

การประเมินผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยงและการมีส่วนร่วมกับชุมชน ตามเกณฑ์มาตรฐานสากล JEE/IHR 2005 เขตสุขภาพที่ 6

Evaluation of Risk Communication and Community Engagement Implementation under the Joint External Evaluation and International Health Regulations (2005) Framework in Health Region 6

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

สิริลักษณ์ บัวเย็น¹ พงศ์ธณัช ขาวกระโทก¹ ประไพพิศ วิวัฒน์วานิช¹

Sirilak Buayen¹ Phongthanat Khawkrathok¹ Prapaipis Wiwatwanich¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยงและการมีส่วนร่วมกับชุมชน (Risk Communication and Community Engagement: RCCE) ตามเกณฑ์ Joint External Evaluation (JEE) และ International Health Regulations (IHR 2005) ในเขตสุขภาพที่ 6 ศึกษาปัจจัยความสำเร็จ อุปสรรคและบทเรียนจากการดำเนินงาน และสังเคราะห์รูปแบบความสำเร็จในการขับเคลื่อนงาน โดยประยุกต์ใช้ CIPP Model ครอบคลุมด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ใช้ข้อมูลทุติยภูมิระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2568 ประกอบด้วยผลการประเมิน RCCE ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 8 จังหวัด รวม 24 หน่วยวิเคราะห์ รายงานผลการขับเคลื่อนของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี 3 รายงาน และรายงานถอดบทเรียน 2 รายงาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและการวิเคราะห์เชิงธีม

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ RCCE เพิ่มขึ้นจาก 0.06 ± 0.18 คะแนน ในปี พ.ศ. 2566 เป็น 3.29 ± 1.20 คะแนน ในปี พ.ศ. 2567 และ 4.21 ± 0.70 คะแนน ในปี พ.ศ. 2568 จังหวัดที่มีการดำเนินงานครบถ้วนระดับสีเขียวเพิ่มขึ้นจาก 0 จังหวัด เป็น 2 จังหวัด (ร้อยละ 25.00) และ 6 จังหวัด (ร้อยละ 75.00) ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2568 ตัวชี้วัด R5.1 ระบบ RCCE สำหรับสถานการณ์ฉุกเฉิน มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.56 ± 0.60 คะแนน รองลงมาคือ R5.2 การสื่อสารความเสี่ยง 4.06 ± 0.80 คะแนน และ R5.3 การมีส่วนร่วมกับชุมชน 4.00 ± 1.10 คะแนน ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพสังเคราะห์ได้ 5 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ ภาวะผู้นำและการสนับสนุนของผู้บริหาร การบูรณาการความร่วมมือ การพัฒนาศักยภาพและการจัดการองค์ความรู้ การบริหารจัดการข้อมูลและหลักฐาน และการพัฒนาระบบ RCCE อย่างยั่งยืน ก่อนนำมาสังเคราะห์เป็น 6C Success Model ประกอบด้วย Commitment, Coordination, Capacity Building, Coaching, Collaboration และ Continuous Improvement

คำสำคัญ: การสื่อสารความเสี่ยง, การมีส่วนร่วมกับชุมชน, JEE/IHR2005, การประเมินผล

Abstract

This survey research assessed the implementation of Risk Communication and Community Engagement (RCCE) under the Joint External Evaluation (JEE) framework for the International Health Regulations (IHR 2005) in Health Region 6, Thailand. The study also identified success factors, barriers, and lessons learned, and synthesized an implementation success model. The CIPP model was applied to assess context, input, process, and product. Secondary data from fiscal years 2023-2025 comprised 24 province-year RCCE assessments from eight Provincial Public Health Offices, three annual implementation reports from the Office of Disease Prevention and Control Region 6, Chonburi, and two lesson-learned reports. Quantitative data were summarized using frequency, percentage, mean, standard deviation. Qualitative data were analyzed using content analysis and thematic analysis.

