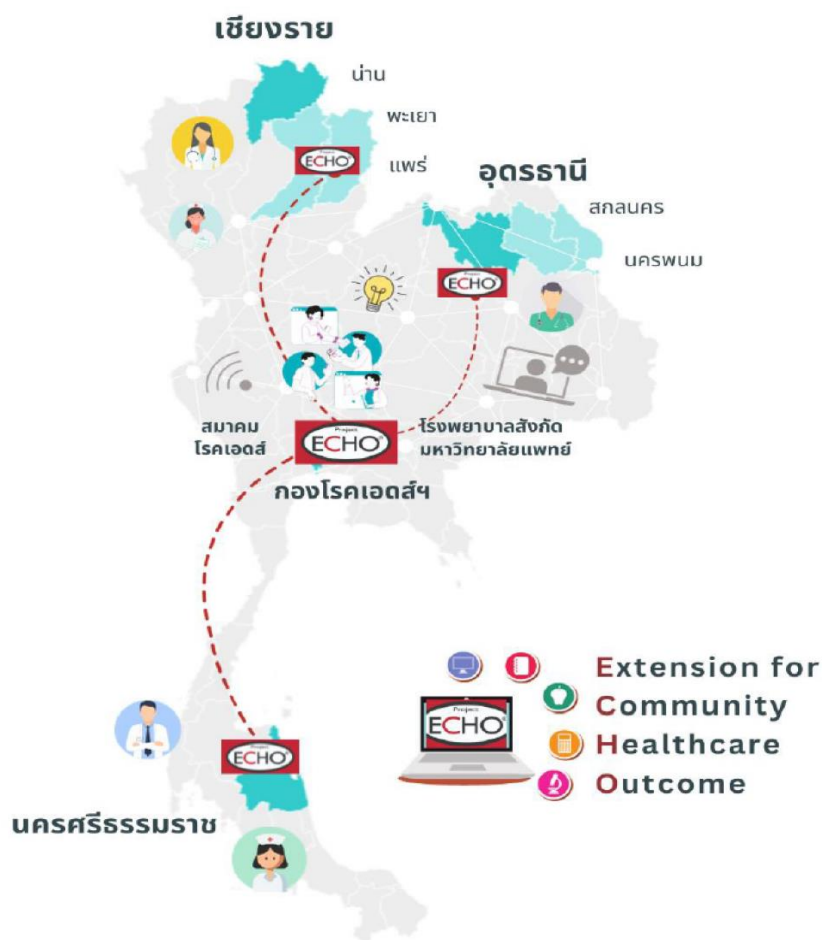


ถอดบทเรียน

การดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี
ด้วยโปรแกรม ECHO ในพื้นที่ต้นแบบ ๓ จังหวัด ปี ๒๕๖๖



นางสาวศรัญญา สุขอ่ำ

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๔๐๔๑
กลุ่มโรคเอดส์ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ถอดบทเรียนการดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี
ด้วยโปรแกรม ECHO ในพื้นที่ต้นแบบ ๓ จังหวัด ปี ๒๕๖๖

นางสาวศรีัญญา สุขอ่ำ

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๔๐๔๑
กลุ่มโรคเอดส์ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

คำนำ

ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๓ มีเป้าหมายที่จะยุติปัญหาเอดส์ภายใน พ.ศ. ๒๕๗๓ ตามเป้าหมาย ๓ ประการ ได้แก่ (๑) ลดผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เหลือปีละไม่เกิน ๑,๐๐๐ ราย (๒) ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้เหลือปีละไม่เกิน ๔,๐๐๐ ราย และ (๓) ลดการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเพศภาวะลงเหลือไม่เกินร้อยละ ๑๐ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในฐานะหน่วยงานวิชาการด้านการป้องกันและควบคุมโรคของประเทศไทย ตระหนักดีว่าหากต้องการบรรลุเป้าหมายยุติปัญหาเอดส์ให้ได้ ภายในปี ๒๕๗๓ จำเป็นต้องเพิ่มขีดความสามารถในทางคลินิกของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โปรแกรม Extension for Community Healthcare Outcomes (ECHO) คือ แพลตฟอร์มแบ่งปันและแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้ ประสบการณ์ ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อเพิ่มศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ห่างไกลให้สามารถให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีปัญหาซับซ้อนหรือต้องการแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ตามกรณีศึกษาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ (case-based learning) ผ่านระบบการสื่อสารในรูปแบบการประชุมทางไกล (teleconference) ในปี ๒๕๖๕ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และศูนย์ความร่วมมือไทยสหรัฐ ด้านสาธารณสุข ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เริ่มดำเนินการโปรแกรม ECHO ส่วนกลางและต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ได้ขยายการดำเนินงานเข้าไปใน ๓ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงราย จังหวัดอุดรธานี และจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลรักษาเอชไอวีทำให้เกิดเครือข่ายชุมชนนักปฏิบัติที่มีขีดความสามารถในด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๖ ได้รับการตอบรับที่ดีในระดับพื้นที่โดยมีโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ เครือข่ายจังหวัดใกล้เคียง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคระดับเขตเข้ามามีส่วนร่วมสร้างเป็นเครือข่ายการเรียนรู้ในพื้นที่ เพื่อให้การดำเนินงานในปีต่อไปได้รับการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จึงถอดบทเรียนการดำเนินการ การขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ในพื้นที่ต้นแบบ ๓ จังหวัด ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เพื่อให้ได้บทเรียนที่สามารถนำมาสังเคราะห์จนเกิดผลการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ (Best practice) ของแต่ละพื้นที่ และนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นต่อไป

ศรัณญา สุขอ่ำ
ผู้จัดทำ

กิตติกรรมประกาศ

งานถอดบทเรียน “การดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ในพื้นที่ต้นแบบ ๓ จังหวัด ปี ๒๕๖๖” นี้ เกิดจากความร่วมมือของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และศูนย์ความร่วมมือไทย – สหรัฐด้านสาธารณสุข ร่วมกับโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) จำนวน ๘ แห่ง ประกอบด้วย สสจ.เชียงราย สสจ.แพร่ สสจ.น่าน สสจ.พะเยา สสจ.อุดรธานี สสจ.สกลนคร สสจ.นครพนม และ สสจ.นครศรีธรรมราช และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) จำนวน ๓ แห่ง ประกอบด้วย สคร. ๑ เชียงใหม่ สคร. ๘ อุดรธานี สคร. ๑๑ นครศรีธรรมราช ที่ร่วมดำเนินโปรแกรม ECHO ในพื้นที่ จนประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี 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

ที่เป็นทีมนำจัดโปรแกรม ECHO ในพื้นที่และให้คำแนะนำในการถอดบทเรียนครั้งนี้

และขอขอบคุณอาจารย์สุรพล ธรรมร่มดี ผู้สอนเทคนิคขั้นตอนวิธีการต่างๆ ในการผลิตงานเขียนถอดบทเรียน ทั้งให้คำปรึกษาแนะนำวิธีการเขียนจนผลงานเสร็จสิ้นสมบูรณ์

ยิ่งไปกว่านั้น ขอขอบคุณ ศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข ที่สนับสนุนงบประมาณในการจัดการดำเนินงานขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ปี ๒๕๖๖

ผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานถอดบทเรียนฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์และเครือข่ายการทำงานทุกภาคส่วน ในการนำไปใช้ประโยชน์เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในโรคอื่นๆ ต่อไป

ศรัณญา สุขอ่ำ

สารบัญ

หน้า

คำนำ

กิตติกรรมประกาศ

สารบัญ

สารบัญตาราง

สารบัญภาพ

บทที่ ๑ บทนำ

๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	๑
๑.๒ วัตถุประสงค์	๔
๑.๓ นิยามศัพท์เฉพาะ	๕
๑.๔ ขอบเขตการศึกษา	๕
๑.๕ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	๕
๑.๖ กรอบแนวคิด	๖

บทที่ ๒ เอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๒.๑ แนวคิดเกี่ยวกับโปรแกรม Extension for Community Healthcare Outcome (ECHO)	๗
๒.๒ แนวคิดเกี่ยวกับการถอดบทเรียน	๑๒
๒.๓ แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความรู้ในชุมชนนักปฏิบัติ (Communities of practice: COP)	๑๓
๒.๔ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๑๔

บทที่ ๓ วิธีการศึกษา

๓.๑ รูปแบบการศึกษา	๑๘
๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	๑๘
๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	๑๙
๓.๔ ขั้นตอนการดำเนินงาน	๒๑
๓.๕ การวิเคราะห์ข้อมูล	๒๕

บทที่ ๔ ผลการศึกษา

๔.๑ การศึกษาเชิงปริมาณ	๒๖
๔.๒ การศึกษาเชิงคุณภาพ	๔๒

บทที่ ๕ สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

๕.๑ สรุปผลการศึกษา	๕๒
๕.๒ อภิปรายผล	๕๓
๕.๓ ข้อเสนอแนะ	๕๕

บรรณานุกรม

๕๙

ภาคผนวก

๖๑

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
๑	แสดงคำถามถอดบทเรียน ๖ ประเด็น	๒๐
๒	แสดงกำหนดการและประเด็นในการถอดบทเรียน	๒๒
๓	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เข้าร่วมโปรแกรม ECHO จังหวัดเชียงราย	๒๖
๔	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เข้าร่วมโปรแกรม ECHO จังหวัดอุดรธานี	๒๘
๕	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เข้าร่วมโปรแกรม ECHO จังหวัดนครศรีธรรมราช	๒๙
๖	แสดงระดับความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ECHO จังหวัดเชียงราย	๓๐
๗	แสดงระดับความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ECHO จังหวัดอุดรธานี	๓๑
๘	แสดงระดับความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ECHO จังหวัดนครศรีธรรมราช	๓๒
๙	แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความแตกต่างคะแนนความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ECHO จังหวัดเชียงราย	๓๓
๑๐	แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความแตกต่างคะแนนความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ECHO จังหวัดอุดรธานี	๓๔
๑๑	แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความแตกต่างคะแนนความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ECHO จังหวัดนครศรีธรรมราช	๓๕
๑๒	แสดงภาพรวมระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโปรแกรม ECHO จังหวัดเชียงราย	๓๖
๑๓	แสดงภาพรวมระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโปรแกรม ECHO จังหวัดอุดรธานี	๓๘
๑๔	แสดงภาพรวมระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโปรแกรม ECHO จังหวัดนครศรีธรรมราช	๔๐

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
๑	แสดงกรอบแนวคิด	๖
๒	แสดงรูปแบบการพัฒนาชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี สำหรับประเทศไทย ปี ๒๕๖๕	๑๑

บทที่ ๑

บทนำ

๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ให้เข้าถึงองค์ความรู้และมีความเชี่ยวชาญในการดูแลรักษา ด้านเอชไอวีเพื่อให้บริการทางคลินิกที่มีคุณภาพเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นการดำเนินงาน ที่มีเป้าหมายท้าทายและไม่สามารถบรรลุได้ง่าย เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อตนเองและสังคม ที่สำคัญปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาเอชไอวี ส่งผลกระทบที่รุนแรงต่อเป้าหมาย ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๓ ซึ่งต้องการยุติปัญหาเอดส์ภายใน พ.ศ. ๒๕๗๓ ตามเป้าหมาย ๓ ประการ ได้แก่ (๑) ลดผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เหลือปีละไม่เกิน ๑,๐๐๐ ราย (๒) ลดการเสียชีวิต ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้เหลือปีละไม่เกิน ๔,๐๐๐ ราย และ (๓) ลดการเลือกปฏิบัติจากเอชไอวีและเพศภาวะ ลงเหลือไม่เกินร้อยละ ๑๐ กรมควบคุมโรค โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในฐานะหน่วยงานวิชาการ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แห่งประเทศไทย ตระหนักถึงความสำคัญ ในการบรรลุเป้าหมายยุติปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ คือ การพัฒนาเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เข้าถึงบริการสุขภาพที่ดีมีมาตรฐาน

ผลสัมฤทธิ์ การดำเนินงานด้านการดูแลรักษาเอชไอวี ตามเป้าหมายการดูแล ๙๕-๙๕-๙๕ ของประเทศไทย (๙๕ ที่ ๑ คืออัตราผู้ติดเชื้อฯ ที่ยังมีชีวิตอยู่รู้สถานะการติดเชื้อของตนเอง ๙๕ ที่ ๒ คือ อัตราผู้ติดเชื้อฯ เข้าสู่กระบวนการรักษา และได้รับยาต้านไวรัส และ ๙๕ ที่ ๓ คืออัตราของผู้ติดเชื้อฯ ที่รักษาแล้วสามารถกดเชื้อได้) ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ อยู่ที่ ๙๐-๙๐-๙๗ สำหรับเป้าหมาย ๙๕ ที่ ๑ สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัย และรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง ลดลงจากร้อยละ ๙๔ ในปี ๒๕๖๔ เป็นร้อยละ ๙๐ ในปี ๒๕๖๕ ซึ่งเท่ากับเป้าหมาย ๙๕ ที่ ๒ และเป้าหมายสุดท้าย ๙๕ ที่ ๓ ผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสามารถ กดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้สำเร็จ (มีปริมาณไวรัสในกระแสเลือดเท่ากับหรือน้อยกว่า ๑,๐๐๐ copies/mL) คิดเป็นร้อยละ ๙๗ ทั้งนี้ ๙๕ ที่ ๒ หรืออัตราผู้ติดเชื้อฯ ที่เข้าสู่กระบวนการรักษาและได้รับยาต้านไวรัส มีแนวโน้ม ลดลงทุกปี เป็นช่องว่างที่ต้องเร่งรัดดำเนินการปรับปรุงแก้ไขโดยเร็วที่สุด (ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวี ของประเทศไทย, ๒๕๖๖)

ยิ่งไปกว่านั้น ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวียังเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสังคม และการพัฒนาประเทศ จากข้อมูลการประมาณการด้วย Spectrum-AEM พบว่า ณ สิ้นปี ๒๕๖๕ ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ยังมีชีวิตอยู่ จำนวน ๕๖๑,๕๗๘ คน และมีผู้ติดเชื้อฯ ที่รู้สถานะเอชไอวีของตัวเอง ๕๐๗,๐๐๙ จำนวนผู้ติดเชื้อ เอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอยู่ทั้งสิ้น ๔๕๗,๑๓๓ คน จากฐานข้อมูล ๔๓ แห่ง ของโรงพยาบาลภาครัฐ ทุกแห่ง ยกเว้นกรุงเทพมหานคร มีผู้เสียชีวิตสะสมระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๕ จำนวน ๔๕,๘๖๐ ราย เมื่อวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี ส่วนใหญ่เสียชีวิตจากการติดเชื้อด้วยโรคเอดส์เนื่องจากเอชไอวี โดยมีวัณโรคเป็นสาเหตุสำคัญลำดับต้นๆ ของการเสียชีวิต มากถึงร้อยละ ๘.๗ ทั้งนี้การรักษาวินิจฉัยโรคระยะแฝง

เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเป็นวัณโรค ยังมีความสำคัญในการป้องกันไม่ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดภาวะแทรกซ้อนจากวัณโรค และโรคฉวยโอกาสอีกด้วย (ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย, ๒๕๖๖)

สำหรับปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อ ๘๕ ที่ ๒ ที่สำคัญที่สุดคือปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ จากข้อมูลสถิติแพทยสภา ณ วันที่ ๔ เมษายน ๒๕๖๖ พบว่าประเทศไทยมีแพทย์ทั้งหมดจำนวน ๗๒,๒๕๐ คน แบ่งเป็นกรุงเทพมหานครจำนวน ๓๒,๑๘๘ คน และต่างจังหวัดจำนวน ๓๔,๔๘๗ คน ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดมาตรฐานจำนวนแพทย์ต่อประชากรไว้ที่ แพทย์ ๑ คนต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน โดยประเทศไทยสัดส่วนของแพทย์ต่อประชากรที่รับผิดชอบ อยู่ระหว่าง ๐.๕ - ๐.๘ คนต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน โดยภาครัฐมีเพียง ๐.๕ คนต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน หรือแพทย์ ๑ คนต่อประชากร ๒,๐๐๐ คน (แพทยสภา, ๒๕๖๖) จากข้อมูลดังกล่าว สามารถแบ่งปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ของประเทศไทยออกเป็น ๒ ส่วน คือ การขาดแคลนที่เกิดจากจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ และการขาดแคลนที่มาจากปัญหาการกระจายตัวของวิชาชีพ โดยประเทศไทยมีลักษณะทางภูมิศาสตร์ที่มีชุมชนห่างไกลอยู่เป็นจำนวนมาก แพทย์จบใหม่ที่อยู่ระหว่างเพิ่มพูนทักษะความรู้ ถูกบรรจุงานในโรงพยาบาลชุมชนพื้นที่ห่างไกล นอกจากต้องเจอกับปัญหาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่ปฏิบัติงานที่มีปัญหาซับซ้อน ขาดแคลนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในการเป็นที่ปรึกษาแล้ว แพทย์จบใหม่เองเมื่อปฏิบัติงานในพื้นที่ครบตามพันธะสัญญา ลาศึกษาต่อในสาขาที่ตนเองสนใจ ส่งผลให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในพื้นที่ไม่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงพัฒนานวัตกรรมโปรแกรม Extension for Community Healthcare Outcomes (ECHO) เพื่อเปิดช่องว่างและเพิ่มขีดความสามารถทางคลินิกให้แก่แพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โปรแกรม Extension for Community Healthcare Outcome (ECHO) คือ แพลตฟอร์มแบ่งปันและแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้ ประสบการณ์ ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อเพิ่มศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ห่างไกลให้สามารถให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีปัญหาซับซ้อนหรือต้องการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ตามกรณีศึกษาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ (case-based learning) ผ่านระบบการสื่อสารในรูปแบบการประชุมทางไกล (teleconference)

หลักการของโปรแกรม ECHO มีดังนี้

๑. ใช้เทคโนโลยีในการช่วยกระจายทรัพยากรและพัฒนาองค์ความรู้ ผ่านการประชุมทางวิดีโอผ่านระบบ teleconference
๒. พัฒนาระบบบริการ โดยลดความแตกต่างในรูปแบบการให้บริการผ่านการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา (case-based learning) และแบ่งปันผลการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ (best practice)
๓. ใช้วิธีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริง โดยทีมสหวิชาชีพ
๔. ติดตามผลลัพธ์ของการดำเนินงาน

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค และศูนย์ความร่วมมือไทยสหรัฐอเมริกา ด้านสาธารณสุข ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เริ่มดำเนินงานโปรแกรม ECHO นำร่อง ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยจัดให้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมทั่วประเทศ จำนวน ๓ หัวข้อ ได้แก่ ๑. การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ๒. การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรคร่วม และ ๓. การพัฒนาระบบการดูแลรักษาเอชไอวี โดยจัดหัวข้อละ ๖ ครั้ง รวมทั้งหมด ๑๘ ครั้ง และต่อมา ในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ได้ขยายการดำเนินงานเข้าสู่ระบบโครงสร้างสุขภาพระดับพื้นที่ใน ๓ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงราย จังหวัดอุดรธานี และจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลรักษาเอชไอวี ทำให้เกิดเครือข่ายชุมชนนักปฏิบัติที่มีขีดความสามารถในด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีกิจกรรมสำคัญ ดังนี้

กิจกรรมที่ ๑ ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน จากรายงานผลการดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติ ด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ของประเทศไทย ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เพื่อศึกษาผลการดำเนินงาน เป็นแนวทางในการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๖ พบว่า การวัดผลโดยแบบประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน ๑๕ ครั้ง ในด้านความรู้ ทศบุคคลต่อประโยชน์ที่ได้รับเพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงความคิดเห็น ต่อการอบรมผ่านโปรแกรม ECHO สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยภาพรวม ผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อการอบรมระดับ มากทั้งความเชื่อมั่นในความเชี่ยวชาญของผู้สอนและเนื้อหาที่ได้เรียนรู้และการจัดการ ประสานงาน และการ ประชาสัมพันธ์ และมีความมั่นใจในการนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อย่างไรก็ตาม คณะแนวความรู้ก่อนและหลังเรียนไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน เนื่องจากความรู้ที่วัดมุ่งเน้นเรื่องโรคและการรักษา ในขณะที่กลุ่มผู้เรียนมีหลายวิชาชีพและเป็นการคิดคะแนนเป็นแบบภาพรวมกลุ่ม และมีข้อเสนอแนะ ดังนี้ ๑. การดำเนินงานควรมีความต่อเนื่อง ๒. ควรขยายกลุ่มผู้เรียนโดยเข้าถึงแพทย์จบใหม่ให้มากกว่านี้ เพราะเป็น กลุ่มที่อยู่ระหว่างเพิ่มพูนทักษะความรู้และต้องเจอกับปัญหาผู้ป่วยเอชไอวีที่ซับซ้อนจริงในพื้นที่ปฏิบัติงานซึ่งขาด แคลนผู้เชี่ยวชาญ และควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้น และ ๓. ควรขยายรูปแบบการเรียนรู้ ให้ชุมชนในพื้นที่ สามารถนำโปรแกรม ECHO ไปดำเนินการเองได้

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

๒.๑ ออกแบบและพัฒนาเครื่องมือสำหรับจัดกิจกรรม กำหนดวิธีการ รวมถึงแนวทางการประเมินผลการจัด กิจกรรม ได้แก่

- ๑) แนวทางการจัดโปรแกรม ECHO สำหรับผู้สอน ผู้เรียน และผู้ประสานงาน
- ๒) พัฒนาโปรแกรมสำหรับลงทะเบียนและเป็นแหล่งเรียนรู้ย้อนหลัง
- ๓) จัดหาและสนับสนุนผู้เชี่ยวชาญเป็นวิทยากรและอำนวยความสะดวกให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน
- ๔) จัดทำโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์สำหรับพื้นที่
- ๕) ประสานสภาวิชาชีพแพทย์ เภสัชกร และนักเทคนิคการแพทย์ เพื่อสะสมหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่อง

๒.๒ เลือกพื้นที่ต้นแบบในปี ๒๕๖๖ ดำเนินการในเครือข่ายระดับพื้นที่ต้นแบบ ๓ จังหวัด โดยมีทีมผู้เชี่ยวชาญที่มีความพร้อมและสนใจสร้างเครือข่ายการจัดการเรียนรู้จากโรงพยาบาลศูนย์ในพื้นที่ ได้แก่

- ๑) เครือข่ายจังหวัดเชียงราย ประกอบด้วย จังหวัดเชียงราย จังหวัดแพร่ จังหวัดน่าน และจังหวัดพะเยา
- ๒) เครือข่ายจังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย จังหวัดอุดรธานี จังหวัดสกลนคร และจังหวัดนครพนม
- ๓) เครือข่ายจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัด

๒.๓ เตรียมความพร้อมคณะทำงาน โดยจัดประชุมคณะทำงานระดับพื้นที่เพื่อทำความเข้าใจโปรแกรม ECHO ให้ทีมสามารถออกแบบเป้าหมายของกิจกรรม หัวข้อสำหรับการสอน และแผนการจัดกิจกรรม รวมถึงเตรียมความพร้อมเครื่องมือสำหรับใช้ประกอบการจัดกิจกรรม ประกอบด้วย โปรแกรม ZOOM และ Application ต่างๆ ได้แก่ google form สำหรับประเมินความรู้ก่อนและหลังกิจกรรม แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบฟอร์มสำหรับการลงทะเบียนและการขอรับหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ

กิจกรรมที่ ๓ จัดกิจกรรมการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ในพื้นที่ระหว่างเดือน มกราคม - มิถุนายน ๒๕๖๖ รวม ๖ เดือน เดือนละ ๑ ครั้ง/แห่ง ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมดจำนวน ๑,๕๙๓ คน จำแนกตามจังหวัดดังนี้

๑. เครือข่ายจังหวัดเชียงราย ผู้เข้าร่วมกิจกรรมรวมทั้งสิ้น จำนวน ๔๒๑ คน (เฉลี่ย ๗๐ คน/ครั้ง)
๒. เครือข่ายจังหวัดอุดรธานี ผู้เข้าร่วมกิจกรรมรวมทั้งสิ้น จำนวน ๕๒๔ คน (เฉลี่ย ๘๗ คน/ครั้ง)
๓. เครือข่ายจังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้เข้าร่วมกิจกรรมรวมทั้งสิ้น จำนวน ๖๔๖ คน (เฉลี่ย ๑๐๘ คน/ครั้ง)

จากการดำเนินงานในปี ๒๕๖๖ เป็นผลสำเร็จ ได้รับการตอบรับที่ดีทำให้โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ร่วมเป็นเครือข่ายการเรียนรู้ช่วยขับเคลื่อนการดำเนินงานโปรแกรม ECHO จนเห็นผลเป็นรูปธรรม ทำให้ผู้ศึกษาสนใจถอดบทเรียนการดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ในพื้นที่ต้นแบบ ๓ จังหวัด เพื่อนำมาวิเคราะห์หาจุดแข็งและจุดอ่อนของการดำเนินงาน และนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆอันจะยังประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

๑.๒ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนของการดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ในพื้นที่ต้นแบบ ๓ จังหวัด
๒. เพื่อวิเคราะห์ข้อเสนอแนะของการดำเนินงานโปรแกรม ECHO เพื่อนำไปปรับปรุงและขยายผลการดำเนินงานในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

๑.๓ นิยามศัพท์เฉพาะ

การถอดบทเรียน: กระบวนการทบทวน สรุปประสบการณ์เพื่อวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อน และข้อเสนอแนะของการทำงานโครงการ ECHO เพื่อปรับปรุงและขยายผลการดำเนินงานในพื้นที่อื่นๆ

ชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี: เครือข่ายกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ที่มีความสนใจหรือมีส่วนร่วมในการทำงานเกี่ยวกับการดูแลรักษาเอชไอวีและโรคร่วมต่างๆ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข นักวิจัย นักวิชาการ ฯลฯ ร่วมแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และวิธีการปฏิบัติที่ดีในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

โปรแกรม Extension for Community Healthcare Outcome (ECHO): แพลตฟอร์มแบ่งปันและแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้ ประสบการณ์ ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อเพิ่มศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ห่างไกลให้สามารถให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีปัญหาซับซ้อนหรือต้องการแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ตามกรณีศึกษาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ (case-based learning) ผ่านระบบการสื่อสารในรูปแบบการประชุมทางไกล (teleconference)

