรวมทั้งสิ้นประมาณ ๑๖,๐๐๐ คน และขาดแคลนแพทย์และทันตแพทย์ประมาณ ๓,๔๐๐ และ ๑,๐๐๐ คน ตามลำดับ ทั้งนี้ พยาบาลจะมีความขาดแคลนรุนแรงในระดับปฐมภูมิและตติยภูมิ แต่ไม่ขาดแคลนในระดับทุติยภูมิ ส่วนแพทย์มีปัญหาขาดแคลนรุนแรงในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ การจัดเครือข่ายของโรงพยาบาลในระดับบริการเดียวกันจะไม่สามารถลดปัญหาความขาดแคลนได้ เนื่องจากมีความขาดแคลนบุคลากรสูง จึงไม่เพียงพอที่จะจัดสรรให้บรรเทาความขาดแคลนได้ แต่ถ้าสามารถบริหารจัดการเครือข่าย

โดยรวมกำลังคนที่อยู่ในระดับบริการใกล้เคียงกัน เช่น รวมระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิระดับต้น และทุติยภูมิระดับกลาง ภายในพื้นที่อำเภอเดียวกัน จะสามารถลดปัญหาความขาดแคลนพยาบาลได้ โดยดัชนีความเข้มข้นของความขาดแคลนแบบถ่วงน้ำหนักของพยาบาลจะสามารถลดลงจากร้อยละ ๖๙ ในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ เหลือร้อยละ ๒๕ เมื่อจัดเครือข่ายระดับอำเภอโดยสามารถเกลี้ยจากระดับทุติยภูมิที่ไม่มีความขาดแคลน เพื่อช่วยพยาบาลในระดับปฐมภูมิและตติยภูมิ นอกจากนี้ การจัดเครือข่ายในระดับจังหวัดหรือเขตพื้นที่สุขภาพจะช่วยบรรเทาความขาดแคลนแพทย์ในระดับทุติยภูมิได้ อย่างไรก็ตาม การจัดเครือข่ายในรูปแบบต่าง ๆ ที่ศึกษาจะไม่สามารถลดปัญหาขาดแคลนโดยเฉลี่ยในสาขาวิชาชีพทันตแพทย์และเภสัชกร

พนิดา วสุธาพิทักษ์<sup>[๔]</sup> ได้ศึกษาการจัดการความรู้ในเครือข่ายสุขภาพชุมชน: กรณีศึกษาเครือข่ายสุขภาพชุมชนของมูลนิธิแพทย์ชนบท วัตถุประสงค์เพื่อ ๑) ศึกษาการจัดการความรู้ในเครือข่ายสุขภาพชุมชนภาคเหนือ ภาคอีสาน และภาคใต้ ของมูลนิธิแพทย์ชนบท ๒) วิเคราะห์เปรียบเทียบลักษณะร่วม-ต่าง และปัจจัยความสำเร็จของการจัดการเรียนรู้ในเครือข่ายสุขภาพชุมชน และ ๓) สังเคราะห์บทเรียนการจัดการความรู้ในเครือข่ายสุขภาพชุมชน โดยพัฒนากรอบแนวคิดของการศึกษาจากตัวแบบการจัดการความรู้แบบบูรณาการ หรือตัวแบบไข่อัลคาซ่าของโรงพยาบาลตาก จังหวัดตาก ผลการศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบกระบวนการและปัจจัยความสำเร็จสามารถสังเคราะห์เป็นบทเรียนการจัดการเรียนรู้ในเครือข่ายสุขภาพชุมชน ดังนี้ ๑) การจัดการเรียนรู้ ควรเริ่มต้นจากการสร้างกระบวนการทัศน์สุขภาพแบบองค์รวม และปรับเปลี่ยนจากโครงสร้างการทำงานแบบราชการ มาเป็นการเชื่อมโยงความสัมพันธ์เชิงวัฒนธรรม ๒) การจัดการให้เกิดองค์ความรู้ หากกำหนดประเด็นความรู้เด่นชัดได้ง่าย แต่ถ้าเป็นการจัดการให้เกิดความรู้ฝังลึก ควรมีการเปิดโลกทัศน์ด้วยการศึกษาดูงานจากชุมชนที่มีความเข้มแข็ง และควรมีการเปิดพื้นที่ให้ความรู้ในการจัดการสุขภาพของชาวบ้านได้เข้าร่วมมีบทบาทในวงของการสร้างความรู้ ซึ่งถือเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ชุมชน ๓) การจัดการให้เกิดการใช้ความรู้ ควรมีการสร้างกลไกเข้ามาหนุนเสริมผ่านการเรียนรู้ร่วมกันเป็นเครือข่าย และนำเอาความรู้ที่สร้างขึ้นไปให้เครือข่ายใช้ในการขับเคลื่อนกระบวนการรวมทั้งควรมีการสร้างพื้นที่เพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน ๔) การจัดการให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ควรจัดให้มีการเจอกันข้ามแดนระหว่างสหวิชาชีพในพื้นที่ต่าง ๆ ซึ่งจะส่งผลให้คนทำงานมีความคิดแตกแขนงออกไปกว้างขึ้น และ ๕) การจัดการให้เกิดคลังความรู้ จำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือจากหน่วยงานภายนอกเข้ามาเติมเต็มกระบวนการให้ครบถ้วนสมบูรณ์ จนเกิดเป็นความรู้เด่นชัดของเครือข่าย

จินดา คุณสมบัติ และคณะ<sup>[๕]</sup> ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบเพื่อการส่งเสริมการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง โดยมีวัตถุประสงค์ ๑) เพื่อพัฒนารูปแบบเพื่อการส่งเสริมการจัดการความรู้ ๒) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบเพื่อการส่งเสริมการจัดการความรู้ และ ๓) เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบเพื่อการส่งเสริมการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติ ในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย สมาชิกชุมชนนักปฏิบัติ ๔ ชุมชน จำนวน ๑๔๕ คนซึ่งเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย ๑) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ๒) แผนการพัฒนารูปแบบส่งเสริมการจัดการความรู้ ๓) แบบบันทึกภาคสนาม ๔) แบบบันทึกการทำงานของชุมชนนักปฏิบัติ ๕) แบบบันทึกประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบเพื่อการส่งเสริมการจัดการความรู้ และ ๖) แนวคำถามในการสัมภาษณ์สมาชิกชุมชนนักปฏิบัติตรวจสอบความครอบคลุม ความชัดเจน และความเหมาะสมของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณ จำนวน ๕ ท่านวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบเพื่อการส่งเสริมการ

จัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติในโรงพยาบาลนครพิงค์ ใช้ครบทั้ง ๑๒ พหุติกรรม ๒. ประสิทธิผลของการพัฒนา รูปแบบเพื่อการส่งเสริมการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติได้แก่ ๑) การจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จำนวน ๑๔ ครั้ง ๒) เอกสารที่รวบรวมจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จำนวน ๑๖ เรื่อง ๓) คู่มือการดูแลแผลจำนวน ๑ เล่ม และแนวปฏิบัติสำหรับเตรียมให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา แนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทาง หลอดเลือดดำ และแนวปฏิบัติการระบุตัวผู้ป่วยจำนวนอย่างละ ๑ เล่ม ๔) เรื่องเล่าเกี่ยวกับวิถีปฏิบัติที่ดีและงานวิจัย จำนวน ๑๕ เรื่อง ๕) รายงานการประชุมของชุมชนนักปฏิบัติจำนวน ๙ ครั้ง และ ๖) มีการนำความรู้ที่ได้ไปใช้ ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ๓. ปัญหาและอุปสรรคของการส่งเสริมการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติ พบว่า นโยบายของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชนนักปฏิบัติยังไม่เป็นที่รับรู้อย่างทั่วถึง สิ่งจูงใจ และสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไม่เพียงพอ สมาชิกชุมชนนักปฏิบัติไม่มีเวลาในการเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สารสนเทศและฐานข้อมูลความรู้ในโรงพยาบาลไม่เพียงพอ และระบบอินเทอร์เน็ตยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ในโรงพยาบาล ส่วนข้อเสนอแนะของการส่งเสริมการจัดการความรู้ได้แก่ ผู้บริหารควรเผยแพร่นโยบายในการส่งเสริม การจัดการความรู้แก่บุคลากรอย่างทั่วถึง สนับสนุนฐานข้อมูลความรู้ และขยายเครือข่ายอินเทอร์เน็ตให้ครอบคลุม ทั้งโรงพยาบาล

วิภาวณีย์ อรรถพรชัย และคณะ <sup>[๖]</sup> ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการพัฒนา คุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในชนบท เพื่อแก้ไขปัญหาในการรักษาผู้ป่วยในพื้นที่ชนบท ในกรณีฉุกเฉินปัจจุบันประเทศไทยได้ตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินขึ้น เป็นศูนย์ข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการ กับผู้ป่วยหรือ ผู้รับบริการ โดยใช้ระบบ Telemedicine ซึ่งยังมีอุปสรรคของการใช้ระบบการแพทย์ทางไกล คือ ๑. เครือข่าย ระบบสื่อสารไม่ครอบคลุมพื้นที่ชนบท ๒. แพทย์ที่ให้การรักษาดังกล่าวมีความเชี่ยวชาญในการรักษาพยาบาลผ่าน จอคอมพิวเตอร์ และต้องสามารถใช้เครื่องมือทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ ๓. ขาดแนวทางการรักษาแพทย์ทางไกลให้แพทย์ และผู้ให้บริการทางการแพทย์ยึดถือปฏิบัติ ดังนั้นการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในชนบท โดยการประยุกต์ใช้ ระบบการแพทย์ทางไกล Telemedicine ต้องมีการพัฒนาควบคู่กันระหว่าง ความเชี่ยวชาญของแพทย์ ที่ต้องรักษา ผ่านระบบคอมพิวเตอร์รวมถึงแนวทางการรักษาผ่านระบบการแพทย์ทางไกล และพัฒนาระบบเครือข่าย เครื่องมือ อิเล็กทรอนิกส์ให้ทันสมัยสามารถใช้ได้ครอบคลุมในพื้นที่ชนบทห่างไกล ประชาชนชนบทสามารถเข้าถึงได้อย่างเสมอ ภาคและรวดเร็วทันเวลาจะช่วยให้ประชาชนที่อยู่ชนบทห่างไกลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถรับการรักษา จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้รับบริการที่มีคุณภาพเท่าเทียมกับประชาชนในเขตเมืองต่อไป

กัลยาณี จันธิมา และคณะ (๒๕๖๕) <sup>[๑๑]</sup> ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย เอดส์เป็นศูนย์กลางในโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดนครราชสีมา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการจัดบริการที่มีผู้ติด เชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลาง เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ให้บริการและผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากโรงพยาบาลชุมชน ๗ แห่งในจังหวัดนครราชสีมา ระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๖๑ ถึงกันยายน ๒๕๖๓ กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ทีมผู้บริหาร ๑๐ คน ทีมผู้ให้บริการ ๒๐ คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ๔๐ คน มีการเก็บข้อมูล เชิงปริมาณระดับปฐมภูมิโดยใช้แบบสอบถาม และระดับทุติยภูมิโดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลระบบสารสนเทศการ ให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ (NAP) และมีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากทีมสหวิชาชีพในการ จัดบริการในโรงพยาบาล ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและไม่ระบุตัวตน รวมถึงข้อมูลจากการประชุมถอดบทเรียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ เทคนิคการจัดหมวดหมู่ การตีความและสร้างข้อสรุป

เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินการพัฒนาระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นศูนย์กลางมีการดำเนินการที่สำคัญ ได้แก่ ๑) ศึกษาปัญหาและพัฒนาโครงการพัฒนาระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลาง ๒) เพิ่มศักยภาพทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดเพื่อช่วยให้คำปรึกษาในการดำเนินงานฯ อบรมพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพในการดูแลรักษา และบริการปรึกษา ๓) หน่วยบริการเป้าหมายดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการตามสถานการณ์บริบทแต่ละพื้นที่ ปรับปรุงระบบการใช้ข้อมูลเอดส์ และประเมินผล ๔) ถอดบทเรียนการดำเนินงาน ด้านผลลัพธ์จากการพัฒนาระบบการจัดบริการ สามารถให้บริการครอบคลุมตามเป้าหมายส่งผลให้ความสม่ำเสมอในการรับประชนยานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อยู่ในระดับวารสารโรคเอดส์ ปีที่ ๓๔ ฉบับที่ ๑ ต.ค. ๒๕๖๔ - ม.ค. ๒๕๖๕ การพัฒนาระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลางในโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดนครราชสีมา ที่สูงถึงร้อยละ ๙๔.๑๕ และสามารถกดเชื้อไวรัสเอชไอวีให้ < ๑,๐๐๐ copies/ml ได้ ร้อยละ ๙๖.๖๗ โดยมีการตรวจปริมาณไวรัส (Viral load) ได้ ร้อยละ ๘๕.๐๐ การใช้กระบวนการเครือข่ายแลกเปลี่ยนกิจกรรมหลักพัฒนาคุณภาพการจัดบริการที่มีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ส่งผลให้มีการใช้ข้อมูลในการพัฒนาบริการให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายดีขึ้น ควรมีการพัฒนาโครงสร้างระบบบริการ การพัฒนาแนวทางปฏิบัติและมาตรฐานซึ่งใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลางครอบคลุมทุกมิติ ได้แก่ มิติด้านเศรษฐกิจ สังคม กาย และจิตใจ ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

นิคม สุวพงษ์<sup>[๗]</sup> ศึกษาการถอดบทเรียนเพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ เป็นบทความทางวิชาการที่น่าเสนออีกแง่มุมของวิธีเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ และกระบวนการคิด ซึ่งการถอดบทเรียนเป็นการสรุปประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมาในมุมต่าง ๆ เพื่อให้เห็นถึงรายละเอียดของเหตุปัจจัย ทั้งภายในและภายนอกซึ่งทำให้เกิดผลอย่างที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ทั้งที่สำเร็จหรือล้มเหลว ด้วยการสืบค้นความรู้จากการปฏิบัติงาน โดยใช้วิธีการสกัดความรู้และประสบการณ์ที่ฝังลึก จากกลุ่มเป้าหมายที่ได้ร่วมการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งบันทึกรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงาน ผลการปฏิบัติงาน และความรู้ใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงานทั้งที่สำเร็จหรือล้มเหลว เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย และสามารถเผยแพร่ผลการศึกษารเรียนรู้ได้ อย่งไรก็ตามการถอดบทเรียนที่กล่าวถึงในบทความฉบับนี้ คือกระบวนการทบทวน สรุปบทเรียนจากการกระทำ ประสบการณ์ที่ผ่านมาในมนุษย์ที่แสดงให้เห็นถึงรายละเอียดหรือความรู้ ทั้งมุมบวกและลบไปสู่การพัฒนาตนเอง ที่ไม่เพียงแต่การถอดบทเรียนจากกิจกรรมหรือโครงการต่าง ๆ แต่หมายรวมถึงทัศนคติ การรับรู้ไปสู่การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ที่เรียกว่าการถอดบทเรียนเพื่อเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้

วีระชน ทวีศักดิ์<sup>[๘]</sup> ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้เครือข่ายสุขภาพร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้เครือข่ายสุขภาพร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานีกลุ่มตัวอย่างเป็นทีมสหวิชาชีพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบการรับและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน ๔๐ คน ตัวอย่างในการประเมินผลการพัฒนารูปแบบฯ เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ญาติ จำนวน ๓๐ คน โดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ ๑) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ๒) ระบบ Telemedicine และ ๓) แบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบลำดับพิสัยวิลคอกซอล (Wilcoxon's Signed Rank Test) และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้เครือข่ายสุขภาพร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานีประกอบด้วย



๔ กิจกรรม ๑) การประชุมทางไกล ๒) การปรึกษาแพทย์ทางไกล ๓) การศึกษาทางไกลเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร และ ๔) ระบบเชื่อมต่อเครือข่ายข้อมูลและโทรศัพท์ เพื่อ ๔.๑) สื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ๔.๒) ประสานการรับและส่งต่อผู้ป่วย ๔.๓) การตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วย ๔.๔) การประเมินผู้ป่วยการรับ/การส่งต่อผู้ป่วย รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม เป็นไปได้และเป็นประโยชน์ระดับมาก (Mean= ๔.๗๕, SD=๐.๘๗) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อรูปแบบดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = ๖.๓๒, P < ๐.๐๕$ ) ส่วนความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ญาติ อยู่ในระดับมากและมากที่สุด ร้อยละ ๘๖.๓๖ ผลลัพธ์ คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันได้รับการส่งต่อร้อยละ ๑๐๐ ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย ควรขยายระบบการรับและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยระบบ Telemedicine เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลแม่ข่าย

### ๒.๕.๒ งานวิจัยในต่างประเทศ

Bikinesi และคณะ (๒๐๒๐) [๑๔] ได้ประเมินผลการดำเนินงานโครงการ ECHO สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศนามิเบีย ในคลินิกสุขภาพนาร่อง ๑๐ แห่ง ซึ่งดูแลผู้ป่วยเอชไอวีมากกว่า ๖๐,๐๐๐ ราย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๘ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๕๙ รูปแบบการศึกษาเป็นผสมผสานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (A mix method) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ๑) การประเมินก่อน - หลังโปรแกรมของความรู้ของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ๒) ความมั่นใจในตนเอง (Self-efficacy) ๓) ความพึงพอใจอาชีพ ๔) การประเมินการได้รับเครดิตการพัฒนาอาชีพต่อเนื่อง (CPD) และ ๕) การสนทนากลุ่มเฉพาะหลักและการสัมภาษณ์ลึกกลับ วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนน Pre-Posttest และเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้แทน และ code คำพูดในประเด็นสำคัญ ผลการศึกษาผลลัพธ์เชิงปริมาณ พบว่า ๑) ความรู้ด้านการรักษาเอชไอวีเพิ่มขึ้น ๑๗.๘% ของผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด (๙๕% confidence interval ๑๒.๒-๒๓.๕%) ๒) ความรู้ด้านการรักษาเอชไอวีของพยาบาลเพิ่มขึ้น ๒๒.๓% ของผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด (๙๕% confidence interval ๑๓.๒-๓๑.๕%) ๓) การประเมินความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ๓๐% ผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่ลดการทำงานแบบแยกวิชาชีพลดน้อยลงถึง ๖๖% ๔) เพิ่มคะแนนหน่วยกิต CME ๕๗% สำหรับผลลัพธ์ในเชิงคุณภาพ พบว่า การค้นพบเชิงคุณภาพช่วยเสริมผลลัพธ์เชิงปริมาณ หลังการนำร่องโครงการ ECHO ของประเทศนามิเบียได้ขยายเป็นกว่า ๔๐ สถานพยาบาลภายในเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๒ ให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า ๑๔๐,๐๐๐ คน เช่นเดียวกับผลการประเมินโครงการ ECHO ในสหรัฐอเมริกา โครงการ ECHO ของประเทศนามิเบียนำไปสู่การพัฒนาชุมชนนักปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง การประเมินแสดงให้เห็นถึงความสามารถของโครงการ ในการปรับปรุงความรู้และความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์

## บทที่ ๓ วิธีการศึกษา

การถอดบทเรียนการดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ในพื้นที่ต้นแบบ ๓ จังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ผู้ศึกษาได้กำหนดวิธีการศึกษา ดังนี้

- ๓.๑ รูปแบบการศึกษา
- ๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- ๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
- ๓.๔ ขั้นตอนการดำเนินงาน
- ๓.๕ การวิเคราะห์ข้อมูล

### ๓.๑ รูปแบบการศึกษา

การถอดบทเรียนการดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ในพื้นที่ต้นแบบ 3 จังหวัด ปี 2566 ใช้เทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) ด้วยชุดคำถามถอดบทเรียนทั้ง 6 ประเด็นโดยใช้กรอบแนวคิด PMQA เพื่อค้นพบถึง จุดแข็ง หมายถึง สิ่งในพื้นที่ดำเนินงานได้ดี และมีประสิทธิภาพ จุดที่ควรปรับปรุง หมายถึง สิ่งในพื้นที่คิดว่ายังไม่สามารถทำได้ดี และควรปรับปรุง และข้อเสนอแนะ หมายถึง ข้อเสนอในการปรับปรุงกระบวนการดำเนินงาน

### ๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นทีมนำแต่ละจังหวัด ทีมจัดการและประสานงาน ประกอบด้วย ๑) สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ได้แก่ สคร. ๑ เชียงใหม่ สคร.๘ อุดรธานี และ สคร.๑๑ นครศรีธรรมราช ๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ได้แก่ จังหวัดเชียงราย จังหวัดแพร่ จังหวัดน่าน จังหวัดพะเยา จังหวัดอุดรธานี จังหวัดนครศรีธรรมราช และ ๓) โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลอุดรธานี และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน ๓๐ คน

### ๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ข้อมูลทุติยภูมิเชิงปริมาณจากการสรุปผลการดำเนินงานจากการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสำรวจต่างๆ ที่ใช้ประกอบในกิจกรรม ได้แก่

- ๑) ข้อมูลทั่วไปจากการลงทะเบียน
- ๒) แบบประเมินความรู้ก่อนและหลังเรียน
- ๓) แบบประเมินความพึงพอใจ

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (Focus group) ด้วยชุดคำถามถอดบทเรียนทั้ง 6 ประเด็นโดยใช้กรอบแนวคิด PMQA

### ๓.๔ ขั้นตอนการศึกษา

ขั้นตอนที่ ๑ ศึกษา วิเคราะห์ และสังเคราะห์ เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการ “การขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO” ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ – ๒๕๖๖

ขั้นตอนที่ ๒ กำหนดกรอบแนวคิดในการถอดบทเรียนการดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ในพื้นที่ต้นแบบ ๓ จังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ โดยใช้กรอบแนวคิด PMQA ประเด็นหลัก ๖ ประเด็น ดังนี้

ตารางที่ ๓.๑ คำถามถอดบทเรียนตามกรอบแนวคิด PMQA ประเด็นหลัก ๖ ประเด็น

ประเด็น	คำถามย่อย
ประเด็นที่ ๑ บทบาททีมผู้นำ	๑.๑ การเลือกทีมผู้นำในพื้นที่ ๑.๒ วิธีการฟอร์มทีมที่มีแพทย์จากต่างพื้นที่เข้าร่วมเป็นทีมผู้เชี่ยวชาญอย่างไร
ประเด็นที่ ๒ การวางแผน	๒.๑ การออกแบบเป้าหมาย (Outcomes) ๒.๒ การออกแบบหัวข้อ (Topics) การเรียนรู้มีวิธีการจัดอย่างไร ๒.๓ การเตรียมบทเรียน (Lesson plan) ที่เอื้อให้เกิดการเรียนรู้ ๒.๔ การกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการเรียนรู้ในพื้นที่ ๒.๕ ระยะเวลา/ช่วงเวลาในการจัด
ประเด็นที่ ๓ กระบวนการดำเนินงาน	๓.๑ บทบาททีมในพื้นที่ ๓.๒ ภาระงานของทีม ๓.๓ การเลือกกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ ๓.๔ กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เรียนใช้วิธีอะไร ๓.๕ การสนับสนุนในระดับจังหวัด/เขต/ส่วนกลาง ๓.๖ งบประมาณสนับสนุน ๓.๗ อุปกรณ์/Internet
ประเด็นที่ ๔ การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้	๔.๑ วิธีการประเมินความรู้อีก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรม สามารถบอกผลลัพธ์การจัดกิจกรรมได้จริงหรือไม่ ๔.๒ วิธีการประเมินความพึงพอใจ สะท้อนผลการดำเนินงานได้จริงหรือไม่ ๔.๓ การใช้ประโยชน์ข้อมูล Pre-posttest และความพึงพอใจ
ประเด็นที่ ๕ มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	๕.๑ การเลือก Case แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ๕.๒ วิธีการหา Case และความยากในการหาเคสในพื้นที่ ๕.๓ การติดตามผลลัพธ์การรักษาอย่างต่อเนื่อง และการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม กาย จิต และสังคม

ประเด็น	คำถามย่อย
ประเด็นที่ ๖ การ ประชาสัมพันธ์ การสร้าง แรงจูงใจ และขยายผล	๖.๑ ช่องทาง/วิธีการประชาสัมพันธ์ ๖.๒ การสร้างแรงจูงใจให้กับผู้เรียนครอบคลุมและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ๖.๓ ความต่อเนื่องในการเรียนรู้ของผู้เรียน ๖.๔ ความท้าทายในการขยายการดำเนินงานการสร้างควมยั่งยืนในอนาคต

ขั้นตอนที่ ๓ สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการถอดบทเรียน ประกอบด้วย สไลด์ขั้นตอนการถอดบทเรียน และ  
กำหนดการการจัดการถอดบทเรียน โดยมีรายละเอียดกำหนดการดังนี้

### ตารางที่ ๓.๒ กำหนดการและประเด็นในการถอดบทเรียน

วันที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๗.๓๐ น.