¹ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี กรมควบคุมโรค

The mean overall RCCE capacity score increased from 0.06 ± 0.18 in 2023 to 3.29 ± 1.20 in 2024 and 4.21 ± 0.70 in 2025. Provinces attaining the green level (complete implementation) increased from 0 to 2 (25.0%) and 6 (75.0%), respectively. In 2025, R5.1 (RCCE systems for emergencies) had the highest mean score (4.56 ± 0.60), followed by R5.2 (risk communication; 4.06 ± 0.80) and R5.3 (community engagement; 4.00 ± 1.10). Five qualitative themes were identified: leadership and organizational commitment, multisectoral collaboration, capacity building and knowledge management, information and documentation management, and a sustainable RCCE system.

Keywords: Risk Communication; Community Engagement; Joint External Evaluation; International Health Regulations; Evaluation

บทนำ

กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (International Health Regulations: IHR 2005) เป็นกรอบกฎหมายระหว่างประเทศที่กำหนดให้รัฐภาคีพัฒนาสมรรถนะในการป้องกัน ตรวจจับ และตอบโต้เหตุการณ์สาธารณสุขที่อาจแพร่กระจายข้ามพรมแดน โดยมุ่งลดผลกระทบต่อสุขภาพและหลีกเลี่ยงการรบกวนการเดินทางและการค้าระหว่างประเทศเกินความจำเป็น¹ เพื่อให้ประเทศสามารถทบทวนความพร้อมและเห็นช่องว่างของสมรรถนะดังกล่าว องค์การอนามัยโลกจึงใช้ Joint External Evaluation (JEE) เป็นกลไกการประเมินจากภายนอกโดยสมัครใจภายใต้กรอบการติดตามและประเมินผล IHR เพื่อระบุจุดแข็ง ช่องว่าง และลำดับความสำคัญของการพัฒนา²

JEE ฉบับที่ 3 ซึ่งองค์การอนามัยโลกเผยแพร่ในปี พ.ศ. 2565 ได้ปรับปรุงจากบทเรียนของการระบาดโรคโควิด-19 ประกอบด้วย 19 ประเด็นทางเทคนิค 56 ตัวชี้วัด และกำหนด Risk Communication and Community Engagement (RCCE) เป็นประเด็น R5 ในกลุ่มการตอบโต้ โดยครอบคลุม 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ R5.1 ระบบ RCCE สำหรับสถานการณ์ฉุกเฉิน R5.2 การสื่อสารความเสี่ยง และ R5.3 การมีส่วนร่วมกับชุมชน² การประเมิน JEE รอบที่ 2 ของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2565 พบว่า R5.1 และ R5.2 ได้คะแนนระดับ 5 ขณะที่ R5.3 ได้ระดับ 4 พร้อมข้อเสนอให้ยกระดับกลไก RCCE ระดับจังหวัด ส่งเสริมการออกแบบแนวทางร่วมกับชุมชน

และพัฒนาหลักสูตรมาตรฐานที่คำนึงถึงกลุ่มเปราะบาง³

ประเทศไทยได้พัฒนาแนวทางและคู่มือการประเมินการสื่อสารความเสี่ยงตาม JEE/IHR มาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้หน่วยงานระดับเขตและจังหวัดใช้เป็นกรอบพัฒนาสมรรถนะและจัดเตรียมหลักฐานการดำเนินงาน⁴⁻⁶ สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งประกอบด้วย 8 จังหวัด ผลการประเมินระหว่างปี พ.ศ. 2566-2568 แสดงให้เห็นพัฒนาการที่ชัดเจน โดยจำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์ระดับสีเขียวเพิ่มจาก 0 จังหวัดในปี พ.ศ. 2566 เป็น 2 จังหวัดในปี พ.ศ. 2567 และ 6 จังหวัดในปี พ.ศ. 2568 อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังมีความแตกต่างระหว่างพื้นที่ โดยพบข้อจำกัดจากการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ ความเข้าใจเกณฑ์ที่ไม่เท่ากัน การจัดเตรียมหลักฐาน และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ยังไม่ต่อเนื่อง^{12,13,14}

ดังนั้นการศึกษารังนี้จึงประยุกต์ใช้ CIPP Model ร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายทั้งความก้าวหน้าของการดำเนินงาน ปัจจัยความสำเร็จ อุปสรรค และกลไกที่เอื้อต่อความต่อเนื่องของ RCCE ในเขตสุขภาพที่ 6