พื้นที่ต้นแบบ ๓ จังหวัด: จังหวัดเชียงราย จังหวัดอุดรธานี และจังหวัดนครศรีธรรมราช

๑.๔ ขอบเขตการศึกษา

๑. ขอบเขตด้านเนื้อหา การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบวิธีผสมผสาน (Mix method) ทั้งการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อวิเคราะห์และปรับปรุงการดำเนินงานโครงการ ECHO และนำไปขยายผลการดำเนินงานในพื้นที่อื่นๆ

๒. ขอบเขตด้านประชากร

การศึกษาเชิงปริมาณประชากร คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการ ECHO จำนวน ๑,๕๙๓ คน การศึกษาเชิงคุณภาพ ประชากร คือ คณะทำงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ของจังหวัดเชียงราย จังหวัดอุดรธานี และจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน ๔๕ คน

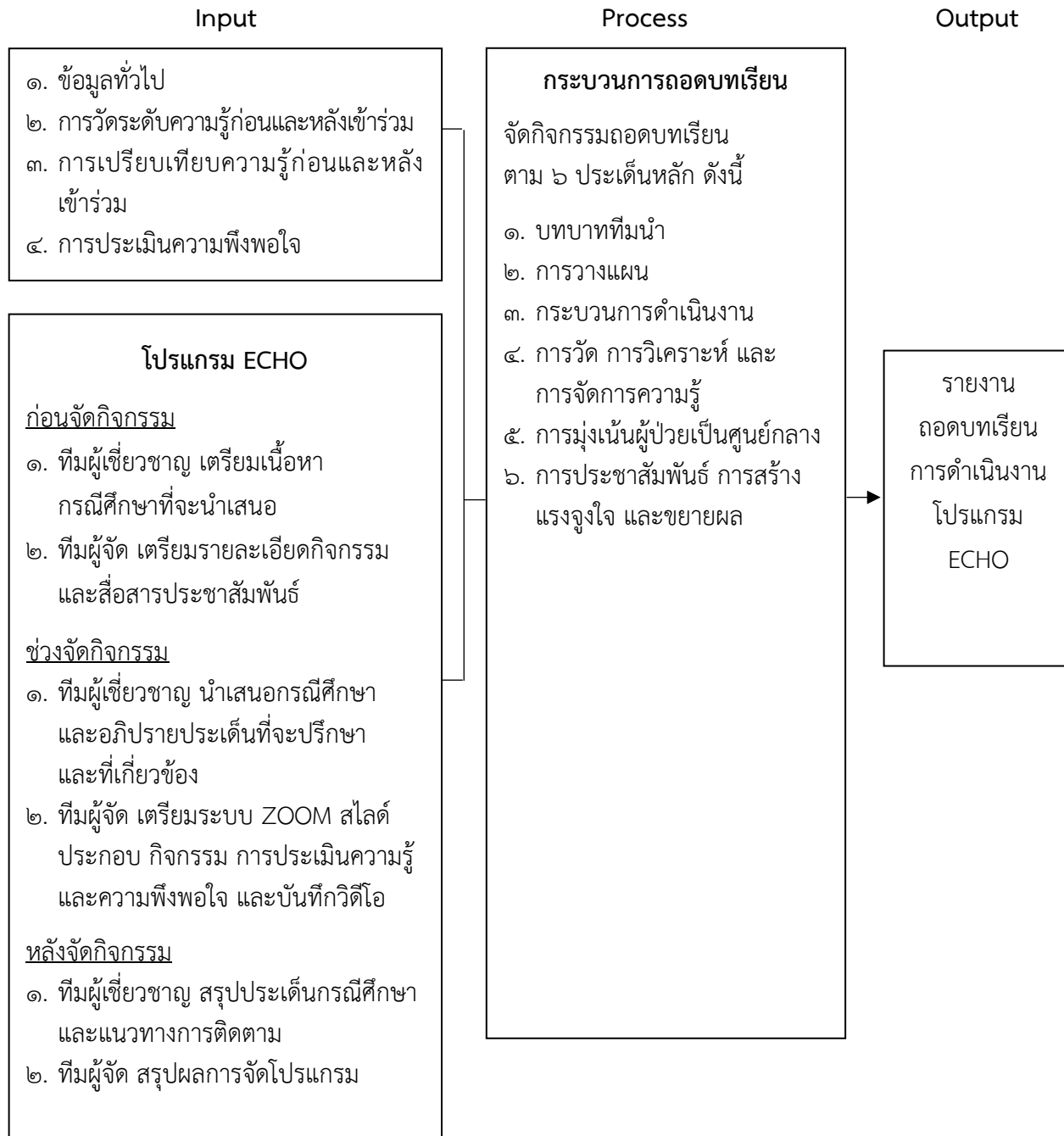
๓. ขอบเขตด้านสถานที่ การศึกษานี้ดำเนินงานในพื้นที่ต้นแบบ ๓ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงราย จังหวัดอุดรธานี และจังหวัดนครศรีธรรมราช

๔. ขอบเขตด้านระยะเวลา ระหว่างเดือน มกราคม – ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

๑.๕ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑. มีแนวทางขยายการดำเนินงานด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และโรคร่วมในพื้นที่อื่น
๒. เกิดแนวทางในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ในโรคอื่นๆ

๑.๖ กรอบแนวคิด



ภาพที่ ๑ กรอบแนวคิด

บทที่ ๒

เอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การถอดบทเรียนการดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ปี ๒๕๖๖ ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสาร แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้

๒.๑ แนวคิดเกี่ยวกับโปรแกรม Extension for Community Healthcare Outcome (ECHO)

๒.๒ แนวคิดเกี่ยวกับการถอดบทเรียน

๒.๓ แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความรู้ในชุมชนนักปฏิบัติ (Communities of practice: COP)

๒.๔ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๒.๑ แนวคิดเกี่ยวกับโปรแกรม Extension for Community Healthcare Outcome (ECHO)

โปรแกรม ECHO (Extension for Community Health Outcomes) คือ แพลตฟอร์มแบ่งปันและแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้ ประสบการณ์ ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อเพิ่มศักยภาพให้กับบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ห่างไกลให้สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนหรือต้องการแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ภายใต้แนวคิดชุมชนนักปฏิบัติ บนฐานการเรียนรู้และการแก้ปัญหาพร้อมกัน ตามกรณีศึกษาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ (case-based learning) ผ่านระบบการสื่อสารในรูปแบบการประชุมทางไกล (teleconference) ถูกพัฒนาโดย University of New Mexico Health Sciences Center มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายในหลายประเทศทั่วโลก เช่น The University of Arizona, The University of Canada และ The University of Missouri ในปี ค.ศ. ๒๐๐๔ Dr. Sanjeev Arora ใน New Mexico พบปัญหาการเข้าถึงบริการทางสุขภาพจากกรณีผู้ป่วยหญิง อายุ ๔๓ ปี ป่วยด้วยไวรัสตับอักเสบบี ได้รับการวินิจฉัยและคำแนะนำส่งตัวไปรับการรักษา แต่ไม่ได้มารับการรักษานานถึง ๘ ปี เนื่องจากต้องลางานติดต่อกันหลายวันเพื่อเดินทางไปรักษาโรงพยาบาลศูนย์ที่อยู่ห่างไกล ใช้เวลาเดินทางถึง ๕ ชั่วโมง ทำให้เข้ารับการรักษาล่าช้า อาการจากมะเร็งตับลุกลามและเสียชีวิตในช่วง ๖ เดือนภายหลังได้รับการรักษาจาก Dr. Sanjeev Arora กรณีนี้เป็นเพียงตัวอย่างเดียวจากผู้ป่วยหลาย ๆ รายในพื้นที่ รัฐ New Mexico ซึ่งในขณะนั้นมีผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ถึง ๒๘,๐๐๐ ราย แต่โรงพยาบาลศูนย์ที่มีอยู่สามารถให้การรักษาได้เพียง ๑,๕๐๐ ราย มีผู้ป่วยจำนวนมากต้องเสียชีวิต จากโรคที่รักษาหายขาดได้แต่ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ Dr. Sanjeev Arora จึงได้ตัดสินใจที่จะพัฒนาระบบสุขภาพให้สามารถทำการรักษาไวรัสตับอักเสบบีได้ที่หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในรัฐ New Mexico ด้วยการพัฒนาชุมชนนักปฏิบัติเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลรักษา ผ่านระบบการเรียนรู้ทางไกล เพื่อให้เกิดการรักษาในระดับบริการปฐมภูมิ ซึ่งการมีชุมชนนักปฏิบัตินี้ ทำให้เกิดการเรียนรู้ทั้งจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และแพทย์ที่ทำงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่พบปัญหาในเรื่องเดียวกัน การสร้างชุมชนนักปฏิบัตินี้ทำให้เกิดการเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กรณีศึกษาผู้ป่วยจริงในพื้นที่ ซึ่งมีบริบทและปัญหาที่เฉพาะแตกต่างกันไป ซึ่งสุดท้ายแล้วหลังจากดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา ๑ ปี แพทย์ที่ให้บริการในระดับบริการปฐมภูมิมีความเชี่ยวชาญในการรักษาไวรัสตับอักเสบบี และทำให้สามารถรักษาได้หายขาด เพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับประชาชน และลดการเสียชีวิตได้จำนวนมาก (New Mexico University, ๒๐๒๓)

ในปี ๒๕๖๕ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้ทบทวนรูปแบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่มีประสิทธิภาพจากต่างประเทศ และพบว่า โปรแกรม ECHO เป็นโครงการที่เพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ในการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีในชุมชนห่างไกลในสหรัฐอเมริกา มากกว่า ๓๕ ประเทศที่ได้นำรูปแบบกิจกรรมมาปรับปรุงพัฒนาบริการสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่มีปัญหาซับซ้อนต่างๆ จึงได้นำแนวคิดและรูปแบบดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาเป็นรูปแบบการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี เพื่อเพิ่มศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการด้านเอชไอวี โดยจัดการเรียนรู้ตามหลักการพื้นฐานของการดำเนินงานของโปรแกรม ECHO ประกอบด้วย

๑. การขยายผล โดยใช้เทคโนโลยีเป็นสื่อทำให้ความรู้เคลื่อนย้ายจากที่หนึ่งไปสู่อีกที่หนึ่ง โดยเฉพาะการนำความรู้ไปสู่พื้นที่ ที่มีทรัพยากรจำกัดหรืออยู่ห่างไกล เพิ่มศักยภาพในการดูแลรักษา เป็นการขยายผลความรู้ให้เกิดประโยชน์ในวงกว้าง
๒. การนำเสนอผลการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ (best practice) ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ลดช่องว่างของความแตกต่างในการดูแลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ
๓. การเรียนรู้ผ่านกรณีศึกษาจริง (case-based learning) ถือเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ และช่วยผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนได้รับการดูแลจากคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ และ จากผู้ร่วมเรียนรู้ในชุมชนนักปฏิบัติ
๔. การใช้ข้อมูลเพื่อติดตามและประเมินผลการดำเนินงานให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์สูงสุด

ในปี ๒๕๖๕ ได้จัดการเรียนรู้ของชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO จำนวน ๓ หัวข้อหลัก ประกอบด้วย ๑. การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ๒. การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรคร่วม และ ๓. การพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ หัวข้อละ ๖ ครั้ง เวลา ๑๒.๑๕ - ๑๓.๓๐ น. ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เดือนละ ๑ ครั้ง รวมทั้งหมด ๑๘ ครั้ง ดังนี้

๑. หัวข้อการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี

วัตถุประสงค์เพื่อจัดการเรียนรู้ และขับเคลื่อนชุมชน “นักปฏิบัติด้านเอชไอวี” โดยคณะผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 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 และ ๖. HIV Prevention

๒. หัวข้อการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรคร่วม

วัตถุประสงค์เพื่อจัดการเรียนรู้ และขับเคลื่อนชุมชน “นักปฏิบัติด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรคร่วม” โดยผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 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 และ ๖. TB prevention

๓. หัวข้อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างความเข้าใจหลักการใช้อินโฟมัติกซ์ เพื่อการพัฒนาคุณภาพ และการเชื่อมโยงการดูแลรักษา กับมาตรฐานการรับรองเฉพาะโรค รวมถึง เพื่อเพิ่มทักษะการใช้อินโฟมัติกซ์ในการเริ่มต้นการสนทนา หรือค้นหาปัญหาของ

โรงพยาบาล มีทีมผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) โดยจัดกิจกรรมในเดือนเมษายน - มิถุนายน พ.ศ.๒๕๖๕ เดือนละ ๒ ครั้ง ในเวลา ๑๔.๐๐ - ๑๕.๓๐ น. รวมจำนวน ๖ ครั้ง มีหัวข้อดังนี้ ๑) การ Coach วิธีการใช้ข้อมูล: FUN WITH FIGURES ๒) การ Coach สู่เป้าหมาย ๙๕ ที่ ๑: เธออยู่ไหนใน รพ.ฉัน/หาให้พบ ๓) การ Coach สู่เป้าหมาย ๙๕ ที่ ๒: ครบถ้วนรักษา ๔) การ Coach สู่เป้าหมาย ๙๕ ที่ ๓: จบรักษา U=U ๕) การ Coach เพื่อการมีส่วนร่วมขององค์กร และ ๖) การสรุปการ Coach และการเขียนรายงาน

ผลการดำเนินงานโปรแกรม ECHO ปี ๒๕๖๕ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - กรกฎาคม ๒๕๖๕ มีการจัดกิจกรรมทั้งหมดจำนวน ๑๘ ครั้ง โดยแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ และผู้สนใจจากโรงพยาบาลและหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนเข้าร่วมกิจกรรม ดังนี้

๑. หัวข้อการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ๖ ครั้ง รวมทั้งหมดจำนวน ๖๖๗ คน โดยมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมเฉลี่ยจำนวน ๑๑๑ คน/ครั้ง
๒. หัวข้อการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรคร่วม ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ๖ ครั้ง รวมทั้งหมดจำนวน ๕๑๓ คน โดยมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมเฉลี่ยจำนวน ๘๕ คน/ครั้ง
๓. หัวข้อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ๖ ครั้ง รวมจำนวน ๒๑๔ คน มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมเฉลี่ยจำนวน ๓๕ คน/ครั้ง

และจากการสรุปบทเรียนการดำเนินงานโปรแกรม ECHO ปี ๒๕๖๕ พบว่า การวัดผลโดยแบบประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน ๑๕ ครั้ง ในด้านความรู้ ทัศนคติต่อประโยชน์ที่ได้รับเพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงความคิดเห็นต่อการอบรมผ่านโปรแกรม ECHO ซึ่งโดยภาพรวมผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อการอบรมระดับมาก ทั้งความเชื่อมั่นในความเชี่ยวชาญของผู้สอนและเนื้อหาที่ได้เรียนรู้และการจัดการ การประสานงาน การประชาสัมพันธ์ และมีความมั่นใจในการนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี อย่างไรก็ตามคะแนนความรู้ก่อนและหลังเรียนไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน เนื่องจากความรู้ที่วัดมุ่งเน้นเรื่องโรคและการรักษา ในขณะที่กลุ่มผู้เรียนมีหลายวิชาชีพและเป็นการคิดคะแนนเป็นแบบภาพรวมกลุ่ม รายละเอียดของผลประเมินเป็นรายหัวข้อ ดังนี้

๑. หัวข้อการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี
การทำแบบประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน ๖ ครั้ง ผลการประเมินความรู้ คะแนนเต็ม ๕ คะแนน พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนก่อนเข้าร่วมกิจกรรมเฉลี่ย ๑.๙๕ คะแนน มีคะแนนหลังเข้าร่วมกิจกรรมเฉลี่ย ๒.๕๐ คะแนน (คะแนนเต็ม ๕ คะแนน) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น ๐.๕๕ คะแนน
๒. หัวข้อการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรคร่วม
การทำแบบประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน ๖ ครั้ง ผลการประเมิน พบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนก่อนเข้าร่วมกิจกรรมเฉลี่ย ๒.๓๔ คะแนน มีคะแนนหลังเข้าร่วมกิจกรรมเฉลี่ย ๒.๘๔ คะแนน (คะแนนเต็ม ๕ คะแนน) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้น ๐.๕๐ คะแนน
๓. หัวข้อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
การทำแบบประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน ๓ ครั้ง ผลการประเมิน พบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนก่อนเข้าร่วมกิจกรรมเฉลี่ย ๓.๓๕ คะแนน มีคะแนนหลังเข้าร่วมกิจกรรมเฉลี่ย ๓.๒๒ คะแนน (คะแนนเต็ม ๕ คะแนน) โดยมีคะแนนลดลง ๐.๑๓ คะแนน

ข้อเสนอแนะจากการสรุปบทเรียน มีดังนี้

๑. การเตรียมความพร้อมของหลักสูตรและคณะผู้สอน

ควรทำการออกแบบหลักสูตร โดยกำหนดวัตถุประสงค์ หัวข้อสอน คณะผู้สอน กลุ่มผู้เรียนเป้าหมาย การประเมินผล และเวลาที่จัด ให้เสร็จก่อนล่วงหน้า ทั้งนี้ในการจัดทำคณะผู้สอนควรมีส่วนร่วมในการวางแผน เพื่อให้เกิดความสอดคล้องของแต่ละหัวข้อ ควรกำหนดให้มีคนรับหน้าที่ผู้ประสานระหว่างการสอน (Moderator/Facilitator) เพื่อให้การดำเนินการอบรมเป็นไปตามระยะเวลาที่ได้กำหนดไว้

๒. การเลือกกลุ่มผู้เรียน

- เลือกกลุ่มผู้เรียนที่ตรงกับหัวข้อการเรียนรู้
- พิจารณาถึงความหลากหลาย สาขาวิชาชีพของผู้เรียน เพื่อเตรียมความเกี่ยวข้องข้อกับเนื้อหาที่อบรม ไม่ยากหรือง่ายจนเกินไป
- ผู้เรียนควรมีเวลาในการเตรียมตัวเพื่อนำกรณีปัญหาผู้ป่วยที่พบมาร่วมในการเรียนรู้ และการออกแบบข้อมูล ในการนำเสนอไม่ควรซับซ้อนจนเกินไป
- การพิจารณาจำนวนผู้เรียนกลุ่มเปิดหรือปิด ต้องคำนึงถึงการลงทะเบียนโปรแกรม ECHO ด้วย ทั้งนี้การจัดแบบกลุ่มเปิด ทำให้การติดตามการประเมินและการลงทะเบียนเป็นไปได้ยากกว่ากลุ่มปิด

๓. ทีมจัดการและประสานงาน

- ทำการประชาสัมพันธ์ตามแผนที่วางไว้
- ทำให้ผู้เรียนและทีมผู้สอน เข้าถึงระบบการเรียนรู้ โดยการทำคู่มือ การเข้าเรียน เข้าสอน ผ่านระบบ ECHO zoom
- ควรประสานผู้สอนและผู้เรียน ทั้งก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม เช่น การติดตามผู้เรียนในการส่งกรณีผู้ป่วย ร่วมเรียนรู้ การติดตามสื่อการสอน และเอกสารความรู้เพิ่มเติม

ปัจจัยความสำเร็จและผลกระทบที่เกิดขึ้น

ปัจจัยความสำเร็จและผลกระทบที่เกิดขึ้น มีดังนี้

๑. ด้านผู้สอน ทีมอาจารย์มีความชำนาญทั้งด้านความรู้และด้านการจัดโปรแกรม ECHO ทำให้สามารถดำเนินการสอนได้อย่างราบรื่นและผู้เรียนสามารถนำความรู้ไปใช้ได้จริง
๒. ด้านผู้เรียน เป็นกลุ่มเป้าหมายที่ตรงกับแผนการอบรม ทำให้มีความสนใจเข้าร่วมและปฏิสัมพันธ์กับการเรียนรู้เต็มที่ นอกจากนั้นการกำหนดคะแนนการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรสาขาต่างๆ เช่น แพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ ยังช่วยให้ผู้เรียนมีความสนใจมากยิ่งขึ้น
๓. ด้านหลักสูตร ประเด็นหัวข้อที่สอน มีเนื้อหาการอบรมตรงกับความสนใจของผู้เรียน มีการสอนโดยใช้ตัวอย่างปัญหา หรือลักษณะผู้ป่วยที่พบจริงในการทำงาน และมีระยะเวลาในการเรียนรู้สั้น กระชับ
๔. ด้านรูปแบบการจัดและผู้ประสานงาน มีคณะงานประสานให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องและมีการประชาสัมพันธ์ตรงกลุ่มเป้าหมายผู้เรียน

อุปสรรคของการจัดโปรแกรม ECHO

๑. ปฏิสัมพันธ์ของผู้เรียนในระหว่างการดำเนินกิจกรรม ค่อนข้างน้อย เนื่องจากระยะเวลาจำกัดและมีผู้เรียนจำนวนมาก
๒. การจัดกิจกรรมมีความถี่ค่อนข้างมาก และในกลุ่มหัวข้อผู้สอนเป็นคณะเดียวกัน ทำให้เกิดความกระชั้นชิดในการเตรียมทั้งผู้สอนและผู้เรียน

ดังนั้น จากการทบทวนรายงานผลการดำเนินงานโครงการ ECHO ของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี ๒๕๖๕ ได้นำบทเรียนที่ได้นำมาปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในปี ๒๕๖๖ ดังนี้

๑. ขยายการดำเนินงานในพื้นที่ ต้นแบบ ๓ จังหวัด โดยนำโปรแกรม ECHO ไปดำเนินการเองในพื้นที่ และใช้สื่อการสอนจากปี ๒๕๖๕ ช่วยสนับสนุนคณะวิทยากรในพื้นที่ร่วมอภิปรายกรณีศึกษาภายในพื้นที่จริงของตนเอง

๒. ขยายกลุ่มผู้เรียนโดยเข้าถึงแพทย์จบใหม่ เพราะเป็นกลุ่มที่อยู่ระหว่างเพิ่มพูนทักษะความรู้และต้องเจอกับปัญหาที่ซับซ้อนจริงในพื้นที่ปฏิบัติงานซึ่งขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญ และควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้นเพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายทั่วประเทศ

๓. ปรับวิธีการประเมินผล โดยเพิ่มข้อมูลโดยระบุผู้เรียน หรือผู้ทำข้อสอบชัดเจน เพื่อให้สามารถติดตามหรือวัดประเมินความรู้ผู้เรียนได้ในแต่ละครั้งที่มีการจัดกิจกรรม และเปลี่ยนจากการวัดความรู้เป็นการวัดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

The ECHO HIV Model at Division of AIDS and STIs



ที่มา: กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, ๒๕๖๕

ภาพที่ ๒ รูปแบบการพัฒนาชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี สำหรับประเทศไทย ปี ๒๕๖๕

๒.๒ แนวคิดเกี่ยวกับการถอดบทเรียน

ความหมายของการถอดบทเรียน

อรศรี (อรศรี, ๒๕๕๙ อ้างถึงใน วัฒนา พงษ์โนนสูง, ๒๕๕๘) ให้ความหมายการถอดบทเรียนว่าเป็นกระบวนการทบทวน สรุปประสบการณ์ที่ผ่านมาในแง่มุมต่างๆ เพื่อให้เห็นถึงรายละเอียดอันชัดเจนและความรู้ในเหตุ ปัจจัยอย่างเชื่อมโยงทั้งภายในและภายนอกซึ่งทำให้เกิดผลอย่างที่เห็นอยู่ในปัจจุบัน ไม่ว่าผลนั้นจะเป็นผลด้านบวกหรือด้านลบ จุดมุ่งหมายการถอดบทเรียนเพื่อประมวลผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในมิติต่างๆ จากทัศนะ มุมมองอันหลากหลายเพื่อให้ได้ “บทเรียน” จากประสบการณ์จริงที่มีประโยชน์ นำมาพัฒนาและปรับปรุงงานให้ก้าวหน้า สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงของกลุ่ม องค์กรและสภาพแวดล้อม และพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานนั้น ให้มีศักยภาพสูงชันการถอดบทเรียนจึงต้องได้ทั้งบทเรียน และการเรียนรู้ อย่างน้อยในระดับของความเข้าใจ (Comprehension) ที่สามารถเชื่อมโยงเหตุผลของปัจจัยต่างๆ ในชุดประสบการณ์ หรือก่อเกิดวิถีคิดอย่างใหม่ ค่านิยมใหม่ที่นำไปสู่การคิดสร้างสรรค์ต่างๆ ที่สามารถนำไปต่อยอดออกไปได้อย่างต่อเนื่อง

วิจารณ์ (วิจารณ์, ๒๕๕๘ อ้างถึงใน วัฒนา พงษ์โนนสูง, ๒๕๕๘) กล่าวถึงการถอดบทเรียนว่าช่วยให้เกิดการเรียนรู้จากความสำเร็จหรือความผิดพลาดในการทำงาน บทเรียนจะสะท้อนสาเหตุที่ทำให้การทำงานประสบความสำเร็จหรือผิดพลาด มีปัจจัยเงื่อนไขอะไรบ้างที่ทำให้เกิดความสำเร็จหรือผิดพลาดในการทำงานนั้น ๆ ซึ่งผู้ปฏิบัติที่กำลังปฏิบัติในแนวเดียวกันสามารถนำบทเรียนที่ได้ไปใช้ในการปฏิบัติงานให้ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม และไม่เกิดความผิดพลาดซ้ำในการปฏิบัติครั้งต่อไป

สรุป การถอดบทเรียน หมายถึง วิธีการจัดการความรู้รูปแบบหนึ่งที่เน้นการทบทวนประสบการณ์และความรู้จากบุคคลทั้งความสำเร็จและความผิดพลาด ว่าปัจจัยหรือเงื่อนไขอะไรบ้างที่เป็นเหตุให้เกิดความสำเร็จหรือความผิดพลาดในการทำงานนั้นๆ นำมาสังเคราะห์สู่การพัฒนากระบวนการทำงานใหม่อย่างสร้างสรรค์ไม่ให้เกิดข้อผิดพลาดซ้ำเดิมและนำบทเรียนไปยกระดับการเรียนรู้ต่อยอดออกไปได้อย่างต่อเนื่อง