เวลา	ระยะเวลา	ประเด็นการถอดบทเรียน	อุปกรณ์	สถานที่
๐๘.๓๐ – ๐๙.๐๐ น.	๓๐ นาที	ลงทะเบียน		แบ่งกลุ่ม ๓ กลุ่ม ไม่ใช้โต๊ะ กลาง
๐๙.๐๐ – ๐๙.๑๕ น.	๑๕ นาที	เปิดการประชุมและบรรยาย “แนวคิด การดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนัก ปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO” โดย พญ.สายรัตน์ นกน้อย		
๐๙.๑๕ – ๐๙.๓๐ น.	๑๕ นาที	กิจกรรมปรับทำที่ ๑๕ นาที (แนะนำชื่อตัวเอง ยินเรียงแถวเป็นวงกลม ตามอายุ คุยเป้าหมายในการมาถอด บทเรียนครั้งนี้)		
๐๙.๓๐ – ๐๙.๔๕ น.	๑๕ นาที	ชี้แจงวัตถุประสงค์และกระบวนการถอด บทเรียน		
อภิปรายกลุ่ม เรื่อง ทบทวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมาบรรลุเป้าหมายหรือไม่ และทำอย่างไร จะไปให้ถึงเป้าหมายของ ECHO” แบ่งเป็น ๖ ประเด็น				
๐๙.๔๕ – ๑๐.๑๕ น.	๓๐ นาที	๑. บทบาทผู้นำ ๑.๑ การเลือกทีมในพื้นที่ ๑.๒ วิธีการฟอร์มทีมที่มีแพทย์จาก ต่างพื้นที่เข้าร่วมเป็นทีมผู้เชี่ยวชาญทำ อย่างไร	กระดานฟ ลิปชาร์ต ๓ อัน + ปากกา โพสต์อิท	

เวลา	ระยะเวลา	ประเด็นการถอดบทเรียน	อุปกรณ์	สถานที่
๑๐.๑๕ – ๑๐.๓๐ น.	๕ นาที	พักรับประทานอาหารว่าง		
๑๐.๓๐ – ๑๑.๑๐ น.	๔๐ นาที	<b>๒. การวางแผน</b> ๒.๑ การออกแบบเป้าหมาย (Outcomes) ๒.๒ การออกแบบหัวข้อ(Topics) การเรียนรู้มีวิธีการจัดอย่างไร ๒.๓ การเตรียมบทเรียน (Lesson plan) ที่เอื้อให้เกิดการเรียนรู้ ๒.๔ การกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการเรียนรู้ในพื้นที่ ๒.๕ ระยะเวลา/ช่วงเวลาในการจัด	กระดานฟลิปชาร์ต ๓ อัน + ปากกา โพสต์อิท	แบ่งกลุ่ม ๓ กลุ่ม ไม่ใช่โต๊ะกลาง
๑๑.๑๐ – ๑๒.๐๐ น.	๕๐ นาที	<b>๓. กระบวนการดำเนินงาน</b> ๓.๑ บทบาททีมพื้นที่ ๓.๒ ภาระงานของทีม ๓.๓ การเลือกกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ ๓.๔ กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เรียนใช้วิธีอะไร ๓.๕ การสนับสนุนในระดับจังหวัด/เขต/ส่วนกลาง ๓.๖ งบประมาณสนับสนุน ๓.๗ อุปกรณ์/Internet		
๑๓.๐๐ – ๑๓.๑๕ น.	๑๕ นาที	<b>กิจกรรมนันทนาการ</b> แก้วน้ำแห่งสติ เรียนรู้ความเป็นทีม วางแผนและพัฒนางาน แจกกระดาษ A๔ ให้ผู้เข้าร่วมคนละ ๑ แผ่น		
๑๓.๑๕ – ๑๓.๔๕ น.	๓๐ นาที	<b>๔. การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้</b> ๔.๑ วิธีการประเมินความรู้ก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรม สามารถบอกผลลัพธ์การจัดกิจกรรมได้จริงหรือไม่	กระดานฟลิปชาร์ต ๓ อัน + ปากกา โพสต์อิท	แบ่งกลุ่ม ๓ กลุ่ม ไม่ใช่โต๊ะกลาง

เวลา	ระยะเวลา	ประเด็นการถอดบทเรียน	อุปกรณ์	สถานที่
		๔.๒ วิธีการประเมินความพึงพอใจ สะท้อนผลการดำเนินงานได้จริงหรือไม่ ๔.๓ การใช้ประโยชน์ข้อมูลPre- posttest และความพึงพอใจ	ประเด็น การถอด บทเรียน	
๑๓.๔๕ - ๑๔.๑๕ น.	๓๐ นาที	<b>๕. มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง</b> ๕.๑ การเลือก Case แลกเปลี่ยน เรียนรู้ ๕.๒ วิธีการหา Case และความยาก ในการหาเคสในพื้นที่ ๕.๓ การติดตามผลลัพธ์การรักษา อย่างต่อเนื่อง และการดูแลผู้ป่วยแบบ องค์รวม กาย จิต และสังคม		
๑๔.๑๕ - ๑๔.๔๕ น.	๓๐ นาที	<b>๖. การสร้างแรงจูงใจและขยายผล</b> ๖.๑ ช่องทาง/วิธีการประชาสัมพันธ์ ๖.๒ การสร้างแรงจูงใจให้กับผู้เรียน ครอบคลุมและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ๖.๓ ความต่อเนื่องในการเรียนรู้ของ ผู้เรียน ๖.๔ ความท้าทายในการขยายการ ดำเนินงานการสร้างความยั่งยืนในอนาคต		
๑๔.๔๕ - ๑๕.๑๕ น.	๓๐ นาที	รับประทานอาหารว่าง เตรียมตัวนำเสนอ/Notetaker เตรียม สไลด์สรุป		
๑๕.๑๕ - ๑๗.๐๐ น.	๗๕ นาที	<b>แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน</b> กลุ่มละ ๒๕ นาที (นำเสนอกลุ่มละ ๑๐ นาที/แลกเปลี่ยน เรียนรู้ ๑๕ นาที)		
๑๗.๐๐ - ๑๗.๓๐ น.	๓๐ นาที	การประเมินผลการดำเนินงานการ ขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ๑. แพทย์หญิงสายรัตน์ นกน้อย		เก้าอี้ตัว Theater ไม่มีโต๊ะ

เวลา	ระยะเวลา	ประเด็นการถอดบทเรียน	อุปกรณ์	สถานที่
		๒. แพทย์หญิงรังสิมา โล่ห์เลขา ๓. นส. ชื่นกมล เสถบุตร ๔. นส. ศรัญญา สุขอ่ำ		
วันที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๒.๐๐ น.				
เวลา	ระยะเวลา	ประเด็นการถอดบทเรียน	อุปกรณ์	สถานที่
๐๘.๓๐ - ๐๙.๐๐ น.	๓๐ นาที	กิจกรรมนันทนาการ: “คุณค่าในงานและความหมายของเรา” • แจกกระดาษ A๔ คนละ ๑ แผ่น และ พับกระดาษครึ่ง ทำเป็นกระดาษ • ให้ท่านวาดภาพความประทับใจ เกี่ยวกับโครงการ ECHO ของแต่ละ คน • แล้วนำภาพมาโชว์ส่วนกลาง และด้าน ในให้เพื่อนเขียนชื่นชมภาพต่างๆ เสร็จแล้วให้เจ้าของภาพนำภาพกลับบ้าน	กระดาษ A๔ สีเทียน/ไม้/ ปากกา	มีโต๊ะตรง กลางสำหรับ วางกระดาษ
๐๙.๐๐ - ๑๐.๐๐ น.	๖๐ นาที	ชี้แจงและแบ่งกลุ่มระดมความคิดเห็น “ก้าวต่อไปของ ECHO” หัวข้อย่อย • เป้าหมาย/ตัวชี้วัด/พื้นที่เป้าหมาย • กลุ่มเป้าหมาย • หัวข้อ/แผนการเรียนรู้ • ทีมผู้เชี่ยวชาญ/ทีมคณะทำงาน • การประชาสัมพันธ์และวิธีการสร้าง แรงจูงใจ • งบประมาณที่ต้องใช้ สิ่งที่ต้องการสนับสนุน		แบ่งกลุ่ม ๓ กลุ่ม ไม่ใช่เก้าอี้
๑๐.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.	๖๐ นาที	นำเสนอแผนก้าวต่อไปของพื้นที่ ๓ กลุ่ม (กลุ่มละ ๑๐ นาที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ๒๐ นาที)		

เวลา	ระยะเวลา	ประเด็นการถอดบทเรียน	อุปกรณ์	สถานที่
		ปิดการประชุม โดย พญ.สายรัศมี นกน้อย		

#### ขั้นตอนที่ ๔ จัดกิจกรรมถอดบทเรียน โดยแบ่งเป็น ๓ ช่วง ดังนี้

๑) แบ่งกลุ่ม และเลือกสมาชิก โดยแบ่งกลุ่ม ๓ กลุ่ม ได้แก่ จังหวัดเชียงราย จังหวัดอุดรธานี และจังหวัดนครศรีธรรมราช และเลือกสมาชิกทำหน้าที่ดังนี้ ประธานประจำกลุ่ม ทำหน้าที่ชวนพูดคุย แลกเปลี่ยนความเห็นภายในกลุ่ม และนำเสนอภาพรวม โดยการแบ่งกลุ่มเป้าหมายดังนี้

๑.๑) กลุ่มจังหวัดเชียงราย ผู้เข้าร่วมทั้งหมด ๙ คน ประกอบด้วย

- ผู้เชี่ยวชาญ: พญ.สุวิมล คูห์สุวรรณ และผศ.(พิเศษ)นพ.จุลพงศ์ จันทร์ดี
- โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวน ๒ คน
- สจจ.เชียงราย/แพร่/น่าน/พะเยา จำนวน ๕ คน
- FA: พญ.สายรัตน์ นกน้อย
- Note taker: นส. อุมานาฏ อุณอนันต์

๑.๒) กลุ่มจังหวัดอุดรธานี ผู้เข้าร่วมทั้งหมด ๙ คน ประกอบด้วย

- ผู้เชี่ยวชาญ: พญ.สุรรัตน์ วัชรสุวรรณเสรี (ZOOM)
- โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน ๑ คน (ZOOM)
- สคร. ๘ อุดรธานี จำนวน ๒ คน
- สจจ.อุดรธานี/สกลนคร/นครพนม จำนวน ๕ คน
- FA: พญ.รังสิมา โล่เลขา
- Note taker: นส. อรณิชา นิยมศรีสมศักดิ์

๑.๓) กลุ่มจังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้เข้าร่วมทั้งหมด ๑๐ คน ประกอบด้วย

- ผู้เชี่ยวชาญ: นพ.พีระพัชร ไทยสยาม
- สคร. ๑๑ นครศรีธรรมราช จำนวน ๔ คน
- สจจ.นครศรีธรรมราช จำนวน ๔ คน
- โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ จำนวน ๑ คน
- FA: นส. ศรัณญา สุขอ่ำ
- Note taker: นส. ชื่นกมล เสถบุตร



๒) แลกเปลี่ยนภายในกลุ่ม

- ประธานประจำกลุ่ม นำสมาชิกภายในทีมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันตามชุดคำถามที่กำหนด
- สมาชิกผลัดกันแสดงความคิดเห็นจนครบรอบวง ใช้เวลาประเด็นละ ๓๐-๔๐ นาทีและร่วมกันสรุปประเด็น

๓) สรุปและนำเสนอ เมื่อถอดบทเรียนครบทุกประเด็นตามชุดคำถามที่กำหนด ร่วมกันสรุปประเด็นให้เวลา ๓๐ นาทีและนำเสนอกลุ่มละ ๑๐ นาที/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ๑๐ นาที

ทั้งนี้ ผู้จัดบันทึกต้องจดรายละเอียดของข้อมูลทุกขั้นตอน บันทึกเสียง พร้อมทั้งสังเกตบรรยากาศในระหว่างการถอดบทเรียน และจัดบันทึกไว้ประกอบการจัดทำรายงานถอดบทเรียน

**ขั้นตอนที่ ๕ ชั้นเขียนรายงานการถอดบทเรียน** เป็นการรวบรวมผลการถอดบทเรียน มาเขียนรายงานการถอดบทเรียน ดังนี้

๕.๑ ความเป็นมาของกิจกรรมที่จะถอดบทเรียน วัตถุประสงค์ของการถอดบทเรียน

๕.๒ การเตรียมการถอดบทเรียน เป็นการเล่ารายละเอียดของขั้นตอนต่างๆ ที่ปฏิบัติร่วมกัน ได้แก่ วิธีการทีมงาน บทบาทหน้าที่ กรอบแนวคิด เทคนิคการถอดบทเรียน กลุ่มเป้าหมายที่ร่วมถอดบทเรียน และปฏิทินการถอดบทเรียน

๕.๓ เนื้อเรื่องการดำเนินงานถอดบทเรียน เป็นการเล่ารายละเอียดของประสบการณ์ในการปฏิบัติ โดยให้ครอบคลุมเนื้อหา เช่น ประสบการณ์จากวิธีการปฏิบัติงานจริงของผู้ร่วมถอดบทเรียน จุดดี จุดอ่อนและข้อเสนอแนะเพื่อการขยายการดำเนินงาน

๕.๔ บันทึกการถอดบทเรียนและเขียนรายงาน

### ๓.๕ การวิเคราะห์

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรม Excel และโปรแกรม SPSS Statistics ๒๖ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

## บทที่ ๔ ผลการศึกษา

### ๔.๑ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนต่อการถอดบทเรียนกิจกรรม ECHO ในบทนี้ จึงขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานกิจกรรม ECHO ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ในพื้นที่ต้นแบบ ๓ จังหวัด เพื่อให้ทราบเป็นพื้นฐาน ทั้งที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมและผลที่เกิดขึ้นกับการเรียนรู้ ทั้งนี้ เป็นการสรุปผลการดำเนินงานจากการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสำรวจต่างๆ ที่ใช้ประกอบในกิจกรรม ได้แก่ ๑) ข้อมูลทั่วไปจากการลงทะเบียน ๒) แบบประเมินความรู้ก่อนและหลังเรียน และ ๓) แบบประเมินความพึงพอใจ ข้อมูลถูกรวบรวมและจะถูวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม Excel และโปรแกรม SPSS Statistics ๒๖ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ผู้ศึกษาได้เสนอผลงานวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

๔.๑.๑ สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

๔.๑.๒ ลำดับชั้นในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

๔.๑.๓ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

#### ๔.๑.๑ สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการแปลความหมายและเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้ถูกต้อง ตลอดจนการสื่อความหมายของข้อมูลที่ตรงกัน ผู้ศึกษาได้กำหนดความหมายของสัญลักษณ์ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

N แทน จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม ECHO

$\bar{X}$  แทน ค่าเฉลี่ย

SD แทน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

t แทน ค่าสถิติที่ใช้เปรียบเทียบกับค่าวิกฤตเพื่อทราบความมีนัยสำคัญ

#### ๔.๑.๒ ลำดับชั้นในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตามลำดับชั้นตอน ดังนี้

ตอนที่ ๑ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ECHO รายจังหวัด

ตอนที่ ๒ ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ECHO โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ ๓ ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ECHO โดยใช้สถิติ t-test (Paired t-test)

ตอนที่ ๔ ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ECHO โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### ๔.๑.๓ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ ๑ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ECHO รายจังหวัด (คน)  
ตารางที่ ๔.๑ จำนวนและร้อยละของผู้เข้าร่วมกิจกรรมของจังหวัดเชียงราย จำแนกตามวิชาชีพ

ครั้งที่	หัวข้อ	จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม (คน)							ลำดับ ที่
		แพทย์	พยาบาล	เภสัชกร	นักเทคนิค การแพทย์	นักวิชาการ สาธารณสุข	อื่นๆ	รวม	
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
๑	FUO in PLHIV With Low CD4	๑๐ (๑๖%)	๓๔ (๕๕%)	๑๐ (๑๖%)	๑ (๒%)	๒ (๓%)	๖ (๑๐%)	๖๓ (๑๐๐%)	
๒	Switching ART Regimen in PLHIV	๑๔ (๑๙%)	๔๑ (๕๕%)	๕ (๗%)	๑ (๑%)	๔ (๕%)	๙ (๑๒%)	๗๔ (๑๐๐%)	๒
๓	Chronic Hepatitis in PLHIV With Viral Suppression	๑๖ (๒๖%)	๓๔ (๕๕%)	๙ (๑๕%)	๓ (๕%)	๐ (๐%)	๐ (๐%)	๖๒ (๑๐๐%)	
๔	IRIS in PLHIV With Low CD4	๑๒ (๑๘%)	๓๔ (๕๒%)	๖ (๙%)	๒ (๓%)	๑ (๒%)	๑๐ (๑๕%)	๖๕ (๑๐๐%)	
๕	Management of Side Effects of ARV And Drug-Drug Interactions Involving ARV	๓๐ (๓๖%)	๑๗ (๒๐%)	๒๙ (๓๕%)	๑ (๑%)	๑ (๑%)	๖ (๗%)	๘๔ (๑๐๐%)	๑
๖	Persistent VDRL titer After Syphilis Treatment in PLHIV	๒๗ (๓๗%)	๓๗ (๕๑%)	๔ (๕%)	๓ (๔%)	๑ (๑%)	๑ (๑%)	๗๓ (๑๐๐%)	๓
	รวม	๑๐๙ (๒๖%)	๑๙๗ (๔๗%)	๖๓ (๑๕%)	๑๑ (๓%)	๙ (๒%)	๓๒ (๘%)	๔๒๑ (๑๐๐%)	
	ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ )	๑๘	๓๓	๑๑	๒	๒	๕	๗๐	

จากตารางที่ ๔.๑ ผลการศึกษา พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมของจังหวัดเชียงราย รวม ๖ ครั้ง มีจำนวนทั้งสิ้น ๔๒๑ คน โดยเฉลี่ยครั้งละ ๗๐ คน โดยพบว่า วิชาชีพที่เข้าร่วมกิจกรรมมากที่สุด ๓ อันดับแรก ได้แก่ ลำดับที่ ๑ คือ พยาบาล จำนวน ๑๙๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๖ ของผู้เข้าร่วมทั้งหมด ( $\bar{X}$  = ๓๓) รองลงมาคือ แพทย์ จำนวน ๑๐๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๖ ( $\bar{X}$  = ๑๘) และลำดับที่ ๓ คือ เภสัชกร จำนวน ๖๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๕ ( $\bar{X}$  = ๑๑)

เมื่อพิจารณารายชื่อหัวข้อที่มีผู้เข้าร่วมมากที่สุด ๓ อันดับแรก ได้แก่ อันดับที่ ๑ คือ ครั้งที่ ๕ หัวข้อ Management of Side Effects of ARV And Drug-Drug Interactions Involving ARV จำนวน ๘๔ คน รองลงมา คือ ครั้งที่ ๒ หัวข้อ Switching ART Regimen in PLHIV จำนวน ๗๔ คน และลำดับที่ ๓ คือ ครั้งที่ ๖ หัวข้อ Persistent VDRL titer After Syphilis Treatment in PLHIV จำนวน ๗๓ คน

ตารางที่ ๔.๒ จำนวนและร้อยละของผู้เข้าร่วมกิจกรรมจังหวัดอุดรธานี จำแนกวิชาชีพ

ครั้งที่	หัวข้อ	จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม (คน)							ลำดับที่
		แพทย์	พยาบาล	เภสัชกร	นักเทคนิคการแพทย์	นักวิชาการสาธารณสุข	อื่นๆ	รวม	
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
๑	Switching to TLD: Complications and Drug Interactions	๑๙ (๒๑%)	๓๓ (๓๗%)	๘ (๙%)	๑๑ (๑๒%)	๓ (๓%)	๑๕ (๑๗%)	๘๙ (๑๐๐%)	๓
๒	Dual Therapy: How to Manage Patients on Dual ARV Therapy	๙ (๑๒%)	๓๔ (๔๗%)	๘ (๑๑%)	๖ (๘%)	๑ (๑%)	๑๕ (๒๑%)	๗๓ (๑๐๐%)	
๓	Same-Day/Rapid ART Initiation	๑๑ (๑๑%)	๔๔ (๔๔%)	๑๓ (๑๓%)	๑๑ (๑๑%)	๔ (๔%)	๑๖ (๑๖%)	๙๙ (๑๐๐%)	๒
๔	Common Fungal Infections in PLHIV	๑๓ (๑๖%)	๓๙ (๔๘%)	๑๒ (๑๕%)	๕ (๖%)	๐ (๐%)	๑๓ (๑๖%)	๘๒ (๑๐๐%)	
๕	Common Respiratory Tract Infections in PLHIV (TB, PCP)	๒๓ (๒๒%)	๖๒ (๖๐%)	๒ (๒%)	๔ (๔%)	๐ (๐%)	๑๒ (๑๒%)	๑๐๓ (๑๐๐%)	๑
๖	How to Manage HIV/HCV Co-Infection	๓๖ (๔๖%)	๒๘ (๓๖%)	๖ (๘%)	๓ (๔%)	๒ (๓%)	๓ (๔%)	๗๘ (๑๐๐%)	
รวม		๑๑๑ (๒๑%)	๒๔๐ (๔๖%)	๔๙ (๙%)	๔๐ (๘%)	๑๒ (๒%)	๗๔ (๑๔%)	๕๒๖ (๑๐๐%)	
ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ )		๑๙	๔๐	๘	๗	๒	๑๒	๘๔	

จากตารางที่ ๔.๒ ผลการศึกษา พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมของจังหวัดอุดรธานี รวม ๖ ครั้ง มีจำนวนทั้งสิ้น ๕๒๖ คน โดยเฉลี่ยครั้งละ ๘๗ คน โดยพบว่า วิชาชีพที่เข้าร่วมกิจกรรมมากที่สุด ๓ อันดับแรก ได้แก่ ลำดับที่ ๑ คือ พยาบาล จำนวน ๒๔๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๖ ของผู้เข้าร่วมทั้งหมด ( $\bar{X} = ๔๐$ ) รองลงมาคือ แพทย์ จำนวน ๑๑๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๑ ( $\bar{X} = ๑๙$ ) และลำดับที่ ๓ คือ อื่นๆ ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ อาจารย์ นักวิจัย จำนวน ๗๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๔ ( $\bar{X} = ๑๒$ )

เมื่อพิจารณารายหัวข้อที่มีผู้เข้าร่วมมากที่สุด ๓ อันดับแรก ได้แก่ อันดับที่ ๑ คือ ครั้งที่ ๕ หัวข้อ Common Respiratory Tract Infections in PLHIV (TB, PCP) จำนวน ๙๙ คน รองลงมาคือ ครั้งที่ ๓ หัวข้อ Same-Day/Rapid ART Initiation จำนวน ๗๔ คน และลำดับที่ ๓ คือ ครั้งที่ ๑ หัวข้อ Switching to TLD: Complications and Drug Interactions จำนวน ๘๙ คน