วิธีการถอดบทเรียน

วิธีการถอดบทเรียนโครงการมี ๓ ระยะ ได้แก่ ระยะเริ่มต้น ระหว่างโครงการ และสิ้นสุดโครงการ มีเครื่องมือการถอดบทเรียนที่หลากหลายแตกต่างกัน ไม่มีการกำหนดตายตัว หากจะเลือกใช้วิธีวิทยาใดๆ ต้องพิจารณาให้ทำความเข้าใจแนวคิดของเทคนิคที่จะนำมาใช้ให้ชัดเจน มีความตรงในการสรุปบทเรียน ทั้งความตรงภายใน (Internal Validity) ที่สามารถสรุปได้ตรงกับความจริงที่เกิดขึ้น และความตรงภายนอก (External Validity) ที่สามารถอ้างอิงใช้ประโยชน์ได้ บทเรียนที่มีความตรงภายนอกจะถือว่าเป็นบทเรียนที่มีคุณภาพสูง (High Quality Lesson Learned) วิธีที่ใช้ในการถอดบทเรียน มีดังต่อไปนี้

๑. การเรียนรู้จากบทเรียนที่ดี (Good/Better/Best Practice)
๒. วิธีการเลือกกรณีศึกษา (Cases Study Approach) พิจารณาจากคุณสมบัติของกรณีศึกษาที่ต้องการศึกษา สามารถกำหนดขอบเขตได้ชัดเจน มีความสมบูรณ์ในตัวเอง คือ มีบุคคล เวลา และสถานที่ชัดเจนแน่นอน
๓. การวิเคราะห์และ การตีความข้อมูล คือ การเลือกใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับลักษณะของข้อมูล และคำนึงถึงวัตถุประสงค์ในการศึกษา ตลอดจนบริบทของกรณีศึกษา (วัฒนา พงษ์โนนสูง, ๒๕๕๘)

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

๒.๓ แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความรู้ในชุมชนนักปฏิบัติ (Communities of practice: COP)

วีระพจน์ (วีระพจน์, ๒๕๕๐ อ้างถึงใน มัทธนา ก้อนสันหัต, ๒๕๕๙) ให้ความหมาย ชุมชนนักปฏิบัติ (Communities of practice: COP) คือ การรวมตัวของคนหรือกลุ่มคนที่มีความชอบ มีความสนใจในสาระความ เชี่ยวชาญที่คล้ายๆ กัน หรือมีปัญหาาร่วมกัน ทำงานด้านเดียวกัน สมาชิกในกลุ่มพร้อมและเต็มใจที่เรียนรู้และ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน มีการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน สร้างและพัฒนาความสัมพันธ์ ความเข้าใจ ในระหว่างการทำกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความรู้สึกมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของร่วมกัน ก่อให้เกิด ความมุ่งมั่นที่จะดำเนินการอย่างสร้างสรรค์ต่อไป โดยที่พบปะกันของสมาชิกในชุมชน อาจจะเป็นการพบปะกันจริงๆ แบบเผชิญหน้ากัน เช่น เป็นการประชุม สัมมนา หรือแม้กระทั่งสภากาแฟเล็กๆ นอกจากนี่ยังมีการพบปะกัน แบบเสมือนจริงผ่านทางเครื่องมือหรือเทคโนโลยี ได้แก่ แบบออนไลน์ผ่านอินเทอร์เน็ต หรืออินทราเน็ต เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประสบการณ์จากการทำงานผ่าน Web board โดยกล่าวว่าคุณลักษณะของชุมชน นักปฏิบัติว่าควรมีลักษณะดังนี้

๑. มีความสนใจในเรื่องเดียวกัน ต้องการแลกเปลี่ยนประสบการณ์
๒. มีเป้าหมายร่วมกัน มีความมุ่งมั่นร่วมกัน ที่จะพัฒนาวิธีการทำงานได้ดีขึ้น
๓. วัตถุประสงค์คล้ายกัน ใช้เครื่องมือ และภาษาเดียวกัน
๔. มีความเชื่อและยึดถือคุณค่าเดียวกัน
๕. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกันและกัน อาจจะพบกันด้วยตัวจริง หรือผ่านเทคโนโลยี
๖. มีช่องทางเพื่อการไหลเวียนของความรู้ทำให้ความรู้เข้าไปถึงผู้ที่ต้องการใช้ได้ง่าย

พูนลาภ (พูนลาภ, ๒๕๔๗ อ้างถึงใน มัทธนา ก้อนสันหัต, ๒๕๕๕) กล่าวว่า ชุมชนนักปฏิบัติ (Communities of Practice) เป็นกลุ่มคนที่รวมตัวกันเป็นชุมชน โดยมีแรงปรารถนาาร่วมกันเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวพวกเขาไว้ภายใต้กรอบ ความรู้ ซึ่งกรอบความรู้เหล่านี้จะมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสมาชิกชุมชนและองค์กร ชุมชนนักปฏิบัติจะทำหน้าที่ดูแล ความรู้ด้วยแรงขับเคลื่อนจากความรู้สึกเป็นเจ้าของความรู้ เนื่องจากเป็นสิ่งที่พวกเขามีความสนใจ จึงจะทำให้วงจร การจัดการความรู้ ความสามารถขับเคลื่อนได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องอาศัยแรงผลักดัน หรือการบังคับจากองค์กร นอกจากนี้ การรวมตัวกันเป็นชุมชนยังได้ก่อให้เกิดความไว้วางใจและความสนิทสนม ซึ่งไม่มีอยู่ในโครงสร้าง การจัดการความรู้รูปแบบอื่นๆ

สรุปว่า ชุมชนนักปฏิบัติ หมายถึง การรวมตัวของคนหรือกลุ่มคนที่มีความชอบความสนใจเรื่องเดียวกันมา รวมตัวกันอย่างไม่เป็นทางการ ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีการแบ่งปันความรู้จากประสบการณ์ของตนเอง หรือจากการเรียนรู้ ของผู้อื่นทำให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างกันโดยการพบปะกัน อาจเป็นการพบปะกันจริงหรือเป็นการพบปะกันแบบ เสมือนจริงผ่านทางเครื่องมือหรือเทคโนโลยี เช่น แบบออนไลน์ผ่านทางอินเทอร์เน็ต หรืออินทราเน็ต

๒.๔ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พนิดา วสุธาพิทักษ์ (๒๕๕๗) ได้ศึกษาการจัดการความรู้ในเครือข่ายสุขภาพชุมชน: กรณีศึกษาเครือข่ายสุขภาพชุมชนของมูลนิธิแพทย์ชนบท วัตถุประสงค์เพื่อ ๑) ศึกษาการจัดการความรู้ในเครือข่ายสุขภาพชุมชนภาคเหนือ ภาคอีสาน และภาคใต้ ของมูลนิธิแพทย์ชนบท ๒) วิเคราะห์เปรียบเทียบลักษณะร่วม-ต่าง และปัจจัยความสำเร็จของการจัดการเรียนรู้ในเครือข่ายสุขภาพชุมชน และ ๓) สังเคราะห์บทเรียนการจัดการความรู้ในเครือข่ายสุขภาพชุมชน โดยพัฒนากรอบแนวคิดของการศึกษาจากตัวแบบการจัดการความรู้แบบบูรณาการของโรงพยาบาลตาก จังหวัดตาก ผลการศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบกระบวนการและปัจจัยความสำเร็จ สามารถสังเคราะห์เป็นบทเรียนการจัดการเรียนรู้ในเครือข่ายสุขภาพชุมชน ดังนี้ ๑) การจัดการเรียนรู้ ควรเริ่มต้นจากการสร้างกระบวนการที่ศรัทธาแบบองค์รวม และปรับเปลี่ยนจากโครงสร้างการทำงานแบบราชการ มาเป็นการเชื่อมโยงความสัมพันธ์เชิงวัฒนธรรม ๒) การจัดการให้เกิดองค์ความรู้ หากกำหนดประเด็นความรู้เด่นชัดจะทำได้ง่าย แต่ถ้าเป็นการจัดการให้เกิดความรู้ฝังลึก ควรมีการเปิดโลกทัศน์ด้วยการศึกษาดูงานจากชุมชนที่มีความเข้มแข็ง และควรมีการเปิดพื้นที่ให้ความรู้ในการจัดการสุขภาพของชาวบ้านได้เข้าร่วมมีบทบาทในวงของการสร้างความรู้ ซึ่งถือเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ชุมชน ๓) การจัดการให้เกิดการใช้ความรู้ ควรมีการสร้างกลไกเข้ามาหนุนเสริมผ่านการเรียนรู้ร่วมกันเป็นเครือข่าย และนำเอาความรู้ที่สร้างขึ้นไปให้เครือข่ายใช้ในการขับเคลื่อนกระบวนการรวมทั้งควรมีการสร้างพื้นที่เพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน ๔) การจัดการให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ควรจัดให้มีการเจอกันข้ามแดนระหว่างสาขาวิชาชีพในพื้นที่ต่างๆ ซึ่งจะส่งผลให้คนทำงานมีความคิดแตกแขนงออกไปกว้างขึ้น และ ๕) การจัดการให้เกิดคลังความรู้ จำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือจากหน่วยงานภายนอกเข้ามาเติมเต็มกระบวนการให้ครบถ้วนสมบูรณ์ จนเกิดเป็นความรู้เด่นชัดของเครือข่าย

จินดา คุณสมบัติ และคณะ (๒๕๕๗) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบเพื่อการส่งเสริมการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง โดยมีวัตถุประสงค์ ๑) เพื่อพัฒนารูปแบบเพื่อการส่งเสริมการจัดการความรู้ ๒) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบเพื่อการส่งเสริมการจัดการความรู้ และ ๓) เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบเพื่อการส่งเสริมการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย สมาชิกชุมชนนักปฏิบัติ ๔ ชุมชน จำนวน ๑๔๕ คนซึ่งเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย ๑) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ๒) แผนการพัฒนารูปแบบส่งเสริมการจัดการความรู้ ๓) แบบบันทึกภาคสนาม ๔) แบบบันทึกการทำงานของชุมชนนักปฏิบัติ ๕) แบบบันทึกประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบเพื่อการส่งเสริมการจัดการความรู้ และ ๖) แนวคำถามในการสัมภาษณ์สมาชิกชุมชนนักปฏิบัติตรวจสอบความครอบคลุม ความชัดเจน และความเหมาะสมของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน ๕ ท่านวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบเพื่อการส่งเสริมการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติในโรงพยาบาลนครพิงค์ ใช้ครบทั้ง ๑๒ พฤติกรรม ๒. ประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบเพื่อการส่งเสริมการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติได้แก่ ๑) การจัดการกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จำนวน ๑๔ ครั้ง ๒) เอกสารที่รวบรวมจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จำนวน ๑๖ เรื่อง ๓) คู่มือการดูแลแผลจำนวน ๑ เล่ม และแนวปฏิบัติสำหรับเตรียมให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา แนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และแนวปฏิบัติการระบุตัวผู้ป่วยจำนวนอย่างละ ๑ เล่ม ๔) เรื่องเล่าเกี่ยวกับวิถีปฏิบัติที่ดีและงานวิจัยจำนวน ๑๕ เรื่อง ๕) รายงานการประชุมของชุมชนนักปฏิบัติจำนวน ๙ ครั้ง และ ๖) มีการนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ๓. ปัญหาและอุปสรรคของการส่งเสริมการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติ พบว่านโยบายของโรงพยาบาล

เกี่ยวกับการสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชนนักปฏิบัติยังไม่เป็นที่รับรู้อย่างทั่วถึง สิ่งจูงใจและสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไม่เพียงพอ สมาชิกชุมชนนักปฏิบัติไม่มีเวลาในการเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้สารสนเทศ และฐานข้อมูลความรู้ในโรงพยาบาลไม่เพียงพอ และระบบอินเทอร์เน็ตยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ในโรงพยาบาล ส่วนข้อเสนอแนะของการส่งเสริมการจัดการความรู้ได้แก่ ผู้บริหารควรเผยแพร่นโยบายในการส่งเสริมการจัดการความรู้แก่บุคลากรอย่างทั่วถึง สนับสนุนฐานข้อมูลความรู้ และขยายเครือข่ายอินเทอร์เน็ตให้ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล

ทีปกร จิริฐิติกุลชัย (๒๕๖๓) ได้ศึกษาการจัดเครือข่ายบริการสุขภาพเชิงพื้นที่เพื่อบรรเทาปัญหาการขาดแคลนบุคลากร งานวิจัยนี้เป็นรายงานผลการวิเคราะห์เบื้องต้นของการจัดเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับกำลังคนด้านสุขภาพของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการขาดแคลนกำลังคนและการจัดเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับนโยบายการจัดสรรทรัพยากรบุคคลเชิงพื้นที่เพื่อลดปัญหาความขาดแคลนบุคลากรสุขภาพของประเทศ ผลการศึกษาเปรียบเทียบอัตราากำลังคนชั้นต่ำ 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 ส่วนแพทย์มีปัญหาขาดแคลนรุนแรงในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิการจัดการเครือข่ายของโรงพยาบาลในระดับบริการเดียวกันจะไม่สามารถลดปัญหาความขาดแคลนได้ เนื่องจากมีความขาดแคลนบุคลากรสูง จึงไม่เพียงพอที่จะจัดสรรให้บรรเทาความขาดแคลนได้ แต่ถ้าสามารถบริหารจัดการเครือข่าย โดยรวมกำลังคนที่อยู่ในระดับบริการใกล้เคียงกัน เช่น รวมระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิระดับต้น และทุติยภูมิมระดับกลาง ภายในพื้นที่อำเภอเดียวกัน จะสามารถลดปัญหาความขาดแคลนพยาบาลได้ โดยดัชนีความเข้มข้นของความขาดแคลนแบบถ่วงน้ำหนักของพยาบาลจะสามารถลดลงจากร้อยละ ๖๙ ในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ เหลือร้อยละ ๒๕ เมื่อจัดเครือข่ายระดับอำเภอโดยสามารถเกลี่ยจากระดับทุติยภูมิที่โดยเฉลี่ยไม่มีความขาดแคลน เพื่อช่วยพยาบาลในระดับปฐมภูมิและตติยภูมิ นอกจากนี้ การจัดเครือข่ายในระดับจังหวัดหรือเขตพื้นที่สุขภาพจะช่วยบรรเทาความขาดแคลนแพทย์ในระดับทุติยภูมิได้ อย่างไรก็ตาม การจัดการเครือข่ายในรูปแบบต่าง ๆ ที่ศึกษาจะไม่สามารถลดปัญหาขาดแคลนโดยเฉลี่ยในสาขาวิชาชีพทันตแพทย์และเภสัชกร

Bikinesi และคณะ (๒๕๖๓) ได้ประเมินผลการดำเนินงานโครงการ ECHO สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศนามิเบีย ในคลินิกสุขภาพนาร์อง ๑๐ แห่ง ซึ่งดูแลผู้ป่วยเอชไอวีมากกว่า ๖๐,๐๐๐ ราย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๘ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๕๙ รูปแบบการศึกษาเป็นผสมผสานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ๑) การประเมินก่อน – หลังโปรแกรมของความรู้ของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ๒) ความมั่นใจในตนเอง ๓) ความพึงพอใจอาชีพ ๔) การประเมินการได้รับเครดิตการพัฒนาอาชีพต่อเนื่อง และ ๕) การสนทนากลุ่มเฉพาะหลักและการสัมภาษณ์ลึกกลับ วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม และเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้แทน และ code คำพูดในประเด็นสำคัญ

ผลการศึกษาผลลัพธ์เชิงปริมาณ พบว่า ๑) ความรู้ด้านการรักษาเอชไอวีเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๗.๘ของผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด (๙๕% confidence interval ๑๒.๒-๒๓.๕%) ๒) ความรู้ด้านการรักษาเอชไอวีของพยาบาลเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๒.๓ ของผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด (๙๕% confidence interval ๑๓.๒-๓๑.๕%) ๓) การประเมินความพึงพอใจเพิ่มขึ้นร้อยละ ๓๐ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่ลดการทำงานแบบแยกวิชาชีพลดน้อยลงถึง ๖๖% ๔) เพิ่มคะแนนหน่วยกิต CME ร้อยละ ๕๗ สำหรับผลลัพธ์ในเชิงคุณภาพ พบว่า การค้นพบเชิงคุณภาพช่วยเสริมผลลัพธ์เชิงปริมาณ หลังจากการนำร่องโครงการ ECHO ของประเทศนามิเบียได้ขยายเป็นกว่า ๔๐ สถานพยาบาลภายในเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๒ ให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า ๑๔๐,๐๐๐ คน เช่นเดียวกับผลการประเมินโครงการ ECHO ในสหรัฐอเมริกา โครงการ ECHO ของประเทศนามิเบียนำไปสู่การพัฒนาชุมชนนักปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง การประเมินแสดงให้เห็นถึงความสามารถของโครงการ ในการปรับปรุงความรู้และความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์

วิภาวณีย์ อรรถนพรชัย และชวณภิก ธีรัญกุล (๒๕๖๔) ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล เพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในชนบท เพื่อแก้ไขปัญหาในการรักษาผู้ป่วยในพื้นที่ชนบทในกรณีฉุกเฉินปัจจุบันประเทศไทยได้ตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินขึ้น เป็นศูนย์ข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โดยใช้ระบบ Telemedicine ซึ่งยังมีอุปสรรคของการใช้ระบบการแพทย์ทางไกล คือ ๑. เครือข่ายระบบสื่อสารไม่ครอบคลุมพื้นที่ชนบท ๒. แพทย์ที่ให้การรักษามีความเชี่ยวชาญในการรักษาพยาบาลผ่านจอคอมพิวเตอร์ และต้องสามารถใช้เครื่องมือทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ ๓. ขาดแนวทางการรักษาแพทย์ทางไกลให้แพทย์และผู้ให้บริการทางการแพทย์ยึดถือปฏิบัติ ดังนั้นการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในชนบท โดยการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล Telemedicine ต้องมีการพัฒนาควบคู่กันระหว่างความเชี่ยวชาญของแพทย์ ที่ต้องรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์รวมถึงแนวทางการรักษาผ่านระบบการแพทย์ทางไกล และพัฒนาระบบเครือข่าย เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ให้ทันสมัยสามารถใช้ได้ครอบคลุมในพื้นที่ชนบทห่างไกล ประชาชนชนบทสามารถเข้าถึงได้อย่างเสมอภาคและรวดเร็วทันเวลาจะช่วยให้ประชาชนที่อยู่ชนบทห่างไกล เมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถรับการรักษา จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้รับบริการที่มีคุณภาพเท่าเทียมกับประชาชนในเขตเมืองต่อไป

กัลยาณี จันธิมา และคณะ (๒๕๖๕) ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลางในโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดนครราชสีมา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลาง เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ให้บริการและผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากโรงพยาบาลชุมชน ๗ แห่งในจังหวัดนครราชสีมา ระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๖๑ ถึงกันยายน ๒๕๖๓ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ทีมผู้บริหาร ๑๐ คน ทีมผู้ให้บริการ ๒๐ คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ๔๐ คน มีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณระดับปฐมภูมิโดยใช้แบบสอบถาม และระดับทุติยภูมิโดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ (NAP) และมีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากทีมสหวิชาชีพในการจัดบริการในโรงพยาบาล ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและไม่ระบุตัวตน รวมถึงข้อมูลจากการประชุมถอดบทเรียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ เทคนิคการจัดหมวดหมู่ การตีความและสร้างข้อสรุปเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินการพัฒนาระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นศูนย์กลางมีการดำเนินการที่สำคัญ ได้แก่ ๑) ศึกษาปัญหาและพัฒนาโครงการพัฒนาระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลาง ๒) เพิ่มศักยภาพทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัด เพื่อช่วยให้คำปรึกษาในการดำเนินงานฯ อบรมพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพในการดูแลรักษา และบริการปรึกษา

๓) หน่วยบริการเป้าหมายดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการตามสถานการณ์บริบทแต่ละพื้นที่ ปรับปรุงระบบการใช้ข้อมูลเอดส์ และประเมินผล ๔) ถอดบทเรียนการดำเนินงาน ด้านผลลัพธ์จากการพัฒนาระบบการจัดบริการ สามารถให้บริการครอบคลุมตามเป้าหมายส่งผลให้ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อยู่ในระดับวารสารโรคเอดส์ ปีที่ ๓๔ ฉบับที่ ๑ ต.ค. ๒๕๖๔ - ม.ค. ๒๕๖๕ การพัฒนาระบบการจัดบริการ ที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลางในโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดนครราชสีมา ที่สูงถึงร้อยละ ๙๔.๑๕ และสามารถกดเชื้อไวรัสเอชไอวีให้ <math>< 1,000 \text{ copies/ml}</math> ได้ ร้อยละ ๙๖.๖๗ โดยมีการตรวจปริมาณไวรัส (Viral load) ได้ร้อยละ ๘๕.๐๐ การใช้กระบวนการเครือข่ายแลกเปลี่ยนกิจกรรมหลักพัฒนาคุณภาพการจัดบริการ ที่มีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ส่งผลให้มีการใช้ข้อมูลในการพัฒนาบริการให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายดีขึ้น ควรมีการพัฒนาโครงสร้างระบบบริการ การพัฒนาแนวทางปฏิบัติและมาตรฐานซึ่งใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติดูแล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลางครอบคลุมทุกมิติ ได้แก่ มิติด้านเศรษฐกิจ สังคม กาย และจิตใจ ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วีระชน ทวีศักดิ์ (๒๕๖๖) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้เครือข่ายสุขภาพ ร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบ การรับและส่งต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้เครือข่ายสุขภาพร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานีกลุ่มตัวอย่างเป็นทีมสหวิชาชีพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบการรับและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน ๔๐ คน ตัวอย่างในการประเมินผลการพัฒนารูปแบบฯ เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ญาติ จำนวน ๓๐ คน โดยการสุ่ม ง่าย ๆ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ ๑. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ๒. ระบบ Telemedicine และ ๓. แบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบลำดับพิสัยวิลคอกซอล (Wilcoxon's Signed Rank Test) และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังโดยใช้เครือข่ายสุขภาพร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานีประกอบด้วย ๔ กิจกรรม ๑. การประชุมทางไกล ๒. การปรึกษาแพทย์ทางไกล ๓. การศึกษาทางไกลเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร และ ๔. ระบบเชื่อมเครือข่ายข้อมูลและโทรศัพท์ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม เป็นไปได้และเป็นประโยชน์ ระดับมาก (Mean = ๔.๗๕, SD = ๐.๘๗) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ กลุ่มผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อรูปแบบดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ส่วนความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ญาติ อยู่ในระดับมากและมากที่สุด ร้อยละ ๘๖.๓๖ ผลลัพธ์ คือผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันได้รับการส่งต่อร้อยละ ๑๐๐ ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย ควรขยายระบบการรับ และการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยระบบ Telemedicine เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลแม่ข่าย

บทที่ ๓ วิธีการศึกษา

การถอดบทเรียนการดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ในพื้นที่ต้นแบบ ๓ จังหวัด ผู้ศึกษาได้กำหนดวิธีการศึกษา ดังนี้

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

๓.๑ รูปแบบการศึกษา

วิธีการศึกษาใช้วิธีแบบผสมผสาน (Mix method) คือการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อวิเคราะห์จุดแข็ง/จุดอ่อน และข้อเสนอแนะ การดำเนินงานโปรแกรม ECHO ไปปรับปรุงขยายผลการดำเนินงานในพื้นที่อื่นๆ

๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่เข้าร่วมโปรแกรม ECHO ประกอบด้วย แพทย์พยาบาล เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข และอื่นๆ จำนวน ๑,๕๙๓ คน

การศึกษาเชิงคุณภาพ

ประชากร คือ คณะทำงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ของจังหวัดเชียงราย จังหวัดอุดรธานี และจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน ๔๕ คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะทำงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ของจังหวัดเชียงราย จังหวัดอุดรธานี และจังหวัดนครศรีธรรมราช เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน ๓๐ คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ จำนวน ๔ คน ทีมจัดกิจกรรมจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑, ๘ และ ๑๑ จำนวน ๘ คน คณะทำงานจัดกิจกรรมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน ๑๔ คน โรงพยาบาลประจำคลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลอุดรธานี และโรงพยาบาลมหาสารคามนครศรีธรรมราช จำนวน ๔ คน

๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษาเชิงปริมาณ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือแบบสอบถาม ที่ผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้นโดยอาศัยหลักแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น ๓ ส่วน จำนวน ๑๙ ข้อคำถาม ดังนี้

ส่วนที่ ๑ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป เช่น ชื่อ ตำแหน่ง ความเชี่ยวชาญ เลขใบประกอบวิชาชีพ ประเทศ จังหวัด หน่วยงาน เบอร์โทรศัพท์ และ อีเมล จำนวน ๘ ข้อ มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความ

ส่วนที่ ๒ แบบประเมินความรู้ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม ได้แก่ คำถามเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีวินโรคร่วม จำนวน ๕ ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบถูกผิด (ถูก เท่ากับ ๑ คะแนน ผิด เท่ากับ ๐ คะแนน)

ส่วนที่ ๓ แบบประเมินความพึงพอใจ จำนวน ๖ ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ๕ ระดับ ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมาก เท่ากับ ๕ คะแนน

มาก หมายถึง ข้อความตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมาก เท่ากับ ๔ คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ข้อความตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบปานกลาง เท่ากับ ๓ คะแนน

น้อย หมายถึง ข้อความตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบน้อย เท่ากับ ๒ คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบน้อยที่สุด หรือไม่ตรงกับความรู้สึกเลย เท่ากับ ๑ คะแนน

การแปลผลรวมของแบบประเมินความพึงพอใจ แบ่งคะแนนตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, ๑๙๗๑) เป็น ๓ ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง โดยช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง ๑ – ๓๐ พิจารณาตามเกณฑ์ ดังนี้

๑ – ๑๗ คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำ โดยมีค่าคะแนนต่ำกว่า ๖๐ %

๑๘ – ๒๔ คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับ ปานกลาง โดยมีค่าคะแนน ๖๐ – ๗๙ %

๒๕ – ๓๐ คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับ สูง โดยมีค่าคะแนน มากกว่า ๘๐ %

การศึกษาเชิงคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้คือแบบสัมภาษณ์ชุดคำถามปลายเปิด ๖ ประเด็น (สุรพล ธรรมรัมย์, ๒๕๖๖) ที่ผ่านการพิจารณากลั่นกรองโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๓ ท่าน เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (Focus group) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ

๑. บทบาทที่মনำ

๒. การวางแผน

๓. กระบวนการดำเนินงาน

๔. การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้

๕. การมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

๖. การประชาสัมพันธ์ การสร้างแรงจูงใจ และขยายผล

ตารางที่ ๑ แสดงคำถามถอดบทเรียน ๖ ประเด็น

ประเด็น	คำถามย่อย
ประเด็นที่ ๑ บทบาทที่มนำ	๑.๑ การเลือกที่มนำในพื้นที่ 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 บทบาทที่มนำพื้นที่ 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 วิธีการประเมินความรู้ก่อน-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
ประเด็นที่ ๖ การประชาสัมพันธ์ การสร้างแรงจูงใจ และขยายผล	๖.๑ ช่องทาง/วิธีการประชาสัมพันธ์ ๖.๒ การสร้างแรงจูงใจให้กับผู้เรียนครอบคลุมและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ๖.๓ ความต่อเนื่องในการเรียนรู้ของผู้เรียน ๖.๔ ความท้าทายในการขยายการดำเนินงานการสร้างควมยั่งยืนในอนาคต

๓.๔ ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ ๑ ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการ “การขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO” ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ขั้นตอนที่ ๒ กำหนดกรอบแนวคิดในการถอดบทเรียนการดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ในพื้นที่ต้นแบบ ๓ จังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ตาม ๖ ประเด็นหลัก

ขั้นตอนที่ ๓ สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการถอดบทเรียน ประกอบด้วย สไลด์ขั้นตอนการถอดบทเรียน และ กำหนดการจัดการจัดการถอดบทเรียน โดยมีรายละเอียดกำหนดการดังนี้

ตารางที่ ๒ แสดงกำหนดการและประเด็นในการถอดบทเรียน

วันที่ ๑

ประเด็นการถอดบทเรียน	ระยะเวลา
เปิดการประชุมและบรรยาย “แนวคิดการดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO” โดย แพทย์หญิงสายรัตน์ นกน้อย	๑๕ นาที
กิจกรรมปรับท่าที ๑๕ นาที (แนะนำชื่อตัวเอง ยินเรียงแถวเป็นวงกลมตามอายุ ค่อยเป้าหมายในการมาถอดบทเรียนครั้งนี้)	๑๕ นาที
ชี้แจงวัตถุประสงค์และกระบวนการถอดบทเรียน	๑๕ นาที
อภิปรายกลุ่ม เรื่อง ทบทวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมาบรรลุเป้าหมายหรือไม่ และทำอย่างไรจะไปถึงเป้าหมายของ ECHO” แบ่งเป็น ๖ ประเด็น ดังต่อไปนี้	
๑. บทบาทผู้นำ ๑.๑ การเลือกทีมในพื้นที่ ๑.๒ วิธีการฟอร์มทีมที่มีแพทย์จากต่างพื้นที่เข้าร่วม เป็นทีมผู้เชี่ยวชาญทำอะไร	๓๐ นาที
๒. การวางแผน ๒.๑ การออกแบบเป้าหมาย (Outcomes) ๒.๒ การออกแบบหัวข้อ(Topics) ๒.๓ การเตรียมบทเรียน (Lesson plan) ที่เอื้อให้เกิดการเรียนรู้ ๒.๔ การกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการเรียนรู้ในพื้นที่ ๒.๕ ระยะเวลา/ช่วงเวลาในการจัด	๔๐ นาที

ตารางที่ ๒ แสดงกำหนดการและประเด็นในการถอดบทเรียน (ต่อ)

ประเด็นการถอดบทเรียน	ระยะเวลา
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	๕๐ นาที
กิจกรรมนันทนาการ เกมส่เก้าอี้แห่งสติ เรียนรู้ความเป็นทีม วางแผนและพัฒนางาน แจกกระดาษ A๔ ให้ผู้เข้าร่วมคนละ ๑ แผ่น	๑๕ นาที
๔. การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ ๔.๑ วิธีการประเมินความรู้ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรม สามารถบอกผลลัพธ์การจัดกิจกรรมได้ จริงหรือไม่ ๔.๒ วิธีการประเมินความพึงพอใจ สะท้อนผลการดำเนินงานได้จริงหรือไม่ ๔.๓ การใช้ประโยชน์ข้อมูลPre-posttest และความพึงพอใจ	๓๐ นาที
๕. มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ๕.๑ การเลือก Case แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ๕.๒ วิธีการหา Case และความยากในการหาเคสในพื้นที่ ๕.๓ การติดตามผลลัพธ์การรักษาอย่างต่อเนื่อง และการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม	๓๐ นาที
๖. การสร้างแรงจูงใจและขยายผล ๖.๑ ช่องทาง/วิธีการประชาสัมพันธ์ ๖.๒ การสร้างแรงจูงใจให้กับผู้เรียนครอบคลุมและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ๖.๓ ความต่อเนื่องในการเรียนรู้ของผู้เรียน ๖.๔ ความท้าทายในการขยายการดำเนินงานการสร้างควมยั่งยืนในอนาคต	๓๐ นาที
แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน กลุ่มละ ๒๕ นาที (นำเสนอกลุ่มละ ๑๐ นาที/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ๑๕ นาที)	๗๕ นาที

ตารางที่ ๒ แสดงกำหนดการและประเด็นในการถอดบทเรียน (ต่อ)

ประเด็นการถอดบทเรียน	ระยะเวลา
การประเมินผลการดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติ ด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO <ol style="list-style-type: none"> ๑. แพทย์หญิงสายรัตน์ นกน้อย ๑. แพทย์หญิงรังสิมา โล่ห์เลขา ๒. นส.ชื่นกมล เสถบุตร ๓. นส.ศรัญญา สุขอ่ำ 	๓๐ นาที

วันที่ ๒

ประเด็นการถอดบทเรียน	ระยะเวลา
กิจกรรมนันทนาการ: “คุณค่าในงานและความหมายของเรา” <ul style="list-style-type: none"> • แจกกระดาษ A๔ คนละ ๑ แผ่น และพับกระดาษครึ่ง ทำเป็นกราด • ให้ทำนวัตภาพความประทับใจเกี่ยวกับโครงการ ECHO ของแต่ละคน • แล้วนำภาพมาโชว์ส่วนกลาง และด้านในให้เพื่อนเขียนชื่นชมภาพต่างๆ • เสร็จแล้วให้เจ้าของภาพนำภาพกลับบ้าน 	๓๐ นาที
ชี้แจงและแบ่งกลุ่มระดมความคิดเห็น “ก้าวต่อไปของ ECHO” หัวข้อย่อย <ul style="list-style-type: none"> • เป้าหมาย/ตัวชี้วัด/พื้นที่เป้าหมาย • กลุ่มเป้าหมาย • หัวข้อ/แผนการเรียนรู้ • ทีมผู้เชี่ยวชาญ/ทีมคณะทำงาน • การประชาสัมพันธ์และวิธีการสร้างแรงจูงใจ • งบประมาณที่ต้องใช้ • สิ่งที่ต้องการสนับสนุน 	๖๐ นาที
นำเสนอแผนก้าวต่อไปของพื้นที่ ๓ กลุ่ม	๔๐ นาที

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 ๑๐ คน ประกอบด้วย

ผู้เชี่ยวชาญ: พญ.สุวิมล คุห์สุวรรณ และผศ.(พิเศษ) นพ.จุลพงษ์ จันทร์ดี

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวน ๒ คน

สจจ.เชียงราย/แพร่/น่าน/พะเยา จำนวน ๕ คน

สำนักงานป้องกันควบคุมโรค๑ เชียงใหม่ จำนวน ๑ คน

Facilitator: พญ.สายรัตน์ นกน้อย

Note taker: นส. อูมานาฏ อุณอนันต์

๑.๒ กลุ่มจังหวัดอุดรธานี ผู้เข้าร่วมทั้งหมด ๑๐ คน ประกอบด้วย

ผู้เชี่ยวชาญ: พญ.สุรรัตน์ วัชรสุวรรณเสรี (ZOOM)

โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน ๑ คน (ZOOM)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ๘ อุดรธานี จำนวน ๓ คน

สจจ.อุดรธานี/สกลนคร/นครพนม จำนวน ๕ คน

Facilitator: พญ.รังสิมา โล่เลขา

Note taker: นส. อรณิชา นิยมศรีสมศักดิ์

๑.๓ กลุ่มจังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้เข้าร่วมทั้งหมด ๑๐ คน ประกอบด้วย

ผู้เชี่ยวชาญ: นพ.พีระพัชร ไทยสยาม

สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ๑๑ นครศรีธรรมราช จำนวน ๔ คน

สจจ.นครศรีธรรมราช จำนวน ๔ คน

โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ จำนวน ๑ คน

Facilitator: นส. ศรัณญา สุขอ่ำ

Note taker: นส. ชื่นกมล เสถบุตร

๒. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม

๒.๑ ประธานประจำกลุ่ม นำสมาชิกภายในทีมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันตามชุดคำถามที่กำหนด

๒.๒ สมาชิกผลัดกันแสดงความคิดเห็นจนครบรอบวง ใช้เวลาประเด็นละ ๓๐-๔๐ นาทีและร่วมกันสรุปประเด็น

๓. สรุปและนำเสนอ เมื่อถอดบทเรียนครบทุกประเด็นตามชุดคำถามที่กำหนด ร่วมกันสรุปประเด็นใช้เวลา ๓๐ นาทีและนำเสนอกลุ่มละ ๑๐ นาที/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ๑๐ นาที

ทั้งนี้ ผู้จัดบันทึกต้องจดรายละเอียดของข้อมูลทุกขั้นตอน บันทึกเสียง พร้อมทั้งสังเกตบรรยากาศในระหว่างการถอดบทเรียน และจัดบันทึกไว้ประกอบการจัดทำรายงานถอดบทเรียน

ขั้นตอนที่ ๕ เขียนรายงานการถอดบทเรียน เป็นการรวบรวมเนื้อหาการถอดบทเรียน มาเขียนรายงาน ดังนี้

๑. ความเป็นมาของกิจกรรมที่ถอดบทเรียน วัตถุประสงค์ของการถอดบทเรียน
๒. การเตรียมการถอดบทเรียน เป็นการเล่ารายละเอียดของขั้นตอนต่างๆ ที่ปฏิบัติร่วมกัน ได้แก่ วิธีการทีมงาน บทบาทหน้าที่ กรอบแนวคิด เทคนิคการถอดบทเรียน กลุ่มเป้าหมายที่ร่วมถอดบทเรียน และปฏิทินการถอดบทเรียน
๓. เนื้อเรื่องการดำเนินงานถอดบทเรียน เป็นการเล่ารายละเอียดของประสบการณ์ในการปฏิบัติ โดยให้ครอบคลุมเนื้อหา เช่น ประสบการณ์จากวิธีการปฏิบัติงานจริงของผู้ร่วมถอดบทเรียน จุดดี จุดอ่อนและข้อเสนอแนะเพื่อการขยายการดำเนินงาน
๔. บันทึกการถอดบทเรียนและเขียนรายงาน

๓.๕ การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูลแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยโปรแกรมสำเร็จรูปด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ ๐.๐๕ ดังนี้

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

๑. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
๒. วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ECHO ใช้สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
๓. วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ECHO ใช้สถิติ Paired t-test
๔. วิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโปรแกรม ECHO ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ดังนี้

นำข้อมูลที่ได้จากการจัดกิจกรรมสนทนากลุ่ม (Focus group discussion – FGD) ของกลุ่มเป้าหมาย มาถอดข้อความจากนั้นนำมาจัดหมวดหมู่ ประเด็นสำคัญ แล้วถอดถ้อยคำสำคัญตรวจสอบข้อมูลความถูกต้องและนำมาสรุป

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) พรรณนารายละเอียด ตีความหาความหมายและอธิบายความสังเคราะห์ ข้อสรุปสาระสำคัญ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analysis induction) แล้ววิเคราะห์หาความเชื่อมโยง รวบรวมแนวทางตามข้อมูลที่ได้รับโดยนำข้อมูลและความรู้ที่รวบรวมได้ มาประกอบกันจนได้ข้อสรุปว่าจะเลือกวิธีการแก้ปัญหาเป็นแบบใด โดยวิธีการที่เลือก ยึดแนวที่ว่า เมื่อเลือกแล้วจะทำให้สิ่งนั้นดีขึ้น (Better) สะดวกสบายหรือรวดเร็วขึ้น (Faster speed) ประหยัดขึ้น (Cheaper) รวมทั้งวิธีการต้องสอดคล้องกับทรัพยากร (Resource) ที่มีอยู่ เทคนิคที่นำมาใช้คือการวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูลประกอบกับข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ซึ่งเทคนิคการวิเคราะห์ขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จริง และประเด็นที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดไว้ (เก็จนก เอื้อวงศ์, ๒๕๖๒)

บทที่ ๔ ผลการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (Mix method) เชิงปริมาณ (Quantitative Research) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อวิเคราะห์จุดแข็ง/จุดอ่อน และข้อเสนอแนะการดำเนินงานโปรแกรม ECHO ไปปรับปรุงขยายผลการดำเนินงานในพื้นที่อื่นๆ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น ๒ ส่วน ดังนี้

๔.๑ การศึกษาเชิงปริมาณ

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

๑. ข้อมูลทั่วไป
๒. การวัดระดับความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ECHO
๓. การเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ECHO
๔. การประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโปรแกรม ECHO

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

๑. ข้อมูลทั่วไป จำแนกตามวิชาชีพและหัวข้อการเรียนรู้ โดยใช้จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ตารางที่ ๓ แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เข้าร่วมโปรแกรม ECHO จังหวัดเชียงราย

ครั้งที่	หัวข้อ	จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม (คน)						
		แพทย์	พยาบาล	เภสัชกร	นักเทคนิคการแพทย์	นักวิชาการสาธารณสุข	อื่นๆ	รวม
		N (ร้อยละ)	N (ร้อยละ)	N (ร้อยละ)	N (ร้อยละ)	N (ร้อยละ)	N (ร้อยละ)	N (ร้อยละ)
๑	FUO in PLHIV With Low CD4	๑๐ (๑๕.๘๗)	๓๔ (๕๓.๘๗)	๑๐ (๑๕.๘๗)	๑ (๑.๕๙)	๒ (๓.๑๗)	๖ (๙.๕๒)	๖๓ (๑๐๐)
๒	Switching ART Regimen in PLHIV	๑๔ (๑๘.๙๒)	๔๑ (๕๕.๔๑)	๕ (๖.๗๖)	๑ (๑.๓๕)	๔ (๕.๔๑)	๙ (๑๒.๑๖)	๗๔ (๑๐๐)
๓	Chronic Hepatitis in PLHIV With Viral Suppression	๑๖ (๒๕.๘๑)	๓๔ (๕๔.๘๔)	๙ (๑๔.๕๒)	๓ (๔.๘๔)	๐ (๐)	๐ (๐)	๖๒ (๑๐๐)
๔	IRIS in PLHIV With Low CD4	๑๒ (๑๘.๔๖)	๓๔ (๕๒.๓๑)	๖ (๙.๒๓)	๒ (๓.๐๘)	๑ (๑.๕๔)	๑๐ (๑๕.๓๘)	๖๕ (๑๐๐)

ตารางที่ ๓ แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เข้าร่วมโปรแกรม ECHO จังหวัดเชียงราย (ต่อ)

ครั้งที่	หัวข้อ	จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม (คน)						
		แพทย์	พยาบาล	เภสัชกร	นักเทคนิคการแพทย์	นักวิชาการสาธารณสุข	อื่นๆ	รวม
		N (ร้อยละ)	N (ร้อยละ)	N (ร้อยละ)	N (ร้อยละ)	N (ร้อยละ)	N (ร้อยละ)	N (ร้อยละ)
๕	Management of Side Effects of ARV And Drug-Drug Interactions Involving ARV	๓๐ (๓๕.๗๑)	๑๗ (๒๐.๒๔)	๒๙ (๓๔.๕๒)	๑ (๑.๑๙)	๑ (๑.๑๙)	๖ (๗.๑๔)	๘๔ (๑๐๐)
๖	Persistent VDRL titer After Syphilis Treatment in PLHIV	๒๗ (๓๖.๙๙)	๓๗ (๕๐.๖๘)	๔ (๕.๔๘)	๓ (๔.๑๑)	๑ (๑.๓๗)	๑ (๑.๓๗)	๗๓ (๑๐๐)
รวม		๑๐๙ (๒๕.๘๙)	๑๙๗ (๔๖.๗๙)	๖๓ (๑๔.๙๖)	๑๑ (๒.๖๑)	๙ (๒.๑๔)	๓๒ (๗.๖๐)	๔๒๑ (๑๐๐)
ค่าเฉลี่ย (\bar{X})		๑๘	๓๓	๑๑	๒	๒	๕	๗๐

จากตารางที่ ๓ พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมของจังหวัดเชียงราย รวม ๖ ครั้ง มีจำนวนทั้งสิ้น ๔๒๑ คน เฉลี่ยครั้งละ ๗๐ คน โดยพบว่า วิชาชีพที่เข้าร่วมกิจกรรมมากที่สุด ๓ อันดับแรก ได้แก่ พยาบาล จำนวน ๑๙๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๕.๘๙ ของผู้เข้าร่วมทั้งหมด (\bar{X} = ๓๓) รองลงมาคือ แพทย์ จำนวน ๑๐๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๖.๗๙ (\bar{X} = ๑๘) และเภสัชกร จำนวน ๖๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๙๖ (\bar{X} = ๑๑) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณารายหัวข้อที่มีผู้เข้าร่วมมากที่สุด ๓ อันดับแรก ได้แก่ ครั้งที่ ๕ หัวข้อ Management of Side Effects of ARV And Drug-Drug Interactions Involving ARV ครั้งที่ ๒ หัวข้อ Switching ART Regimen in PLHIV และครั้งที่ ๖ หัวข้อ Persistent VDRL titer After Syphilis Treatment in PLHIV จำนวน ๘๔, ๗๔ และ ๗๓ คน ตามลำดับ

ตารางที่ ๔ แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เข้าร่วมโปรแกรม ECHO จังหวัดอุดรธานี

ครั้งที่	หัวข้อ	จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม (คน)						
		แพทย์	พยาบาล	เภสัชกร	นักเทคนิคการแพทย์	นักวิชาการสาธารณสุข	อื่นๆ	รวม
		N (ร้อยละ)	N (ร้อยละ)	N (ร้อยละ)	N (ร้อยละ)	N (ร้อยละ)	N (ร้อยละ)	N (ร้อยละ)
๑	Switching to TLD: Complications and Drug Interactions	๑๙ (๒๑.๓๕)	๓๓ (๓๗.๐๘)	๘ (๘.๙๙)	๑๑ (๑๒.๓๖)	๓ (๓.๓๗)	๑๕ (๑๖.๘๕)	๘๙ (๑๐๐)
๒	Dual Therapy: How to Manage Patients on Dual ARV Therapy	๙ (๑๒.๓๓)	๓๔ (๔๖.๕๘)	๘ (๑๐.๙๖)	๖ (๘.๒๒)	๑ (๑.๓๗)	๑๕ (๒๐.๕๕)	๗๓ (๑๐๐)
๓	Same-Day/Rapid ART Initiation	๑๑ (๑๑.๑๑)	๔๔ (๔๔.๔๔)	๑๓ (๑๓.๑๓)	๑๑ (๑๑.๑๑)	๔ (๔.๐๔)	๑๖ (๑๖.๑๖)	๙๙ (๑๐๐)
๔	Common Fungal Infections in PLHIV	๑๓ (๑๕.๘๕)	๓๙ (๔๗.๕๖)	๑๒ (๑๔.๖๓)	๕ (๖.๑๐)	๐ (๐)	๑๓ (๑๕.๘๕)	๘๒ (๑๐๐)
๕	Common Respiratory Tract Infections in PLHIV (TB, PCP)	๒๓ (๒๒.๓๓)	๖๒ (๖๐.๑๙)	๒ (๑.๙๔)	๔ (๓.๘๓)	๐ (๐)	๑๒ (๑๑.๖๕)	๑๐๓ (๑๐๐)
๖	How to Manage HIV/HCV Co-Infection	๓๖ (๔๖.๑๕)	๒๘ (๓๕.๙๐)	๖ (๗.๖๙)	๓ (๓.๘๕)	๒ (๒.๕๖)	๓ (๓.๘๕)	๗๘ (๑๐๐)
	รวม	๑๑๑ (๒๑.๑๒)	๒๔๐ (๔๕.๖๗)	๔๙ (๙.๓๒)	๔๐ (๗.๖๑)	๑๒ (๒.๑๙)	๗๔ (๑๔.๐๘)	๕๒๖ (๑๐๐)
	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	๑๙	๔๐	๘	๗	๒	๑๒	๘๔

จากตารางที่ ๔ พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมของจังหวัดอุดรธานี รวม ๖ ครั้ง มีจำนวนทั้งสิ้น ๕๒๖ คน เฉลี่ยครั้งละ ๘๗ คน โดยพบว่าวิชาชีพที่เข้าร่วมกิจกรรมมากที่สุด ๓ อันดับแรก ได้แก่ พยาบาล จำนวน ๒๔๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๕.๖๗ ของผู้เข้าร่วมทั้งหมด (\bar{X} = ๔๐) รองลงมาคือ แพทย์ จำนวน ๑๑๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๑๒ (\bar{X} = ๑๙) และอื่นๆ ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ อาจารย์ นักวิจัย จำนวน ๗๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๐๘ (\bar{X} = ๑๒) ตามลำดับ

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

ตารางที่ ๕ แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เข้าร่วมโปรแกรม ECHO จังหวัดนครศรีธรรมราช

ครั้งที่	หัวข้อ	จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม (คน)						
		แพทย์	พยาบาล	เภสัชกร	นักเทคนิคการแพทย์	นักวิชาการสาธารณสุข	อื่นๆ	รวม
		N (ร้อยละ)	N (ร้อยละ)	N (ร้อยละ)	N (ร้อยละ)	N (ร้อยละ)	N (ร้อยละ)	N (ร้อยละ)
๑	การวินิจฉัยวัณโรคในผู้ป่วยเอชไอวี	๑๐ (๒๒.๒๒)	๑๕ (๓๓.๓๓%)	๖ (๑๓.๓๓%)	๔ (๘.๘๙%)	๒ (๔.๔๔%)	๘ (๑๗.๗๘%)	๔๕ (๑๐๐%)
๒	การรักษาวัณโรค (DS-TB) ในผู้ป่วยเอชไอวี	๓๒ (๒๙.๐๙)	๒๔ (๒๑.๘๒)	๒๘ (๒๕.๔๕)	๔ (๓.๖๔)	๕ (๔.๕๕)	๑๗ (๑๕.๔๕)	๑๑๐ (๑๐๐)
๓	การรักษาวัณโรคดื้อยา (DR-TB) ในผู้ป่วยเอชไอวี	๓๐ (๒๓.๔๔)	๕๔ (๔๒.๑๙)	๑๔ (๑๐.๙๔)	๘ (๖.๒๕)	๓ (๒.๓๔)	๑๙ (๑๔.๘๔)	๑๒๘ (๑๐๐)
๔	การดูแลภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาวัณโรคในผู้ป่วยเอชไอวี	๑๘ (๑๖.๐๗)	๖๔ (๕๗.๑๔)	๗ (๖.๒๕)	๕ (๔.๔๖)	๔ (๓.๕๗)	๑๔ (๑๒.๕๐)	๑๑๒ (๑๐๐)
๕	การค้นหาวัณโรคระยะแฝงในผู้ป่วยเอชไอวี	๓๘ (๒๙.๔๖)	๗๒ (๕๕.๘๑)	๗ (๕.๔๓)	๓ (๒.๓๓)	๓ (๒.๓๓)	๖ (๔.๖๕)	๑๒๙ (๑๐๐)
๖	การรักษาวัณโรคระยะแฝงในผู้ป่วยเอชไอวี	๒๗ (๒๒.๑๓)	๔๒ (๓๔.๔๓)	๑๔ (๑๑.๔๘)	๑๓ (๑๐.๖๖)	๑๒ (๙.๘๔)	๑๔ (๑๑.๔๘)	๑๒๒ (๑๐๐)
รวม		๑๕๕ (๒๓.๙๙)	๒๗๑ (๔๑.๙๕)	๗๖ (๑๑.๗๖)	๓๗ (๕.๗๓)	๒๙ (๔.๔๙)	๗๘ (๑๒.๐๗)	๖๔๖ (๑๐๐)
ค่าเฉลี่ย (X̄)		๒๖	๔๕	๑๓	๖	๕	๑๓	๑๐๘

จากตารางที่ ๕ พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมของจังหวัดนครศรีธรรมราช รวม ๖ ครั้ง มีจำนวนทั้งสิ้น ๖๔๖ คน เฉลี่ยครั้งละ ๑๐๘ คน โดยพบว่า วิชาชีพที่เข้าร่วมกิจกรรมมากที่สุด ๓ อันดับแรก ได้แก่ พยาบาล จำนวน ๒๗๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๑.๙๕ ของผู้เข้าร่วมทั้งหมด ($\bar{X} = ๔๕$) รองลงมาคือ แพทย์ จำนวน ๑๕๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๙๙ ($\bar{X} = ๒๖$) และอื่นๆ ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ อาจารย์ นักวิจัย จำนวน ๗๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๐๗ ($\bar{X} = ๑๓$) เมื่อพิจารณาหัวข้อที่มีผู้เข้าร่วมมากที่สุด ๓ อันดับแรก ได้แก่ ครั้งที่ ๕ หัวข้อ การค้นหาวัณโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ รองลงมาคือ ครั้งที่ ๓ หัวข้อ การรักษาวัณโรคดื้อยา (DR-TB) ในผู้ป่วยเอชไอวี และครั้งที่ ๖ หัวข้อ การรักษาวัณโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน ๗๘, ๑๒๙ และ ๑๒๒ คน ตามลำดับ