**ตารางที่ ๔.๓ จำนวนและร้อยละของผู้เข้าร่วมกิจกรรมจังหวัดนครศรีธรรมราช จำแนกตามวิชาชีพ**

ครั้งที่	หัวข้อ	จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม (คน)							ลำดับที่
		แพทย์	พยาบาล	เภสัชกร	นักเทคนิคการแพทย์	นักวิชาการสาธารณสุข	อื่นๆ	รวม	
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
๑	การวินิจฉัยวัณโรคในผู้ป่วยเอชไอวี	๑๐ (๒๒%)	๑๕ (๓๓%)	๖ (๑๓%)	๔ (๙%)	๒ (๔%)	๘ (๑๘%)	๔๕ (๑๐๐%)	
๒	การรักษาวัณโรค (DS-TB) ในผู้ป่วยเอชไอวี	๓๒ (๒๙%)	๒๔ (๒๒%)	๒๘ (๒๕%)	๔ (๔%)	๕ (๕%)	๑๗ (๑๕%)	๑๑๐ (๑๐๐%)	
๓	การรักษาวัณโรคดื้อยา (DR-TB) ในผู้ป่วยเอชไอวี	๓๐ (๒๓%)	๕๔ (๔๒%)	๑๔ (๑๑%)	๘ (๖%)	๓ (๒%)	๑๙ (๑๕%)	๑๒๘ (๑๐๐%)	๒
๔	การดูแลภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาวัณโรคในผู้ป่วยเอชไอวี	๑๘ (๑๖%)	๖๔ (๕๗%)	๗ (๖%)	๕ (๔%)	๔ (๔%)	๑๔ (๑๓%)	๑๑๒ (๑๐๐%)	
๕	การค้นหาวัณโรคระยะแฝงในผู้ป่วยเอชไอวี	๓๘ (๒๙%)	๓๒ (๕๖%)	๗ (๕%)	๓ (๒%)	๓ (๒%)	๖ (๕%)	๑๒๙ (๑๐๐%)	๑
๖	การรักษาวัณโรคระยะแฝงในผู้ป่วยเอชไอวี	๒๗ (๒๒%)	๔๒ (๓๔%)	๑๔ (๑๑%)	๑๓ (๑๑%)	๑๒ (๑๐%)	๑๔ (๑๑%)	๑๒๒ (๑๐๐%)	๓
รวม		๑๕๕ (๒๔%)	๒๗๑ (๔๒%)	๗๖ (๑๒%)	๓๗ (๖%)	๒๙ (๔%)	๗๘ (๑๒%)	๖๔๖ (๑๐๐%)	
ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ )		๒๖ (๒๔%)	๔๕ (๔๒%)	๑๓ (๑๒%)	๖ (๖%)	๕ (๔%)	๑๓ (๑๒%)	๑๐๘ (๑๐๐%)	

จากตารางที่ ๔.๓ ผลการศึกษา พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมของจังหวัดนครศรีธรรมราช รวม ๖ ครั้ง มีจำนวนทั้งสิ้น ๖๔๖ คน โดยเฉลี่ยครั้งละ ๑๐๘ คน โดยพบว่า วิชาชีพที่เข้าร่วมกิจกรรมมากที่สุด ๓ อันดับแรก ได้แก่ ลำดับที่ ๑ คือ พยาบาล จำนวน ๒๗๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๕ ของผู้เข้าร่วมทั้งหมด ( $\bar{X} = ๔๕$ ) รองลงมาคือ แพทย์ จำนวน ๑๕๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๖ ( $\bar{X} = ๒๖$ ) และลำดับที่ ๓ คือ อื่นๆ ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ อาจารย์ นักวิจัย จำนวน ๗๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๒ ( $\bar{X} = ๑๓$ ) เมื่อพิจารณารายหัวข้อที่มีผู้เข้าร่วมมากที่สุด ๓ อันดับแรก ได้แก่ อันดับที่ ๑ คือ ครั้งที่ ๕ หัวข้อ การค้นหาวัณโรคระยะแฝงในผู้ป่วยเอชไอวี จำนวน ๑๒๙ คน รองลงมาคือ ครั้งที่ ๓ หัวข้อ การรักษาวัณโรคดื้อยา (DR-TB) ในผู้ป่วยเอชไอวีจำนวน ๑๒๘ คน และลำดับที่ ๓ คือ ครั้งที่ ๖ หัวข้อ การรักษาวัณโรคระยะแฝงในผู้ป่วยเอชไอวี จำนวน ๑๒๒ คน

ตอนที่ ๒ ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ECHO โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๒.๑ ระดับความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ECHO ของแต่ละจังหวัด

ตารางที่ ๔.๔ ระดับความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ECHO จังหวัดเชียงราย

ครั้งที่	หัวข้อ	N	ก่อนร่วมกิจกรรม (Pretest)			หลังเข้าร่วม (Posttest)			ลำดับที่
			$\bar{X}$	SD	ระดับความรู้	$\bar{X}$	SD	ระดับความรู้	
๑	FUO in PLHIV With Low CD๔	๒๖	๒.๔	๑.๓๖	น้อย	๓.๐๐	๑.๒๑	ปานกลาง	
๒	Switching ART Regimen in PLHIV	๑๙	๒.๑	๑.๒๔	น้อย	๓.๒๑	๑.๒๗	ปานกลาง	
๓	Chronic Hepatitis in PLHIV With Viral Suppression	๑๖	๒.๕	๑.๕๙	น้อย	๔.๖๘	๐.๔๗	มากที่สุด	๓
๔	IRIS in PLHIV With Low CD๔	๒๙	๑.๓๑	๐.๘	น้อยที่สุด	๓.๗๖	๑.๔๓	มาก	๒
๕	Management of Side Effects of ARV And Drug-Drug Interactions Involving ARV	๓๔	๓.๐๓	๑.๑๔	ปานกลาง	๔.๗๙	๐.๕๓	มากที่สุด	๑
๖	Persistent VDRL titer After Syphilis Treatment in PLHIV	๒๓	๒.๐๙	๑.๐๔	น้อย	๒.๗๔	๑.๐๑	ปานกลาง	

จากตารางที่ ๔.๔ ผลการศึกษา พบว่า โดยภาพรวมระดับความรู้ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย และหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง โดยพิจารณารายหัวข้อที่มีคะแนนเพิ่มมากที่สุด ๓ ลำดับแรก พบว่า อันดับหนึ่ง คือ ครั้งที่ ๕ หัวข้อ Management of Side Effects of ARV And Drug-Drug Interactions Involving ARV มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจากระดับน้อย ( $\bar{X} = ๓.๐๓$ ) เป็นระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = ๔.๗๙$ ) รองลงมาคือ ครั้งที่ ๔ IRIS in PLHIV With Low CD๔ มีคะแนนก่อนเข้าร่วมอยู่ในระดับน้อยที่สุด ( $\bar{X} = ๑.๓๑$ ) เพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ( $\bar{X} = ๓.๗๖$ ) และลำดับที่สาม คือ ครั้งที่ ๓ หัวข้อ Chronic Hepatitis in PLHIV With Viral Suppression มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจากระดับน้อย ( $\bar{X} = ๒.๕$ ) เป็นระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = ๔.๖๘$ )

ตารางที่ ๔.๕ ระดับความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ECHO จังหวัดอุดรธานี

ครั้งที่	หัวข้อ	N	ก่อนร่วมกิจกรรม (Pretest)			หลังเข้าร่วม (Posttest)			ลำดับ ที่
			$\bar{X}$	SD	ระดับ ความรู้	$\bar{X}$	SD	ระดับ ความรู้	
๑	Switching to TLD: Complications and Drug Interactions	๒๕	๒.๙๒	๑.๓๘	ปานกลาง	๔.๐๔	๐.๙๓	มาก	
๒	Dual Therapy: How to Manage Patients on Dual ARV Therapy	๑๒	๓.๕๐	๑.๐๐	มาก	๓.๙๑	๐.๗๙	มาก	
๓	Same-Day/Rapid ART Initiation	๔๖	๑.๖๗	๐.๘๙	น้อยที่สุด	๓.๔๑	๑.๔๙	มาก	๓
๔	Common Fungal Infections in PLHIV	๓๑	๒.๖๑	๑.๔๙	ปานกลาง	๔.๘๓	๐.๓๗	มากที่สุด	
๕	Common Respiratory Tract Infections in PLHIV (TB, PCP)	๔๒	๒.๗๔	๑.๓๑	ปานกลาง	๔.๖๐	๐.๗๐	มากที่สุด	๑
๖	How to Manage HIV/HCV Co-Infection	๒๙	๒.๘๖	๑.๒๑	ปานกลาง	๔.๖๕	๐.๖๑	มากที่สุด	๒

จากตารางที่ ๔.๕ ผลการศึกษา พบว่า โดยภาพรวมระดับความรู้ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้อยู่ในระดับมากที่สุด โดยพิจารณารายหัวข้อที่มีคะแนนเพิ่มมากที่สุด ๓ ลำดับแรก พบว่า อันดับหนึ่ง คือ ครั้งที่ ๕ Common Respiratory Tract Infections in PLHIV (TB, PCP) มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ( $\bar{X} = ๒.๗๔$ ) เป็นระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = ๔.๖๐$ ) รองลงมาคือ ครั้งที่ ๖ How to Manage HIV/HCV Co-Infection มีคะแนนก่อนเข้าร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = ๒.๘๖$ ) เพิ่มขึ้นเป็นระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = ๔.๖๕$ ) และลำดับที่สาม คือ ครั้งที่ ๓ หัวข้อ Same-Day/Rapid ART Initiation มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจากระดับน้อย ( $\bar{X} = ๑.๖๗$ ) เป็นระดับมาก ( $\bar{X} = ๓.๔๑$ )

ตารางที่ ๔.๖ ระดับความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ECHO จังหวัดนครศรีธรรมราช

ครั้งที่	หัวข้อ	N	ก่อนร่วมกิจกรรม (Pretest)			หลังเข้าร่วม (Posttest)			ลำดับ ที่
			$\bar{X}$	SD	ระดับ ความรู้	$\bar{X}$	SD	ระดับ ความรู้	
๑	การวินิจฉัยวัณโรคในผู้ป่วยเอชไอวี	๔๗	๒.๗๔	๑.๐๙	ปานกลาง	๔.๖๐	๐.๖๕	มากที่สุด	๑
๒	การรักษาวัณโรค (DS-TB) ในผู้ป่วยเอชไอวี	๑๐๓	๓.๒๔	๑.๑๘	ปานกลาง	๕.๐๐	๐.๐๐	มากที่สุด	๒
๓	การรักษาวัณโรคดื้อยา (DR-TB) ในผู้ป่วยเอชไอวี	๘๑	๒.๗๔	๑.๒๕	ปานกลาง	๔.๖๐	๐.๗๗	มากที่สุด	๑
๔	การดูแลภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาวัณโรคในผู้ป่วยเอชไอวี	๙๒	๒.๙๕	๑.๑๙	ปานกลาง	๔.๓๖	๐.๘๙	มากที่สุด	
๕	การค้นหาวัณโรคระยะแฝงในผู้ป่วยเอชไอวี	๑๐๐	๓.๕๒	๑.๑๑	มาก	๔.๖๘	๐.๖๐	มากที่สุด	
๖	การรักษาวัณโรคระยะแฝงในผู้ป่วยเอชไอวี	๑๐๐	๒.๖๗	๐.๘๗	ปานกลาง	๔.๓๒	๑.๒๐	มากที่สุด	๓

จากตารางที่ ๔.๖ ผลการศึกษา พบว่า โดยภาพรวมระดับความรู้ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้อยู่ในระดับมาก โดยพิจารณารายหัวข้อที่มีคะแนนเพิ่มมากที่สุด ๓ ลำดับแรก พบว่า อันดับหนึ่ง คือ ครั้งที่ ๑ หัวข้อ การวินิจฉัยวัณโรคในผู้ป่วยเอชไอวี มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ( $\bar{X} = ๒.๗๔$ ) เป็นระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = ๔.๖๐$ ) และครั้งที่ ๓ หัวข้อการรักษาวัณโรคดื้อยา (DR-TB) ในผู้ป่วยเอชไอวี มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ( $\bar{X} = ๒.๗๔$ ) เป็นระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = ๔.๖๐$ ) รองลงมาคือ ครั้งที่ ๒ หัวข้อ การรักษาวัณโรค (DS-TB) ในผู้ป่วยเอชไอวี มีคะแนนก่อนเข้าร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = ๓.๒๔$ ) เพิ่มขึ้นเป็นระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = ๕.๐๐$ ) และลำดับที่สาม คือ ครั้งที่ ๖ หัวข้อ การรักษาวัณโรคระยะแฝงในผู้ป่วยเอชไอวี มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ( $\bar{X} = ๒.๖๗$ ) เป็นระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = ๔.๓๒$ )



ตอนที่ ๓ ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ECHO โดยใช้สถิติ t-test  
(Paired t-test)

ตารางที่ ๔.๗ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความแตกต่างคะแนนความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ECHO  
โดยใช้สถิติ Paired t-test ของจังหวัดเชียงราย

ครั้งที่	หัวข้อ	N	Pretest		Posttest		P-value (<๐.๐๕)
			$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
๑	FUO in PLHIV With Low CD๔	๒๖	๒.๔๐	๑.๓๖	๓.๐๐	๑.๒๑	๐.๐๒๘
๒	Switching ART Regimen in PLHIV	๑๙	๒.๑๐	๑.๒๔	๓.๒๑	๑.๒๗	๐.๐๐๗
๓	Chronic Hepatitis in PLHIV With Viral Suppression	๑๖	๒.๕๐	๑.๕๙	๔.๖๘	๐.๔๗	๐.๐๐๐
๔	IRIS in PLHIV With Low CD๔	๒๙	๑.๓๑	๐.๘๐	๓.๗๖	๑.๔๓	๐.๐๐๐
๕	Management of Side Effects of ARV And Drug-Drug Interactions Involving ARV	๓๔	๓.๐๓	๑.๑๔	๔.๗๙	๐.๕๓	๐.๐๐๐
๖	Persistent VDRL titer After Syphilis Treatment in PLHIV	๒๓	๒.๐๙	๑.๐๔	๒.๗๔	๑.๐๑	๐.๐๔๔

จากตารางที่ ๔.๗ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความแตกต่างคะแนนความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ECHO ผลโดยภาพรวมของจังหวัดเชียงราย ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ECHO สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ECHO อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = <๐.๐๕; ๙๕%) โดยพิจารณาผลการวิเคราะห์แต่ละหัวข้อ พบว่า

ครั้งที่ ๑ หัวข้อ FUO in PLHIV With Low CD๔ พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนเรียน เท่ากับ ๒.๔๐ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๑.๓๖ และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๓.๐๐ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ ๑.๒๑ ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ECHO อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = <๐.๐๕; ๙๕%)

ครั้งที่ ๒ หัวข้อ Switching ART Regimen in PLHIV พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนเรียน เท่ากับ ๒.๑๐ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๑.๒๔ และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๓.๒๑ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ ๑.๒๗ ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ECHO อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = <๐.๐๕; ๙๕%)

ครั้งที่ ๓ หัวข้อ Chronic Hepatitis in PLHIV With Viral Suppression พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนเรียน เท่ากับ ๑.๓๑ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๐.๘๐ และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๓.๗๖ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ ๐.๔๗ ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ECHO อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = <๐.๐๕; ๙๕%)

ครั้งที่ ๔ หัวข้อ IRIS in PLHIV With Low CD4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนเรียน เท่ากับ ๑.๓๑ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๐.๘๐ และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๓.๗๖ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ ๑.๔๓ ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ECHO อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = <๐.๐๕; ๙๕%)

ครั้งที่ ๕ หัวข้อ Management of Side Effects of ARV And Drug-Drug Interactions Involving ARV พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนเรียน เท่ากับ ๓.๐๓ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๑.๑๔ และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๔.๗๙ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ ๐.๕๓ ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ECHO อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = <๐.๐๕; ๙๕%)

ครั้งที่ ๖ หัวข้อ Persistent VDRL titer After Syphilis Treatment in PLHIV พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนเรียน เท่ากับ ๒.๐๙ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๑.๐๔ และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๒.๗๔ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ ๐.๔๔ ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ECHO อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = <๐.๐๕; ๙๕%)

**ตารางที่ ๔.๗ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความแตกต่างคะแนนความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ECHO โดยใช้สถิติ Paired t-test ของจังหวัดอุดรธานี**

ครั้งที่	หัวข้อ	N	Pretest		Posttest		P-value (<0.05)
			Mean	SD	Mean	SD	
ครั้งที่ 1	Switching to TLD: Complications and Drug Interactions	25	2.92	1.38	4.04	0.93	0.000
ครั้งที่ 2	Dual Therapy: How to Manage Patients on Dual ARV Therapy	12	2.50	1.00	3.91	0.79	0.018
ครั้งที่ 3	Same-Day/Rapid ART Initiation	46	1.67	0.89	3.41	1.49	0.000
ครั้งที่ 4	Common Fungal Infections in PLHIV	31	2.61	1.49	4.83	0.37	0.000
ครั้งที่ 5	Common Respiratory Tract Infections in PLHIV (TB, PCP)	42	2.74	1.31	4.60	0.70	0.000
ครั้งที่ 6	How to Manage HIV/HCV Co-Infection	29	2.86	1.21	4.65	0.61	0.000

จากตารางที่ ๔.๗ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความแตกต่างคะแนนความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ECHO ผลโดยภาพรวมของจังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ECHO สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ECHO อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = <๐.๐๕; ๙๕%) โดยแบ่งเป็น ๖ ครั้ง ผลการวิเคราะห์ พบว่า

ครั้งที่ ๑ หัวข้อ Switching to TLD: Complications and Drug Interactions พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนเรียน เท่ากับ ๒.๙๒ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๑.๓๘ และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๔.๐๔ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ ๐.๙๓ ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ECHO อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = <๐.๐๕; ๙๕%)

ครั้งที่ ๒ หัวข้อ Dual Therapy: How to Manage Patients on Dual ARV Therapy พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนเรียน เท่ากับ ๒.๕๐ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๑.๐๐ และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๓.๙๑ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ ๐.๗๙ ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ECHO อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = <๐.๐๕; ๙๕%)

ครั้งที่ ๓ หัวข้อ Same-Day/Rapid ART Initiation พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนเรียน เท่ากับ ๑.๖๗ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๐.๘๙ และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๓.๔๑ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ ๑.๔๙ ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ECHO อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = <๐.๐๕; ๙๕%)

ครั้งที่ ๔ หัวข้อ Common Fungal Infections in PLHIV พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนเรียน เท่ากับ ๒.๖๑ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๑.๔๙ และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๔.๘๓ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ ๐.๓๗ ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ECHO อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = <๐.๐๕; ๙๕%)

ครั้งที่ ๕ หัวข้อ Common Respiratory Tract Infections in PLHIV (TB, PCP) พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนเรียน เท่ากับ ๒.๔๗ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๑.๓๑ และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๔.๘๓ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ ๐.๓๗ ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ECHO อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = <๐.๐๕; ๙๕%)

ครั้งที่ ๖ หัวข้อ How to Manage HIV/HCV Co-Infection พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนเรียน เท่ากับ ๒.๘๖ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๑.๒๑ และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๔.๖๕ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ ๐.๗๐ ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ECHO อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = <๐.๐๕; ๙๕%)

ตารางที่ ๔.๘ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความแตกต่างคะแนนความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ECHO โดยใช้สถิติ Paired t-test ของจังหวัดนครศรีธรรมราช

ครั้งที่	หัวข้อ	N	Pretest		Posttest		P-value ( $<0.05$ )
			Mean	SD	Mean	SD	
๑	การวินิจฉัยวัณโรคในผู้ป่วยเอชไอวี	๔๗	๒.๗๔	๑.๐๙	๔.๖๐	๐.๖๕	๐.๐๐๐
๒	การรักษาวัณโรค (DS-TB) ในผู้ป่วยเอชไอวี	๑๐๓	๓.๒๔	๑.๑๘	๕.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐๐
๓	การรักษาวัณโรคดื้อยา (DR-TB) ในผู้ป่วยเอชไอวี	๘๑	๒.๗๔	๑.๒๕	๔.๖๐	๐.๗๗	๐.๐๐๐
๔	การดูแลภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาวัณโรคในผู้ป่วยเอชไอวี	๙๒	๒.๙๕	๑.๑๙	๔.๓๖	๐.๘๙	๐.๐๐๐
๕	การค้นหาวัณโรคระยะแฝงในผู้ป่วยเอชไอวี	๑๐๐	๓.๕๒	๑.๑๑	๔.๖๘	๐.๖๐	๐.๐๐๐
๖	การรักษาวัณโรคระยะแฝงในผู้ป่วยเอชไอวี	๑๐๐	๒.๖๗	๐.๘๗	๔.๓๒	๑.๒๐	๐.๐๐๐

จากตารางที่ ... ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความแตกต่างคะแนนความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ECHO ผลโดยภาพรวมของจังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ECHO สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ECHO อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} = <0.05$ ; ๙๕%) โดยแบ่งเป็น ๖ ครั้ง ผลการวิเคราะห์ พบว่า

ครั้งที่ ๑ หัวข้อ การวินิจฉัยวัณโรคในผู้ป่วยเอชไอวี พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนเรียน เท่ากับ ๒.๗๔ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๑.๐๙ และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๔.๖๐ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๐.๖๕ ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ECHO อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} = <0.05$ ; ๙๕%)

ครั้งที่ ๒ หัวข้อ การรักษาวัณโรค (DS-TB) ในผู้ป่วยเอชไอวี พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนเรียน เท่ากับ ๓.๒๔ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๑.๑๘ และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๕.๐๐ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๐.๐๐ ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ECHO อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} = <0.05$ ; ๙๕%)

ครั้งที่ ๓ หัวข้อ การรักษาวัณโรคดื้อยา (DR-TB) ในผู้ป่วยเอชไอวี พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนเรียน เท่ากับ ๒.๗๔ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๑.๒๕ และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๔.๖๐ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๐.๗๗ ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ECHO อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} = <0.05$ ; ๙๕%)

ครั้งที่ ๔ หัวข้อ การดูแลภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาวัณโรคในผู้ป่วยเอชไอวี พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนเรียน เท่ากับ ๒.๙๕ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๑.๑๙ และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๔.๓๖ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๐.๘๙ ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ECHO อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} = <0.05$ ; ๙๕%)

ครั้งที่ ๕ หัวข้อ การค้นหาวัณโรคระยะแฝงในผู้ป่วยเอชไอวี พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนเรียน เท่ากับ ๓.๕๒ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๑.๑๑ และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๔.๖๘ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ ๐.๖๐ ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ECHO อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = <0.๐๕; ๙๕%)

ครั้งที่ ๖ หัวข้อ การรักษาวัณโรคระยะแฝงในผู้ป่วยเอชไอวี พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนเรียน เท่ากับ ๒.๖๗ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๐.๘๗ และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๔.๓๒ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ ๑.๒๐ ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ECHO อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = <0.๐๕; ๙๕%)

#### ตอนที่ ๔ ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ECHO โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ ๔.๙ ภาพรวมระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ECHO จังหวัดเชียงราย (n=๑๔๓)

รายการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ					X̄	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
	๕ (%)	๔ (%)	๓ (%)	๒ (%)	๑ (%)			
<b>๑. ท่านคิดว่าตนเองมีความรู้ในด้านการดูแลผู้ป่วย HIV มากน้อยเพียงใด</b>								
๑.๑ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	๑๓ (๙.๐๙%)	๒๑ (๑๔.๖๙%)	๗๕ (๕๒.๔๕%)	๒๖ (๑๘.๑๘%)	๘ (๕.๕๙%)	๒.๙๘	๐.๒๗	ปานกลาง
๑.๒ หลังเข้าร่วมกิจกรรม	๕๕ (๓๘.๔๖%)	๖๒ (๔๓.๓๖%)	๒๔ (๑๖.๗๘%)	๒ (๑.๔๐%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๑๙	๐.๓๖	มาก
<b>๒. ความมั่นใจหลังเข้าร่วมกิจกรรม</b>								
๒.๑ ฉันได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย HIV จากการจัดกิจกรรมครั้งนี้	๖๒ (๔๓.๓๖%)	๖๕ (๔๕.๔๕%)	๑๖ (๑๑.๑๙%)	๐ (๐.๐๐%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๓๒	๐.๓๗	มาก
๒.๒ หากฉันประสบปัญหาในการดูแลผู้ป่วย HIV ฉันต้องการนำเคล็ดลับกล่าว เข้าร่วมหารือในกิจกรรม ECHO	๕๖ (๓๙.๑๖%)	๖๐ (๔๑.๙๖%)	๒๗ (๑๘.๘๘%)	๐ (๐.๐๐%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๒๐	๐.๓๖	มาก
๒.๓ หลังจากเข้าร่วมกิจกรรม ECHO ฉันมีความมั่นใจที่จะสอนหรือแนะนำผู้อื่นในสิ่งที่ฉันได้เรียนรู้	๗๐ (๔๘.๙๕%)	๕๕ (๓๘.๔๖%)	๑๗ (๑๑.๘๙%)	๑ (๐.๗๐%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๓๖	๐.๓๗	มาก
<b>ค่าเฉลี่ยรวม</b>						<b>๔.๒๙</b>	<b>๐.๒๑</b>	<b>มาก</b>
<b>๓. ประเมินวิทยากร</b>								
๓.๑ ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ให้ผู้ฟังเข้าใจ	๘๖ (๖๐.๑๔%)	๕๑ (๓๕.๖๖%)	๖ (๔.๒๐%)	๐ (๐.๐๐%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๕๖	๐.๓๘	มากที่สุด

รายการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ					$\bar{X}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
	๕ (%)	๔ (%)	๓ (%)	๒ (%)	๑ (%)			
๓.๒ มีวิธีการสอนที่น่าสนใจมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เรียน	๘๔ (๕๘.๗๔%)	๔๔ (๓๐.๗๗%)	๑๕ (๑๐.๔๙%)	๐ (๐.๐๐%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๔๘	๐.๓๘	มาก
๓.๓ การอภิปรายและตอบคำถามโดยวิทยากร	๘๖ (๖๐.๑๔%)	๕๒ (๓๖.๓๖%)	๕ (๓.๕๐%)	๐ (๐.๐๐%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๕๗	๐.๓๘	มากที่สุด
๓.๔ การรักษาเวลา	๘๒ (๕๗.๓๔%)	๕๖ (๓๙.๑๖%)	๕ (๓.๕๐%)	๐ (๐.๐๐%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๕๔	๐.๓๘	มากที่สุด
<b>ค่าเฉลี่ยรวม</b>						<b>๔.๕๔</b>	<b>๐.๑๙</b>	<b>มากที่สุด</b>
<b>๔. ประเมินการประสานงาน</b>								
๔.๑ ประสานงานการเข้าระบบเรียนทั้งก่อนและหลังจัดกิจกรรม	๖๖ (๔๖.๑๕%)	๖๗ (๔๖.๘๕%)	๑๐ (๖.๙๙%)	๐ (๐.๐๐%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๓๙	๐.๓๗	มาก
๔.๒ การประชาสัมพันธ์การจัดกิจกรรม	๗๗ (๕๓.๘๕%)	๐ (๐.๐๐%)	๕๔ (๓๗.๗๖%)	๑๒ (๘.๓๙%)	๐ (๐.๐๐%)	๓.๙๙	๐.๓๕	มาก
๔.๓ ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	๗๐ (๔๘.๙๕%)	๖๓ (๔๔.๐๖%)	๑๐ (๖.๙๙%)	๐ (๐.๐๐%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๔๒	๐.๓๗	มาก
๔.๔ ช่วงเวลาที่จัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	๗๘ (๕๔.๕๕%)	๕๓ (๓๗.๐๖%)	๑๑ (๗.๖๙%)	๑ (๐.๗๐%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๔๕	๐.๓๘	มาก
<b>ค่าเฉลี่ยรวม</b>						<b>๔.๓๑</b>	<b>๐.๑๘</b>	<b>มาก</b>
๕. ท่านคิดว่าการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวันนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย HIV ของท่านได้ในระดับใด	๕๘ (๔๐.๕๖%)	๗๕ (๕๒.๔๕%)	๙ (๖.๒๙%)	๑ (๐.๗๐%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๓๓	๐.๓๗	มาก
<b>ค่าเฉลี่ยภาพรวมระดับความพึงพอใจ</b>						<b>๔.๔๑</b>	<b>๐.๑๑</b>	<b>มาก</b>

ผลการประเมินระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรมของจังหวัดเชียงราย พบว่า ในภาพรวมมีคะแนนความพึงพอใจ ๔.๔๑ อยู่ในระดับความพึงพอใจมาก โดยวิเคราะห์จากองค์ประกอบกิจกรรม ๕ ประเด็น คือ ๑. ด้านความรู้ตนเองก่อนและหลังเข้าร่วม มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยก่อนเข้าร่วม ๒.๘๘ คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วม ๔.๑๙ คะแนน ความพึงพอใจอยู่ระดับมาก ๒. ด้านความมั่นใจหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีคะแนนความพึงพอใจ ๔.๒๙ อยู่ในระดับมากที่สุด ๓. ด้านวิทยากร มีคะแนนความพึงพอใจ ๔.๕๔ อยู่ในระดับมากที่สุด ๔. ด้านการประสานงานมีคะแนนความพึงพอใจ ๔.๓๑ อยู่ในระดับมากที่สุด และ ๕. การประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย HIV มีคะแนนความพึงพอใจ ๔.๓๓ อยู่ในระดับมากที่สุด

#### ข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมกิจกรรม

- ชื่นชอบมาก ขอขอบคุณท่านอาจารย์วิทยากร และผู้จัดกิจกรรมทุกท่าน ที่ได้ให้ความรู้ และจัดกิจกรรมดีๆ ให้กับทีมดูแล HIV
- ชอบ ได้ความรู้ เพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงาน
- จากจัดประชุมนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในงานที่รับผิดชอบได้ดีขึ้น อยากให้จัดต่อเนื่องทุกปี

ตารางที่ ๔.๑๐ ภาพรวมระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ECHO จังหวัดอุดรธานี (n=๑๖๒)

รายการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ					X̄	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
	๕ (%)	๔ (%)	๓ (%)	๒ (%)	๑ (%)			
<b>๑. ท่านคิดว่าตนเองมีความรู้ในด้านการดูแลผู้ป่วย HIV มากน้อยเพียงใด</b>								
๑.๑ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	๑๑ (๖.๗๙%)	๔๗ (๒๙.๐๑%)	๖๒ (๓๘.๒๗%)	๓๘ (๒๓.๔๖%)	๔ (๒.๔๗%)	๓.๑๒	๐.๒๖	ปานกลาง
๑.๒ หลังเข้าร่วมกิจกรรม	๖๗ (๔๑.๓๖%)	๗๓ (๔๕.๐๖%)	๒๒ (๑๓.๕๘%)	๐ (๐.๐๐%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๒๘	๐.๓๔	มาก
<b>๒. ฉันได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย HIV จากการจัดกิจกรรมครั้งนี้</b>								
๒.๑ ฉันได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย HIV จากการจัดกิจกรรมครั้งนี้	๕๙ (๓๖.๔๒%)	๘๓ (๕๑.๒๓%)	๒๐ (๑๒.๓๕%)	๐ (๐.๐๐%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๒๔	๐.๓๔	มาก
๒.๒ หากฉันประสบปัญหาในการดูแลผู้ป่วย HIV ฉันต้องการนำเคสดังกล่าว เข้าร่วมหารือในกิจกรรม ECHO	๕๖ (๓๔.๕๗%)	๗๖ (๔๖.๙๑%)	๓๐ (๑๘.๕๒%)	๐ (๐.๐๐%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๑๖	๐.๓๓	มาก
๒.๓ หลังจากเข้าร่วมกิจกรรม ECHO ฉันมีความมั่นใจที่จะสอนหรือแนะนำผู้อื่นในสิ่งที่ฉันได้เรียนรู้	๕๓ (๓๒.๗๒%)	๗๘ (๔๘.๑๕%)	๓๑ (๑๙.๑๔%)	๐ (๐.๐๐%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๑๔	๐.๓๓	มาก
<b>ค่าเฉลี่ยรวม</b>						<b>๔.๑๘</b>	<b>๐.๑๙</b>	<b>มาก</b>
<b>๓. ประเมินวิทยากร</b>								
๓.๑ ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ให้ผู้ฟังเข้าใจ	๘๓ (๕๑.๒๓%)	๖๕ (๔๐.๑๒%)	๑๔ (๘.๖๔%)	๐ (๐.๐๐%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๔๓	๐.๓๕	มาก
๓.๒ มีวิธีการสอนให้น่าสนใจมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เรียน	๘๕ (๕๒.๔๗%)	๖๓ (๓๘.๘๙%)	๑๔ (๘.๖๔%)	๐ (๐.๐๐%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๔๔	๐.๓๕	มาก
๓.๓ การอธิบายและตอบคำถามโดยวิทยากร	๙๗ (๕๙.๘๘%)	๕๘ (๓๕.๘๐%)	๗ (๔.๓๒%)	๐ (๐.๐๐%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๕๖	๐.๓๖	มากที่สุด
๓.๔ การรักษาเวลา	๘๔ (๕๑.๘๕%)	๖๘ (๔๑.๙๘%)	๑๐ (๖.๑๗%)	๐ (๐.๐๐%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๔๖	๐.๓๕	มาก
<b>ค่าเฉลี่ยรวม</b>						<b>๔.๔๗</b>	<b>๐.๑๘</b>	<b>มาก</b>
<b>๔. ประเมินการประสานงาน</b>								
๔.๑ ประสานงานการเข้าระบบเรียนทั้งก่อนและหลังจัดกิจกรรม	๙๒ (๕๖.๗๙%)	๕๙ (๓๖.๔๒%)	๑๑ (๖.๗๙%)	๐ (๐.๐๐%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๕๐	๐.๓๖	มาก
๔.๒ การประชาสัมพันธ์การจัดกิจกรรม	๘๘ (๕๔.๓๒%)	๖๐ (๓๗.๐๔%)	๑๔ (๘.๖๔%)	๐ (๐.๐๐%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๔๖	๐.๓๕	มาก
๔.๓ ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	๘๑ (๕๐.๐๐%)	๖๗ (๔๑.๓๖%)	๑๔ (๘.๖๔%)	๐ (๐.๐๐%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๔๑	๐.๓๕	มาก

รายการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ					$\bar{X}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
	๕ (%)	๔ (%)	๓ (%)	๒ (%)	๑ (%)			
๔.๔ ช่วงเวลาที่จัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	๙๑ (๕๖.๑๗%)	๖๑ (๓๗.๖๕%)	๑๐ (๖.๑๗%)	๐ (๐.๐๐%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๕๐	๐.๓๖	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม						๔.๔๗	๐.๑๘	มาก
๕. ท่านคิดว่าการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวันนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย HIV ของท่านได้ในระดับใด	๙๗ (๕๙.๘๘%)	๕๗ (๓๕.๑๙%)	๘ (๔.๙๔%)	๐ (๐.๐๐%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๕๕	๐.๓๖	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยภาพรวมระดับความพึงพอใจ						๔.๔๓	๐.๑๐	มาก

ผลการประเมินระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรมของจังหวัดอุดรธานี พบว่า ในภาพรวมมีคะแนนความพึงพอใจ 4.60 อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด โดยวิเคราะห์จากองค์ประกอบกิจกรรม 5 ประเด็น คือ 1. ด้านความรู้ตนเองก่อนและหลังเข้าร่วม มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยก่อนเข้าร่วม 3.12 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วม 4.28 คะแนน ความพึงพอใจอยู่ระดับมาก 2. ด้านความมั่นใจหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีคะแนนความพึงพอใจ 4.18 อยู่ในระดับมาก 3. ด้านวิทยากร มีคะแนนความพึงพอใจ 4.47 อยู่ในระดับมากที่สุด 4. ด้านการประสานงานมีคะแนนความพึงพอใจ 4.47 อยู่ในระดับมากที่สุด และ 5. การประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย HIV มีคะแนนความพึงพอใจ 4.55 อยู่ในระดับมากที่สุด

#### ข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมกิจกรรม

- นำเสนอเคส ดีมากค่ะใช้ได้จริง อาจารย์สอนเข้าใจมากๆ ค่ะ
- เนื้อหาแน่นมากๆ ค่ะ ฟังสนุก จัดเรื่อย ๆ นะคะ
- ข้อดีคือสะดวกสำหรับผู้ฟัง ไม่ต้องเดินทางเข้าประชุมแต่ ทำงานด้วยฟังชมด้วยสมาธิไม่ตี เสนอให้มีกรทบทวนหรือมีหัวข้อเดิมมาให้ฟังจัดได้ประโยชน์
- ควรให้ผู้เรียนสามารถเข้าไป load power point หรือเอกสารได้ในห้องประชุมได้



ตารางที่ ๔.๑๑ ภาพรวมระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ECHO จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=๔๑๒)

รายการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ					X̄	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
	๕ (%)	๔ (%)	๓ (%)	๒ (%)	๑ (%)			
<b>๑. ท่านคิดว่าตนเองมีความรู้ในด้านการดูแลผู้ป่วย HIV มากน้อยเพียงใด</b>								
๑.๑ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	๕๖ (๑๓.๕๙%)	๘๖ (๒๐.๘๗%)	๑๗๔ (๔๒.๒๓%)	๗๗ (๑๘.๖๙%)	๑๙ (๔.๖๑%)	๓.๑๖	๐.๑๗	ปานกลาง
๑.๒ หลังเข้าร่วมกิจกรรม	๑๖๔ (๓๙.๘๑%)	๒๐๒ (๔๙.๐๓%)	๔๔ (๑๐.๖๘%)	๒ (๐.๔๙%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๒๘	๐.๒๑	มาก
<b>๒.๑ ฉันได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย HIV จากการจัดกิจกรรมครั้งนี้</b>								
๒.๑	๑๖๖ (๔๐.๒๙%)	๒๑๐ (๕๐.๙๗%)	๓๓ (๘.๐๑%)	๓ (๐.๗๓%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๓๑	๐.๒๑	มาก
<b>๒.๒ หากฉันประสบปัญหาในการดูแลผู้ป่วย HIV ฉันต้องการนำเคสดังกล่าว เข้าร่วมหารือในกิจกรรม ECHO</b>								
๒.๒	๑๕๓ (๓๗.๑๔%)	๒๑๓ (๕๑.๗๐%)	๔๐ (๙.๗๑%)	๖ (๑.๔๖%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๒๕	๐.๒๑	มาก
<b>๒.๓ หลังจากเข้าร่วมกิจกรรม ECHO ฉันมีความมั่นใจที่จะสอนหรือแนะนำผู้อื่นในสิ่งที่ฉันได้เรียนรู้</b>								
๒.๓	๑๖๙ (๔๑.๐๒%)	๒๐๕ (๔๙.๗๖%)	๓๗ (๘.๙๘%)	๑ (๐.๒๔%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๓๒	๐.๒๑	มาก
<b>ค่าเฉลี่ยรวม</b>						<b>๔.๒๙</b>	<b>๐.๑๒</b>	<b>มาก</b>
<b>๓. ประเมินวิทยากร</b>								
<b>๓.๑ ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ให้ผู้ฟังเข้าใจ</b>								
๓.๑	๒๘๖ (๖๙.๔๒%)	๑๑๘ (๒๘.๖๔%)	๘ (๑.๙๔%)	๐ (๐.๐๐%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๖๗	๐.๒๓	มากที่สุด
<b>๓.๒ มีวิธีการสอนที่น่าสนใจมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เรียน</b>								
๓.๒	๒๘๔ (๖๙.๑๗%)	๑๒๑ (๒๙.๓๗%)	๖ (๑.๔๖%)	๐ (๐.๐๐%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๖๘	๐.๒๓	มากที่สุด
<b>๓.๓ การอธิบายและตอบคำถามโดยวิทยากร</b>								
๓.๓	๒๙๐ (๗๐.๓๙%)	๑๑๖ (๒๘.๑๖%)	๕ (๑.๒๑%)	๑ (๐.๒๔%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๖๙	๐.๒๓	มากที่สุด
<b>๓.๔ การรักษาเวลา</b>								
๓.๔	๒๙๗ (๖๗.๗๒%)	๑๒๖ (๓๐.๕๘%)	๗ (๑.๗๐%)	๐ (๐.๐๐%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๖๖	๐.๒๓	มากที่สุด
<b>ค่าเฉลี่ยรวม</b>						<b>๔.๖๗</b>	<b>๐.๑๒</b>	<b>มากที่สุด</b>
<b>๔. ประเมินการประสานงาน</b>								
<b>๔.๑ ประสานงานการเข้าระบบเรียนทั้งก่อนและหลังจัดกิจกรรม</b>								
๔.๑	๒๑๔ (๕๑.๙๔%)	๑๘๒ (๔๔.๑๗%)	๑๕ (๓.๖๔%)	๑ (๐.๒๔%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๔๘	๐.๒๒	มาก
<b>๔.๒ การประชาสัมพันธ์การจัดกิจกรรม</b>								
๔.๒	๒๒๓ (๕๔.๑๓%)	๑๖๓ (๓๙.๕๖%)	๒๕ (๖.๐๗%)	๑ (๐.๒๔%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๔๘	๐.๒๒	มาก
<b>๔.๓ ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม</b>								
๔.๓	๒๒๓ (๕๔.๑๓%)	๑๖๔ (๓๙.๘๑%)	๒๔ (๕.๘๓%)	๑ (๐.๒๔%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๔๘	๐.๒๒	มาก
<b>๔.๔ ช่วงเวลาที่จัดกิจกรรมมีความเหมาะสม</b>								
๔.๔	๒๒๓ (๕๔.๑๓%)	๑๕๓ (๓๗.๑๔%)	๓๐ (๗.๒๘%)	๖ (๑.๔๖%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๔๔	๐.๒๒	มาก
<b>ค่าเฉลี่ยรวม</b>						<b>๔.๔๖</b>	<b>๐.๑๐</b>	<b>มาก</b>

รายการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ					$\bar{X}$	S.D.	ระดับความ พึงพอใจ
	๕ (%)	๔ (%)	๓ (%)	๒ (%)	๑ (%)			
๕. ท่านคิดว่าการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวันนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย HIV ของท่านได้ในระดับใด	๒๐๕ (๔๙.๗๖%)	๑๘๘ (๔๕.๖๓%)	๑๘ (๔.๓๗%)	๑ (๐.๒๔%)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๔๕	๐.๒๒	มาก
ค่าเฉลี่ยภาพรวมระดับความพึงพอใจ						๔.๕๑	๐.๐๖	มาก

ผลการประเมินระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรมของจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ในภาพรวมมีคะแนนความพึงพอใจ 4.69 ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด โดยวิเคราะห์จากองค์ประกอบกิจกรรม 5 ประเด็น คือ 1. ด้านความรู้ตนเองก่อนและหลังเข้าร่วม มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยก่อนเข้าร่วม 3.16 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วม 4.28 คะแนน ความพึงพอใจอยู่ระดับมาก 2. ด้านความมั่นใจหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีคะแนนความพึงพอใจ 4.29 อยู่ในระดับมากที่สุด 3. ด้านวิทยากร มีคะแนนความพึงพอใจ 4.67 อยู่ในระดับมากที่สุด 4. ด้านการประสานงานมีคะแนนความพึงพอใจ 4.46 อยู่ในระดับมากที่สุด และ 5. การประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย HIV มีคะแนนความพึงพอใจ 4.45 อยู่ในระดับมากที่สุด

#### ข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมกิจกรรม

- ขอขอบคุณท่านวิทยากรและผู้จัดทุกท่านเป็นอย่างสูงที่ได้จัดกิจกรรมดีๆ ทำให้ได้เรียนรู้และสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลคนไข้
- ได้ความรู้ด้าน TB เพิ่มมากขึ้น
- เป็นการประชุมแนวใหม่ที่เหมาะสมเวลาคู่
- อยากให้จัดต่อเรื่อย ๆ ค่ะ ขอขอบคุณอาจารย์และทีมมากๆ ค่ะ
- เวลาจำกัดเล็กน้อยค่ะ บางครั้งงานประจำค้าง
- ช่วงเวลาอาจ/มีเหมาะสมสำหรับผู้ที่มีงานเร่งด่วนติดพันถึงเที่ยง ช่วงพักกินข้าว ทำให้ขาดการหันต่อเนื่องบางช่วง แต่อาจารย์วิทยากรมีความตั้งใจเป็นอย่างมาก ขอขอบคุณมากค่ะ
- ปรับปรุงเรื่องระบบเสียง อาจให้มีการทดสอบระบบก่อนนำเสนอจริง

## ๔.๒ ผลการถอดบทเรียนของกิจกรรม ECHO

จากการถอดบทเรียนการดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ในพื้นที่ต้นแบบ ๓ จังหวัด ปี ๒๕๖๖ นำสู่ข้อค้นพบทั้งในส่วนที่เป็นจุดเด่นหรือจุดดี จุดอ่อน และข้อเสนอแนะหลายประการ โดยจำแนกประเด็นตามกรอบแนวคิด PMQA ดังนี้

### ประเด็นที่ ๑ บทบาททีมนำ

จากการดำเนินงาน พบว่า ทีมนำทั้ง ๓ จังหวัดในพื้นที่ต้นแบบมีจุดเด่นคือ **ทีมนำเป็นแพทย์และเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรคติดเชื้อ (Infection disease: ID)** ทำให้เกิดเครือข่ายที่เลี้ยงด้านวิชาการระหว่างแพทย์โรงพยาบาลศูนย์และแพทย์โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งถือเป็นจุดแข็งที่สำคัญในการจัดการเรียนรู้เพื่อขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO การฟอร์มทีมเกิดจากการใช้ต้นทุนเดิมจากการทำงานในพื้นที่ ดังตัวอย่างของทีมจังหวัดเชียงรายที่ใช้เครือข่ายเดิมจากการส่งต่อการรักษา (Refer) หรือการทำงานโควิด-๑๙ ร่วมกันได้แก่ จังหวัดแพร่ น่าน และพะเยา สำหรับจังหวัดอุดรธานี พบว่า ในเขต ๘ อุดรธานี มีแพทย์เฉพาะทางด้านโรคติดเชื้อ (ID) จำนวน ๓ คนจากทั้งหมด ๗ จังหวัด โดยแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานีเป็นหลักในการเชิญอาจารย์แพทย์อีก ๓ ท่านมาร่วมเป็นทีม ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี จังหวัดนครพนม และสกลนคร เพื่อนำร่องกิจกรรมในพื้นที่ และจังหวัดนครศรีธรรมราช มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ (ID) เพียงคนเดียวในจังหวัดซึ่งเป็นที่เคารพนับถือในพื้นที่จึงสามารถช่วยประชาสัมพันธ์และขับเคลื่อนงานในพื้นที่ไปได้อย่างดี โดยผู้เชี่ยวชาญนครศรีธรรมราชกล่าวว่า

*“ในด้านการฟอร์มทีม ผมจะคุยกับแพทย์เอง เพราะแพทย์คุยกับแพทย์จะง่าย และการนำเสนอเคลสจะเป็นแพทย์นำเสนอเคลสเองทั้งหมด มีทั้งผู้อำนวยการของโรงพยาบาลเป็นคนพีริเซนต์เคลสด้วย อาจจะเป็นเพราะว่าเราเป็น ID คนเดียว แล้วทุกคนเชื่อฟัง ตั้งแต่โควิดมา ทุกคนรู้จักผมหมด เพราะฉะนั้นคุยไม่ยาก”*