๒. การวัดระดับความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ECHO จำแนกตามหัวข้อการเรียนรู้ โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ ๖ แสดงระดับความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ECHO จังหวัดเชียงราย

ครั้งที่	หัวข้อ	N	ก่อนร่วมกิจกรรม (Pre-test)			หลังเข้าร่วม (Post-test)		
			\bar{X}	SD	ระดับความรู้	\bar{X}	SD	ระดับความรู้
๑	FUO in PLHIV With Low CD๔	๒๖	๒.๔๐	๑.๓๖	น้อย	๓.๐๐	๑.๒๑	ปานกลาง
๒	Switching ART Regimen in PLHIV	๑๙	๒.๑๐	๑.๒๔	น้อย	๓.๒๑	๑.๒๗	ปานกลาง
๓	Chronic Hepatitis in PLHIV With Viral Suppression	๑๖	๒.๕๐	๑.๕๙	น้อย	๔.๖๘	๐.๔๗	มากที่สุด
๔	IRIS in PLHIV With Low CD๔	๒๙	๑.๓๑	๐.๘	น้อยที่สุด	๓.๗๖	๑.๔๓	มาก
๕	Management of Side Effects of ARV And Drug-Drug Interactions Involving ARV	๓๔	๓.๐๓	๑.๑๔	ปานกลาง	๔.๗๙	๐.๕๓	มากที่สุด
๖	Persistent VDRL titer After Syphilis Treatment in PLHIV	๒๓	๒.๐๙	๑.๐๔	น้อย	๒.๗๔	๑.๐๑	ปานกลาง

จากตารางที่ ๖ พบว่า ภาพรวมระดับความรู้ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย และหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้ในระดับปานกลาง โดยพิจารณาหัวข้อที่มีคะแนนเพิ่มมากที่สุด ๓ ลำดับแรก ได้แก่ อันดับครั้งที่ 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 มีคะแนนก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับน้อยที่สุด ($\bar{X} = ๑.๓๑$) เพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ($\bar{X} = ๓.๗๖$) และครั้งที่ ๓ หัวข้อ Chronic Hepatitis in PLHIV With Viral Suppression มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจากระดับน้อย ($\bar{X} = ๒.๕๐$) เป็นระดับมากที่สุด ($\bar{X} = ๔.๖๘$) ตามลำดับ

ตารางที่ ๗ แสดงระดับความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ECHO จังหวัดอุดรธานี

ครั้งที่	หัวข้อ	N	ก่อนร่วมกิจกรรม (Pre-test)			หลังเข้าร่วม (Post-test)		
			\bar{X}	SD	ระดับความรู้	\bar{X}	SD	ระดับความรู้
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
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
๖	How to Manage HIV/HCV Co-Infection	๒๙	๒.๘๖	๑.๒๑	ปานกลาง	๔.๖๕	๐.๖๑	มากที่สุด

จากตารางที่ ๗ พบว่า โดยภาพรวมระดับความรู้ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้อยู่ในระดับมากที่สุด โดยพิจารณารายหัวข้อที่มีคะแนนเพิ่มมากที่สุด ๓ ลำดับแรก ได้แก่ 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 ($\bar{X} = ๔.๖๕$) และครั้งที่ ๓ หัวข้อ Same-Day/Rapid ART Initiation มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจากระดับน้อย ($\bar{X} = ๑.๖๗$) เป็นระดับมาก ($\bar{X} = ๓.๔๑$)

ตารางที่ ๘ แสดงระดับความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ECHO จังหวัดนครศรีธรรมราช

ครั้งที่	หัวข้อ	N	ก่อนร่วมกิจกรรม (Pre-test)			หลังเข้าร่วม (Post-test)		
			\bar{X}	SD	ระดับความรู้	\bar{X}	SD	ระดับความรู้
๑	การวินิจฉัยวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี	๔๗	๒.๗๔	๑.๐๙	ปานกลาง	๔.๖๐	๐.๖๕	มากที่สุด
๒	การรักษาวัณโรค (DS-TB) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี	๑๐ ๓	๓.๒๔	๑.๑๘	ปานกลาง	๕.๐๐	๐.๐๐	มากที่สุด
๓	การรักษาวัณโรคดื้อยา (DR-TB) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี	๘๑	๒.๗๔	๑.๒๕	ปานกลาง	๔.๖๐	๐.๗๗	มากที่สุด
๔	การดูแลภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี	๙๒	๒.๙๕	๑.๑๙	ปานกลาง	๔.๓๖	๐.๘๙	มากที่สุด
๕	การค้นหาวัณโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี	๑๐ ๐	๓.๕๒	๑.๑๑	มาก	๔.๖๘	๐.๖๐	มากที่สุด
๖	การรักษาวัณโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี	๑๐ ๐	๒.๖๗	๐.๘๗	ปานกลาง	๔.๓๒	๑.๒๐	มากที่สุด

จากตารางที่ ๘ พบว่า ภาพรวมความรู้ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้อยู่ในระดับมาก โดยพิจารณารายหัวข้อที่มีคะแนนเพิ่มมากที่สุด ๓ ลำดับแรก ได้แก่ ครั้งที่ ๑ หัวข้อ การวินิจฉัยวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี 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) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีคะแนนก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = ๓.๒๔$) เพิ่มขึ้นเป็นระดับมากที่สุด ($\bar{X} = ๕.๐๐$) และครั้งที่ ๖ หัวข้อ การรักษาวัณโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($\bar{X} = ๒.๖๗$) เป็นระดับมากที่สุด ($\bar{X} = ๔.๓๒$) ตามลำดับ

๓. การเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ECHO จำแนกตามหัวข้อการเรียนรู้ โดยใช้สถิติ

Paired t-test

ตารางที่ ๙ แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความแตกต่างคะแนนความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ECHO จังหวัดเชียงราย

ครั้งที่	หัวข้อ	N	Pre-test		Post-test		P-value
			\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
๑	FUO in PLHIV With Low CD4	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	<๐.๐๐๑
๔	IRIS in PLHIV With Low CD4	๒๙	๑.๓๑	๐.๘๐	๓.๗๖	๑.๔๓	<๐.๐๐๑
๕	Management of Side Effects of ARV And Drug-Drug Interactions Involving ARV	๓๔	๓.๐๓	๑.๑๔	๔.๗๙	๐.๕๓	<๐.๐๐๑
๖	Persistent VDRL titer After Syphilis Treatment in PLHIV	๒๓	๒.๐๙	๑.๐๔	๒.๗๔	๑.๐๑	๐.๐๔๔

จากตารางที่ ๙ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ECHO อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value <๐.๐๕ ที่ค่าความเชื่อมั่นร้อยละ ๙๕ พิจารณาผลการวิเคราะห์แต่ละหัวข้อ พบว่า

ครั้งที่ ๑ หัวข้อ FUO in PLHIV With Low CD4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๒.๔๐ (SD = ๑.๓๖) และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๓.๐๐ (SD = ๑.๒๑) ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value = ๐.๐๒๘

ครั้งที่ ๒ หัวข้อ Switching ART Regimen in PLHIV พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๒.๑๐ (SD = ๑.๒๔) และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๓.๒๑ (SD = ๑.๒๗) ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value = ๐.๐๐๗

ครั้งที่ ๓ หัวข้อ Chronic Hepatitis in PLHIV With Viral Suppression พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๑.๕๐ (SD = ๑.๕๙) และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๓.๖๘ (SD = ๐.๔๗) ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value <๐.๐๐๑

ครั้งที่ ๔ หัวข้อ IRIS in PLHIV With Low CD4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๑.๓๑ (SD = ๐.๘๐) และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๓.๗๖ (SD = ๑.๔๓) ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value <๐.๐๐๑

ครั้งที่ ๕ หัวข้อ Management of Side Effects of ARV And Drug-Drug Interactions Involving ARV พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๓.๐๓ (SD = ๑.๑๔) และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๔.๗๙ (SD = ๐.๕๓) ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value <๐.๐๐๑

ครั้งที่ ๖ หัวข้อ Persistent VDRL titer After Syphilis Treatment in PLHIV พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๒.๐๙ (SD = ๑.๐๔) และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๒.๗๔ (SD = ๐.๔๔) ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value = ๐.๐๔๔

ตารางที่ ๑๐ แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความแตกต่างคะแนนความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ECHO จังหวัดอุดรธานี

ครั้งที่	หัวข้อ	N	Pre-test		Post-test		P-value
			Mean	SD	Mean	SD	
๑	Switching to TLD: Complications and Drug Interactions	๒๕	๒.๙๒	๑.๓๘	๔.๐๔	๐.๙๓	<๐.๐๐๑
๒	Dual Therapy: How to Manage Patients on Dual ARV Therapy	๑๒	๒.๕๐	๑.๐๐	๓.๙๑	๐.๗๙	๐.๐๑๘
๓	Same-Day/Rapid ART Initiation	๔๖	๑.๖๗	๐.๘๙	๓.๔๑	๑.๔๙	<๐.๐๐๑
๔	Common Fungal Infections in PLHIV	๓๑	๒.๖๑	๑.๔๙	๔.๘๓	๐.๓๗	<๐.๐๐๑
๕	Common Respiratory Tract Infections in PLHIV (TB, PCP)	๔๒	๒.๗๔	๑.๓๑	๔.๖๐	๐.๗๐	<๐.๐๐๑
๖	How to Manage HIV/HCV Co-Infection	๒๙	๒.๘๖	๑.๒๑	๔.๖๕	๐.๖๑	<๐.๐๐๑

จากตารางที่ ๑๐ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ECHO สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ECHO อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < ๐.๐๕ ที่ค่าความเชื่อมั่นร้อยละ ๙๕ พิจารณารายข้อทั้ง ๖ หัวข้อพบว่า

ครั้งที่ ๑ หัวข้อ Switching to TLD: Complications and Drug Interactions พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๒.๙๒ (SD = ๑.๓๘) และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๔.๐๔ (SD = ๐.๙๓) ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรม ECHO สูงกว่าก่อนเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < ๐.๐๐๑

ครั้งที่ ๒ หัวข้อ Dual Therapy: How to Manage Patients on Dual ARV Therapy พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๒.๕๐ (SD = ๑.๐๐) และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๓.๙๑ (SD = ๐.๗๙) ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ECHO อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value = ๐.๐๑๘

ครั้งที่ ๓ หัวข้อ Same-Day/Rapid ART Initiation พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๑.๖๗ (SD = ๐.๘๙) และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๓.๔๑ (SD = ๑.๔๙) ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ECHO อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < ๐.๐๐๑

ครั้งที่ ๔ หัวข้อ Common Fungal Infections in PLHIV พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๒.๖๑ (SD = ๑.๔๙) และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๔.๘๓ (SD = ๐.๓๗) ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรม ECHO สูงกว่าก่อนเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < ๐.๐๐๑

ครั้งที่ ๕ หัวข้อ Common Respiratory Tract Infections in PLHIV (TB, PCP) พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๒.๗๔ (SD = ๑.๓๑) และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๔.๖๐ (SD = ๐.๗๐) ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ECHO อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < ๐.๐๐๑

ครั้งที่ ๖ หัวข้อ How to Manage HIV/HCV Co-Infection พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมเท่ากับ ๒.๘๖ (SD = ๑.๒๑) และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรมเท่ากับ ๔.๖๕ (SD = ๐.๗๐) ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรม ECHO สูงกว่าก่อนเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value <๐.๐๐๑

ตารางที่ ๑๑ แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความแตกต่างคะแนนความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ECHO จังหวัดนครศรีธรรมราช

ครั้งที่	หัวข้อ	N	Pre-test		Post-test		P-value
			Mean	SD	Mean	SD	
๑	การวินิจฉัยวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี	๔๗	๒.๗๔	๑.๐๙	๔.๖๐	๐.๖๕	<๐.๐๐๑
๒	การรักษาวัณโรค (DS-TB) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี	๑๐๓	๓.๒๔	๑.๑๘	๕.๐๐	๐.๗๑	<๐.๐๐๑
๓	การรักษาวัณโรคดื้อยา(DR-TB) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี	๘๑	๒.๗๔	๑.๒๕	๔.๖๐	๐.๗๗	<๐.๐๐๑
๔	การดูแลภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี	๙๒	๒.๙๕	๑.๑๙	๔.๓๖	๐.๘๙	<๐.๐๐๑
๕	การค้นหาวัณโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี	๑๐๐	๓.๕๒	๑.๑๑	๔.๖๘	๐.๖๐	<๐.๐๐๑
๖	การรักษาวัณโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี	๑๐๐	๒.๖๗	๐.๘๗	๔.๓๒	๑.๒๐	<๐.๐๐๑

จากตารางที่ ๑๑ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ECHO สูงกว่าก่อนเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value <๐.๐๕ ที่ค่าความเชื่อมั่นร้อยละ ๙๕ ผลการวิเคราะห์รายหัวข้อดังนี้

ครั้งที่ ๑ หัวข้อ การวินิจฉัยวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมเท่ากับ ๒.๗๔ (SD = ๑.๐๙) และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรมเท่ากับ ๔.๖๐ (SD = ๐.๖๕) ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรม ECHO สูงกว่าก่อนเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value <๐.๐๐๑

ครั้งที่ ๒ หัวข้อ การรักษาวัณโรค (DS-TB) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมเท่ากับ ๓.๒๔ (SD = ๑.๑๘) และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรมเท่ากับ ๕.๐๐ (SD = ๐.๗๑) ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรม ECHO สูงกว่าก่อนเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value <๐.๐๐๑

ครั้งที่ ๓ หัวข้อ การรักษาวัณโรคดื้อยา (DR-TB) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมเท่ากับ ๒.๗๔ (SD = ๑.๒๕) และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรมเท่ากับ ๔.๖๐ (SD = ๐.๗๗) ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value <๐.๐๐๑

ครั้งที่ ๔ หัวข้อ การดูแลภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมเท่ากับ ๒.๙๕ (SD = ๑.๑๙) และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรมเท่ากับ ๔.๓๖ (SD = ๐.๘๙) ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value <๐.๐๐๑

ครั้งที่ ๕ หัวข้อ การค้นหาวัณโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมเท่ากับ ๓.๕๒ (SD = ๑.๑๑) และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรมเท่ากับ ๔.๖๘ (SD = ๐.๖๐) ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value <๐.๐๐๑

ถอดบทเรียนการดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO
ในพื้นที่ต้นแบบ ๓ จังหวัด ปี ๒๕๖๖

ครั้งที่ ๖ หัวข้อ การรักษาวัดโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมเท่ากับ ๒.๖๗ (SD = ๐.๘๗) และคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ ๔.๓๒ (SD = ๑.๒๐) ซึ่งให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < ๐.๐๐๑

๔. การประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโปรแกรม ECHO โดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตารางที่ ๑๒ แสดงภาพรวมระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโปรแกรม ECHO จังหวัดเชียงราย (n=๑๔๓)

รายการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ					X̄	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
	๕ (ร้อยละ)	๔ (ร้อยละ)	๓ (ร้อยละ)	๒ (ร้อยละ)	๑ (ร้อยละ)			
๑. ท่านคิดว่าตนเองมีความรู้ในด้านการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มากน้อยเพียงใด								
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
๒. ความมั่นใจหลังเข้าร่วมกิจกรรม								
๒.๑ ฉันได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จากการจัดกิจกรรมครั้งนี้	๖๒ (๔๓.๓๖)	๖๕ (๔๕.๔๕)	๑๖ (๑๑.๑๙)	๐ (๐.๐๐)	๐ (๐.๐๐)	๔.๓๒	๐.๓๗	มาก
๒.๒ หากฉันประสบปัญหาในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ฉันต้องการนำเคสดังกล่าว เข้าร่วมหารือในโปรแกรม ECHO	๕๖ (๓๙.๑๖)	๖๐ (๔๑.๙๖)	๒๗ (๑๘.๘๘)	๐ (๐.๐๐)	๐ (๐.๐๐)	๔.๒๐	๐.๓๖	มาก
๒.๓ หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ECHO ฉันมีความมั่นใจที่จะสอนหรือแนะนำผู้อื่นในสิ่งที่ฉันได้เรียนรู้	๗๐ (๔๘.๙๕)	๕๕ (๓๘.๔๖)	๑๗ (๑๑.๘๙)	๑ (๐.๗๐)	๐ (๐.๐๐)	๔.๓๖	๐.๓๗	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม						๔.๒๙	๐.๒๑	มาก
๓. ประเมินวิทยากร								
๓.๑ ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ให้ผู้ฟังเข้าใจ	๘๖ (๖๐.๑๔)	๕๑ (๓๕.๖๖)	๖ (๔.๒๐)	๐ (๐.๐๐)	๐ (๐.๐๐)	๔.๕๖	๐.๓๘	มากที่สุด
๓.๒ มีวิธีการสอนให้น่าสนใจมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เรียน	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
ค่าเฉลี่ยรวม						๔.๕๔	๐.๑๙	มากที่สุด

ตารางที่ ๑๒ แสดงภาพรวมระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโปรแกรม ECHO จังหวัดเชียงราย (n=๑๔๓) (ต่อ)

รายการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ					\bar{X}	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
	๕ (ร้อยละ)	๔ (ร้อยละ)	๓ (ร้อยละ)	๒ (ร้อยละ)	๑ (ร้อยละ)			
๔. ประเมินการประสานงาน								
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
ค่าเฉลี่ยรวม						๔.๓๑	๐.๑๘	มาก
๕. ท่านคิดว่าการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวันนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ของท่านได้ในระดับใด	๕๘ (๔๐.๕๖)	๗๕ (๕๒.๔๕)	๙ (๖.๒๙)	๑ (๐.๗๐)	๐ (๐.๐๐)	๔.๓๓	๐.๓๗	มาก
ค่าเฉลี่ยภาพรวมระดับความพึงพอใจ						๔.๔๑	๐.๑๑	มาก

จากตารางที่ ๑๒ ผลการประเมินระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรมของจังหวัดเชียงราย พบว่าภาพรวมมีคะแนนความพึงพอใจระดับมาก คือ ๔.๔๑ คะแนน โดยวิเคราะห์จากองค์ประกอบกิจกรรม ๕ ประเด็น ดังนี้ ๑. ด้านความรู้ตนเองก่อนและหลังเข้าร่วม คะแนนความพึงพอใจก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง คือ ๒.๙๘ คะแนน และคะแนนความพึงพอใจหลังเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ระดับมาก คือ ๔.๑๙ คะแนน ๒. ด้านความมั่นใจหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด คือ ๔.๒๙ คะแนน ๓. ด้านวิทยากร มีคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด คือ ๔.๕๔ คะแนน ๔. ด้านการประสานงาน มีคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด คือ ๔.๓๑ คะแนน และ ๕. การประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด คือ ๔.๓๓ คะแนน

ตัวอย่างข้อคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ECHO คนที่ ๑ “ชื่นชอบมาก ขอขอบคุณท่านอาจารย์วิทยากร และผู้จัดกิจกรรมทุกท่านที่ได้ให้ความรู้ และจัดกิจกรรมดีๆ ให้กับทีมดูแลเอชไอวี”

ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ECHO คนที่ ๒ “ชอบ ได้ความรู้ เพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงาน”

ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ECHO คนที่ ๓ “จากจัดประชุมนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในงานที่รับผิดชอบได้ดีขึ้น อยากให้จัดต่อเนื่องทุกปี”

ถอดบทเรียนการดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO
ในพื้นที่ต้นแบบ ๓ จังหวัด ปี ๒๕๖๖

ตารางที่ ๑๓ แสดงภาพรวมระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโปรแกรม ECHO จังหวัดอุดรธานี (n=๑๖๒)

รายการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ					\bar{X}	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
	๕ (ร้อยละ)	๔ (ร้อยละ)	๓ (ร้อยละ)	๒ (ร้อยละ)	๑ (ร้อยละ)			
๑. ท่านคิดว่าตนเองมีความรู้ในด้านการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มากน้อยเพียงใด								
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
๒.๑ ฉันได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จากการจัดกิจกรรมครั้งนี้								
๒.๑	๕๙ (๓๖.๔๒)	๘๓ (๕๑.๒๓)	๒๐ (๑๒.๓๕)	๐ (๐.๐๐)	๐ (๐.๐๐)	๔.๒๔	๐.๓๔	มาก
๒.๒ หากฉันประสบปัญหาในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ฉันต้องการนำเคสดังกล่าว เข้าร่วมหารือในโปรแกรม ECHO								
๒.๒	๕๖ (๓๔.๕๗)	๗๖ (๔๖.๙๑)	๓๐ (๑๘.๕๒)	๐ (๐.๐๐)	๐ (๐.๐๐)	๔.๑๖	๐.๓๓	มาก
๒.๓ หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ECHO ฉันมีความมั่นใจที่จะสอนหรือแนะนำผู้อื่นในสิ่งที่ฉันได้เรียนรู้								
๒.๓	๕๓ (๓๒.๗๒)	๗๘ (๔๘.๑๕)	๓๑ (๑๙.๑๔)	๐ (๐.๐๐)	๐ (๐.๐๐%)	๔.๑๔	๐.๓๓	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม						๔.๑๘	๐.๑๙	มาก
๓. ประเมินวิทยากร								
๓.๑ ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ให้ผู้ฟังเข้าใจ								
๓.๑	๘๓ (๕๑.๒๓)	๖๕ (๔๐.๑๒)	๑๔ (๘.๖๔)	๐ (๐.๐๐)	๐ (๐.๐๐)	๔.๔๓	๐.๓๕	มาก
๓.๒ มีวิธีการสอนที่น่าสนใจมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เรียน								
๓.๒	๘๕ (๕๒.๔๗)	๖๓ (๓๘.๘๙)	๑๔ (๘.๖๔)	๐ (๐.๐๐)	๐ (๐.๐๐)	๔.๔๔	๐.๓๕	มาก
๓.๓ การอธิบายและตอบคำถามโดยวิทยากร								
๓.๓	๙๗ (๕๙.๘๘)	๕๘ (๓๕.๘๐)	๗ (๔.๓๒)	๐ (๐.๐๐)	๐ (๐.๐๐)	๔.๕๖	๐.๓๖	มากที่สุด
๓.๔ การรักษาเวลา								
๓.๔	๘๔ (๕๑.๘๕)	๖๘ (๔๑.๙๘)	๑๐ (๖.๑๗)	๐ (๐.๐๐)	๐ (๐.๐๐)	๔.๔๖	๐.๓๕	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม						๔.๔๗	๐.๑๘	มาก
๔. ประเมินการประสานงาน								
๔.๑ ประสานงานการเข้าระบบเรียนทั้งก่อนและหลังจัดกิจกรรม								
๔.๑	๙๒ (๕๖.๗๙)	๕๙ (๓๖.๔๒)	๑๑ (๖.๗๙)	๐ (๐.๐๐)	๐ (๐.๐๐)	๔.๕๐	๐.๓๖	มาก
๔.๒ การประชาสัมพันธ์การจัดกิจกรรม								
๔.๒	๘๘ (๕๔.๓๒)	๖๐ (๓๗.๐๔)	๑๔ (๘.๖๔)	๐ (๐.๐๐)	๐ (๐.๐๐)	๔.๔๖	๐.๓๕	มาก
๔.๓ ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม								
๔.๓	๘๑ (๕๐.๐๐)	๖๗ (๔๑.๓๖)	๑๔ (๘.๖๔)	๐ (๐.๐๐)	๐ (๐.๐๐)	๔.๔๑	๐.๓๕	มาก

ตารางที่ ๑๓ แสดงภาพรวมระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโปรแกรม ECHO จังหวัดอุดรธานี (n=๑๖๒) (ต่อ)

รายการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ					\bar{X}	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
		๔ (ร้อยละ)	๓ (ร้อยละ)	๒ (ร้อยละ)	๑ (ร้อยละ)			
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 สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ 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

จากตารางที่ ๑๓ ผลการประเมินระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรมของจังหวัดอุดรธานี พบว่า ภาพรวมมีคะแนนความพึงพอใจ อยู่ระดับมากที่สุด คือ ๔.๖๐ คะแนน โดยวิเคราะห์จากองค์ประกอบกิจกรรม ๕ ประเด็น คือ ๑. ด้านความรู้ตนเองก่อนและหลังเข้าร่วม ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง คือ ๓.๑๒ คะแนน และหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก คือ ๔.๒๘ คะแนน ๒. ด้านความมั่นใจ หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก คือ ๔.๑๘ คะแนน ๓. ด้านวิทยากร มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด คือ ๔.๔๗ คะแนน ๔. ด้านการประสานงาน มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด คือ ๔.๔๗ และ ๕. ด้านการประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด คือ ๔.๕๕ คะแนน

ตัวอย่างข้อคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ECHO คนที่ ๑ “นำเสนอเคส ดีมากค่ะใช้ได้จริง อาจารย์สอนเข้าใจมากๆ ค่ะ”

ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ECHO คนที่ ๒ “เนื้อหาแน่นมากๆ ค่ะ ฟังสนุก จัดเรื่อย ๆ นะคะ”

ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ECHO คนที่ ๓ “ข้อดีคือสะดวกสำหรับผู้ฟัง ไม่ต้องเดินทางเข้าประชุมแต่ ทำงานด้วยฟังชมด้วยสบายใจดี”

ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ECHO คนที่ ๔ “เสนอให้มีการทบทวนหรือมีหัวข้อเดิมมาให้ฟังจัดได้ประโยชน์”

ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ECHO คนที่ ๕ “ควรให้ผู้เรียนสามารถเข้าไป load power point หรือเอกสารได้ในห้องประชุมได้”

ถอดบทเรียนการดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO
ในพื้นที่ต้นแบบ ๓ จังหวัด ปี ๒๕๖๖

ตารางที่ ๑๔ แสดงภาพรวมระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโปรแกรม ECHO จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=๔๑๒)

รายการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ					\bar{X}	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
	๕ (ร้อยละ)	๔ (ร้อยละ)	๓ (ร้อยละ)	๒ (ร้อยละ)	๑ (ร้อยละ)			
๑. ท่านคิดว่าตนเองมีความรู้ในด้านการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มากน้อยเพียงใด								
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
๒.๑ ฉันได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จากกิจกรรมครั้งนี้								
๒.๑	๑๖๖ (๔๐.๒๙)	๒๑๐ (๕๐.๙๗)	๓๓ (๘.๐๑)	๓ (๐.๗๓)	๐ (๐.๐๐)	๔.๓๑	๐.๒๑	มาก
๒.๒ หากฉันประสบปัญหาในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ฉันต้องการนำเข้าร่วมหารือในโปรแกรม ECHO								
๒.๒	๑๕๓ (๓๗.๑๔)	๒๑๓ (๕๑.๗๐)	๔๐ (๙.๗๑)	๖ (๑.๔๖)	๐ (๐.๐๐)	๔.๒๕	๐.๒๑	มาก
๒.๓ หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ECHO ฉันมีความมั่นใจที่จะสอนหรือแนะนำผู้อื่นในสิ่งที่ฉันได้เรียนรู้								
๒.๓	๑๖๙ (๔๑.๐๒)	๒๐๕ (๔๙.๗๖)	๓๗ (๘.๙๘)	๑ (๐.๒๔)	๐ (๐.๐๐)	๔.๓๒	๐.๒๑	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม						๔.๒๙	๐.๑๒	มาก
๓. ประเมินวิทยากร								
๓.๑ ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ให้ผู้ฟังเข้าใจ								
๓.๑	๒๘๖ (๖๙.๔๒)	๑๑๘ (๒๘.๖๔)	๘ (๑.๙๔)	๐ (๐.๐๐)	๐ (๐.๐๐)	๔.๖๗	๐.๒๓	มากที่สุด
๓.๒ มีวิธีการสอนที่น่าสนใจมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เรียน								
๓.๒	๒๘๔ (๖๙.๑๗)	๑๒๑ (๒๙.๓๗)	๖ (๑.๔๖)	๐ (๐.๐๐)	๐ (๐.๐๐)	๔.๖๘	๐.๒๓	มากที่สุด
๓.๓ การอธิบายและตอบคำถามโดยวิทยากร								
๓.๓	๒๙๐ (๗๐.๓๙)	๑๑๖ (๒๘.๑๖)	๕ (๑.๒๑)	๑ (๐.๒๔)	๐ (๐.๐๐)	๔.๖๙	๐.๒๓	มากที่สุด
๓.๔ การรักษาเวลา								
๓.๔	๒๙๗ (๖๗.๒๒)	๑๒๖ (๓๐.๕๘)	๗ (๑.๗๐)	๐ (๐.๐๐)	๐ (๐.๐๐)	๔.๖๖	๐.๒๓	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยรวม						๔.๖๗	๐.๑๒	มากที่สุด
๔. ประเมินการประสานงาน								
๔.๑ ประสานงานการเข้าระบบเรียนทั้งก่อนและหลังจัดกิจกรรม								
๔.๑	๒๑๔ (๕๑.๙๔)	๑๘๒ (๔๔.๑๗)	๑๕ (๓.๖๔)	๑ (๐.๒๔)	๐ (๐.๐๐)	๔.๔๘	๐.๒๒	มาก
๔.๒ การประชาสัมพันธ์การจัดกิจกรรม								
๔.๒	๒๒๓ (๕๔.๑๓)	๑๖๓ (๓๙.๕๖)	๒๕ (๖.๐๗)	๑ (๐.๒๔)	๐ (๐.๐๐)	๔.๔๘	๐.๒๒	มาก
๔.๓ ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม								
๔.๓	๒๒๓ (๕๔.๑๓)	๑๖๔ (๓๙.๘๑)	๒๔ (๕.๘๓)	๑ (๐.๒๔)	๐ (๐.๐๐)	๔.๔๘	๐.๒๒	มาก
๔.๔ ช่วงเวลาที่จัดกิจกรรมมีความเหมาะสม								
๔.๔	๒๒๓ (๕๔.๑๓)	๑๕๓ (๓๗.๑๔)	๓๐ (๗.๒๘)	๖ (๑.๔๖)	๐ (๐.๐๐)	๔.๔๔	๐.๒๒	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม						๔.๔๖	๐.๑๐	มาก

ตารางที่ ๑๔ แสดงภาพรวมระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโปรแกรม ECHO จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=๔๑๒) (ต่อ)

รายการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ					\bar{X}	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
	๕ (ร้อยละ)	๔ (ร้อยละ)	๓ (ร้อยละ)	๒ (ร้อยละ)	๑ (ร้อยละ)			
๕. ท่านคิดว่าการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวันนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ 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

จากตารางที่ ๑๔ ผลการประเมินระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรมของจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ในภาพรวมคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด คือ ๔.๖๙ คะแนน โดยวิเคราะห์จากองค์ประกอบกิจกรรม ๕ ประเด็น คือ ๑. ด้านความรู้ตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง คือ ๓.๑๖ คะแนน และหลังเข้าร่วมกิจกรรมความพึงพอใจอยู่ระดับมากที่สุด คือ ๔.๒๘ คะแนน ๒. ด้านความมั่นใจหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด คือ ๔.๒๙ คะแนน ๓. ด้านวิทยากร ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด คือ ๔.๖๗ คะแนน ๔. ด้านการประสานงาน ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด คือ ๔.๔๖ คะแนน และ ๕. การประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด คือ ๔.๔๕ คะแนน

ตัวอย่างข้อคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ECHO คนที่ ๑ “ขอขอบคุณท่านวิทยากรและผู้จัดทุกท่านเป็นอย่างสูงที่ได้จัดกิจกรรมดีๆ ทำให้ได้เรียนรู้และสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลคนไข้”

ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ECHO คนที่ ๒ “ได้ความรู้ด้าน TB เพิ่มมากขึ้น”

ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ECHO คนที่ ๓ “อยากให้จัดต่อเรื่อย ๆ ค่ะ ขอขอบคุณอาจารย์และทีมมากๆ ค่ะ”

ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ECHO คนที่ ๔ “ช่วงเวลาอาจไม่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีงานเร่งด่วนติดพันถึงเที่ยง ช่วงพักกินข้าว ทำให้ขาดการฟังต่อเนื่อง”

ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ECHO คนที่ ๕ “ควรให้ผู้เรียนสามารถเข้าไป load power point หรือเอกสารในห้องประชุมได้”

๔.๒ การศึกษาเชิงคุณภาพ

จากการถอดบทเรียนการดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ในพื้นที่ต้นแบบ ๓ จังหวัด ปี ๒๕๖๖ ตาม ๖ ประเด็นหลัก นำสู่ข้อค้นพบจุดแข็ง จุดอ่อน และข้อเสนอแนะ ดังนี้

ประเด็นที่ ๑ บทบาททีมนำ

จากการดำเนินงาน พบว่า ทีมนำทั้ง ๓ จังหวัดในพื้นที่ต้นแบบมีจุดแข็งคือ ทีมนำเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรแพทย์โรคติดเชื้อ (Infection disease Physician) ทำให้เกิดเครือข่ายพี่เลี้ยงด้านวิชาการระหว่างแพทย์โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และแพทย์โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งถือเป็นจุดแข็งที่สำคัญในการจัดการเรียนรู้เพื่อขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO การตั้งทีมเกิดจากการใช้ต้นทุนเดิมจากการทำงานในพื้นที่ ดังตัวอย่างของทีมจังหวัดเชียงรายที่ใช้เครือข่ายเดิมจากการส่งต่อการรักษา ในช่วงสถานการณ์โควิด-๑๙ ได้แก่ จังหวัดแพร่ น่าน และพะเยา สำหรับจังหวัดอุดรธานี พบว่า ในเขตสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี มีแพทย์เฉพาะทางด้านโรคติดเชื้อ จำนวน ๓ คน จากทั้งหมด ๗ จังหวัด โดยแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานีเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการเชิญแพทย์เฉพาะทางด้านโรคติดเชื้ออีก ๓ ท่านมาร่วมเป็นคณะทำงาน ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี จังหวัดนครพนม และจังหวัดสกลนคร เพื่อนำร่องกิจกรรมในพื้นที่ สำหรับจังหวัดนครศรีธรรมราช มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ ๑ คนซึ่งเป็นที่เคารพนับถือในพื้นที่จึงสามารถช่วยประชาสัมพันธ์และขับเคลื่อนงานในได้อย่างดี โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อจังหวัดนครศรีธรรมราชกล่าวว่า

“ในด้านการฟอร์มทีม ผมจะคุยกับแพทย์เอง เพราะแพทย์คุยกับแพทย์จะง่าย และการนำเสนอเคลสจะเป็นแพทย์นำเสนอเคลสเองทั้งหมด มีทั้งผู้อำนวยการของโรงพยาบาลเป็นคนฟรีเซนต์เคลสด้วย อาจจะเป็นเพราะว่าเราเป็น ID คนเดียว แล้วทุกคนเชื่อฟัง ตั้งแต่โควิดมาทุกคนรู้จักผมหมด เพราะฉะนั้นคุยไม่ยาก”

อย่างไรก็ตามจุดอ่อนคือ ภาระงานของทีม เนื่องจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและทีมจัดการมีภาระหน้าที่ประจำต้องรับผิดชอบงานอื่นๆ ทำให้มีเวลาอันจำกัดในการเตรียมกิจกรรม ตั้งแต่ประสานเตรียมกรณีศึกษา และเนื้อหาการสอน การประชาสัมพันธ์ โดยผู้เชี่ยวชาญจังหวัดนครศรีธรรมราช กล่าวว่า

“เราช่วยกันตั้งแต่ระดับ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ลงมา แต่ปัญหาของนครศรีฯ คือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยังทำงานเยอะอยู่ จริงๆ อยากให้โรงพยาบาลมีบทบาทมากขึ้น จริงในโรงพยาบาลผมก็ทำคนเดียว HIV-Co ก็ไม่ได้มาช่วย ไม่ว่าจะออก Pre, Post- test ติดต่อกันโน้น คนนี้ ส่งเคลส Submission review ตัวเองทำคนเดียวทั้งหมด แม้กระทั่งพิธีกรก็ยังเป็น สำนักงานป้องกันควบคุมโรค คิดว่าแผนครั้งหน้าจะทำให้โรงพยาบาลชุมชนเป็นพิธีกร เพื่อให้โรงพยาบาลมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น เพราะเขาจะได้ดีใจ เพราะวันไหนที่โรงพยาบาลนั้นๆ เป็นเจ้าภาพคนโรงพยาบาลนั้นจะเข้าเยอะมาก ยอดจะกระโดด ภาระงาน ก็จะมากองที่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และงานเริ่มเยอะ เพราะฉะนั้น เราก็พยายามกระจาย”

ด้วยเหตุนี้ จึงมีข้อเสนอแนะต่อจุดอ่อนดังกล่าวคือ ควรจัดประชุมคณะทำงานเพื่อสื่อสารสร้างความเข้าใจ โปรแกรม ECHO ร่วมกับทีมพื้นที่ให้ชัดเจน ประกอบด้วย ทีมผู้เชี่ยวชาญและทีมประสานงาน เพื่อสื่อสารสร้างความเข้าใจโปรแกรม ECHO และเป้าหมายในการดำเนินงาน รวมถึงบทบาทของทีมให้ชัดเจน เพื่อลดช่องว่างในการสื่อสาร และแบ่งเบาภาระงานของทีม โดยทีมจังหวัดเชียงรายได้ให้ความเห็นว่า

“ในครั้งต่อไปเราจะสื่อสารกันในเครือข่ายจริงๆ ใครทำอะไรบ้าง การเตรียมเคส นำเสนอเคส ว่าเรามีปัญหาเรื่องไหน แล้วต้องการผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้เป็นประเด็นที่น่าสนใจ นำไปใช้ ประโยชน์ให้มากที่สุด เสนอให้มีการประสานงานกับทีมนำ หรือ Key person นพ.สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด รอง นพ.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อผลักดันให้เกิดภาพรวม อย่างที่ บอกว่าเชียงรายตั้งแต่เริ่มโครงการมีหนังสือเชิญเพียงฉบับเดียว การที่ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย แพร์ น่าน จะตามผู้เข้าร่วมเข้าก็จะง่ายขึ้น สิ่งสำคัญคือ ต้องสื่อสารให้ชัดเจน”

ประเด็นที่ ๒ การวางแผน

การวางแผนการดำเนินงานโปรแกรม ECHO พบว่า มีจุดแข็งคือ การใช้ประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ นำมาออกแบบและกำหนดเป้าหมายกิจกรรม ช่วยปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้ดีขึ้น ดังตัวอย่างรูปแบบ การดำเนินงานของจังหวัดนครศรีธรรมราช ถือเป็นผลการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ (Best practice) ของการจัดโปรแกรม ECHO ที่เป็นรูปธรรม โดยหลังจากทีมผู้เชี่ยวชาญและคณะทำงานได้เข้าร่วมประชุมชี้แจงทำความเข้าใจเรื่องแนวทางการดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ปี ๒๕๖๖ ร่วมกับกองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แล้ว ทางทีมได้จัดประชุมผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อเตรียมแผนกิจกรรมโดยทำความเข้าใจ เป้าหมาย เพื่อให้ทีมมุ่งสู่ทิศทางการทำงานเดียวกัน ทำให้เป้าหมายที่กำหนดบรรลุผลได้โดยง่าย โดย ขั้นตอนในการดำเนินงานมีดังนี้

๑. วิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่เพื่อออกแบบหัวข้อการเรียนรู้ คณะทำงานได้นัดประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อวางแผน กิจกรรมในพื้นที่ ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด ได้ร่วมกัน วิเคราะห์ปัญหาในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยวัณโรคสูง และเป็นปัญหาหลักในเรื่องการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระดับจังหวัด เขต และประเทศ รวมถึงผลการดำเนินงานการให้ยาป้องกันวัณโรคแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ยังไม่ครอบคลุม ทุกโรงพยาบาล คณะทำงาน จึงเห็นควรเลือกปัญหาวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เป็นเป้าหมายหลักของ โปรแกรม ECHO และออกแบบหัวข้อการเรียนรู้หลัก จำนวน ๖ หัวข้อ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และวัณโรคทั้งหมด 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 ทุกอย่างจะมีความ เกี่ยวข้องกันทั้งหมดเป็นเรื่องที่พื้นที่สนใจ ถ้าเป็นเรื่องที่พื้นที่สนใจ พื้นที่เข้าแน่นอน ของจังหวัดนครฯ ไม่ได้ทำแบบหลายจังหวัด แต่ engage ค่อนข้างเยอะเหมือนกัน”

๒. เลือกกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ โดยเน้นกลุ่มเป้าหมายหลักคือ แพทย์โรงพยาบาลชุมชน นำเสนอกรณีศึกษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรคร่วม เชิญเภสัชกร พยาบาล และผู้รับผิดชอบงานเอชไอวีร่วมกิจกรรมด้วย

๓. กำหนดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่วัดผลได้ โดยทางทีมจังหวัดนครศรีธรรมราชได้ร่วมกันกำหนดผลลัพธ์ในเชิงคลินิก จำนวน ๓ ข้อ ได้แก่

- ๑) การเริ่มยาด้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรคร่วม ภายใน ๒ สัปดาห์
- ๒) การเริ่มยารักษาวัณโรคระยะแฝงตามแนวทางการรักษาของประเทศ
- ๓) จำนวนโรงพยาบาลที่ให้การรักษาวัณโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

๔. ออกแบบแผนการเรียนรู้ ผู้เชี่ยวชาญจัดทำสรุปบทเรียนและสไลด์นำเสนอแบบสั้นกระชับนำไปใช้ได้จริง และมีการออกแบบคำถามก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (pre-test and post-test) เน้นวิชาการที่เข้าถึงได้ เป็นวิชาการที่พื้นที่สามารถเอาไปใช้ได้จริง เกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษาและการติดตาม

๕. พัฒนาแบบฟอร์มการนำเสนอกรณีศึกษาของผู้ติดเชื้อฯ เพื่อเป็นมาตรฐานกลางส่งให้กับแพทย์โรงพยาบาลชุมชน เป็นผู้นำเสนอกรณีศึกษาโดยส่งข้อมูลมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และเปิดโอกาสให้แพทย์ได้เลือกกรณีศึกษาได้อย่างเต็มที่

๖. กำหนดช่วงเวลาที่เหมาะสม โดยทางคณะทำงานได้สำรวจพบว่าโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ส่วนใหญ่ว่างช่วงเที่ยงของวันพฤหัสบดีสุดท้ายของเดือน จึงได้กำหนดเวลาตามช่วงเวลาดังกล่าว หลังดำเนินกิจกรรมพบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะลดลงหลังเวลา ๑๓.๐๐ น. เนื่องจากทุกคนต้องไปทำงานในหน้าที่ของตนเอง

๗. การติดตามผลลัพธ์ โดยวัดผลในไตรมาสสุดท้ายจากข้อมูลพื้นฐาน ปี ๒๕๖๕ อัตราการเริ่มยารักษาวัณโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อยู่ที่ร้อยละ ๓๐ ของผู้ติดเชื้อฯ ที่เข้ามารับการรักษาทั้งหมด หลังจากจัดกิจกรรมในพื้นที่ พบว่า อัตราการเริ่มยารักษาวัณโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๗๐ ในปี ๒๕๖๖ โดยผู้เชี่ยวชาญกล่าวว่า

“เราพยายามออกแบบ Outcome ที่สามารถวัดได้ เรากำหนดขึ้นมาอกเหนือจากค่า Pre และ Post-test วัดความรู้ เป็น Outcome ที่เป็นภาพรวมจังหวัด เช่น เราสอนทีม HIV เรา ก็อยากทราบว่าทีม HIV เริ่มยาด้านได้ภายใน ๒ สัปดาห์ ได้จริงหรือไม่ ซึ่งเรามีข้อมูล Baseline ของเราอยู่ที่เท่าไร และหลังจากเราใส่โปรแกรม ECHO ไป ๖ ครั้ง สิ่งเหล่านี้เพิ่มขึ้นหรือไม่ การเริ่ม TPT ซึ่งนครฯ เราเริ่ม TPT ไปตอนแรกไปแค่ ๓๐% ตอนนี้ได้ข่าวว่าเพิ่มเป็น ๗๐% หลังจากการทำ ECHO การออกแบบ Topic โดยเลือกจากปัญหา”

อย่างไรก็ตามยังพบจุดอ่อนคือ การออกแบบหัวข้อการเรียนรู้ในบางพื้นที่เป็นแบบหลายประเด็นปัญหา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความรู้อื่นๆ ด้านการดูแลรักษาเอชไอวีให้กับบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ ทำให้หัวข้อการเรียนรู้มีประเด็นหลากหลายส่งผลให้ไม่สามารถวัดผลลัพธ์สุขภาพได้เฉพาะเจาะจง โดยผู้รับผิดชอบทีมเชียงรายได้กล่าวว่า

“เราไม่ได้กำหนดเป้าหมายที่เป็น Outcome ที่ชัดเจน ข้อเสนอแนะที่เราทำปีหน้าจังหวัด เชียงรายเป็นจังหวัดยุติเอดส์ อาจจะมี Health outcome ที่ชัดเจนเป็นเรื่องการลดการตาย

*แล้วออกแบบหัวข้อให้สอดคล้องกับเป้าหมาย Outcome การที่จะเริ่มต้นทำอะไรสักอย่าง
มันต้องเริ่มต้นจากความสนใจของผู้ที่จะเข้าฟัง”*

ดังนั้น ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงจุดอ่อนนี้คือ ควรสร้างความเข้าใจกับคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและคณะผู้จัด
ในระดับพื้นที่เพื่อร่วมกันวางแผนและเลือกปัญหาที่เกิดขึ้นจริง นำมาออกแบบหัวข้อกิจกรรม เพื่อช่วยให้สามารถ
สะท้อนผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยวัดจากอัตราการเสียชีวิตจากเอชไอวี การรักษาด้วยยาต้านไวรัส
ภายในวันเดียว (Same day ART) และการรักษาวัณโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อฯ เป็นต้น

ประเด็นที่ ๓ กระบวนการดำเนินงาน

กระบวนการดำเนินงานของโปรแกรม ECHO มีจุดแข็งที่สำคัญคือ คณะทำงานจากสำนักงานป้องกันควบคุม
โรคและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นส่วนสำคัญในการสร้างและขยายเครือข่ายในระดับพื้นที่ จากการดำเนินงาน
ที่ผ่านมา พบว่า คณะผู้เชี่ยวชาญไม่สามารถดำเนินงานโปรแกรม ECHO ได้เพียงลำพัง ดังจะเห็นได้
จากผลการดำเนินงานทั้ง ๓ จังหวัดที่มีผู้เข้าร่วมหลากหลาย ส่วนหนึ่งเกิดจากคณะผู้จัดกิจกรรมและประสานงาน
ระดับพื้นที่ มีบทบาทสำคัญในการสร้างเครือข่ายทำให้งานประสบผลสำเร็จและสร้างระบบการจัดการที่ยั่งยืน
ตามบทบาทสำคัญมีดังนี้

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคมียุทธศาสตร์คือ เป็นผู้จัด/ประสานงานในการเชื่อมการทำงานระหว่างส่วนกลาง
จังหวัด คณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และดำเนินการจัดกิจกรรม เช่น การประชาสัมพันธ์ เตรียมระบบเทคโนโลยีและ
สารสนเทศ จัดเตรียมเครื่องมือสำหรับนำเสนอ ประเมินความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม และความพึงพอใจ
เป็นต้น รวมถึงสรุปข้อมูลและขยายผลการดำเนินงานภายในเขตพื้นที่

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทคือ ร่วมเป็นผู้จัด/ประสานงานในจังหวัด ประชาสัมพันธ์กิจกรรม
ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ ทำหนังสือแจ้งเวียนรายเดือนถึงโรงพยาบาล และประชาสัมพันธ์ผ่านกลุ่ม Line
application รวมถึงประเมินผลการดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO
ในจังหวัด

นอกจากนี้จุดแข็งอีกประการหนึ่งคือ การได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากศูนย์ความร่วมมือ
ไทย – สหรัฐ ด้านสาธารณสุข ทำให้สามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง โดยใช้งบประมาณทั้งสิ้น ๔๓๒,๐๐๐ บาท
เฉลี่ยจังหวัดละ ๑๓๔,๐๐๐ บาท รายละเอียดดังนี้

- ๑) ประชุมเตรียมคณะทำงาน ใช้งบประมาณ ๑๖๒,๐๐๐ บาท โดยเฉลี่ยจังหวัดละ ๕๔,๐๐๐ บาท/๖ ครั้ง
การจัดประชุมเตรียมกิจกรรม ใช้งบประมาณ จำนวน ๙,๐๐๐ บาท/ครั้ง
- ๒) โปรแกรม ECHO ใช้งบประมาณ ๒๗๐,๐๐๐ บาท โดยเฉลี่ยจังหวัดละ ๙๐,๐๐๐ บาท/ ๖ ครั้ง
การจัดโปรแกรม ECHO ใช้งบประมาณ ๑๕,๐๐๐ บาท/ครั้ง

อย่างไรก็ตาม จุดอ่อนของกระบวนการดำเนินงาน คือ การเข้าร่วมโปรแกรม ECHO ของแพทย์โรงพยาบาล
ชุมชนยังน้อยและไม่ต่อเนื่อง รวมถึงขาดการมีส่วนร่วมในการนำเสนอกรณีศึกษา จากการดำเนินงานใน ๓ พื้นที่
พบว่า ภาพรวมของการจัดกิจกรรมมีแพทย์เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน ๖๐๒ คน จากผู้เข้าร่วม ๑,๕๙๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๔ ของผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด แพทย์เข้าร่วมกิจกรรมต่อเนื่องมากกว่า ๔ ครั้ง จำนวน ๗๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๓

และแพทย์โรงพยาบาลชุมชนนำเสนอกรณีศึกษา เพียง ๑๒ คน จากทั้งหมด ๓๖ คน จะเห็นได้ว่า การมีส่วนร่วมของแพทย์โรงพยาบาลชุมชนต่อโปรแกรม ECHO ยังไม่ดีเท่าที่ควร

ข้อเสนอแนะคือ ควรส่งเสริมให้แพทย์โรงพยาบาลชุมชนเป็นผู้นำเสนอกรณีศึกษา โดยไม่จำกัดความซับซ้อนหรือความยากง่ายของกรณีศึกษา เพื่อสร้างความร่วมมือในการมีส่วนร่วมของแพทย์โรงพยาบาลชุมชน โดยคณะกรรมการจังหวัดอุดรธานีได้ให้ความคิดเห็นว่า

“ภาระงานในเรื่องที่หาเคส ทางทีมอุดรธานีมีแผนจะ rotation การหาเคสไปที่โรงพยาบาลชุมชนในการนำเสนอเคส สกลนคร ๓ เคส อุดรธานี ๓ เคส และหากจังหวัดเพิ่ม Node ขึ้นอาจจะแบ่งเคสให้กับพื้นที่เพื่อลดภาระงานของส่วนกลาง และช่วยกันทำเคสโดยไม่ได้เป็นแพทย์โรงพยาบาลจังหวัดที่เดียวเพราะจะค่อนข้างลำบากในการหาเคสทำเป็น Network ของแต่ละ Zone ในการสร้าง Consultation ส่งจากโรงพยาบาลชุมชน เราจะได้เคสที่ active ที่เป็นเคสที่เป็นปัญหาจริง เพราะ รพ.อุดร มีเคสที่ Refer มาตอนที่ เป็นปัญหาใน ณ ขณะนั้นเป็นรอบๆ เลยที่มีปัญหาครบทั้งกาย จิต สังคม แต่ยังไม่เคยเข้ามาใช้ใน ECHO เพราะไม่เข้ากับหัวข้อที่กำหนดไว้ตอนแรก แต่ถ้าเราคิดว่าสิ่งนี้เป็นสิ่งที่ควรทำ เราอาจจะพิจารณาทำ ๒-๓ เคสในปีหน้า”

ในส่วนของประเด็นความต่อเนื่องของการเรียนรู้ ควรเลือกเรื่องที่เป็นปัญหาของพื้นที่ เช่น ปัญหาการตีตรา และเลือกปฏิบัติ ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพ ปัญหาขาดการรักษา และปัญหาวัณโรคคอตีบในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จะทำให้แพทย์โรงพยาบาลชุมชนให้ความสนใจและเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