อย่างไรก็ตามยังพบจุดอ่อนคือ **ภาระงานของทีม** เนื่องจากทั้งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและทีมจัดการมีภาระหน้าที่ประจำที่ต้องรับผิดชอบงานอื่นๆ ทำให้เวลาในการเตรียมกิจกรรม ตั้งแต่ประสานเตรียมเคลสกรณีศึกษาและเนื้อหาการสอน การประชาสัมพันธ์มีระยะเวลาจำกัด โดยผู้เชี่ยวชาญนครศรีธรรมราช กล่าวว่า

*“เราช่วยกันตั้งแต่ระดับ สคร. สสจ. ลงมา แต่ปัญหาของนครศรีฯ คือ สคร. และ สสจ. ยังทำงานเยอะอยู่ จริงๆ อยากให้โรงพยาบาลมีบทบาทมากขึ้น จริงในโรงพยาบาลผมก็ทำคนเดียว HIV-Co ก็ไม่ได้มาช่วย ไม่ว่าจะออก Pre-Posttest ติดต่อกันโน้น คนนี้ ส่งเคลส Submission review ตัวเองทำคนเดียวทั้งหมด แม้กระทั่งพิธีกรก็ยังเป็น สคร. คิดว่าแผนครั้งหน้าจะทำให้โรงพยาบาลชุมชนเป็นพิธีกร เพื่อให้โรงพยาบาลมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น เพราะเขาจะได้ดีใจ เพราะวันไหนที่โรงพยาบาลนั้นๆ เป็นเจ้าภาพ คนโรงพยาบาลนั้นจะเข้าเยอะมาก ยอดจะกระโดด ภาระงาน ก็จะมากองที่ สคร. สสจ. และผมสักเยอะ เพราะฉะนั้น เราก็พยายามกระจาย”*

ด้วยเหตุนี้ จึงมีข้อเสนอแนะต่อจุดอ่อนดังกล่าวคือ ควรมีการจัดประชุมคณะกรรมการเพื่อสื่อสารสร้างความเข้าใจกิจกรรม ECHO ร่วมกับทีมพื้นที่ให้ชัดเจน ประกอบด้วย ทีมผู้เชี่ยวชาญและทีมประสานงาน เพื่อสื่อสารสร้างความเข้าใจกิจกรรม ECHO และเป้าหมายในการดำเนินงาน รวมถึงบทบาทของทีมให้ชัดเจน เพื่อลดช่องว่างในการสื่อสารและแบ่งเบาภาระงานของทีม โดยทีมจังหวัดเชียงรายได้ให้ความเห็นว่า

“ในครั้งต่อไปเราจะสื่อสารกันในเครือข่ายจริงๆ ใครทำอะไรบ้าง การเตรียมเคส นำเสนอเคส ว่าเรามีปัญหาเรื่องไหน แล้วต้องการผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้เป็นประเด็นที่น่าสนใจ นำไปใช้ประโยชน์ให้มากที่สุด เสนอให้มีการประสานงานกับทีมนำ หรือ Key person นพ.สสจ. รอง นพ.สสจ. เพื่อผลักดันให้เกิดภาพรวม อย่างที่บอกว่าเชียงรายตั้งแต่เริ่มโครงการมีหนังสือเชิญเพียงฉบับเดียว การที่ สสจ.เชียงราย แพร์ น่าน จะตามผู้เข้าร่วมเข้าก็จะง่ายขึ้น สิ่งสำคัญคือ ต้องสื่อสารให้ชัดเจน”

## ประเด็นที่ ๒ การวางแผน

การวางแผนการดำเนินงานกิจกรรม ECHO พบว่า มีจุดเด่นคือ วิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่นำมาออกแบบเป้าหมายผลลัพธ์สุขภาพ (Health Outcome) ที่ชัดเจนและวัดผลลัพธ์ได้ ดังตัวอย่างรูปแบบการดำเนินงานของจังหวัดนครศรีธรรมราช ถือเป็นผลการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ (Best practice) ของการจัดกิจกรรม ECHO ที่เห็นเป็นรูปธรรม โดยหลังจากทีมผู้เชี่ยวชาญและคณะทำงานได้เข้าร่วมประชุมชี้แจงทำความเข้าใจเรื่องแนวทางการดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ปี ๒๕๖๖ ร่วมกับกองโรคเอดส์ฯ แล้ว ทางทีมได้จัดประชุมผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อเตรียมแผนกิจกรรมโดยทำความเข้าใจเป้าหมาย เพื่อให้ทีมมุ่งสู่ทิศทางการทำงานเดียวกัน ทำให้เป้าหมายที่กำหนดบรรลุผลได้โดยง่าย เพราะต่างคนต่างทำในบทบาทที่ได้รับมอบหมายได้ชัดเจน โดยกิจกรรมหลักในการดำเนินงานมีดังนี้

๑) วิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่เพื่อออกแบบหัวข้อการเรียนรู้ ทีมฯ ได้นัดประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนกิจกรรมในพื้นที่ ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ทีม สคร. สสจ. และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด ได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า สถานการณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยเอชไอวี (HIV) ด้วยวัณโรค (TB) มีอัตราสูง และเป็นปัญหาหลักในเรื่องการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระดับจังหวัด เขต และประเทศ รวมถึงผลการดำเนินงานการให้ยาป้องกันวัณโรคแฝงในผู้ป่วยเอชไอวี (TPT) ในจังหวัดนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลยังทำได้น้อย ทางทีมฯ จึงเห็นควรเลือกปัญหาวัณโรคในผู้ป่วยเอชไอวี (TB-HIV) เป็นเป้าหมายหลักของกิจกรรม ECHO และออกแบบหัวข้อการเรียนรู้หลัก (Module) จำนวน ๖ หัวข้อที่เกี่ยวข้องกับ TB-HIV ทั้งหมด ซึ่งหัวข้อการเรียนรู้มีความชัดเจน ครอบคลุม และเรียงร้อยต่อเนื่อง โดยผู้เชี่ยวชาญได้กล่าวว่า

“เราเลือกหัวข้อเรื่องที่เป็นปัญหาของจังหวัดเรา คือ TB-HIV และกำหนดเป็น Module หลักใน ๖ ครั้งของ ECHO จะเกี่ยวข้องกับ TB-HIV การเลือกเรื่องถ้าไปดูตารางครั้งที่ ๑ เป็นหัวข้อเรื่อง Diagnosis treatment complication TPT คือ ทุกอย่างจะมีความเกี่ยวข้องกันทั้งหมดเป็นเรื่องที่พื้นที่สนใจ ถ้าเป็นเรื่องที่พื้นที่สนใจ พื้นที่เข้าแน่นอน ของจังหวัดนครฯ ไม่ได้ทำแบบหลายจังหวัด แต่ engage ค่อนข้างเยอะเหมือนกัน”

๒) เลือกกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ โดยเน้นกลุ่มเป้าหมายหลักคือ แพทย์โรงพยาบาลชุมชน เพื่อส่งเสริมกิจกรรม Case-based consultation และเชิญเภสัชกร พยาบาล และผู้รับผิดชอบงานเอชไอวีร่วมกิจกรรมด้วย

๓) กำหนดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health outcome) ที่วัดผลได้ โดยทางทีมนครศรีธรรมราชได้ร่วมกันกำหนดผลลัพธ์ในเชิงคลินิก จำนวน ๓ ข้อ ได้แก่

- ๑) การเริ่มยาต้านในผู้ป่วย HIV/TB ภายใน ๒ สัปดาห์
- ๒) การเริ่ม TPT ตามแนวทางการรักษาของประเทศ
- ๓) จำนวนโรงพยาบาลที่ให้บริการ TPT ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

๔) ออกแบบแผนการเรียนรู้ ผู้เชี่ยวชาญได้จัดทำสรุปบทเรียนและสไลด์การนำเสนอสั้นกระชับนำไปใช้ได้ และมีการออกแบบคำถามก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (Pre-posttest) เน้นวิชาการที่เข้าถึงได้ เป็นวิชาการที่พื้นที่เขาสามารถเอาไปใช้ได้ สไลด์ที่เตรียมจะเป็นสไลด์สรุปทั้งหมด เป็น How to ว่า เราจะทำอย่างไร เราจะมีติดตามอย่างไร ให้อย่างไร นึกถึงภาพที่เราเข้าไปฟัง แล้วเราจะเอาความรู้ไปทำอะไร ไม่ได้เน้นเนื้อหาอื่น ๆ

๕) พัฒนาแบบฟอร์มการนำเสนอเคส (Case submission form) เพื่อเป็นมาตรฐาน (Standard protocol) เหมือนการทำ Interhost ส่งให้กับโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ผู้นำเสนอกรณีศึกษาของผู้ป่วยส่งข้อมูลมาทาง สสจ. โดยเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เลือกกรณีศึกษาของผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ เพิ่มบางประเด็นที่เห็นว่าเป็นความรู้เพิ่มเติม

๖) กำหนดช่วงเวลาที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ทางทีมกำหนดระยะเวลาในการจัดเป็นช่วงเที่ยงของวันพฤหัสบดีในสัปดาห์สุดท้ายของเดือน ซึ่งได้มีการสำรวจแล้วว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ในพื้นที่จะว่างวันพฤหัสบดีสุดท้ายของเดือน เลือกตอนเที่ยงเพราะจะเป็นช่วงพักกลางวัน ถ้าจัดบ่ายอาจจะไม่มีใครมา เพราะเป็นทางเวลาที่ต้องทำงาน ในช่วงจัดกิจกรรม พบว่า เมื่อถึงเวลาช่วงบ่ายโมงคนจะลดลงอย่างรวดเร็ว เพราะบ่ายโมงทุกคนต้องไปทำหน้าที่ของตัวเอง ต้องตรงเวลาบ่ายโมงจะจบกิจกรรมทันที สิ่งที่ทำคือ ก่อนออกทุกคนต้องทำแบบประเมินหลังเข้าร่วมกิจกรรม ประเมินความพึงพอใจ ทำให้มีจำนวนผู้ทำแบบประเมินก่อนและหลังเรียนมีจำนวนมาก

๗) ติดตามผลลัพธ์ การวัดผลลัพธ์ของพื้นที่โดยใช้ตัวชี้วัด ๓ ตัวชี้วัดที่ตั้งไว้ โดยวัดผลในไตรมาสสุดท้าย เก็บข้อมูล Baseline อัตราการเริ่มยา TPT ในผู้ป่วยเอชไอวี อยู่ที่ร้อยละ ๓๐ จากการจัดกิจกรรมในพื้นที่ พบว่า ผลการดำเนินงานการเริ่มยา TPT ในผู้ป่วยเอชไอวี ในไตรมาสที่ ๔ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ อยู่ที่ร้อยละ ๗๐ โดยผู้เชี่ยวชาญกล่าวว่า

“เราพยายามออกแบบ Outcome ที่สามารถวัดได้ เรากำหนดขึ้นมาเกินจากค่า Pre-Posttest วัดความรู้ เป็น Outcome ที่เป็นภาพรวมจังหวัด เช่น เราสอนทีม HIV เราก็อยากรู้ว่าทีม HIV เริ่มยาต้านได้ภายใน ๒ สัปดาห์ ได้จริงหรือไม่ ซึ่งเรามีข้อมูล Baseline ของเราอยู่ที่เท่าไร และหลังจากเราใส่กิจกรรม ECHO ไป ๖ ครั้ง สิ่งเหล่านี้เพิ่มขึ้นหรือไม่ การเริ่ม TPT ซึ่งนครฯ เราเริ่ม TPT ไปตอนแรกไปแค่ ๓๐% ตอนนี้ได้ข่าวว่าเพิ่มเป็น ๗๐% หลังจากการทำ ECHO การออกแบบ Topic โดยเลือกจากปัญหา”

อย่างไรก็ตามในการวางแผนยังพบจุดอ่อนคือ การวางแผนออกแบบเป้าหมายผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health outcome) ในบางพื้นที่ยังไม่สามารถวัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพเฉพาะเรื่องได้ จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ในบางพื้นที่ออกแบบหัวข้อการเรียนรู้เป็นประเด็นที่พื้นที่สนใจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออัปเดตความรู้

ใหม่ๆ ด้านการดูแลรักษาเอชไอวีที่เกี่ยวข้องให้กับบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ ทำให้หัวข้อการเรียนรู้มีประเด็นหลากหลายจึงไม่สามารถวัดผลลัพธ์สุขภาพ (Health outcome) ได้โดยตรง โดยผู้รับผิดชอบทีมเชียงรายได้กล่าวว่า

“เราไม่ได้กำหนดเป้าหมายที่เป็น Outcome ที่ชัดเจน ข้อเสนอแนะที่เราทำปีหน้าจังหวัดเชียงรายเป็นจังหวัดยุติเอดส์ อาจจะมี Health outcome ที่ชัดเจนเป็นเรื่องการลดการตาย แล้วออกแบบหัวข้อให้สอดคล้องกับเป้าหมาย Outcome การที่จะเริ่มต้นทำอะไรสักอย่างมันต้องเริ่มต้นจากความสนใจของผู้ที่จะเข้าฟัง”

ดังนั้น ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงจุดอ่อนนี้คือ ควรสร้างความเข้าใจกับทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและทีมผู้จัดในระดับพื้นที่เพื่อร่วมกันวางแผนและเน้นเลือกปัญหาในพื้นที่นำมาออกแบบ Health outcome ที่สามารถวัดผลลัพธ์ได้จริง วัดผลจากตัวชี้วัดสำคัญด้านเอชไอวีเพื่อสะท้อนผลลัพธ์ (Ultimate outcome) เช่น การลดการเสียชีวิตจากเอชไอวี การเริ่มยาเร็ว เป็นต้น และใช้การประเมินแบบ Objective เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health Outcome) เช่น ลดการตาย มีการเพิ่มยาเร็วในเคสที่ไม่มีปัญหา/Asymptomatic (Same day ART) และ TPT ได้มากขึ้นจากปีก่อนหน้า

### ประเด็นที่ ๓ กระบวนการดำเนินงาน

กระบวนการดำเนินงานของกิจกรรม ECHO มีจุดเด่นที่สำคัญคือ ทีม สคร. และ สสจ. เป็นส่วนสำคัญในการขยายงานและสร้างเครือข่ายในระดับพื้นที่ จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ทีมผู้เชี่ยวชาญไม่สามารถดำเนินงานกิจกรรม ECHO ได้เพียงลำพัง ดังจะเห็นได้จากผลการดำเนินงานทั้ง ๓ จังหวัดที่มีผู้เข้าร่วมหลากหลายส่วนหนึ่งเกิดจากทีมผู้จัดและประสานงานระดับพื้นที่ ได้แก่ ทีม สคร. และ สสจ. ที่มีบทบาทที่สำคัญในการสร้างเครือข่ายการดำเนินงานพื้นที่ที่ทำงานประสบผลสำเร็จและสร้างระบบการจัดการการดำเนินงานที่ยั่งยืนในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี บทบาทสำคัญมีดังนี้

สำนักงานป้องกันและควบคุมโรค (สคร.) มีบทบาทคือ ผู้จัดการและประสานงานในการเชื่อมระหว่างส่วนกลาง จังหวัด และทีมนำสนับสนุนผู้เชี่ยวชาญในการจัดเตรียมนักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญ จัดเตรียมความพร้อมก่อนการจัดกิจกรรม เช่น ระบบ IT ระบบลงทะเบียน สไลด์นำเสนอของวิทยากรและผู้นำเสนอเคส การประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม และความพึงพอใจ เป็นต้น ทำสรุปจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม (Registration ใน HIV ECHO HUB) รวมถึงการติดตาม กำกับ ประเมินผล และการขยายการดำเนินงานในเขตพื้นที่

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) มีบทบาทคือ ผู้จัดและประสานงานในพื้นที่ โดยร่วมออกแบบเป้าหมายและหัวข้อสำหรับการสอน ประชาสัมพันธ์กิจกรรมให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ ทำหนังสือแจ้งภาพรวมกิจกรรมของปี และแจ้งหนังสือรายเดือนถึงโรงพยาบาล ผู้เกี่ยวข้อง และติดตามผ่าน Line รวมถึงติดตาม กำกับ และประเมินผลการดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ในเขตพื้นที่

นอกจากนี้ยังมีจุดเด่นอีกประการหนึ่งคือ การได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน ทำให้เพิ่มทรัพยากรในการดำเนินงานในพื้นที่ได้ต่อเนื่อง เนื่องจากการดำเนินงานในปี ๒๕๖๖ เป็นการนำร่องพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในจังหวัดต้นแบบ ๓ จังหวัด ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข ทำให้พื้นที่มีงบประมาณสนับสนุนการจัดกิจกรรมได้ต่อเนื่อง โดยใช้งบประมาณทั้งสิ้น ๔๓๒,๐๐๐ บาท เฉลี่ยจังหวัดละ ๑๓๔,๐๐๐ บาท รายละเอียดดังนี้

- ๑) ประชุมเตรียมทีม ใช้งบประมาณ ๑๖๒,๐๐๐ บาท โดยเฉลี่ยจังหวัดละ ๕๔,๐๐๐ บาท ต่อ ๖ ครั้ง  
การจัดประชุมเตรียม ใช้งบประมาณ จำนวน ๙,๐๐๐ บาท/ครั้ง โดยมีผู้เข้าร่วมประชุม ๑๕ คน/ครั้ง
- ๒) กิจกรรม ECHO ใช้งบประมาณ ๒๗๐,๐๐๐ บาท โดยเฉลี่ยจังหวัดละ ๙๐,๐๐๐ บาท ต่อ ๖ ครั้ง  
การจัดกิจกรรม ECHO ใช้งบประมาณ ๑๕,๐๐๐ บาท/ครั้ง ประกอบด้วย
  - ค่าวิทยากรและออกแบบข้อสอบ ๑๒,๐๐๐ บาท (๓,๐๐๐ บาท x ๔ คน)
  - ค่าทีมจัดการและประสานงาน ๓,๐๐๐ บาท (๖๐๐ บาท x ๕ คน)

อย่างไรก็ตาม ยังพบจุดอ่อนของกระบวนการดำเนินกิจกรรม ECHO คือ การมีส่วนร่วมของในกิจกรรม ECHO ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนยังน้อยและไม่ต่อเนื่อง รวมถึงขาดการมีส่วนร่วมในการนำเสนอเคสที่เป็นปัญหาจริงจากโรงพยาบาลชุมชน จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ภาพรวมของการจัดกิจกรรมมีแพทย์เข้าร่วมกิจกรรมใน ๓ พื้นที่ จำนวน ๖๐๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๔ และมีแพทย์ที่เข้าร่วมต่อเนื่องมากกว่า ๔ ครั้ง จำนวน ๗๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๓ นอกจากนี้ กิจกรรม ECHO มีแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนเป็นผู้นำเสนอกรณีศึกษาของผู้ป่วย จำนวน ๒๓ แห่ง ส่วนใหญ่เป็นของจังหวัดนครศรีธรรมราช จะเห็นได้ว่า ผลการดำเนินงานยังไม่ตอบวัตถุประสงค์ของกิจกรรม ECHO ที่ต้องการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะแพทย์ในพื้นที่ห่างไกล ให้ได้รับความรู้เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแลรักษาเอชไอวีในระดับชุมชน

เมื่อเป็นเช่นนี้จึงมีข้อเสนอแนะว่า ควรส่งเสริมให้แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน หรือกลุ่มผู้เรียนในพื้นที่เป็นผู้นำเสนอและเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลชุมชนเป็นคนเลือกกรณีศึกษาของผู้ป่วย ไม่ได้จำกัดความยากง่ายเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม โดยให้ผู้นำเสนอจากโรงพยาบาลชุมชนส่งข้อมูลให้กับทีมนำหรือทีมที่ปรึกษากับอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อเตรียมการจัดการเรียนรู้ ECHO แต่ละครั้งล่วงหน้าอย่างน้อย ๑ อาทิตย์ที่ต้องการนำเสนอ โดยทีมจังหวัดอุดรธานีได้ให้ความเห็นว่า

*“ภาระงานในเรื่องที่หาเคส ทางทีมอุดรธานีมีแผนจะ rotation การหาเคสไปที่โรงพยาบาลชุมชนในการนำเสนอเคส สกลนคร ๓ เคส อุดรธานี ๓ เคส และอุดรธานี และหากจังหวัดเพิ่มขึ้น Node เพิ่มขึ้นอาจจะแบ่งเคสให้กับพื้นที่เพื่อลดภาระงานของตรงส่วนกลาง และช่วยกันทำเคสโดยไม่ได้เป็นแพทย์โรงพยาบาลจังหวัดที่เดียวเพราะจะค่อนข้างลำบากในการหาเคส ทำเป็น Network ของแต่ละ Zone ในการสร้าง Consultation ส่งจาก รพ.ชุมชน เราจะได้เคสที่ active ที่เป็นเคสที่เป็นปัญหาจริง เพราะ รพ.อุดร มีเคสที่ Refer มาตอนที่เป็นปัญหาใน ณ ขณะนั้นเป็นรอบๆ เลยที่มีปัญหาครบทั้งกาย จิต สังคม แต่ยังไม่เคยเข้ามาใช้ใน ECHO เพราะไม่เข้ากับหัวข้อที่กำหนดไว้ตอนแรก แต่ถ้าเราคิดว่าสิ่งนี้เป็นสิ่งที่ควรทำ เราอาจจะพิจารณาทำใน ๒-๓ เคสในปีหน้า”*

ในส่วนของการเตรียมการเข้าร่วมต่อเนื่องความต่อเนื่องในการเรียนรู้ควรเน้นเลือกเรื่องที่น่าสนใจ เช่น จังหวัดนครศรีธรรมราชมีแผนปีหน้าเลือกหัวข้อที่น่าสนใจ เช่น วัณโรคดื้อยา HIV ที่ loss follow up TPT ดื้อยา จะทำให้ผู้เรียนสนใจและเข้ากิจกรรมต่อเนื่อง สิ่งที่เราจะปรับคือเราจะทำให้ ZOOM เป็นเหมือน Realtime มีการใช้ application ต่างๆ มาใช้เพื่อให้เกิดการร่วมกิจกรรมมากขึ้น เช่น การใช้ Kahoo เป็นต้น เพื่อให้เกิดความสนุกสนานและคนฟังไม่รู้สึกเบื่อ

## ประเด็นที่ ๔ การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้

การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้มีจุดเด่นคือ ระบบลงทะเบียนและแหล่งเรียนรู้ด้วยออนไลน์ที่เข้าถึงสะดวกและง่าย จุดเริ่มต้นของการพัฒนาระบบการลงทะเบียนและแหล่งเรียนรู้ด้วยออนไลน์ เริ่มต้นจาก กองโรคเอดส์ฯ ได้ออกแบบระบบลงทะเบียนผู้เข้าร่วมกิจกรรมโดยใช้รูปแบบ Google form และรวบรวมข้อมูลไว้ที่ กองโรคเอดส์ฯ ทำให้ สคร. และ สสจ. ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้แบบ Real-time สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เชียงราย จึงได้พัฒนาระบบลงทะเบียนสำหรับผู้เข้าร่วมกิจกรรมภายในจังหวัดเชียงราย ซึ่งพบว่า โปรแกรมมีประสิทธิภาพ ใช้งานง่าย และมีการรายงานผลจำนวนผู้ลงทะเบียนแบบ Real-time ดังนั้น กองโรคเอดส์ฯ จึงร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ร่วมกันพัฒนาโปรแกรม HIV ECHO HUB เป็น web-based เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ออนไลน์ของชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี โดยนำไปใช้กับ ๓ จังหวัด จากการดำเนินงาน พบว่า มีจำนวนผู้ลงทะเบียนทั้งสิ้น ๑,๕๖๕ คน ในทั้งหมด ๑๘ หัวข้อ และมีวิดีโอกิจกรรมที่สามารถดูย้อนหลัง ๒๔ เรื่อง รวมทั้ง เอกสารประกอบกิจกรรมทั้งหมด

แต่ในเรื่องนี้ยังพบจุดอ่อนคือ การประเมินความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (Pre-posttest) ไม่สะท้อนผลที่คาดหวังให้เกิดขึ้นจริง และการเข้าถึงและนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้ไม่เต็มที่ การประเมินความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม เป็นการวัดระดับความรู้ (Knowledge outcome) ยังไม่ได้เป็นลักษณะ Lifelong learning ได้ นอกจากนี้ ทีมจัดการและประสานงานพื้นที่ได้สะท้อนปัญหาเรื่องการเข้าถึงฐานข้อมูลหลังบ้านของการประเมินก่อนและหลังเรียน (Pre-Posttest) เพื่อติดตาม (Monitor) ไม่เป็น Realtime ทีมจังหวัดอุดรธานีได้ให้ความเห็นว่า

“การเข้าถึงข้อมูลหลังบ้านจะทำให้เราสามารถติดตามผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ เช่น คนเข้าเรียน ๑๐๐ คน ทำไม่มีคนทำ Pretest ๕๐ คน แต่ในช่วงทำ Posttest มีคนที่เข้ามาทำ ๔๐ คน สิ่งที่เราอยากเห็นว่ามีผู้เข้าเรียนต่อเนื่องก็คน เขามีความสนใจกับกิจกรรมเรามากน้อยแค่ไหน เราอยากเห็นช่องของข้อเสนอแนะว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความคิดต่อกิจกรรมอย่างไร และอยากให้เราทำอะไรเพิ่มมากขึ้น เพื่อต่อยอดจากการทำงานได้”

เช่นเดียวกับการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ข้อมูลการประเมินผลความพึงพอใจของพื้นที่ที่ยังไม่ Real-time ทำให้พื้นที่นำข้อมูลไปใช้ปรับปรุงงานที่ทำได้ล่าช้า โดยทีมนครศรีธรรมราชได้กล่าวว่า

“การประเมินความพึงพอใจ จะช่วยกระตุ้นทีมพื้นที่ เมื่อไหร่ที่เห็นยอดวิวเริ่มหาย ทำก่อนออกไปเราก้กระตุ้นให้เข้มข้นขึ้น การใช้ประโยชน์จากข้อมูล เรารู้ข้อมูลช้า ปอกองเอดส์เอาไปวิเคราะห์เอง ก่อนเราจะรู้กลับมากก็จะเลยเวลาไปแล้ว จบไปเป็นอาทิตย์แล้วก็ไม่ได้ใช้ไปทำอะไร แต่สิ่งที่เห็นก็คือว่ามันเพิ่มขึ้นด้วย เราเลยไม่ได้ซีเรียส แต่ว่าความพึงพอใจเราก้เอามาปรับนะครึบตามที่เขาแนะนำมา”



เพื่อแก้ไขจุดอ่อนนี้จึงมีข้อเสนอแนะให้มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่เอื้อต่อการใช้งานของพื้นที่ที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายเพื่อช่วยในการขับเคลื่อนกิจกรรมได้แบบ Real-time เปิดโอกาสให้พื้นที่เข้าถึงข้อมูลมากขึ้น ควรออกแบบโปรแกรมให้ง่ายขึ้น เพื่อให้ทีมพื้นที่ สสจ. และ สคร. เข้าถึงข้อมูล (data) และใช้ประโยชน์จากผลวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และติดตามและขยายผลการดำเนินงานในพื้นที่ รวมถึงพัฒนาระบบ HIV ECHO HUB เป็นแหล่งเรียนรู้ออนไลน์ของชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี แบบ One stop service โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถลงทะเบียนเข้าร่วมกิจกรรมและเลือกหัวข้อที่เรียนได้ตามความต้องการ และสามารถเรียนย้อนหลังได้ทุกที่ ทุกเวลา มีทั้งวิดีโอและไฟล์การสอน รวมถึงรายงานผลการประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมและความพึงพอใจได้

## ประเด็นที่ ๕ การมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ในเรื่องนี้มีการระบุถึงจุดอ่อนสำคัญคือ ทีมนำเป็นผู้เตรียมและนำเสนอกรณีศึกษาของผู้ป่วยเอง และกรณีศึกษาของผู้ป่วยยังขาดการเรียนรู้การดูแลรักษาแบบองค์รวม กาย จิต และสังคม ทำให้ไม่มีการพูดถึงการดูแลรักษาจิตสังคม (Psychosocial) รวมถึงการติดตามและเลือกปฏิบัติ รวมถึงกรณีศึกษาของผู้ป่วยที่นำมานำเสนอส่วนใหญ่เป็นเคสที่ได้ทำการรักษาเรียบร้อยแล้ว ไม่ใช่ปัญหาที่ยังดูแลรักษาอยู่ (Active) ขณะนั้น เนื่องจากการออกแบบหัวข้อการเรียนรู้ที่ออกแบบมาตั้งแต่ต้นปี ซึ่งผู้เชี่ยวชาญจังหวัดนครศรีธรรมราชได้ให้ความเห็นเพิ่มเติมเรื่องการเลือกเคสกรณีศึกษาว่า

“ในจังหวัดนครศรีธรรมราชสิ่งที่ทำอยู่คือ ทำทั้ง ๒ แบบ คือ เอาเคสที่รักษาอยู่กับเอาเคสที่รักษาเรียบร้อยแล้ว มันมีประโยชน์ทั้งสองแบบเคสที่ยังไม่เสร็จเราได้เรียนรู้จากปัญหาจริง ส่วนเคสที่เสร็จแล้วเราจะได้บทเรียนจากการดูแลรักษา เพื่อไม่ให้เกิดในอนาคต ผมว่าใช้ได้ทั้งคู่ แต่ปัญหาที่เจอคือ มีโรงพยาบาลหนึ่ง ผม assign ไปแล้ว ปรากฏว่าไม่มีเคสเลย เราลองให้ดูว่าช่วงเวลานั้นเขามีไหม จริงๆ เราก็เลือกแล้วว่าโรงพยาบาลนั้นเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ปรากฏว่าไม่มีจริง เราก็ต้องมาหาที่ใหม่ ก็ต้องเปลี่ยนโรงพยาบาลใหม่ เพื่อให้มีเคส สรุปคือ ดีทั้งสองแบบแต่วัตถุประสงค์การเรียนรู้ต่างกัน”

ด้วยเหตุนี้จึงมีข้อเสนอแนะว่า กองโรคเอดส์ฯ ควรกำหนดรูปแบบการเรียนรู้ที่เป็นมาตรฐานกลาง (Standardize template patient center) และเลือกใช้กรณีศึกษาจากปัญหาที่เจอในพื้นที่และมีประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น โรคร่วม TB, STIs, HBV, HCV, Mental health, และ S&D เพราะคนใช้หนึ่งคนอาจจะมีปัญหาหลายอย่างที่ทำให้เกิดโรค การมีแบบฟอร์มจะทำให้เรานำเสนอได้ไม่หลุดประเด็นปัญหาในเรื่องของ psychosocial และจะรู้ว่าต้องการผู้เชี่ยวชาญด้านใดบ้าง เช่น ประเด็นด้านจิตและสังคมควรจะมีวิทยากรมีความเชี่ยวชาญด้าน Psychosocial มาร่วมกิจกรรม โดยผู้เชี่ยวชาญที่นครศรีธรรมราชได้กล่าวว่า

“การมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลในจังหวัด ของนครฯ จะไม่เหมือนของที่อื่นๆ ตรงที่คนที่ฟรีเซนต์เคส เป็นโรงพยาบาลชุมชน ของนครฯ มีโรงพยาบาลชุมชน ๒๓ แห่ง เรามี Case-submission form เหมือนเป็น standard protocol เหมือนการทำ Interhost ส่งให้กับโรงพยาบาลชุมชน แล้วเขาก็ Submit มาทาง สสจ. การนำเสนอ ทั้ง ๖ ครั้งก็ไม่มี การ cancel เคสไหนของโรงพยาบาลชุมชนที่ส่งมา เพราะเขาก็อธิบายว่าเขามีส่วนร่วม เปิด

โอกาสให้เขาได้เลือกเคลได้อย่างเต็มที่ แต่อาจจะเพิ่มบางประเด็นที่คิดว่าจะเป็นความรู้  
เพิ่มเติม”

## ประเด็นที่ ๖ การประชาสัมพันธ์ การสร้างแรงจูงใจ และแนวทางการขยายผลการดำเนินงาน

ในหัวข้อนี้มี ๓ ประเด็นย่อยที่จะได้นำเสนอเป็นลำดับไป ดังนี้

### ๖.๑ การประชาสัมพันธ์

จุดเด่นของเรื่องนี้คือ ช่องทางสื่อสารประชาสัมพันธ์กิจกรรมกับเครือข่ายในพื้นที่ที่มีความหลากหลาย  
การประชาสัมพันธ์สื่อสารกิจกรรมในพื้นที่เป็นกิจกรรมที่สำคัญของกิจกรรม ECHO เพื่อให้เข้าถึงและครอบคลุม  
กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ทีมพื้นที่มีช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย ดังนี้

๑) การใช้หนังสือราชการ ทีมพื้นที่ได้จัดทำหนังสือแจ้งภาพรวมกิจกรรมของปี และแจ้งหนังสือรายเดือนถึง  
โรงพยาบาล ผู้เกี่ยวข้อง และติดตามผ่าน Line ทำสรุปจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม (Registration ใน HIV ECHO HUB)  
โดยทีมคณะทำงานจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้กล่าวว่า

“ทุกเดือนทาง สสจ. จะมีการเวียนหนังสือให้กับโรงพยาบาล เมื่อเราได้แผนเสร็จเรียบร้อย  
แล้ว กำหนดวันเสร็จเรียบร้อยแล้ว ครั้งแรกเลยเราจะส่งหนังสือประชาสัมพันธ์พร้อมทั้ง  
แผนการจัดให้กับโรงพยาบาลทุกแห่งภายในจังหวัด แล้วเมื่อถึงกำหนดจัดกิจกรรม ECHO  
เรา set วันไว้แล้ว เราก็ทำหนังสือส่งให้กับโรงพยาบาลอีกครั้งหนึ่ง และก็มีเบื้องหลัง  
Connection กับโรงพยาบาลที่จะต้องนำเสนอเคล”

๒) โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์กิจกรรม จัดทำโดยกองโรคเอดส์ฯ โดยรายละเอียดภายในโปสเตอร์ ประกอบด้วย  
วัน/เวลาในการจัดกิจกรรม และหัวข้อกิจกรรมทั้ง ๖ หัวข้อ รวมถึงทีมวิทยากร ทำให้ผู้เรียนสามารถวางแผนตาราง  
เรียนของตนเองได้ และทีมพื้นที่สามารถใช้โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ในแต่ละครั้ง และในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช  
มีการออกแบบโปสเตอร์เองเป็นรายครั้ง รายละเอียดในโปสเตอร์ประกอบด้วย วันที่/เวลาในการจัด หัวข้อที่จัด  
ผู้เชี่ยวชาญและผู้แนะนำสอนกรณีศึกษาจากโรงพยาบาลชุมชน ทำให้ดึงดูดความสนใจผู้เรียนในพื้นที่มากยิ่งขึ้น

๓) การใช้ไลน์กลุ่ม (Line group) เครือข่ายในพื้นที่ประชาสัมพันธ์กิจกรรมในแต่ละครั้ง จังหวัดอุดรธานี  
ใช้ไลน์กรุป RX ของทีมแพทย์ ทีมเภสัช ทีมพยาบาล HIV CO แต่ทั้งเขตไม่ได้มี Pattern นี้ เราจึงจะสร้าง Platform นี้  
ให้ครบทั้ง ๗ จังหวัด เพื่อมีการเชิญชวนเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ จะสามารถส่ง Link เข้าในกลุ่มได้ง่ายกว่าหนังสือ  
ราชการที่เราใช้กันในปัจจุบัน เพื่อดึงกลุ่มเป้าหมายเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการให้มากที่สุด โดยทีมคณะทำงาน  
ของอุดรธานีได้เล่าว่า

“การเชิญชวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมเข้า เราจะทำใน ๓ ชั่วโมงเร่งด่วน เพราะปัจจุบันการ  
ประชุมออนไลน์มีเยอะมาก บางทีคนที่ลงทะเบียนอาจจะหลงลืม จนถึงชั่วโมงเรียนแล้ว  
อาจจะลืม เราจะมีทีมที่สรุปกันว่าแต่ละจังหวัดมีคนเข้าร่วมกี่คนแล้ว ทีม สคร. สสจ. ตาม  
คนในพื้นที่ในช่วงเข้มข้น ๓ ชั่วโมงก่อนเรียน กระตุ้นตรงนี้ สำหรับผู้เข้าเรียนแล้ว เราจะดึง  
เข้ากลุ่มไลน์ทีม ECHO เขต ๘ เพราะฉะนั้นทีมเราเกาะติดเชิญทีม ESC ของอาจารย์สุนัน  
ทาต้องเข้า”

นอกจากการประชาสัมพันธ์แล้วการติดตามผู้เข้าร่วมก็มีส่วนสำคัญในการเชิญชวนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่เข้าร่วม โดยทีมคณะทำงานอุดรธานีได้เล่าว่า

“สคร.๘ ช่วย Monitor แต่ละจังหวัดมีผู้สมัครเท่าไร และจะแจ้งไปทางไลน์กลุ่มว่า จังหวัดไหนยังไม่มีใครสมัครเข้าร่วม และมีคนเข้านอกจังหวัดกี่คน ดูว่า ๓ วันก่อนจัดกิจกรรมมีคนสนใจสมัครเข้าร่วมกี่คน มีคนลงทะเบียนกี่คน จำมีทีมนี้ Monitor งาน ถ้าจังหวัดไหนยังไม่มีคนสมัครก็จะโทรติดตาม สสจ. ให้สมัคร เพราะเราก็ไม่ยักน้อยหน้า ทีมอาจารย์ที่สอนมาจากระดับประเทศ”

อย่างไรก็ตามยังพบจุดอ่อน คือ ความครอบคลุมในการประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่เข้าร่วมยังน้อย จากผลการดำเนินงาน พบว่า ร้อยละของผู้เข้าร่วมกิจกรรมของจังหวัดเชียงราย พบว่า มีเป้าหมายเข้าร่วมมากที่สุด ร้อยละ ๔๗ รองลงมาคือ แพทย์ ร้อยละ ๒๖ จังหวัดอุดรธานี พบว่า มีเป้าหมายเข้าร่วมมากที่สุด ร้อยละ ๔๖ รองลงมาคือ แพทย์ ร้อยละ ๒๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า มีเป้าหมายเข้าร่วมมากที่สุด ร้อยละ ๔๒ รองลงมาคือ แพทย์ ร้อยละ ๒๔ และกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า มีเป้าหมายเข้าร่วมมากที่สุด ร้อยละ ๓๓ รองลงมาคือ แพทย์ ร้อยละ ๒๖ จะเห็นว่ากลุ่มเป้าหมายหลักของกิจกรรม ECHO คือ แพทย์ (Intern) จากโรงพยาบาลชุมชนยังมีสัดส่วนน้อย ซึ่งมีสัดส่วนเป็นอันดับสองเมื่อเทียบกับกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ

ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงการประชาสัมพันธ์คือ ควรใช้วิธีการขับเคลื่อนกิจกรรมในเชิงนโยบาย (Top down policy) สร้างความเข้าใจกิจกรรม ECHO ให้กับผู้บริหารระดับนโยบายของพื้นที่ เพื่อสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่เข้าร่วมกิจกรรมอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า กระบวนการ Top down policy มีความสำคัญต่อการสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง หากผู้บริหาร ทีมผู้เชี่ยวชาญ และคณะทำงานในพื้นที่ เช่น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมาร่วมวางแผนขยายการดำเนินงาน โดยชี้แจงทำความเข้าใจทีมแพทย์ให้รู้จักกิจกรรม ECHO ก่อน และจัดทำหนังสือเชิญอย่างเป็นทางการเพื่อให้เกิดเป็นนโยบาย หากจะดีกว่านี้ควรให้แพทย์เป็นผู้นำจาก สคร. และ สสจ. ควรเข้ามารับทราบในการดำเนินการของโครงการฯ เพื่อช่วยขับเคลื่อนกิจกรรมในเขตพื้นที่ โดยทีมจังหวัดเชียงราย กล่าวว่

“ประเด็นเฉพาะของเคสภาคเหนือ Actively engage เครือข่าย สสจ. ตอนนี้อย่างเป็นอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญนำเสนอเองหมด เน้นการดึง audience เข้ามาจริงจัง ตรงนี้เราต้องไปร่วมสื่อสารกับนายแพทย์ สสจ. ให้เกิดการให้ความสำคัญต่อประเด็นนี้ เราคุยกับผู้ตรวจไปรอดใหม่ในการจะเป็นตัวชี้วัด ซึ่งถ้าภาพของประเทศเรากำลังไปในประเด็นที่ว่าลดอัตราการตาย จากการประชุม National QI เนื่องจากว่าครึ่งหนึ่งจากเคสในผู้ติดเชื้อ CD4 น้อยกว่า ๒๐๐ copies/mm<sup>3</sup> และจากการรื้อชีวิตจาก ๕ ปีที่ผ่านมา เสียชีวิตภายใน ๑ ปี นั้นแปลว่า เราต้องทำให้ชุมชนมีศักยภาพในการดูแลรักษาเอชไอวี โดยเชียงราย จะใช้เป้าหมายในการลดการเสียชีวิต โดยการเริ่มยาให้เร็ว Treat OI ให้ดี รักษา TB ให้ดี มันจะคลุมประเด็นพวกนี้หมด”

## ๖.๒ การสร้างแรงจูงใจ

จุดเด่นคือ การใช้คะแนนหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องและใบประกาศนียบัตร ให้เป็นจุดดึงดูดความสนใจของผู้เข้าร่วม กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ออกแบบวิธีการสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้เข้ากิจกรรม ECHO ในปี ๒๕๖๖ มี ๒ กิจกรรมหลัก ประกอบด้วย

๑) การสนับสนุนคะแนนการศึกษาต่อเนื่องสำหรับแพทย์ (CME) เกสัชกร (CPE) และนักเทคนิคการแพทย์ (CMTE) เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีวิชาชีพเฉพาะได้รับคะแนนหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องเป็นประโยชน์ต่อผู้เข้าร่วมกิจกรรม จากการดำเนินงาน พบว่า มีจำนวนผู้ได้รับคะแนนหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง จำนวนทั้งหมด ๔๘๗ คน โดยจำแนกตามวิชาชีพ ดังนี้ ๑) แพทย์ (CME) จำนวน ๑๒๓ คน ๒) เกสัชกร (CPE) จำนวน ๑๙๕ คน และ ๓) นักเทคนิคการแพทย์ (CMTE) จำนวน ๑๖๙ คน

๒) ใบประกาศนียบัตร กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร่วมกับศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข ได้จัดทำใบประกาศนียบัตร สำหรับผู้เข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละพื้นที่ โดยมีผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมต่อเนื่องมากกว่า ๔ ครั้งและได้รับใบประกาศนียบัตร ซึ่งมีผู้ได้รับประกาศนียบัตรทั้งหมด ๒๑๑ คน

สำหรับจังหวัดเชียงรายได้มีกิจกรรมสำหรับสร้างแรงจูงใจให้กับผู้เข้าเรียนเป็นพิเศษ โดยแจกของขวัญกระบอกน้ำ สำหรับผู้ที่ตอบแบบประเมินหลังเข้าร่วมกิจกรรม (Posttest) ได้คะแนนเต็ม โดยมีจำนวนผู้ได้รับของขวัญจากการเข้าร่วมกิจกรรม ทั้งหมด ๓๐ คน ซึ่งได้รับการตอบรับจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี

แต่การสร้างแรงจูงใจยังจุดอ่อนคือ การขาดการสนับสนุนคะแนนหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องให้กับพยาบาล (CNEU) จากผลการดำเนินงานในพื้นที่ต้นแบบ ๓ จังหวัด พบว่า ในภาพรวมมีพยาบาลเข้าร่วมกิจกรรมรวมทั้งหมด ๙๙๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๐ ของผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด ถือว่าเป็นสัดส่วนที่มากที่สุด จะเห็นได้ว่าพยาบาลมีความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ECHO เป็นจำนวนมาก แต่ไม่ได้รับคะแนนหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องให้กับพยาบาล เนื่องรูปแบบกิจกรรมไม่เข้าหลักเกณฑ์การขอคะแนนหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องของสภาการพยาบาล

ทั้งนี้จึงมีข้อเสนอแนะว่า ควรจัดทำคะแนนหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง CNEU ให้กับพยาบาล มีข้อเสนอแนะ ๒ รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบที่ ๑ คือ ทารอกับสภาพยาบาลและทีมพยาบาลที่เป็นผู้จัดการกิจกรรมระดับพื้นที่เพื่อหาแนวทางการขอคะแนนหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องให้กับพยาบาล โดยทีมจังหวัดเชียงรายได้เสนอว่า

*“เราอาจจะพัฒนาหลักสูตรเป็นชุด ๖ ครั้ง แล้วทางโรงพยาบาลเชียงรายประสานุเคราะห์สามารถ Submit ไปที่องค์กรพยาบาลเองเลย ในกำหนดการที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลก็ขอให้เขา generate หน่วยมาให้เลย โดยที่โรงพยาบาลจะเป็นแม่ข่ายในการรับ Submit ให้ ซึ่งทำได้อยู่แล้ว”*

สำหรับรูปแบบที่ ๒ คือประชาสัมพันธ์ทางเลือกขอหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องสำหรับพยาบาลเป็นรายบุคคล เพื่อเป็นทางเลือกให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมวิชาชีพพยาบาลนำไปใช้ขอคะแนนหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องได้ด้วยตนเอง

### ๖.๓ การขยายผลการดำเนินงาน

จุดอ่อนที่พบคือ ความท้าทายในการสร้างความยั่งยืนของกิจกรรมในพื้นที่ หากไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณต่อเนื่อง จากผลการประเมินความพึงพอใจ พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้ง ๓ พื้นที่ต้นแบบ มีข้อเสนอแนะให้มีการจัดกิจกรรม ECHO ต่อเนื่องทุกปี เนื่องจากต้องการเรียนรู้ความรู้ใหม่ๆ และบุคลากรทางการแพทย์มีการปรับเปลี่ยนทุกปี ดังนั้น โจทย์สำคัญสำหรับกองโรคเอดส์ฯ และพื้นที่คือ จะทำอย่างไรให้พื้นที่สามารถจัดกิจกรรมการเรียนรู้ได้ด้วยตนเองและจัดได้อย่างต่อเนื่องทุกปี หากไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณต่อเนื่อง

จากจุดอ่อนดังกล่าวจึงมีข้อเสนอแนะคือ การพัฒนาแนวทางการสร้างความยั่งยืนในการดำเนินงานกิจกรรม ECHO ในพื้นที่ ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้พื้นที่พัฒนางานวิจัยเพื่อแสดงผลลัพธ์การดำเนินงานเชิงประจักษ์เพื่อให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญและประโยชน์ของกิจกรรม นำไปสู่การบรรจุในแผนงบประมาณประจำปีของพื้นที่ และควรบูรณาการเชื่อมต่อกับ ECHO ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อระดมทรัพยากรสนับสนุนกิจกรรมในระดับพื้นที่ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ระดับเขต และประกันสังคมเขต รวมถึงโรงพยาบาลเอกชนหรือบริษัทฯ เข้ามามีส่วนร่วม