ประเด็นที่ ๔ การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้

การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้มีจุดแข็งคือ ระบบลงทะเบียนและแหล่งเรียนรู้ดูย้อนหลังที่เข้าถึงง่ายและสะดวก จุดเริ่มต้นของการพัฒนาระบบลงทะเบียนและแหล่งเรียนรู้ดูย้อนหลัง เริ่มจาก กองโรคเอดส์ฯ ได้ออกแบบระบบลงทะเบียนผู้เข้าร่วมกิจกรรมโดยใช้รูปแบบ Google form และรวบรวมข้อมูลไว้ที่กองโรคเอดส์ฯ ทำให้ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ณ เวลานั้น ทำให้คณะกรรมการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ช่วยพัฒนาโปรแกรมลงทะเบียนสำหรับผู้เข้าร่วมกิจกรรมภายในจังหวัดเชียงราย ซึ่งพบว่าโปรแกรมที่พัฒนาแล้วมีประสิทธิภาพ ใช้งานง่าย และมีการรายงานผลจำนวนผู้ลงทะเบียน ณ เวลาปัจจุบัน ดังนั้น กองโรคเอดส์ฯ จึงร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายพัฒนาโปรแกรม HIV ECHO HUB เป็น web-based เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ออนไลน์ของชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ผลจากการนำโปรแกรม HIV ECHO HUB ที่พัฒนาแล้วไปใช้กับ ๓ จังหวัด พบว่า มีจำนวนผู้ลงทะเบียนทั้งสิ้น ๑,๕๖๕ คน โดยสามารถดาวน์โหลดเอกสารประกอบกิจกรรมและคู่มือดูย้อนหลังได้ตลอดเวลา

จุดอ่อนคือ การประเมินความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (pre-test/post-test) ไม่สะท้อนผลที่เกิดขึ้นจริง เนื่องจากการประเมินความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม เป็นการวัดระดับความรู้ทางวิชาการ ไม่ใช่ทักษะด้านการดูแลรักษา นอกจากนี้ยังพบปัญหาการเข้าถึงฐานข้อมูลการประเมินผลของคณะกรรมการในพื้นที่ ทำให้ประเมินผลการดำเนินงานล่าช้า โดยคณะกรรมการจังหวัดอุดรธานีได้ให้ความเห็นว่า

“การเข้าถึงข้อมูลหลังบ้านจะทำให้เราสามารถติดตามผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ เช่น คนเข้าเรียน ๑๐๐ คน ทำไม่มีคนทำ pre-test ๕๐ คน แต่ในช่วงทำ post-test มีคนที่เข้ามาทำ ๔๐ คน สิ่งที่เราอยากเห็นว่ามีผู้เข้าเรียนต่อเนื่องก็คน เขามีความสนใจกับกิจกรรมเรามากน้อยแค่ไหน เราอยากเห็นช่องของข้อเสนอแนะว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความคิดต่อกิจกรรมอย่างไร และอยากให้เราทำอะไรเพิ่มมากขึ้น เพื่อต่อยอดจากการทำงานได้”

เช่นเดียวกับการใช้ประโยชน์จากข้อมูลการประเมินผลความพึงพอใจ พื้นที่ไม่ได้ข้อมูล ณ เวลาปัจจุบัน ทำให้นำไปปรับปรุงงานได้ล่าช้า โดยคณะทำงานจังหวัดนครศรีธรรมราชได้กล่าวว่า

“การประเมินความพึงพอใจ จะช่วยกระตุ้นทีมพื้นที่ เมื่อไหร่ที่เห็นยอดวิวเริ่มหาย ทำก่อนออกไปเราก้กระตุ้นให้เข้มขึ้น การใช้ประโยชน์จากข้อมูล เรารู้ข้อมูลซ้ำ พอกองเอตส์เอาไปวิเคราะห์เอง กว่าเราจะรู้กลับมากก็เลยเวลาไปแล้ว จบไปเป็นอาทิตย์ แล้วก็ไม่ได้ใช้ไปทำอะไร แต่สิ่งที่เห็นก็คือว่ามันเพิ่มขึ้นด้วย เราเลยไม่ได้ซีเรียส แต่ว่าความพึงพอใจเราก้เอามาปรับนะครับตามที่เขาแนะนำมา”

ข้อเสนอแนะ คือ ควรออกแบบโปรแกรมให้ง่ายต่อการเข้าถึงข้อมูลของพื้นที่ เพื่อใช้ประโยชน์จากผลวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ รวมทั้งติดตาม และขยายผลการดำเนินงาน โดยพัฒนาโปรแกรม HIV ECHO HUB ให้เป็นแหล่งเรียนรู้ออนไลน์ของชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี แบบ One stop service โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถลงทะเบียนเข้าร่วมกิจกรรมและเลือกหัวข้อที่เรียนได้ตามความต้องการ รวมถึงสามารถเรียนย้อนหลังได้ทุกที่ ทุกเวลา จากวิดีโอการสอน เอกสารประกอบกิจกรรม และสามารถดูผลการประเมินต่างๆ ได้ ณ เวลาปัจจุบัน

ประเด็นที่ ๕ การมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

จุดแข็ง คือ การใช้กรณีศึกษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีปัญหาซับซ้อนจากพื้นที่จริงมานำเสนอผ่านโปรแกรม ECHO โดยมีคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาและร่วมแก้ไขปัญหา รวมถึงบรรยายให้ความรู้ทางวิชาการด้านการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในประเด็นที่เป็นปัญหา

จุดอ่อนที่สำคัญคือ กรณีศึกษาของผู้ป่วยยังขาดประเด็นการดูแลรักษาแบบองค์รวม กาย จิต และสังคม ทำให้ไม่มีการพูดถึงการดูแลด้านจิตสังคม (Psychosocial) และการตีตราและเลือกปฏิบัติ รวมถึงกรณีศึกษาของผู้ติดเชื้อที่นำเสนอส่วนใหญ่เป็นกรณีศึกษาที่ได้รับการรักษาเรียบร้อยแล้ว ไม่ใช่ผู้ติดเชื้อที่ดูแลรักษา ณ เวลาปัจจุบัน เนื่องจากหัวข้อการเรียนรู้ถูกออกแบบมาตั้งแต่ต้นปี ซึ่งผู้เชี่ยวชาญจังหวัดนครศรีธรรมราชได้ให้ความเห็นเพิ่มเติมเรื่องการเลือกกรณีศึกษาดังนี้

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

ข้อเสนอแนะ คือ กองโรคเอดส์ฯ ควรกำหนดรูปแบบและหัวข้อการนำเสนอกรณีศึกษาที่เป็นมาตรฐานกลาง โดยเพิ่มหัวข้อการดูแลแบบองค์รวม ภาย จิต และสังคม เพื่อให้แพทย์ผู้นำเสนอกรณีศึกษาของแต่ละพื้นที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยผู้เชี่ยวชาญจังหวัดนครศรีธรรมราชได้กล่าวว่า

“การมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลในจังหวัด ของนครฯ จะไม่เหมือนของที่อื่นๆ ตรงที่คนที่พีริเซนต์เคส เป็นโรงพยาบาลชุมชน ของนครฯ มีโรงพยาบาลชุมชน ๒๓ แห่ง เรามี Case-submission form เหมือนเป็น standard protocol เหมือนการทำ Interhost ส่งให้กับโรงพยาบาลชุมชน แล้วเขาก็ Submit มาทาง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด การนำเสนอ ทั้ง ๖ ครั้งก็ไม่มี cancel เคสไหนของโรงพยาบาลชุมชนที่ส่งมา เพราะเขารู้สึกว่าเขามีส่วนร่วม เปิดโอกาสให้เขาได้เลือกเคสได้อย่างเต็มที่ แต่อาจจะเพิ่มบางประเด็นที่คิดว่าจะเป็นความรู้เพิ่มเติม”

ประเด็นที่ ๖ การประชาสัมพันธ์ การสร้างแรงจูงใจ และแนวทางการขยายผลการดำเนินงาน มี ๓ ประเด็น ดังนี้

๖.๑ การประชาสัมพันธ์

จุดแข็ง คือ การประชาสัมพันธ์โปรแกรม ECHO มีหลายช่องทาง เอื้อให้กลุ่มเป้าหมายรับรู้ข้อมูลและเข้าถึงกิจกรรมได้มากขึ้น จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า คณะทำงานในพื้นที่มีช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย ดังนี้

๑) หนังสือราชการ: คณะทำงานในพื้นที่ได้จัดทำหนังสือแจ้งเวียนรายเดือนถึงโรงพยาบาล และผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงสรุปจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม โดยทีมคณะทำงานจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้กล่าวว่า

“ทุกเดือนทาง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จะมีการเวียนหนังสือให้กับโรงพยาบาล เมื่อเราได้แผนเสร็จเรียบร้อยแล้ว กำหนดวันเสร็จเรียบร้อยแล้ว ครั้งแรกเลยเราจะส่งหนังสือประชาสัมพันธ์พร้อมกับแผนการจัดให้กับโรงพยาบาลทุกแห่งภายในจังหวัด แล้วเมื่อถึงกำหนดจัดโปรแกรม ECHO เรา set วันไว้แล้ว เราก็ทำหนังสือส่งให้กับโรงพยาบาลอีกครั้งหนึ่ง และก็มีเบื้องหลัง Connection กับโรงพยาบาลที่จะต้องนำเสนอเคส”

๒) โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์: กองโรคเอดส์ฯ จัดทำโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์โปรแกรม ประกอบด้วย วัน/เวลา ในการจัดกิจกรรม หัวข้อกิจกรรมทั้ง ๖ หัวข้อ และคณะวิทยากร ทำให้ผู้เรียนสามารถวางแผนตารางเรียนของตนเองได้ และพื้นที่สามารถใช้โปสเตอร์ช่วยประชาสัมพันธ์ได้อีกทางหนึ่ง

๓) ไลน์กลุ่ม (Line group): เครือข่ายภายในจังหวัดใช้การประชาสัมพันธ์กิจกรรมผ่านไลน์กลุ่มที่มีอยู่แล้ว เช่น จังหวัดอุดรธานี ใช้ไลน์กลุ่มชื่อ RX ของแพทย์ เกสช และพยาบาล เพื่อมีการเชิญชวนเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ โดยสามารถส่งลิงก์เข้าในไลน์กลุ่มได้ง่ายและรวดเร็วกว่าหนังสือราชการ โดยคณะทำงานจังหวัดอุดรธานีได้กล่าวว่า

“การเชิญชวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมเข้า เราจะทำใน ๓ ชั่วโมงเร่งด่วน เพราะปัจจุบันการประชุมออนไลน์มีเยอะมาก บางทีคนที่ลงทะเบียนอาจจะหลงลืม จนถึงชั่วโมงเรียนแล้วอาจจะลืม เราจะมีทีมที่สรุปกันว่าแต่ละจังหวัดมีคนเข้าร่วมกี่คนแล้ว ทีมสำนักงานป้องกันควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตามคนในพื้นที่ในช่วงเข้มข้น ๓ ชั่วโมง

ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กระตุ้นตรงนี้ สำหรับผู้เข้าเรียนแล้ว เราจะดึงเข้ากลุ่มไลน์ทีม ECHO เขต ๘ เพราะฉะนั้นทีมเราเกาะติด เชิญทีม ESC ของอาจารย์สุนันทาต้องเข้า”

นอกจากการประชาสัมพันธ์แล้วการติดตามผู้เข้าร่วมก็มีส่วนสำคัญในการเชิญชวนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่เข้าร่วม โดยทีมคณะทำงานอุดรธานีได้กล่าวว่า

“สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ๘ ช่วย Monitor แต่ละจังหวัดมีผู้สมัครเท่าไร และจะแจ้งไปทางไลน์กลุ่มว่าจังหวัดไหนยังไม่มีใครสมัครเข้าร่วม และมีคนเข้านอกจังหวัดกี่คน ดูว่า ๓ วันก่อนจัดกิจกรรมมีคนสนใจสมัครเข้าร่วมกี่คน มีคนลงทะเบียนกี่คน จำมีทีมนี้ Monitor งาน ถ้าจังหวัดไหนยังไม่มีใครสมัครก็จะโทรติดตาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้สมัคร เพราะเราก็ไม่ยักน้อยหน้าทีมอาจารย์ที่สอนมาจากระดับประเทศ”

อย่างไรก็ตามยังพบจุดอ่อน คือ ความครอบคลุมในการประชาสัมพันธ์กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ที่ยังน้อย จากผลการดำเนินงาน พบว่า ร้อยละของผู้เข้าร่วมกิจกรรมจังหวัดเชียงรายเป็นพยาบาลมากที่สุด คือร้อยละ ๔๗ รองลงมาคือ แพทย์ ร้อยละ ๒๖ ในส่วนจังหวัดอุดรธานี พบว่า มีพยาบาลเข้าร่วมมากที่สุด คือร้อยละ ๔๖ รองลงมาคือ แพทย์ ร้อยละ ๒๑ และจังหวัดนครศรีธรรมราชมีพยาบาลเข้าร่วมมากที่สุด ร้อยละ ๔๒ รองลงมาคือ แพทย์ ร้อยละ ๒๔ จะเห็นว่ากลุ่มเป้าหมายหลักของโปรแกรม ECHO คือ แพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนยังมีสัดส่วนการเข้าร่วมกิจกรรมน้อย เมื่อเทียบกับวิชาชีพอื่นๆ

ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงการประชาสัมพันธ์คือ ควรใช้วิธีการขับเคลื่อนในเชิงนโยบายเพื่อสร้างความร่วมมือ โดยให้ข้อมูลความสำคัญของโปรแกรม ECHO แก่ผู้บริหารในพื้นที่ เพื่อแจ้งเวียนหนังสือประชาสัมพันธ์แก่กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรมอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าการประชาสัมพันธ์ที่ดีมีความสำคัญต่อการเข้าร่วมโปรแกรม ECHO หากผู้บริหารให้ความสำคัญกับการประชาสัมพันธ์ โดยร่วมกับคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และคณะทำงานในพื้นที่วางแผนขยายการดำเนินงาน ทำความเข้าใจกับคณะแพทย์ให้รู้จักโปรแกรม ECHO ก่อน และจัดทำหนังสือเชิญอย่างเป็นทางการ จะทำให้เกิดความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น โดยทีมจังหวัดเชียงรายกล่าวว่า

“ประเด็นเฉพาะของเคสภาคเหนือ Actively engage เครือข่าย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตอนนี้อย่างเป็นอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญนำเสนอเคลงเองหมด เน้นการดึง audient เข้ามาจริงๆ ตรงนี้เราต้องไปร่วมสื่อสารกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดให้เห็นถึงความสำคัญต่อประเด็นนี้ และถ้าเราคุยกับผู้ตรวจจะไปรอดไหม ซึ่งถ้าภาพของประเทศเรากำลังไปในประเด็นที่ว่าลดอัตราการตาย จากการประชุม National QI เนื่องจากว่าครึ่งหนึ่งจากเคสในผู้ติดเชื้อ CD4 น้อยกว่า ๒๐๐ copies/mm³ และจากการรื้อชีวิตจาก ๕ ปีที่ผ่านมาเสียชีวิตภายใน ๑ ปี นั่นแปลว่า เราต้องทำให้ชุมชนมีศักยภาพในการดูแลรักษาเอชไอวี โดยเชียงรายจะใช้เป้าหมายในการลดการเสียชีวิต โดยการเริ่มยาให้เร็ว Treat OI ให้ดี รักษา TB ให้ดี มันจะคลุมประเด็นพวกดีหมด”

๖.๒ การสร้างแรงจูงใจ

จุดแข็งคือ การใช้คะแนนหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องและใบประกาศนียบัตร เป็นแรงจูงใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ออกแบบวิธีการสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้เข้าโปรแกรม ECHO ในปี ๒๕๖๖ มี ๒ กิจกรรมหลัก ประกอบด้วย

๑) การขอหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องสำหรับแพทย์ (CME) เกสัชกร (CPE) และนักเทคนิคการแพทย์ (CMTE) เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ได้รับหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องอันเป็นประโยชน์ต่อผู้เข้าร่วมกิจกรรมจากการดำเนินงาน พบว่า มีจำนวนผู้ได้รับหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่อง 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 โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมต่อเนื่องมากกว่า ๔ ครั้งจะได้รับใบประกาศนียบัตร ซึ่งมีผู้ได้รับประกาศนียบัตรทั้งหมด ๒๑๑ คน

สำหรับจังหวัดเชียงรายสร้างแรงจูงใจให้กับผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นพิเศษ และได้รับการตอบรับจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี คือแจกของรางวัลเป็นกระบอกน้ำ สำหรับผู้ที่ตอบแบบประเมินหลังเข้าร่วมกิจกรรม (post-test) ได้คะแนนเต็ม โดยมีจำนวนผู้ได้รับของรางวัลจากการเข้าร่วมกิจกรรม ทั้งหมด ๓๐ คน

แต่การสร้างแรงจูงใจยังพบจุดอ่อนคือ ขาดการสนับสนุนหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องสำหรับพยาบาล (CNEU) จากผลการดำเนินงานในพื้นที่ต้นแบบ ๓ จังหวัด พบว่า ในภาพรวมมีพยาบาลเข้าร่วมกิจกรรมมากที่สุดคือ จำนวน ๙๙๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๐ ของผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด จะเห็นได้ว่าพยาบาลมีความสนใจในการเข้าร่วมโปรแกรม ECHO เป็นจำนวนมาก แต่กลับไม่ได้รับหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่อง จากสาเหตุรูปแบบกิจกรรมไม่เข้าหลักเกณฑ์การขอหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องของสภาการพยาบาล

ทั้งนี้จึงมีข้อเสนอแนะว่า การขอหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องของพยาบาล (CNEU) เสนอแนะให้ดำเนินการ ๒ รูปแบบ คือ ๑. ทหารือกับสภาพยาบาลและคณะพยาบาลที่เป็นผู้จัดการกิจกรรมระดับพื้นที่เพื่อหาแนวทางการขอหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องสำหรับพยาบาล และ ๒. ประชาสัมพันธ์ช่องทางขอหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องสำหรับพยาบาลเป็นรายบุคคล เพื่อเป็นทางเลือกให้กับพยาบาลผู้เข้าร่วมกิจกรรมนำไปใช้ขอหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องได้ด้วยตนเอง โดยคณะทำงานจังหวัดเชียงรายได้เสนอว่า

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

๖.๓ การขยายผลการดำเนินงาน

จุดแข็ง คือ พื้นที่ต้นแบบ ๓ จังหวัด มีแผนขยายการดำเนินงานไปยังจังหวัดใกล้เคียงครอบคลุมทั้งเขต

จุดอ่อนที่พบคือ การสร้างความยั่งยืนของโปรแกรม ECHO ในพื้นที่ กรณีไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ซึ่งทำให้การจัดกิจกรรมไม่ต่อเนื่อง จากผลการประเมินความพึงพอใจพบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้ง ๓ พื้นที่ต้นแบบ มีข้อเสนอแนะให้มีการจัดโปรแกรม ECHO ต่อเนื่องทุกปี เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์มีการปรับเปลี่ยนโยกย้ายเป็นประจำ ดังนั้น โจทย์สำคัญสำหรับกองโรคเอดส์ฯ และพื้นที่คือ จะทำอย่างไรให้เกิดการจัดกิจกรรมต่อเนื่องทุกปี โดยไม่มีงบสนับสนุนจากส่วนกลาง

จากจุดอ่อนดังกล่าวจึงมีข้อเสนอแนะคือ การพัฒนาแนวทางการสร้างความยั่งยืนในการดำเนินงานโปรแกรม ECHO ในพื้นที่ ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้พื้นที่พัฒนางานวิจัยเพื่อแสดงผลลัพธ์การดำเนินงานเชิงประจักษ์ ให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญและประโยชน์ของกิจกรรม นำไปสู่การบรรจุโปรแกรม ECHO ลงในแผนงบประมาณประจำปี และบูรณาการเชื่อมต่อโปรแกรม ECHO กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อระดมทรัพยากรสนับสนุนกิจกรรมในระดับพื้นที่ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานประกันสังคม โรงพยาบาลเอกชน และบริษัทฯ เป็นต้น

บทที่ ๕

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (Mix method) ประกอบด้วยการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หาจุดแข็ง จุดอ่อน และข้อเสนอแนะในการปรับปรุง/ขยายผลการดำเนินงานในพื้นที่อื่นๆ

๕.๑ สรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่าแต่ละจังหวัดจัดกิจกรรม ๖ ครั้ง รวม ๓ จังหวัด จำนวน ๑๘ ครั้ง มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมรวมทั้งสิ้นจำนวน ๑,๕๙๓ คน โดยเฉลี่ยครั้งละ ๘๙ คน ผลการประเมินความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้ง ๓ จังหวัดมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ ที่ค่าความเชื่อมั่นร้อยละ ๙๕ และมีความพึงพอใจในภาพรวมทั้ง ๓ จังหวัด อยู่ในระดับมาก

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มมีข้อค้นพบสำคัญ ดังนี้

จุดแข็งของโปรแกรม ECHO มีดังนี้

๑. ทีมนำเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรแพทย์โรคติดเชื้อ (Infection disease Physician) ทำให้เกิดเครือข่ายพี่เลี้ยงด้านวิชาการระหว่างแพทย์โรงพยาบาลศูนย์และแพทย์โรงพยาบาลชุมชน

๒. การใช้ประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่นำมาออกแบบและกำหนดเป้าหมายกิจกรรม ช่วยปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้ดีขึ้น

๓. คณะทำงานจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นส่วนสำคัญในการสร้างและขยายเครือข่ายในระดับพื้นที่

๔. การใช้โปรแกรม HIV ECHO HUB เป็นระบบลงทะเบียนและแหล่งเรียนรู้ที่ดูย้อนหลังได้ทำให้เข้าถึงง่ายและสะดวก

๕. การใช้กรณีศึกษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีปัญหาซับซ้อนจากพื้นที่จริงมานำเสนอเป็นการมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

๖. การประชาสัมพันธ์มีหลายช่องทางเอื้อให้กลุ่มเป้าหมายรับรู้ข้อมูลและเข้าถึงกิจกรรมได้มากขึ้น รวมถึงการใช้คะแนนหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องและใบประกาศนียบัตร เป็นแรงจูงใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

จุดอ่อนของโปรแกรม ECHO มีดังนี้

๑. ภาระงานของคณะทำงาน เนื่องจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและคณะจัดการมีภาระหน้าที่ประจำต้องรับผิดชอบงานอื่นๆ

๒. การออกแบบหัวข้อการเรียนรู้ในบางพื้นที่เป็นแบบหลายประเด็นปัญหา ส่งผลให้ไม่สามารถวัดผลลัพธ์สุขภาพได้เฉพาะเจาะจง

๓. การเข้าร่วมโปรแกรม ECHO ของแพทย์โรงพยาบาลชุมชนยังน้อยและไม่ต่อเนื่อง รวมถึงขาดการมีส่วนร่วมในการนำเสนอกรณีศึกษา

๔. การประเมินความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (pre-test/post-test) ไม่สะท้อนผลที่เกิดขึ้นจริง เนื่องจากการประเมินความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม เป็นการวัดระดับความรู้ทางวิชาการ ไม่ใช่ทักษะด้านการดูแลรักษา

๕. กรณีศึกษาของผู้ป่วยยังขาดประเด็นการดูแลรักษาแบบองค์รวม กาย จิต และสังคม ทำให้ไม่มีการพูดถึง การดูแลด้านจิตสังคม (Psychosocial) และการตีตราและเลือกปฏิบัติ

๖. ความครอบคลุมในการประชาสัมพันธ์กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ยังน้อย และขาดการสนับสนุนหน่วยคะแนน การศึกษาต่อเนื่องสำหรับพยาบาล (CNEU)

๕.๒ อภิปรายผล

๑. การศึกษาเชิงปริมาณ

ผู้เข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรม ECHO รวมทั้งสิ้น ๑,๕๙๓ คน เฉลี่ยครั้งละ ๘๙ คน โดยผลการประเมินความรู้ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้ง ๓ จังหวัดมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p\text{-value} < 0.005$ และมีความพึงพอใจในภาพรวมทั้ง ๓ จังหวัด อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับผลการศึกษา ของ Bikinesi และคณะ (๒๕๖๓) ได้ประเมินผลการดำเนินงานโครงการ ECHO สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ในประเทศนามิเบีย ในคลินิกสุขภาพนาร่อง ๑๐ แห่ง ผลการศึกษาผลลัพธ์เชิงปริมาณ พบว่า ๑) ความรู้ด้านการรักษา เอชไอวีเพิ่มขึ้น ๑๗.๘% ของผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด (๙๕% confidence interval ๑๒.๒-๒๓.๕%) ๒) ความรู้ด้านการรักษาเอชไอวีของพยาบาลเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๒.๓ ของผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด (๙๕% confidence interval ๑๓.๒-๓๑.๕%) ๓) การประเมินความพึงพอใจเพิ่มขึ้นร้อยละ ๓๐ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่ลดการทำงาน แบบแยกวิชาซึ่งลดน้อยลงถึงร้อยละ ๖๖ อธิบายได้ว่า โปรแกรม ECHO ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย และเพิ่มความรู้และทักษะในการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีของบุคลากรทางการแพทย์

๒. การศึกษาเชิงคุณภาพ

ประเด็นที่ ๑ บทบาทที่มำนำโปรแกรม ECHO ผลการศึกษา พบว่า การมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรแพทย์ โรคติดเชื้อ (Infection disease Physician) เป็นที่มำนำทำให้เกิดเครือข่ายพี่เลี้ยงด้านวิชาการระหว่างแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์และแพทย์โรงพยาบาลชุมชน แต่ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลกระทบต่อบทบาทและการดำเนินงานของที่มำนำ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทีปกร จิริฐิติกุลชัย (๒๕๖๓) เรื่อง การจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพเชิงพื้นที่เพื่อบรรเทาปัญหาการขาดแคลนบุคลากร ที่พบว่า จำนวนขาดแคลน ของแพทย์ เฉลี่ย ๑๐ คนต่อโรงพยาบาล อธิบายได้ว่า การขาดแคลนแพทย์ที่เกิดจากจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ และการขาดแคลนที่มาจากปัญหาการกระจายตัวของวิชาชีพ โดยประเทศไทยมีภูมิศาสตร์ที่มีชุมชนอยู่ห่างไกล ส่งผลให้แพทย์ที่อยู่โรงพยาบาลชุมชนโดยเฉพาะแพทย์จบใหม่ที่อยู่ระหว่างเพิ่มพูนทักษะความรู้ ไม่สามารถให้บริการ ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีปัญหาซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประเด็นที่ ๒ การวางแผนการดำเนินงาน ผลการศึกษา พบว่า จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ออกแบบแผนการเรียนรู้โปรแกรม ECHO โดยใช้ปัญหาเรื่องการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรคร่วมที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่มากำหนดกิจกรรม และเป้าหมายการดำเนินงานทำให้อัตราการเริ่มยาการรักษาวัณโรคระยะแฝงในผู้ป่วยเอชไอวีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓๐ เป็นร้อยละ ๗๐ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พนิดา วสุธาพิทักษ์ (๒๕๕๗) เรื่อง การจัดการความรู้ในเครือข่ายสุขภาพชุมชน: กรณีศึกษาเครือข่ายสุขภาพชุมชนของมูลนิธิแพทย์ชนบท ที่พบว่าการจัดการให้เกิดองค์ความรู้ หากกำหนดแผนการชัดเจน จะนำไปสู่การดำเนินงานตามเป้าหมายได้เร็วยิ่งขึ้น อธิบายได้ว่า การนำปัญหาที่เกิดขึ้นจริงตามบริบทของพื้นที่ที่กำหนดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม ทำให้ทีมมองเห็นเป้าหมายชัดเจน และมุ่งสู่ทิศทางการทำงานที่มีประสิทธิภาพพร้อมกัน

ประเด็นที่ ๓ กระบวนการดำเนินงาน ผลการศึกษา พบว่า คณะทำงาน ประกอบด้วย สำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีส่วนสำคัญในการขยายงานและสร้างเครือข่ายในระดับพื้นที่ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กัลยาณี จันธิมา และคณะ (๒๕๖๕) เรื่อง การพัฒนาระบบการจัดบริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลางในโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่า การเพิ่มศักยภาพทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัดและการสร้างภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ช่วยให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สามารถให้บริการครอบคลุมตามเป้าหมาย ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อฯ ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง อธิบายได้ว่า ภาคีเครือข่ายการดำเนินงานทุกระดับ เป็นกลไกสำคัญในการดำเนินการและขยายกิจกรรมให้เกิดขึ้นในพื้นที่บรรลุตามเป้าประสงค์การดำเนินงาน

ประเด็นที่ ๔ การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ ผลการศึกษา พบว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ECHO มีความรู้หลังเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น และมีความพึงพอใจต่อโปรแกรม ทำให้เกิดเครือข่ายการเรียนรู้ในพื้นที่ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Bikinesi และคณะ (๒๕๖๓) เรื่อง การประเมินผลการดำเนินงานโครงการ ECHO สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศนามิเบีย พบว่า หลังจากทดลองนำโปรแกรม ECHO นำร่องในคลินิกสุขภาพจำนวน ๑๐ แห่ง พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจ จนสามารถขยายเป็น ๔๐ แห่ง ภายในเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๒ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับบริการมากกว่า ๑๔๐,๐๐๐ คน จนนำไปสู่การพัฒนาชุมชนนักปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง อธิบายได้ว่า การดำเนินงานทุกโครงการจำเป็นต้องประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อรับฟังความคิดเห็นและนำไปสู่ความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมกิจกรรม ส่งผลให้การดำเนินงานสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ประเด็นที่ ๕ การมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผลการศึกษา พบว่า การนำเสนอกรณีศึกษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ยังขาดประเด็นการดูแลรักษาแบบองค์รวม กาย จิต และสังคม ทำให้ไม่มีการพูดถึงการดูแลด้านจิตสังคม รวมถึงการติตราและเลือกปฏิบัติ เนื่องจากยังไม่มีแนวทางการนำเสนอกรณีศึกษาที่เป็นมาตรฐานกลางสำหรับนำเสนอกรณีศึกษาจากปัญหาที่เจอในพื้นที่และมีประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น โรคร่วม วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคไวรัสตับอักเสบบีและซี เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาวณีย์ อรรถนพพรชัย และชวภณกิจ หิรัญกุล (๒๕๖๔) ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในชนบท ที่พบว่า ขาดแนวทางการรักษาแพทย์ทางไกลให้แพทย์และผู้ให้บริการทางการแพทย์ยึดถือปฏิบัติ ดังนั้น การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในชนบท โดยการประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล Telemedicine ต้องมีการพัฒนาควบคู่กันระหว่าง ความเชี่ยวชาญของแพทย์ที่ต้องรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ และแนวทางการรักษาผ่านระบบการแพทย์ทางไกล อธิบายได้ว่า การกำหนด

รูปแบบการเรียนรู้ที่เป็นมาตรฐานกลาง สำหรับระบบการแพทย์ทางไกลเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อยกระดับคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ในทุกพื้นที่

ประเด็นที่ ๖ การประชาสัมพันธ์ การสร้างแรงจูงใจ และการขยายการดำเนินงาน ผลการศึกษา พบว่าช่องทางสื่อสารประชาสัมพันธ์กิจกรรมกับเครือข่ายในพื้นที่ที่มีความหลากหลาย แต่ความครอบคลุมในการประชาสัมพันธ์ในกลุ่มแพทย์ยังไม่เพียงพอ จากผลการดำเนินงาน ๓ จังหวัด พบว่ากลุ่มเป้าหมายหลักของโปรแกรม ECHO อันได้แก่แพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนยังมีสัดส่วนการเข้าร่วมน้อย ซึ่งเป็นอันดับสองเมื่อเทียบกับกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จินดา คุณสมบัติ และคณะ (๒๕๕๗) ที่ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาารูปแบบเพื่อการส่งเสริมการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่า ปัญหาและอุปสรรคของการส่งเสริมการจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติ คือ การประชาสัมพันธ์ และการสนับสนุนนโยบายให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในบุคลากรยังไม่เพียงพอ สมาชิกชุมชนนักปฏิบัติไม่มีเวลาในการเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ส่วนข้อเสนอแนะของการส่งเสริมการจัดการความรู้ได้แก่ ผู้บริหารควรเผยแพร่ นโยบายในการส่งเสริมการจัดการความรู้แก่บุคลากรอย่างทั่วถึง อธิบายได้ว่า การประชาสัมพันธ์และการสร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมควรได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร ตั้งแต่การออกนโยบายที่เอื้อให้เกิดการพัฒนา ศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ ไปจนถึงให้การสนับสนุนด้านเทคโนโลยี เพื่อลดอุปสรรคในการเข้าถึงกิจกรรม และเพิ่มการมีส่วนร่วมของบุคลากร

๕.๓ ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑. ควรใช้วิธีการขับเคลื่อนในเชิงนโยบายเพื่อสร้างความร่วมมือ โดยให้ข้อมูลความสำคัญของโปรแกรม ECHO แก่ผู้บริหารในพื้นที่เพื่อขยายเครือข่ายของผู้เชี่ยวชาญด้านดูแลรักษาเอชไอวีในระดับเขตและจังหวัดให้ครอบคลุมมากขึ้น

๒. ควรบูรณาการโปรแกรม ECHO ร่วมกับงานการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวีระดับประเทศ เพื่อให้การดำเนินงานในระดับประเทศและระดับพื้นที่มีเป้าหมายและทิศทางเดียวกัน โดยสนับสนุนให้แต่ละจังหวัดออกแบบกิจกรรมตามบริบทของพื้นที่และวัดผลอย่างเป็นรูปธรรม โดยใช้ตัวชี้วัดด้านการดูแลรักษาเอชไอวีเป็นเป้าหมาย

๓. ควรบูรณาการเชื่อมต่อโปรแกรม ECHO กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อระดมทรัพยากรสนับสนุนกิจกรรมในระดับพื้นที่ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานประกันสังคม โรงพยาบาลเอกชน และบริษัทฯ เป็นต้น

๔. ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้พื้นที่พัฒนางานวิจัยเพื่อแสดงผลลัพธ์การดำเนินงานเชิงประจักษ์ให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญและประโยชน์ของกิจกรรม นำไปสู่การบรรจุโปรแกรม ECHO ลงในแผนงบประมาณประจำปี เพื่อสร้างความยั่งยืนในการดำเนินงานโปรแกรม ECHO ในพื้นที่

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

๑. ควรสร้างความเข้าใจกับคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและคณะผู้จัดในระดับพื้นที่เพื่อร่วมกันวางแผนและเลือกปัญหาที่เกิดขึ้นจริง นำมาออกแบบหัวข้อกิจกรรม เพื่อช่วยให้สามารถสะท้อนผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยวัดจากอัตราการเสียชีวิตจากเอชไอวี การรักษาด้วยยาต้านไวรัสภายในวันเดียว (Same day ART) และการรักษา วัณโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อฯ เป็นต้น

๒. ควรพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เป็นมาตรฐานกลาง เพื่อช่วยให้ทีมผู้เชี่ยวชาญมีแนวทางในการจัดกิจกรรม และเกิดความมั่นใจในการเลือกกรณีศึกษาของผู้ป่วยที่มีโรคร่วมและประเด็นที่เกี่ยวข้อง

๓. ควรส่งเสริมให้แพทย์โรงพยาบาลชุมชนเป็นผู้นำเสนอกรณีศึกษาฯ โดยไม่จำกัดความซับซ้อนหรือ ความยากง่ายของกรณีศึกษา เพื่อสร้างความร่วมมือในการมีส่วนร่วมของแพทย์โรงพยาบาลชุมชน

๔. ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์โปรแกรม ECHO ผ่านช่องทางสื่อออนไลน์หรือแพลตฟอร์มอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทางการแพทย์ เช่น แอปพลิเคชัน Docquity ชุมชนการเรียนรู้ของแพทย์ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมาย

๕. ควรประสานขอหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องของพยาบาล (CNEU) โดยดำเนินการ ๒ รูปแบบ ได้แก่ ๑) ทหารือกับสภาพพยาบาลและคณะพยาบาลที่เป็นผู้จัดกิจกรรมระดับพื้นที่เพื่อหาแนวทางการขอหน่วยคะแนน การศึกษาต่อเนื่องสำหรับพยาบาล และ ๒) ประชาสัมพันธ์ช่องทางการขอหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องสำหรับ พยาบาลเป็นรายบุคคล

๖. ควรสร้างระบบฐานข้อมูลที่มีประสิทธิภาพและเข้าถึงได้ง่าย เพื่อให้การใช้งานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นแหล่งเรียนรู้ออนไลน์ของชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวีที่ทำให้ผู้เข้าร่วมสามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลา และทีมผู้จัด ระดับพื้นที่สามารถติดตามผลการดำเนินงานได้อย่างรวดเร็ว

บรรณานุกรม

- กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (๒๕๖๕). รายงานผลการดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติ
ด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ปี ๒๕๖๕. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. นนทบุรี:
กลุ่มพัฒนาการดูแลรักษาเอชไอวี กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.
- กัลยาณี จันธิมา, ศิวะยุท สิมพ์ประ, วีรพล จันธิมา, & ดวงจันทร์ จันทร์เมือง. (๒๕๖๕). การพัฒนาระบบการจัด
บริการที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นศูนย์กลางในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา.
วารสารโรคเอดส์, ๓๔(๑), ๔๖-๕๗.
- เก็จกนก เอื้อวงศ์. (๒๕๖๒). การสนทนากลุ่ม: เทคนิคการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพที่มีประสิทธิภาพ.
วารสารศึกษาศาสตร์ มสธ., ๑๒(๑), ๑๗-๓๐.
- จินดา คุณสมบัติ, วิฑิตินันท์ อัครเดชอนันต์, และผ่องศรี เกียรติเลิศนภา. (๒๕๕๗). การพัฒนารูปแบบเพื่อการส่งเสริม
การจัดการความรู้ของชุมชนนักปฏิบัติในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง. *Nursing Journal*, ๔๑(๒), ๒๔-๓๔.
- ทีปกร จิรัฎฐิกุลชัย. (๒๕๖๓). การจัดเครือข่ายบริการสุขภาพเชิงพื้นที่เพื่อบรรเทาปัญหาการขาดแคลนบุคลากร.
วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, ๑๔(๓), ๒๔๓-๒๗๓.
- พนิดา วสุธาพิทักษ์. (๒๕๕๗). การจัดการความรู้ในเครือข่ายสุขภาพชุมชน: กรณีศึกษาเครือข่ายสุขภาพชุมชน
ของมูลนิธิแพทย์ชนบท. ปริญญาโท ศศ.ม. (การจัดการทรัพยากร ชีวภาพ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี. ถ่ายเอกสาร.
- แพทยสภา. (๒๕๖๖). รายงานข้อมูลสถิติแพทย์. <https://www.tmc.or.th/statistics.php>
- มัธนา ก้อนสันทัด. (๒๕๕๙). การพัฒนาเว็บชุมชนนักปฏิบัติสำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัย
เทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี. คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม.
สาขาวิชาเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา).
- วัฒนา พงษ์โนนสูง. (๒๕๕๙). การถอดบทเรียนกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันทางสังคมสำหรับ
พ่อแม่วัยรุ่นจากกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กโดยชุมชนกรณีศึกษาคองสองต้นนุ่น. *Veridian E-Journal*,
Silpakorn University (Humanities, Social Sciences and arts), ๙(๒), ๑๐๙๒-๑๑๐๖.
- วิภาวัญย์ อรรถพรชัย, ชวณภกิจ หิรัญกุล. (๒๕๖๔). การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการพัฒนา
คุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลในชนบท. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น*
มนุษยศาสตร์ และ สังคมศาสตร์, ๗(๓), ๒๕๘-๒๗๑.
- ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย. (๒๕๖๖). ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานด้านการดูแลรักษา
ด้านเอชไอวี. <https://hivhub.ddc.moph.go.th/response.php>

บรรณานุกรม (ต่อ)

สุรพล ธรรมรัมย์ดี. (๒๕๖๖, มิถุนายน). *โครงการถอดบทเรียนการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ด้วยศักยภาพ พชอ.และระบบสุขภาพปฐมภูมิ*. [เอกสารนำเสนอในที่ประชุม]. การประชุมถอดบทเรียน การขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพด้วยศักยภาพ พชอ.และระบบสุขภาพปฐมภูมิ กรมควบคุมโรค, โรงแรมเลอเมอร์เดียน เขาหลัก รีสอร์ท แอนด์ สปา จังหวัดพังงา.

Bikinesi, L., O'Bryan, G., Roscoe, C., Mekonen, T., Shoopala, N., Mengistu, A. T., ... & Struminger, B. (๒๐๒๐). Implementation and evaluation of a Project ECHO tele mentoring program for the Namibian HIV workforce. *Human Resources for Health*, ๑๘, ๑-๑๐.

Bloom, B. S. (๑๙๗๑). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill.

New Mexico university. (๒๐๒๓). *Project ECHO ๒๐๒๓ annual report*. New Mexico: University of New Mexico Health Sciences Center.

ภาคผนวก

ภาคผนวกที่ ๑ ตารางกิจกรรมการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ปี ๒๕๖๖

ภาคผนวกที่ ๒ กำหนดการถอดบทเรียน

ภาคผนวกที่ ๓ แบบประเมินความพึงพอใจ

ภาคผนวกที่ ๔ รายชื่อผู้เข้าร่วมถอดบทเรียน

ภาคผนวกที่ ๕ ภาพกิจกรรมถอดบทเรียน

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.วรรรัตน์ 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	การดูแลภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาวัณโรค ในผู้ป่วยเอชไอวี	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
 การขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ในพื้นที่ต้นแบบ ๓ จังหวัด ปี ๒๕๖๖
 วันที่ ๗-๘ สิงหาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.
 ณ ห้องประชุมอู่คำ โรงแรม เดอะ เลเจนด์ เชียงราย บูติก ริเวอร์ รีสอร์ท แอนด์ สปา จังหวัดเชียงราย

เวลา	กิจกรรม	วิทยากร
วันที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๖๖		
๐๘.๓๐ - ๐๙.๐๐ น.	ลงทะเบียน	
๐๙.๐๐ - ๐๙.๑๕ น.	เปิดการประชุมและบรรยาย “แนวคิดการดำเนินงาน การขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO”	แพทย์หญิงสายรัตน์ นกน้อย ผู้ช่วยผู้อำนวยการกองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
๐๙.๑๕ - ๐๙.๓๐ น.	กิจกรรมปรับท่าที่ ๑๕ นาที	
๐๙.๓๐ - ๐๙.๔๕ น.	ชี้แจงวัตถุประสงค์และกระบวนการถอดบทเรียน	นางสุรพล ธรรมรัมย์ดี นักวิชาการอิสระ นางสาวศรัญญา สุขอ่ำ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
๐๙.๔๕ - ๑๐.๑๕ น.	อภิปรายกลุ่ม เรื่อง ทบทวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมาบรรลุ เป้าหมายหรือไม่ และทำอย่างไรจะไปถึงเป้าหมายของ ECHO” ๑. บทบาทผู้นำ ๑.๑ การเลือกทีมในในพื้นที่ ๑.๒ วิธีการฟอร์มทีมที่มีแพทย์จากต่างพื้นที่เข้าร่วม เป็นทีมผู้เชี่ยวชาญทำอะไร	กลุ่มที่ ๑ เชียงราย กลุ่มที่ ๒ อุดรธานี กลุ่มที่ ๓ นครศรีธรรมราช
๑๐.๑๕ - ๑๐.๓๐ น.	พักรับประทานอาหารว่าง	
๑๐.๓๐ - ๑๑.๑๐ น.	๒. การวางแผน ๒.๑ การออกแบบเป้าหมาย (Outcomes) ๒.๒ การออกแบบหัวข้อ (Topics) การเรียนรู้มีวิธีการจัดอย่างไร ๒.๓ การเตรียมบทเรียน (Lesson plan) ที่เอื้อให้เกิดการเรียนรู้ ๒.๔ การกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการเรียนรู้ในพื้นที่ ๒.๕ ระยะเวลา/ช่วงเวลาในการจัด	

ภาคผนวกที่ ๒ กำหนดการถอดบทเรียน
 การขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ในพื้นที่ต้นแบบ ๓ จังหวัด ปี ๒๕๖๖
 วันที่ ๗-๘ สิงหาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.
 ณ ห้องประชุมอู๋คำ โรงแรม เดอะ เลเจนด์ เชียงราย บูติก ริเวอร์ รีสอร์ท แอนด์ สปา จังหวัดเชียงราย

เวลา	กิจกรรม	วิทยากร
๑๑.๑๐ - ๑๒.๐๐ น.	๓. กระบวนการดำเนินงาน ๓.๑ บทบาททีมพื้นที่ ๓.๒ ภาระงานของทีม ๓.๓ การเลือกกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ ๓.๔ กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เรียนใช้วิธีอะไร ๓.๕ การสนับสนุนในระดับจังหวัด/เขต/ส่วนกลาง ๓.๖ งบประมาณสนับสนุน ๓.๗ อุปกรณ์/Internet	
๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น.	รับประทานอาหารกลางวัน	
๑๓.๐๐ - ๑๓.๑๕ น.	กิจกรรมนันทนาการ: แก้อึดแห่งสติ	
๑๓.๑๕ - ๑๓.๔๕ น.	๔. การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ ๔.๑ วิธีการประเมินความรู้ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรม สามารถบอกผลลัพธ์การจัดกิจกรรมได้จริงหรือไม่ ๔.๒ วิธีการประเมินความพึงพอใจ สะท้อนผลลัพธ์ใน การดำเนินงานได้จริงหรือไม่ ๔.๓ การใช้ประโยชน์ข้อมูล pre-test และ post-test และความพึงพอใจ	
๑๓.๔๕ - ๑๔.๑๕ น.	๕. มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ๕.๑ การเลือก Case แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ๕.๒ วิธีการหากรณีศึกษาผู้ป่วยและความยากในพื้นที่ ๕.๓ การติดตามผลลัพธ์การรักษาอย่างต่อเนื่อง และ การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม กาย จิต และสังคม	
๑๔.๑๕ - ๑๔.๔๕ น.	๖. การสร้างแรงจูงใจและขยายผล ๖.๑ ช่องทาง/วิธีการประชาสัมพันธ์ ๖.๒ การสร้างแรงจูงใจให้กับผู้เรียนครอบคลุมและ เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ๖.๓ ความต่อเนื่องในการเรียนรู้ของผู้เรียน ๖.๔ ความท้าทายในการขยายการดำเนินงานการสร้าง ความยั่งยืนในอนาคต	
๑๔.๔๕ - ๑๕.๑๕ น.	รับประทานอาหารว่าง	

ภาคผนวกที่ ๒ กำหนดการถอดบทเรียน
การขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ในพื้นที่ต้นแบบ ๓ จังหวัด ปี ๒๕๖๖
วันที่ ๗-๘ สิงหาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.
ณ ห้องประชุมอู่คำ โรงแรม เดอะ เลเจนด์ เชียงราย บุติก ริเวอร์ รีสอร์ท แอนด์ สปา จังหวัดเชียงราย

เวลา	กิจกรรม	วิทยากร
๑๕.๑๕ - ๑๗.๐๐ น.	แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน กลุ่มละ ๒๕ นาที (นำเสนอกลุ่มละ ๑๐ นาที/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ๑๕ นาที)	
๑๗.๐๐ - ๑๗.๓๐ น.	การประเมินผลการดำเนินงานการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติ ด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO	๑. แพทย์หญิงสายรัตน์ นกน้อย ๒. แพทย์หญิงรังสิมา โล่ห์เลขา ๓. นส.ชื่นกมล เสถบุตร ๔. นส.ศรัญญา สุขอ่ำ
วันที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๖๖		
๐๘.๓๐ - ๐๙.๐๐ น.	กิจกรรมนันทนาการ “คุณค่าในงานและความหมายของเรา”	
๐๙.๐๐ - ๑๐.๐๐ น.	ชี้แจงและแบ่งกลุ่มระดมความคิดเห็น “ก้าวต่อไปของ ECHO” มีหัวข้อย่อยดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> ▪ เป้าหมาย/ตัวชี้วัด/พื้นที่เป้าหมาย ▪ กลุ่มเป้าหมาย ▪ หัวข้อ/แผนการเรียนรู้ ▪ ทีมผู้เชี่ยวชาญ/ทีมคณะทำงาน ▪ การประชาสัมพันธ์และวิธีการสร้างแรงจูงใจ ▪ งบประมาณที่ต้องใช้ ▪ สิ่งที่ต้องการให้สนับสนุน 	กลุ่มที่ ๑ เชียงราย กลุ่มที่ ๒ อุดรธานี กลุ่มที่ ๓ นครศรีธรรมราช
๑๐.๐๐ - ๑๑.๐๐ น.	นำเสนอแผนก้าวต่อไปของพื้นที่ ๓ กลุ่ม (กลุ่มละ ๑๐ นาที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ๒๐ นาที) ปิดการประชุม โดย พญ.สายรัตน์ นกน้อย	กลุ่มที่ ๑ เชียงราย กลุ่มที่ ๒ อุดรธานี กลุ่มที่ ๓ นครศรีธรรมราช

ภาคผนวกที่ ๓
แบบประเมินความพึงพอใจ

ภาคผนวกที่ ๓ แบบประเมินความพึงพอใจ
กิจกรรมการขับเคลื่อนชุมชนนักปฏิบัติด้านเอชไอวี ด้วยโปรแกรม ECHO ปี ๒๕๖๖
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 มั่นใจที่จะสอนหรือแนะนำผู้อื่น ในสิ่งที่ฉันได้เรียนรู้					

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 ห้องประชุมอุ้มคำ โรงแรม เดอะ เลเจนด์ เชียงราย บุติก ริเวอร์ รีสอร์ท แอนด์ สปา จังหวัดเชียงราย

ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
๑.	แพทย์หญิงสายรัตน์ นกน้อย	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
๒.	แพทย์หญิงรังสิมา โล่เลขา	หัวหน้าฝ่ายดูแลรักษาโครงการเอชไอวีและวัณโรค	ศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข
๓.	นางสาวชื่นกมล เสถบุตร	ผู้ประสานงานฝ่ายวิชาการ	ศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข
๔.	นายสุรพล ธรรมรมดี	นักวิชาการอิสระ	นักวิชาการอิสระ
๕.	นายแพทย์พีระพัชร ไทยสยาม	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราช
๖.	แพทย์หญิงสุวิมล คูหะสุวรรณ	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
๗.	ศ.(พิเศษ)นพ.จุลพงศ์ จันท์ดี	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
๘.	แพทย์หญิงสุริรัตน์ วัชรสุวรรณเสรี	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลอุดรธานี
๙.	นายแพทย์ดนูชัย รัตนบุรี	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลทุ่งใหญ่
๑๐.	นางสาวศรีธัญญา สุขอ่ำ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
๑๑.	นางสาวอุมานาฏ อุณอนันต์	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.	นายนรศักดิ์ ป่อหนา	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช
๑๙.	นายฮาซัน ไโรใหญ่	นักวิชาการสาธารณสุข	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช
๒๐.	นางสาวโครยา เฉลิมภูษิตารักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช
๒๑.	นางสาวสุภาวดี พงษ์ประภาส	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
๒๒.	นายพงษ์ศักดิ์ วริจุล	Case manager	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
๒๓.	นางสาวจินตนา สงอุการ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช
๒๔.	นายธงชัย ตั้งจิตต์	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
๒๕.	นายวัชรินทร์ งามา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
๒๖.	นางสาวประนอม มาอู่	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
๒๗.	นางสาวนฤมล มณีวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา
๒๘.	นางสาววรัญญา ธรรมชานา	นักวิชาการสาธารณสุข	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา
๒๙.	นางเนตรณพิศ มณีโชติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
๓๐.	นางสาวเสาวคนธ์ ตั้งคณาทรัพย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
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 รีเวอร์ รีสอร์ท แอนด์ สปา จังหวัดเชียงราย



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