## บทที่ ๕

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

#### ๕.๑ สรุปผลการศึกษา

การถอดบทเรียนการดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ในพื้นที่ต้นแบบ ๓ จังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ใช้เทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) ด้วยชุดคำถามถอดบทเรียนทั้ง ๖ ประเด็นโดยใช้กรอบแนวคิด PMQA เพื่อค้นพบถึง จุดแข็ง หมายถึง สิ่งในพื้นที่ดำเนินงานได้ดีและมีประสิทธิภาพ จุดที่ควรปรับปรุง หมายถึง สิ่งในพื้นที่คิดว่ายังไม่สามารถทำได้ดี และควรปรับปรุง และข้อเสนอแนะ หมายถึง ข้อเสนอในการปรับปรุงกระบวนการดำเนินงาน โดยมีวัตถุประสงค์ ๒ ข้อ ได้แก่ ๑) เพื่อวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนของการดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ในพื้นที่ต้นแบบ ๓ จังหวัด และ ๒) เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อเสนอแนะของการดำเนินงานกิจกรรม ECHO เพื่อปรับปรุงและขยายผลการดำเนินงานในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป กลุ่มตัวอย่างเป็น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นทีมนำแต่ละจังหวัด ทีมจัดการและประสานงาน ประกอบด้วย ๑) สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ได้แก่ สคร. ๑ เชียงใหม่ สคร.๘ อุดรธานี และ สคร.๑๑ นครศรีธรรมราช ๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ได้แก่ จังหวัดเชียงราย จังหวัดแพร่ จังหวัดน่าน จังหวัดพะเยา จังหวัดอุดรธานี จังหวัดนครศรีธรรมราช และ ๓) โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลอุดรธานี และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน ๓๐ คน วิเคราะห์ข้อมูล ๒ ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ ๑ ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรม Excel และโปรแกรม SPSS Statistics ๒๖ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) และส่วนที่ ๒ ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) นำสู่ข้อค้นพบทั้งในส่วนที่เป็นจุดเด่นหรือจุดดี จุดอ่อน และข้อเสนอแนะหลายประการ โดยจำแนกประเด็นตามกรอบแนวคิด PMQA

#### ส่วนที่ ๑ ข้อมูลเชิงปริมาณ

##### ๑. จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม

๑.๑ จังหวัดเชียงราย จัดกิจกรรมจำนวน ๖ ครั้ง มีผู้เข้าร่วมทั้งหมด ๔๒๑ คน โดยเฉลี่ยครั้งละ ๗๐ คน โดยพบว่า วิชาชีพที่เข้าร่วมกิจกรรมมากที่สุด ๓ อันดับแรก ได้แก่

- ๑) พยาบาล จำนวน ๑๙๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๖ ของผู้เข้าร่วมทั้งหมด ( $\bar{X} = ๓๓$ )
- ๒) แพทย์ จำนวน ๑๐๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๗ ( $\bar{X} = ๑๘$ )
- ๓) เภสัชกร จำนวน ๖๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๕ ( $\bar{X} = ๑๑$ )

๑.๒ จังหวัดอุดรธานี จัดกิจกรรมจำนวน ๖ ครั้ง มีผู้เข้าร่วมทั้งหมด ๕๒๖ คน โดยเฉลี่ยครั้งละ ๘๘ คน โดยพบว่า วิชาชีพที่เข้าร่วมกิจกรรมมากที่สุด ๓ อันดับแรก ได้แก่

- ๑) พยาบาล จำนวน ๒๔๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๖ ของผู้เข้าร่วมทั้งหมด ( $\bar{X} = ๔๐$ )
- ๒) แพทย์ จำนวน ๑๑๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๑ ( $\bar{X} = ๑๙$ )
- ๓) อื่นๆ ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ อาจารย์ นักวิจัย จำนวน ๗๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๔ ( $\bar{X} = ๑๒$ )

๑.๓ จังหวัดนครศรีธรรมราช จัดกิจกรรม ๖ ครั้ง มีผู้เข้าร่วมทั้งหมด ๖๔๖ คน โดยเฉลี่ยครั้งละ ๑๐๘ คน โดยพบว่า วิชาชีพที่เข้าร่วมกิจกรรมมากที่สุด ๓ อันดับแรก ได้แก่

- ๑) พยาบาล จำนวน ๒๗๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๕ ของผู้เข้าร่วมทั้งหมด ( $\bar{X} = ๔๕$ )
- ๒) แพทย์ จำนวน ๑๕๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๖ ( $\bar{X} = ๒๔$ )
- ๓) อื่นๆ ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ อาจารย์ นักวิจัย จำนวน ๗๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๒ ( $\bar{X} = ๑๓$ )

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกิจกรรมในสาขาวิชาชีพทางการแพทย์ในจังหวัดเชียงราย อุดรธานี และ นครศรีธรรมราช พบว่า พยาบาลเป็นกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมมากที่สุดในทุกจังหวัด โดยตามด้วยแพทย์และเภสัชกร การศึกษานี้เสนอภาพรวมเชิงสถิติของการเข้าร่วมกิจกรรมซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญสำหรับการวางแผนการพัฒนา ทรัพยากรมนุษย์ในด้านการแพทย์และการดูแลสุขภาพในพื้นที่นั้น อีกทั้งยังช่วยเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับ โครงสร้างของทีมงานทางการแพทย์ในพื้นที่และการแบ่งส่วนความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยในหลายๆ สาขาวิชาชีพ ทำให้เกิดการปรับปรุงในการบริหารจัดการทรัพยากรทางการแพทย์ให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องในอนาคต

## ๒. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ECHO โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๒.๑ จังหวัดเชียงราย ภาพรวมระดับความรู้ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับน้อย และหลังเข้าร่วม กิจกรรมมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง โดยพิจารณารายชื่อหัวข้อที่มีคะแนนเพิ่มมากที่สุด ๓ ลำดับแรก ได้แก่

- ๑) Management of Side Effects of ARV And Drug-Drug Interactions Involving ARV
- ๒) IRIS in PLHIV With Low CD4
- ๓) Chronic Hepatitis in PLHIV With Viral Suppression

๒.๒ จังหวัดอุดรธานี ภาพรวมระดับความรู้ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและหลัง เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้ในระดับมากที่สุด โดยพิจารณารายชื่อหัวข้อที่มีคะแนนเพิ่มมากที่สุด ๓ ลำดับแรก ได้แก่

- ๑) Common Respiratory Tract Infections in PLHIV (TB, PCP)
- ๒) How to Manage HIV/HCV Co-Infection มี
- ๓) Same-Day/Rapid ART Initiation

๒.๓ จังหวัดนครศรีธรรมราช ภาพรวมระดับความรู้ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และหลัง เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้ในระดับมาก โดยพิจารณารายชื่อหัวข้อที่มีคะแนนเพิ่มมากที่สุด ๓ ลำดับแรก ได้แก่

- ๑) การวินิจฉัยวัณโรคในผู้ป่วยเอชไอวี และหัวข้อการรักษาวัณโรคดื้อยา (DR-TB) ในผู้ป่วยเอชไอวี
- ๒) การรักษาวัณโรค (DS-TB) ในผู้ป่วยเอชไอวี
- ๓) การรักษาวัณโรคระยะแฝงในผู้ป่วยเอชไอวี

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในหลายพื้นที่พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมได้ช่วยเพิ่มความรู้ให้กับผู้เข้าร่วมในหลาย หัวข้อ เป็นสัดส่วนที่สำคัญที่ช่วยในการปรับปรุงระดับความรู้ในด้านการดูแลสุขภาพ การรักษาโรค และการจัดการ ภาวะแทรกซ้อนในผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ทั้งนี้หลังจากการเข้าร่วมกิจกรรม ระดับความรู้มีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญใน

ทุกพื้นที่ที่ได้ทำการวิเคราะห์ ทำให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาการดูแลรักษาเอชไอวีในพื้นที่นั้นๆ อย่างมีประสิทธิภาพและแม่นยำอย่างต่อเนื่องในอนาคต

### ๓. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ECHO โดยใช้สถิติ t-test (Paired t-test)

๓.๑ จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ECHO สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ECHO อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = <0.05; 95%)

๓.๒ จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ECHO สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ECHO อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = <0.05; 95%)

๓.๓ จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ECHO สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ECHO อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = <๐.๐๕; ๙๕%)

### ๔. ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ECHO โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๔.๑ จังหวัดเชียงราย พบว่า ในภาพรวมมีคะแนนความพึงพอใจ ๔.๔๑ อยู่ในระดับความพึงพอใจมาก โดยวิเคราะห์จากองค์ประกอบกิจกรรม ๕ ประเด็น คือ ๑. ด้านความรู้ตนเองก่อนและหลังเข้าร่วม มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยก่อนเข้าร่วม ๒.๙๘ คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วม ๔.๑๙ คะแนน ความพึงพอใจอยู่ระดับมาก ๒. ด้านความมั่นใจหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีคะแนนความพึงพอใจ ๔.๒๙ อยู่ในระดับมากที่สุด ๓. ด้านวิทยากร มีคะแนนความพึงพอใจ ๔.๕๔ อยู่ในระดับมากที่สุด ๔. ด้านการประสานงานมีคะแนนความพึงพอใจ ๔.๓๑ อยู่ในระดับมากที่สุด และ ๕. การประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย HIV มีคะแนนความพึงพอใจ ๔.๓๓ อยู่ในระดับมากที่สุด

๔.๒ จังหวัดอุดรธานี พบว่า ในภาพรวมมีคะแนนความพึงพอใจ ๔.๖๐ อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด โดยวิเคราะห์จากองค์ประกอบกิจกรรม ๕ ประเด็น คือ ๑. ด้านความรู้ตนเองก่อนและหลังเข้าร่วม มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยก่อนเข้าร่วม ๓.๑๒ คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วม ๔.๒๘ คะแนน ความพึงพอใจอยู่ระดับมาก ๒. ด้านความมั่นใจหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีคะแนนความพึงพอใจ ๔.๑๘ อยู่ในระดับมาก ๓. ด้านวิทยากร มีคะแนนความพึงพอใจ ๔.๔๗ อยู่ในระดับมากที่สุด ๔. ด้านการประสานงานมีคะแนนความพึงพอใจ ๔.๔๗ อยู่ในระดับมากที่สุด และ ๕. การประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย HIV มีคะแนนความพึงพอใจ ๔.๕๕ อยู่ในระดับมากที่สุด

๔.๓ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ในภาพรวมมีคะแนนความพึงพอใจ 4.69 ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด โดยวิเคราะห์จากองค์ประกอบกิจกรรม 5 ประเด็น คือ 1. ด้านความรู้ตนเองก่อนและหลังเข้าร่วม มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยก่อนเข้าร่วม 3.16 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วม 4.28 คะแนน ความพึงพอใจอยู่ระดับมาก 2. ด้านความมั่นใจหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีคะแนนความพึงพอใจ 4.29 อยู่ในระดับมากที่สุด 3. ด้านวิทยากร มีคะแนนความพึงพอใจ 4.67 อยู่ในระดับมากที่สุด 4. ด้านการประสานงานมีคะแนนความพึง



พอใจ 4.46 อยู่ในระดับมากที่สุด และ 5. การประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย HIV มีคะแนนความพึงพอใจ 4.45 อยู่ในระดับมากที่สุด

## ส่วนที่ ๒ ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการถอดบทเรียนการดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ในพื้นที่ต้นแบบ 3 จังหวัด ปี 2566 นำสู่ข้อค้นพบทั้งในส่วนที่เป็นจุดเด่นหรือจุดดี จุดอ่อน และข้อเสนอแนะหลายประการ โดยจำแนกประเด็นตามกรอบแนวคิด PMQA ดังนี้

### ประเด็นที่ ๑ บทบาททีมนำ

การใช้ทีมนำที่เป็นแพทย์และเชี่ยวชาญในโรคติดเชื้อ (Infection Disease: ID) เป็นจุดเด่นของโครงการ HIV ECHO เนื่องจากมีความชำนาญและความรู้ที่สำคัญในการรักษาผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS และสร้างเครือข่ายที่เลี้ยงทางวิชาการระหว่างแพทย์โรงพยาบาลศูนย์และแพทย์โรงพยาบาลชุมชน อย่างไรก็ตาม ภาระงานที่มากของทีมนำเป็นจุดอ่อนที่สำคัญ เนื่องจากทั้งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและทีมจัดการมีภาระหน้าที่ประจำที่ต้องรับผิดชอบงานอื่นๆ ทำให้เวลาในการเตรียมกิจกรรม ตั้งแต่ประสานเตรียมเอกสารณีสึกษาและเนื้อหาการสอน การประชาสัมพันธ์มีระยะเวลาจำกัด การจัดการภาระงานและเวลาของทีมนำเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพและประสิทธิภาพของโครงการ HIV ECHO การใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีในการจัดการและสื่อสารสามารถช่วยลดภาระงานและเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานได้

### ประเด็นที่ ๒ การวางแผน

การวางแผนในโครงการ HIV ECHO มีความสำคัญโดยใช้การวิเคราะห์ปัญหาที่เจอในพื้นที่และนำมาออกแบบเป้าหมายผลลัพธ์สุขภาพ (Health Outcome) ที่ชัดเจนและสามารถวัดผลลัพธ์ได้ เป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงนี้ช่วยให้โครงการมีการทำงานที่มีประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์ต่อชุมชนที่เป้าหมาย รวมถึงช่วยสร้างความรับผิดชอบและการรับรู้จากผู้ที่เกี่ยวข้องว่าการทำงานมีผลต่อสุขภาพของชุมชน อย่างไรก็ตาม ในการวางแผนยังพบจุดอ่อนคือ การวางแผนออกแบบเป้าหมายผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health outcome) ในบางพื้นที่ยังไม่สามารถวัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพเฉพาะเรื่องได้

**ประเด็นที่ ๓ กระบวนการดำเนินงาน** ทีม สคร. และ สสจ. เป็นส่วนสำคัญในการขยายงานและสร้างเครือข่ายในระดับพื้นที่ โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน อย่างไรก็ตามยังพบจุดอ่อนของกระบวนการดำเนินกิจกรรม ECHO คือ การมีส่วนร่วมของในกิจกรรม ECHO ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนยังน้อยและไม่ต่อเนื่อง รวมถึงขาดการมีส่วนร่วมในการนำเสนอเคสที่เป็นปัญหาจริงจากโรงพยาบาลชุมชน

**ประเด็นที่ ๔ การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้** ระบบลงทะเบียนและแหล่งเรียนรู้ดูย้อนหลังที่เข้าถึงสะดวกและง่าย แต่ในเรื่องนี้ยังพบจุดอ่อนคือ การประเมินความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (Pre-posttest) ไม่สะท้อนผลที่คาดหวังให้เกิดขึ้นจริง และการเข้าถึงและนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้ไม่เต็มที่

**ประเด็นที่ ๕ การมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง** ในเรื่องนี้มีการระบุถึงจุดอ่อนสำคัญคือ ทีมนำเป็นผู้เตรียมและนำเสนอกรณีศึกษาของผู้ป่วยเอง และกรณีศึกษาของผู้ป่วยยังขาดการเรียนรู้การดูแลรักษาแบบองค์รวม กาย จิต และสังคม

## ประเด็นที่ ๖ การประชาสัมพันธ์ การสร้างแรงจูงใจ และแนวทางการขยายผลการดำเนินงาน

๖.๑ การประชาสัมพันธ์ จุดเด่นของเรื่องนี้คือ ช่องทางสื่อสารประชาสัมพันธ์กิจกรรมกับเครือข่ายในพื้นที่ที่มีความหลากหลาย อย่างไรก็ตามยังพบจุดอ่อน คือ ความครอบคลุมในการประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่เข้าร่วมยังน้อย

๖.๒ การสร้างแรงจูงใจ จุดเด่นคือ การใช้คะแนนหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องและใบประกาศนียบัตร ให้เป็นจุดดึงดูดความสนใจของผู้เข้าร่วม แต่การสร้างแรงจูงใจยังพบจุดอ่อนคือ การขาดการสนับสนุนคะแนนหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องให้กับพยาบาล (CNEU)

๖.๓ การขยายผลการดำเนินงาน จุดอ่อนที่พบคือ ความท้าทายในการสร้างความยั่งยืนของกิจกรรมในพื้นที่ หากไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณต่อเนื่อง จากผลการประเมินความพึงพอใจ พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้ง ๓ พื้นที่ต้นแบบ มีข้อเสนอแนะให้มีการจัดกิจกรรม ECHO ต่อเนื่องทุกปี เนื่องจากต้องการเรียนรู้ความรู้ใหม่ๆ และบุคลากรทางการแพทย์มีการปรับเปลี่ยนทุกปี ดังนั้น โจทย์สำคัญสำหรับกองโรคเอดส์ฯ และพื้นที่คือ จะทำอย่างไรให้พื้นที่สามารถจัดกิจกรรมการเรียนรู้ได้ด้วยตนเองและจัดได้อย่างต่อเนื่องทุกปี หากไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณต่อเนื่อง

### ๕.๒ ข้อเสนอแนะ

กิจกรรม ECHO เป็นหนึ่งในโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้และความสามารถของทีมแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีในระดับชุมชน ด้วยการเชื่อมโยงทีมงานทางการแพทย์ในพื้นที่กับทีมความรู้ทางคลินิกในระดับประเทศ จากผลการถอดบทเรียนสามารถวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อเสนอแนะได้ 2 ระดับ ได้แก่ ระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ เพื่อปรับปรุงและขยายผลการดำเนินงานในพื้นที่อื่นๆ ได้ดียิ่งขึ้น

#### ๕.๒.๑ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑) ขับเคลื่อนกิจกรรม ECHO ในระดับนโยบาย โดยสร้างความเข้าใจกิจกรรม ECHO ให้กับผู้บริหารในระดับประเทศ เขต จังหวัด ให้เห็นความสำคัญต่อการขยายการดำเนินงานเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความมั่นใจในการดูแลรักษาเอชไอวี นำไปสู่ในการตัดสินใจสนับสนุนการดำเนินงานกิจกรรมในพื้นที่

๒) ส่งเสริมการสร้างเครือข่ายของผู้เชี่ยวชาญด้านดูแลรักษาเอชไอวีในระดับเขตและจังหวัด เป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นการทำงานร่วมกันของบุคลากรทางการแพทย์และผู้เชี่ยวชาญทางด้านเอชไอวี เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยและเพิ่มความรู้และทักษะในการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีของบุคลากรทางการแพทย์

๓) เชื่อมโยงกิจกรรม ECHO ร่วมกับการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีระดับประเทศ (National QI Committee) จะทำให้การดำเนินงานในระดับประเทศและระดับพื้นที่มีเป้าหมายและทิศทางเดียวกัน เช่น การมุ่งเป้าหมายผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health outcome) เรื่องการลดการเสียชีวิตจากเอชไอวีทั้งในระดับประเทศและพื้นที่ ก็จะมีแผนการดำเนินงานที่มุ่งเป้าหมายเดียวกัน โดยมีทีมผู้เชี่ยวชาญในระดับเขตและจังหวัดสนับสนุนวิชาการเพื่อขับเคลื่อนเป้าหมายเดียวกันกับประเทศ

๔) ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม กาย จิต สังคม และการดูแลร่วมกับโรคต่างๆ เช่น วัณโรค ไวรัสตับอักเสบบี ซี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น เน้นการทำงานร่วมกันของทีมผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และจิตวิทยา และมุ่งเน้นการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างทีมผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และจิตวิทยา โดยให้ความสำคัญกับการประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาทั้งระยะสั้นและระยะยาว

๕) ส่งเสริมและสนับสนุนให้พื้นที่พัฒนางานวิชาการ เพื่อใช้เป็นข้อมูลแสดงผลลัพธ์การดำเนินงานเชิงประจักษ์ในการเสนอบรรจุในแผนงบประมาณของจังหวัดหรือโรงพยาบาลนำไปสู่การสร้างควมยั่งยืนในการดำเนินงานในพื้นที่

๖) สร้างระบบฐานข้อมูลที่มีประสิทธิภาพเข้าถึงได้ง่าย เพื่อให้การใช้งานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการพัฒนาระบบ HIV ECHO HUB เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ออนไลน์ของชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ที่ทำให้ผู้เข้าร่วมสามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลา และทีมผู้จัดระดับพื้นที่สามารถติดตามผลการดำเนินงานได้อย่างรวดเร็ว

### ๕.๒.๒ ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

๑) จัดทำทำเนียบผู้เชี่ยวชาญระดับเขตและจังหวัดเพื่อสร้าง (HIV National Consultant Network) เพื่อเกิดเครือข่ายที่ปรึกษาระดับเขต/จังหวัด ในการเป็นที่ปรึกษาให้แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนและแบ่งปันความรู้และการสนับสนุนทางด้านคลินิก

๒) วิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่เพื่อใช้ออกแบบผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health Outcome) ที่วัดผลได้จริง โดยใช้ตัวชี้วัดสำคัญ เช่น การลดการเสียชีวิตจากเอชไอวี การเริ่มยาเร็ว การให้บริการ TPT เป็นต้น

๓) พัฒนารูปแบบการเรียนรู้มาตรฐานที่เป็นกลาง (Standardized template patient center) เพื่อช่วยให้ทีมผู้เชี่ยวชาญมีแนวทางในการจัดกิจกรรม และเกิดความมั่นใจในการเลือกกรณีศึกษาของผู้ป่วยที่มีโรคร่วมและประเด็นที่เกี่ยวข้องต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น โรคร่วม TB STIs HBV HCV Mental health และ S&D เป็นต้น

๔) เปิดโอกาสให้กลุ่มผู้เรียนหรือแพทย์โรงพยาบาลชุมชนเป็นผู้นำเสนอกรณีศึกษาของผู้ป่วย เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาจริงจากพื้นที่ในการเรียนรู้ผ่านกิจกรรม ECHO

๕) เพิ่มการประชาสัมพันธ์กิจกรรม ECHO ผ่านช่องทางสื่อออนไลน์ที่หลากหลาย เช่น Docquity หรือแพลตฟอร์มอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวงการทางการแพทย์ เพื่อเข้าถึงกลุ่มผู้เรียนที่สนใจมากขึ้น

๖) บูรณาการเชื่อมต่องาน ECHO กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สปสช. สำนักงานประกันสังคมโรงพยาบาลเอกชน บริษัทฯ เป็นต้น เพื่อระดมทรัพยากรสนับสนุนกิจกรรมและสร้างความยั่งยืนในการดำเนินงานในระดับพื้นที่

ภาคผนวก

ภาคผนวกที่ ๑  
ตารางกิจกรรมการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี  
ด้วยโปรแกรม ECHO ปี ๒๕๖๖

ภาคผนวกที่ ๑ ตารางกิจกรรมการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO  
ปี ๒๕๖๖

๑. จังหวัดเชียงราย

ครั้งที่/วันที่จัด	หัวข้อ	วิทยากร
ครั้งที่ ๑ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๖	FUO in PLHIV With Low CD๔	๑. พญ.สุวิมล คูห้สุวรรณ ๒. นพ.อารยะ ประยูรเวช ๓. นพ.อมร สรรคอนุรักษ์ ๔. พว.สุภาวดี พงษ์ประภาส ๕. นายธงชัย ตั้งจิตต์
ครั้งที่ ๒ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖	Switching ART Regimen in PLHIV	๑. พญ.สุวิมล คูห้สุวรรณ ๒. พญ.ปภาณิน กาศวิลาศ ๓. พญ.ธัญญารักษ์ วงศ์คำหล้า ๔. พว.สุภาวดี พงษ์ประภาส ๕. นายธงชัย ตั้งจิตต์
ครั้งที่ ๓ ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๖	Chronic Hepatitis in PLHIV With Viral Suppression	๑. พญ.สุวิมล คูห้สุวรรณ ๒. นพ.โชติพงษ์ ศิริพัฒนามงคล ๓. นพ.อารยะ ประยูรเวช ๔. พว.สุภาวดี พงษ์ประภาส ๕. นายธงชัย ตั้งจิตต์
ครั้งที่ ๔ ๒๘ เมษายน ๒๕๖๖	IRIS in PLHIV With Low CD๔	๑. พญ.สุวิมล คูห้สุวรรณ ๒. พญ.วรรณ อิมสงวน ๓. พญ.ธัญญารักษ์ วงศ์คำหล้า ๔. พว.สุภาวดี พงษ์ประภาส ๕. นายธงชัย ตั้งจิตต์
ครั้งที่ ๕ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๖	Management of Side Effects of ARV And Drug-Drug Interactions Involving ARV	๑. พญ.สุวิมล คูห้สุวรรณ ๒. นพ.อารยะ ประยูรเวช ๓. พญ.ปภาณิน กาศวิลาศ ๔. ภญ.เจษฎา เครือศรี
ครั้งที่ ๖ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๖	Persistent VDRL titer After Syphilis Treatment in PLHIV	๑. พญ.สุวิมล คูห้สุวรรณ ๒. พญ.ปภาณิน กาศวิลาศ ๓. พญ.ธัญญารักษ์ วงศ์คำหล้า ๔. พว.สุภาวดี พงษ์ประภาส ๕. นายธงชัย ตั้งจิตต์

## ๒. จังหวัดอุดรธานี

ครั้งที่/วันที่จัด	หัวข้อ	วิทยากร
ครั้งที่ ๑ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๖	Switching to TLD: Complications and Drug Interactions	๑. พญ.สุรียรัตน์ วัชรสุวรรณเสรี ๒. นพ.ศุภโชค เข็มลา ๓. นพ.พีระวงษ์ วีรารักษ์ ๔. พญ.สุนันทา เส็งมั่งสา ๕. พว.ประภาภรณ์ กิจวัฒนาชัย
ครั้งที่ ๒ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖	Dual Therapy: How to Manage Patients on Dual ARV Therapy	๑. พญ.สุรียรัตน์ วัชรสุวรรณเสรี ๒. นพ.ศุภโชค เข็มลา ๓. นพ.พีระวงษ์ วีรารักษ์ ๔. พญ.ลัดดารัตน์ ศรีคำ ๕. พว.ประภาภรณ์ กิจวัฒนาชัย
ครั้งที่ ๓ ๒๓ มีนาคม ๒๕๖๖	Same-Day/Rapid ART Initiation	๑. พญ.สุรียรัตน์ วัชรสุวรรณเสรี ๒. นพ.ศุภโชค เข็มลา ๓. พญ.กรปรียา ชินรัตน์ลาภ ๔. พญ.ลัดดารัตน์ ศรีคำ ๕. พว.ประภาภรณ์ กิจวัฒนาชัย
ครั้งที่ ๔ ๒๗ เมษายน ๒๕๖๖	Common Fungal Infections in PLHIV	๑. พญ.สุรียรัตน์ วัชรสุวรรณเสรี ๒. นพ.ศุภโชค เข็มลา ๓. พญ.ภัทรจิต ภัทโรดม ๔. พญ.ลัดดารัตน์ ศรีคำ ๕. พว.ประภาภรณ์ กิจวัฒนาชัย
ครั้งที่ ๕ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๖	Common Respiratory Tract Infections in PLHIV (TB, PCP)	๑. พญ.สุรียรัตน์ วัชรสุวรรณเสรี ๒. นพ.ศุภโชค เข็มลา ๓. นพ.วัชรพล ตั้งสวัสดิ์ ๔. พญ.ลัดดารัตน์ ศรีคำ ๕. พว.ประภาภรณ์ กิจวัฒนาชัย
ครั้งที่ ๖ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๖	How to Manage HIV/HCV Co-Infection	๑. พญ.สุรียรัตน์ วัชรสุวรรณเสรี ๒. นพ.ศุภโชค เข็มลา ๓. พญ.สุนันทา เส็งมั่งสา ๔. พญ.ลัดดารัตน์ ศรีคำ ๕. พว.ประภาภรณ์ กิจวัฒนาชัย

๓. จังหวัดนครศรีธรรมราช

ครั้งที่/วันที่จัด	หัวข้อ	วิทยากร
ครั้งที่ ๑ ๒๖ มกราคม ๒๕๖๖	การวินิจฉัยวัณโรคในผู้ป่วยเอชไอวี	๑. นพ.พีระพัชร ไทยสยาม ๒. นพ.วิศวัสต์ ธิติโสภี
ครั้งที่ ๒ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖	การรักษาวัณโรค (DS-TB) ในผู้ป่วยเอชไอวี	๑. นพ.พีระพัชร ไทยสยาม ๒. นพ.วัลย์รัตน์ สีสถานนท์ ๓. พญ.ศุภากร ศรีจันทร์
ครั้งที่ ๓ ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๖	การรักษาวัณโรคดื้อยา (DR-TB) ในผู้ป่วยเอชไอวี	๑. นพ.พีระพัชร ไทยสยาม ๒. นพ.ชาญศักดิ์ คงเศรษฐกุล
ครั้งที่ ๔ ๒๗ เมษายน ๒๕๖๖	การดูแลภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาวัณโรคในผู้ป่วยเอชไอวี	๑. นพ.พีระพัชร ไทยสยาม ๒. นพ.พงศ์เทพ ศรีสมทรง
ครั้งที่ ๕ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๖	การค้นหาวัณโรคระยะแฝงในผู้ป่วยเอชไอวี	๑. นพ.พีระพัชร ไทยสยาม ๒. นพ.เฉลียว ผจญภัย
ครั้งที่ ๖ ๖ กรกฎาคม ๒๕๖๖	การรักษาวัณโรคระยะแฝงในผู้ป่วยเอชไอวี	๑. นพ.พีระพัชร ไทยสยาม ๒. นพ.ดนุชัย รัตนบุรี



ภาคผนวกที่ ๒  
กำหนดการถอดบทเรียน

## ภาคผนวกที่ ๒ กำหนดการถอดบทเรียน

กำหนดการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์เพื่อสร้างเครือข่ายการจัดการเรียนรู้  
และขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ในพื้นที่ต้นแบบ 3 จังหวัด ปี 2566  
และผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

วันที่ 7-8 สิงหาคม 2566 เวลา 08.30 – 16.30 น.

ณ ห้องประชุมอู่คำ โรงแรม เดอะ เลเจนด์ เชียงราย บุติก ริเวอร์ รีสอร์ท แอนด์ สปา จังหวัดเชียงราย

เวลา	กิจกรรม	วิทยากร
<b>วันที่ 7 สิงหาคม 2566</b>		
08.30 – 09.00 น.	ลงทะเบียน	
09.00 – 09.15 น.	เปิดการประชุมและบรรยาย “แนวความคิดดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO”	แพทย์หญิงสายรัตน์ นกน้อย ผู้ช่วยผู้อำนวยการกองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
09.15 – 09.30 น.	กิจกรรมปรับท่าที 15 นาที	
09.30 – 09.45 น.	ชี้แจงวัตถุประสงค์และกระบวนการถอดบทเรียน	นางสุรพล ธรรมร่มดี นักวิชาการอิสระ นางสาวศรัญญา สุขอ่ำ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
09.45 – 10.15 น.	อภิปรายกลุ่ม เรื่อง ทบทวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมาบรรลุเป้าหมายหรือไม่ และทำอย่างไรจะไปถึงเป้าหมายของ ECHO” <b>1. บทบาทผู้นำ</b> 1.1 การเลือกทีมในในพื้นที่ 1.2 วิธีการฟอร์มทีมที่มีแพทย์จากต่างพื้นที่เข้าร่วมเป็นทีมผู้เชี่ยวชาญได้อย่างไร	กลุ่มที่ 1 เชียงราย กลุ่มที่ 2 อุดรธานี กลุ่มที่ 3 นครศรีธรรมราช
10.15 – 10.30 น.	พักรับประทานอาหารว่าง	
10.30 – 11.10 น.	<b>2. การวางแผน:</b> 2.1 การออกแบบเป้าหมาย (Outcomes) 2.2 การออกแบบหัวข้อ (Topics) การเรียนรู้มีวิธีการจัดอย่างไร 2.3 การเตรียมบทเรียน (Lesson plan) ที่เอื้อให้เกิดการเรียนรู้ 2.4 การกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการเรียนรู้ในพื้นที่ 2.5 ระยะเวลา/ช่วงเวลาในการจัด	

## ภาคผนวกที่ ๒ กำหนดการถอดบทเรียน

กำหนดการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์เพื่อสร้างเครือข่ายการจัดการเรียนรู้ และขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ในพื้นที่ต้นแบบ 3 จังหวัด ปี 2566

และผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

วันที่ 7-8 สิงหาคม 2566 เวลา 08.30 – 16.30 น.

ณ ห้องประชุมอุคำ โรงแรม เดอะ เลเจนด์ เชียงราย บูติค ริเวอร์ รีสอร์ท แอนด์ สปา จังหวัดเชียงราย

เวลา	กิจกรรม	วิทยากร
11.10 – 12.00 น.	<b>3. กระบวนการดำเนินงาน:</b> 3.1 บทบาททีมพื้นที่ 3.2 ภาระงานของทีม 3.3 การเลือกกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ 3.4 กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เรียนใช้วิธีอะไร 3.5 การสนับสนุนในระดับจังหวัด/เขต/ส่วนกลาง 3.6 งบประมาณสนับสนุน 3.7 อุปกรณ์/Internet	
12.00 – 13.00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน	
13.00 – 13.15 น.	กิจกรรมนันทนาการ: แก้อึดแห่งสติ	
13.15 – 13.45 น.	<b>4. การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้</b> 4.1 วิธีการประเมินความรู้ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรม สามารถบอกผลลัพธ์การจัดกิจกรรมได้จริงหรือไม่ 4.2 วิธีการประเมินความพึงพอใจ สะท้อนผลการดำเนินงานได้จริงหรือไม่ 4.3 การใช้ประโยชน์ข้อมูล Pre-posttest และความพึงพอใจ	
13.45 – 14.15 น.	<b>5. มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง</b> 5.1 การเลือก Case แลกเปลี่ยนเรียนรู้ 5.2 วิธีการหา Case และความยากในการหาเคสในพื้นที่ 5.3 การติดตามผลลัพธ์การรักษาอย่างต่อเนื่อง และการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม กาย จิต และสังคม	
14.15 – 14.45 น.	<b>6. การสร้างแรงจูงใจและขยายผล</b> 6.1 ช่องทาง/วิธีการประชาสัมพันธ์ 6.2 การสร้างแรงจูงใจให้กับผู้เรียนครอบคลุมและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย 6.3 ความต่อเนื่องในการเรียนรู้ของผู้เรียน	

## ภาคผนวกที่ ๒ กำหนดการถอดบทเรียน

กำหนดการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์เพื่อสร้างเครือข่ายการจัดการเรียนรู้  
และขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ในพื้นที่ต้นแบบ 3 จังหวัด ปี 2566

และผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

วันที่ 7-8 สิงหาคม 2566 เวลา 08.30 – 16.30 น.

ณ ห้องประชุมอู่คำ โรงแรม เดอะ เลเจนด์ เชียงราย บุติค ริเวอร์ รีสอร์ท แอนด์ สปา จังหวัดเชียงราย

เวลา	กิจกรรม	วิทยากร
	6.4 ความท้าทายในการขยายการดำเนินงานการสร้างควมยั่งยืน ในอนาคต	
14.45 – 15.15 น.	รับประทานอาหารว่าง เตรียมตัวนำเสนอ/Notetaker เตรียมสไลด์สรุป	
15.15 – 17.00 น.	แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน กลุ่มละ 25 นาที (นำเสนอกลุ่มละ 10 นาที/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ 15 นาที)	
17.00 – 17.30 น.	การประเมินผลการดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติ ด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO	1. แพทย์หญิงสายรัตน์ นกน้อย 2. แพทย์หญิงรังสิมา โล่ห์เลขา 3. นส.ชื่นกมล เสถบุตร 4. นส.ศรัญญา สุขอ่ำ
<b>วันที่ 8 สิงหาคม 2566</b>		
08.30 – 09.00 น.	กิจกรรมนันทนาการ: คุณค่าในงานและความหมายของเรา”	
09.00 – 10.00 น.	ชี้แจงและแบ่งกลุ่มระดมความคิดเห็น “ก้าวต่อไปของ ECHO” หัวข้อย่อย <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ เป้าหมาย/ตัวชี้วัด/พื้นที่เป้าหมาย</li> <li>▪ กลุ่มเป้าหมาย</li> <li>▪ หัวข้อ/แผนการเรียนรู้</li> <li>▪ ทีมผู้เชี่ยวชาญ/ทีมคณะทำงาน</li> <li>▪ การประชาสัมพันธ์และวิธีการสร้างแรงจูงใจ</li> <li>▪ งบประมาณที่ต้องใช้</li> <li>▪ สิ่งที่ต้องการให้สนับสนุน</li> </ul>	กลุ่มที่ 1 เชียงราย กลุ่มที่ 2 อุดรธานี กลุ่มที่ 3 นครศรีธรรมราช
10.00 – 11.00 น.	นำเสนอแผนก้าวต่อไปของพื้นที่ 3 กลุ่ม (กลุ่มละ 10 นาที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ 20 นาที) ปิดการประชุม โดย พญ.สายรัตน์ นกน้อย	กลุ่มที่ 1 เชียงราย กลุ่มที่ 2 อุดรธานี กลุ่มที่ 3 นครศรีธรรมราช

ภาคผนวกที่ ๓

แบบประเมินความพึงพอใจถอดบทเรียนการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี  
ด้วยโปรแกรม ECHO ปี ๒๕๖๖

### ภาคผนวกที่ ๓ แบบประเมินความพึงพอใจ

แบบประเมินความพึงพอใจกิจกรรมการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี

ด้วยโปรแกรม ECHO ปี ๒๕๖๗

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

#### คุณวุฒิผู้ประเมิน

- แพทย์
- นักเทคนิคการแพทย์
- เภสัชกร
- นักวิชาการสาธารณสุข
- พยาบาล
- อื่น ๆ

#### ๑. ท่านคิดว่าตนเองมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย HIV มากน้อยเพียงใด

ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ก่อนเข้าร่วม					
หลังเข้าร่วม					

#### ๒. ความมั่นใจหลังเข้าร่วมกิจกรรม

ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
๒.๑ ฉันได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย HIV จาก การจัดกิจกรรม ECHO ครั้งนี้					
๒.๒ หากฉันประสบปัญหาในการดูแลผู้ป่วย HIV ฉันต้องการนำเคสดังกล่าว เข้าร่วมหารือ ในกิจกรรม ECHO					
๒.๓ หลังจากเข้าร่วมกิจกรรม ECHO ฉันมีความ มั่นใจที่จะสอนหรือแนะนำผู้อื่นในสิ่งที่ ฉันได้เรียนรู้					

### ๓. ประเมินวิทยากร

ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
๓.๑ ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ให้ผู้ฟังเข้าใจ					
๓.๒ มีวิธีการสอนที่น่าสนใจมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เรียน					
๓.๓ การอภิปรายและการตอบคำถามโดยวิทยากร					
๓.๔ การรักษาเวลา					

### ๔. ประเมินการประสานงาน

ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
๔.๑ ประสานงานการเข้าระบบเรียนทั้งก่อนและหลังจัด กิจกรรม					
๔.๒ การประชาสัมพันธ์การจัดกิจกรรม					
๔.๓ ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม					
๔.๔ ช่วงเวลาที่จัดกิจกรรมมีความเหมาะสม					

### ๕. ท่านคิดว่าการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวันนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย HIV ของท่านได้ ในระดับใด

ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ท่านคิดว่าการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวันนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้					

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

ภาคผนวกที่ ๔  
รายชื่อผู้เข้าร่วมถอดบทเรียน



## ภาคผนวกที่ ๔ รายชื่อผู้เข้าร่วมถอดบทเรียน

การขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ปี ๒๕๖๖

ในวันที่ ๗ - ๘ สิงหาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมอู่คำ โรงแรม เดอะ เลเจนด์ เชียงราย บูติค ริเวอร์ รีสอร์ท แอนด์ สปา จังหวัดเชียงราย

ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
๑.	แพทย์หญิงสายรัตน์ นกน้อย	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
๒.	แพทย์หญิงรังสิมา โล่เลขา	หัวหน้าฝ่ายดูแลรักษาโครงการเอชไอวี และวัณโรค	ศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข
๓.	นางสาวชื่นกมล เสถบุตร	ผู้ประสานงานฝ่ายวิชาการ	ศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข
๔.	นายสุรพล ธรรมรมดี	นักวิชาการอิสระ	นักวิชาการอิสระ
๕.	นายแพทย์พีระพัชร ไทยสยาม	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช
๖.	แพทย์หญิงสุวิมล คุฬสุวรรณ	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
๗.	ผศ.(พิเศษ)นพ.จุลพงศ์ จันทร์ดี	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
๘.	แพทย์หญิงสุรรัตน์ วัชรสุวรรณเสรี	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลอุดรธานี
๙.	นายแพทย์ดนูชัย รัตนบุรี	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลทุ่งใหญ่
๑๐.	นางสาวศรีธัญญา สุขอ่ำ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
๑๑.	นางสาวอุมาภา อุดอนันต์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
๑๒.	นางสาวอรณิชา นิยมศรีสมศักดิ์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
๑๓.	นางอำพร จุ้ยอ่อน	เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
๑๔.	นางสาวศิวินันท์ มาแจ้ง	ผู้ประสานงานโครงการ	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
๑๕.	นางณัฐพร อุดระชล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลทุ่งใหญ่
๑๖.	นางผ่องศรี สืบท้วม	พยาบาลเทคนิคชำนาญงาน	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช
๑๗.	นายปฐม การัยภูมิ	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช
๑๘.	นายนราศักดิ์ ป่อหนา	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช
๑๙.	นายฮาซัน ไร่ใหญ่	นักวิชาการสาธารณสุข	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช
๒๐.	นางสาวไตรยา เถลิณภูษิตาร์ักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช
๒๑.	นางสาวสุภาวดี พงษ์ประภาส	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
๒๒.	นายพงษ์ศักดิ์ วิริจูล	Case manager	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
๒๓.	นางสาวจินตนา สงอุปการ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช
๒๔.	นายธงชัย ตั้งจิตต์	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
๒๕.	นายวัชรินทร์ งามา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
๒๖.	นางสาวประนอม มาอ่อน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
๒๗.	นางสาวนฤมล มณีวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา
๒๘.	นางสาววิธัญญา ธรรมชานา	นักวิชาการสาธารณสุข	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา
๒๙.	นางเนตรณพิศ มณีโชติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
๓๐.	นางสาวเสาวคนธ์ ตั้งคณาทรพัฑ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
๓๑.	นางสาวดวงฤดี ศรีนวล	นักวิชาการสาธารณสุข	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
๓๒.	นายสรอรรถ โพธิ์ผาง	นักวิชาการสาธารณสุข	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
๓๓.	นายวิสุทธิ์ แซ่ลิ้ม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี
๓๔.	นางสาวจิราภา ตาลหยง	นักวิชาการสาธารณสุข	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี

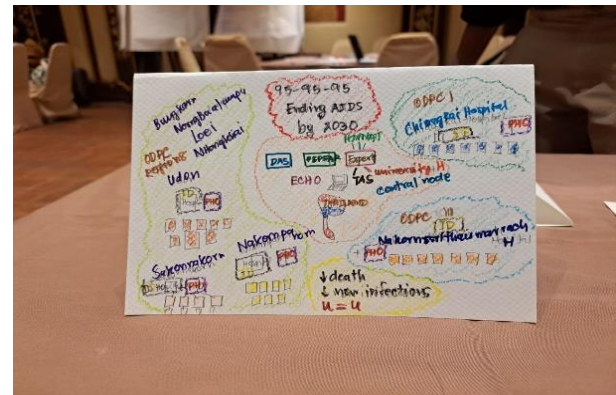
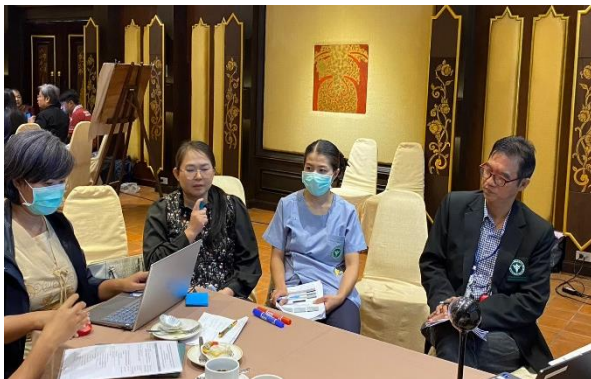
ภาคผนวกที่ ๕  
ภาพกิจกรรมถอดบทเรียน

ภาคผนวกที่ ๕ ภาพกิจกรรมถอดบทเรียน  
การขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ปี ๒๕๖๖  
ในวันที่ ๗ - ๘ สิงหาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมอู่คำ โรงแรม เดอะ เลเจนด์ เชียงราย บูติค ริเวอร์ รีสอร์ท แอนด์ สปา จังหวัดเชียงราย



**ภาพกิจกรรมถอดบทเรียน**  
**การขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ปี ๒๕๖๖**  
 ในวันที่ ๗ - ๘ สิงหาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.  
 ณ ห้องประชุมอู่คำ โรงแรม เดอะ เลเจนด์ เชียงราย บูติก ริเวอร์ รีสอร์ท แอนด์ สปา จังหวัดเชียงราย



## บรรณานุกรม

Leonard Bikinesi. (๒๐๒๐). Implementation and evaluation of a Project ECHO telementoring program for the Namibian HIV workforce . *BMC(Human Resources for Health)*.

*Project ECHO* . (n.d.). (New Mexico University) Retrieved January ๒๐๒๔, ๒๐๒๔, from <https://projectecho.unm.edu/model/>

กลุ่มงานวิจัยและพัฒนา สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (๒๕๖๑). *รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ*.

กลุ่มพัฒนาการดูแลรักษาเอชไอวี กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (๒๕๖๕). *รายงานผลการดำเนินงานโครงการ ECHO ของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์*. นนทบุรี: กลุ่มพัฒนาการดูแลรักษาเอชไอวี กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.

กัลยาณี จันทิมา. (๒๕๖๕). การพัฒนาระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลางในโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารโรคเอดส์, ๓๔(นิพนธ์ต้นฉบับ), ๔๖-๕๗*.

จินดา คุณสมบัติ. (๒๕๕๗). การพัฒนารูปแบบเพื่อการส่งเสริมการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๔*.

จิรัฐติกุลชัย, ท. (๒๕๖๓). การจัดเครือข่ายบริการสุขภาพเชิงพื้นที่เพื่อบรรเทาปัญหาการขาดแคลนบุคลากร. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๔๓-๓๓*.

ทวีศักดิ์, ว. (๒๕๖๖). การพัฒนารูปแบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้เครือข่ายสุขภาพร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, ๑๔๘*.

มัทธนา ก้อนสันทัด. (๒๕๕๕). การถอดบทเรียนกระบวนการเรียนรู้ชุมชนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันทางสังคมสำหรับพ่อแม่วัยรุ่น. *วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, ๘*.

วสุธาพิทักษ์, พ. (๒๕๕๒). การจัดการความรู้ในเครือข่ายสุขภาพชุมชน : กรณีศึกษาเครือข่ายสุขภาพชุมชนของมูลนิธิแพทย์ชนบท. *มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี*.

วัฒนา พงษ์โนนสูง. (๒๕๕๘). การถอดบทเรียนกระบวนการเรียนรู้ชุมชนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันทางสังคมสำหรับพ่อแม่วัยรุ่น. *วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต*.

วัฒนา พงษ์โนนสูง. (๒๕๕๘). การถอดบทเรียนกระบวนการเรียนรู้ชุมชนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันทางสังคมสำหรับพ่อแม่วัยรุ่น. *วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, ๑๒*.

วิภาวัลย์ อรรถนพพรชัย. (๒๕๖๔). การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทาง การแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในชนบท. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, ๒๕๘.

สุวงษ์, น. (๒๐๒๒). การถอดบทเรียน : เพื่อเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้. *วารสารบัณฑิตสาเกตปริทรรศน์* , ๔๗- ๖๐.

สุวงษ์, น. (๒๕๖๕). การถอดบทเรียนเพื่อเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้. *วารสารบัณฑิตสาเกตปริทรรศน์*, ๔๗.

ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย. คาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวี [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึง เมื่อ 9 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php>

ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย. ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานด้านการดูแลรักษาเอชไอวี [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 9 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/response.php>

แพทยสภา. รายงานข้อมูลสถิติแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 9 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tmc.or.th/statistics.php>