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อประเมินผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยงและการมีส่วนร่วมกับชุมชน ตามเกณฑ์มาตรฐานสากล JEE/IHR2005 เขตสุขภาพที่ 6

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน RCCE ของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 ตามกรอบ CIPP Model
2. เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จ อุปสรรค และบทเรียนที่ได้รับจากการดำเนินงาน RCCE
3. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบความสำเร็จ ในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน RCCE เขตสุขภาพที่ 6

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยประยุกต์ใช้ CIPP Model ของ Stufflebeam ประกอบด้วย Context, Input, Process และ Product⁷ และบูรณาการการวิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎีเชิงปริมาณร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพจากรายงานผลการดำเนินงานและรายงานถอดบทเรียน ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2568^{12,13}

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่ศึกษา ได้แก่ จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 8 จังหวัด ประกอบด้วย ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และสระแก้ว โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี (สคร.6) ทำหน้าที่สนับสนุน กำกับ และติดตามการดำเนินงาน หน่วยวิเคราะห์เชิงปริมาณคือผลการประเมิน RCCE ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 8 จังหวัด ใน 3 ปีงบประมาณ รวม 24 หน่วยวิเคราะห์ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบด้วยรายงานผลการขับเคลื่อนของ สคร.6 จำนวน 3 รายงาน และรายงานถอดบทเรียน 2 รายงาน รวม 5 รายงาน^{12,13}

เครื่องมือวิจัยและตัวแปรที่ศึกษา

ประเด็นการประเมินกำหนดตามกรอบ CIPP Model⁷ และเกณฑ์ RCCE ภายใต้ JEE/IHR^{2,4,5,6,7} โดยด้านบริบทพิจารณาเป้าหมายการผ่านระดับสีเขียว นโยบาย/แผนงาน การสนับสนุนของ

ผู้บริหาร และโครงสร้างคณะกรรมการ ด้านปัจจัยนำเข้าพิจารณาบุคลากร งบประมาณ ระบบข้อมูล เครือข่ายความร่วมมือ และความเข้าใจเกณฑ์ ด้านกระบวนการพิจารณาการชี้แจงเกณฑ์ การพัฒนาศักยภาพ การประเมินตนเอง การนิเทศติดตาม การสนับสนุนหลักฐาน การติดตามส่งเอกสาร และการถอดบทเรียน ส่วนด้านผลผลิตพิจารณาคะแนนสมรรถนะ RCCE จำนวนจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์ และคะแนนรายตัวชี้วัด R5.1-R5.3

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลผลการประเมิน RCCE สำหรับรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากเอกสารผลการประเมิน และ (2) แบบบันทึกการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพสำหรับจัดหมวดหมู่ปัจจัยสนับสนุน ปัญหา อุปสรรค ความต้องการ และโอกาสในการพัฒนา เครื่องมือพัฒนาจาก CIPP Model และเกณฑ์ JEE/IHR^{2,4,5,6,7} และผ่านการตรวจสอบความชัดเจนของ ภาษา ความครอบคลุม และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ก่อนปรับปรุงตามข้อเสนอแนะและนำไปใช้ ทั้งนี้ เครื่องมือเป็นแบบบันทึกข้อมูลจากเอกสาร มิใช่แบบสอบถามเพื่อวัดคุณลักษณะรายบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทบทวนเอกสาร แนวคิด และเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับ IHR (2005), JEE, RCCE และ CIPP Model เพื่อกำหนดกรอบการประเมิน ประเด็นข้อมูล และพัฒนาแบบบันทึกให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย^{1,2,4-7} จากนั้นจึงขออนุญาตใช้ข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก่อนเริ่มรวบรวมข้อมูล

2. ระยะระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลทฤษฎีจากเอกสารผลการประเมิน RCCE ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2568 รวมทั้งรายงานผลการขับเคลื่อนและรายงานถอดบทเรียนของ สคร.6 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด^{12,13} โดยตรวจสอบความครบถ้วน ความ

ถูกต้อง และความสอดคล้องของข้อมูลกับเอกสารต้นฉบับ ก่อนบันทึกลงในแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้น

3. ระยะหลังการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลที่บันทึกไว้อีกครั้ง ก่อนวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาตามแนวทางของ Braun และ Clarke⁸ จากนั้นสังเคราะห์ผลทั้งสองส่วนตามกรอบ CIPP Model⁷ เพื่ออธิบายผลการดำเนินงาน ปัจจัยความสำเร็จ อุปสรรค และรูปแบบการขับเคลื่อน RCCE ในเขตสุขภาพที่ 6

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายระดับและแนวโน้มผลการดำเนินงานระหว่างปี ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาพร้อมกับ การวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) ตามขั้นตอนของ Braun และ Clarke ได้แก่ การทำความเข้าใจข้อมูล การสร้างรหัสเบื้องต้น การค้นหาแก่นสาระ การทบทวนแก่นสาระ การกำหนดและตั้งชื่อแก่นสาระ และการเขียนรายงาน⁸ จากนั้นจึงสังเคราะห์ผลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพตามกรอบ CIPP Model⁷ เพื่อพัฒนารูปแบบความสำเร็จในการขับเคลื่อน RCCE

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากผลการประเมินและรายงานของหน่วยงานภาครัฐที่จัดเก็บตามภารกิจปกติ ไม่มีการเก็บข้อมูลจากมนุษย์โดยตรงและไม่มีข้อมูลส่วนบุคคลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้ ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้ข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ใช้ข้อมูลเฉพาะเพื่อวัตถุประสงค์ทางการวิจัย รักษาความลับ และนำเสนอผลในภาพรวมของพื้นที่ศึกษา

ผลการวิจัย

1. ผลการประเมินตามกรอบ CIPP Model

ผลการประเมินตามกรอบ CIPP พบว่าการดำเนินงานมีพัฒนาการทั้งด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ โดยเห็นได้ชัดจากการมีแผนงาน/โครงการ การประเมินตนเอง การนิเทศติดตาม และการติดตามส่งเอกสารหลักฐานที่มีความต่อเนื่องมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2568 ทุกจังหวัดมีการพัฒนาศักยภาพและถอดบทเรียนการดำเนินงานอย่างไรก็ตาม ยังพบการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน 4 จังหวัด และมีการสนับสนุนการรวบรวมเอกสาร/หลักฐานครบถ้วนเพียง 4 จังหวัด สะท้อนว่าความต่อเนื่องของบุคลากรและระบบจัดการหลักฐานยังเป็นช่องว่างสำคัญ¹² ดังตารางที่ 1

2. ผลผลิตด้านสมรรถนะ RCCE

คะแนนสมรรถนะ RCCE ภาพรวมเพิ่มขึ้นจาก 0.06 ± 0.18 คะแนนในปี พ.ศ. 2566 เป็น 3.29 ± 1.20 คะแนนในปี พ.ศ. 2567 และ 4.21 ± 0.70 คะแนนในปี พ.ศ. 2568 จังหวัดที่อยู่ในระดับสีเขียว (4-5 คะแนน) เพิ่มขึ้นจาก 0 จังหวัด เป็น 2 จังหวัด (ร้อยละ 25.00) และ 6 จังหวัด (ร้อยละ 75.00) ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2568 ไม่พบจังหวัดที่อยู่ในระดับมีเพียงแผนการดำเนินงานหรือไม่มีแผน ดังตารางที่ 2 เมื่อพิจารณารายตัวชี้วัด พบว่า R5.1 มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.56 ± 0.60 คะแนน และมี 7 จังหวัด (ร้อยละ 87.50) อยู่ในระดับ 4-5 คะแนน รองลงมาคือ R5.2 มีคะแนนเฉลี่ย 4.06 ± 0.80 คะแนน และ R5.3 มีคะแนนเฉลี่ย 4.00 ± 1.10 คะแนน โดยมีจังหวัดระดับ 4-5 คะแนน ร้อยละ 75.00 และ 62.50 ตามลำดับ กิจกรรมย่อยที่ยังควรเร่งพัฒนา ได้แก่ การแต่งตั้งหรือพัฒนาโฆษกและการฝึกอบรมด้านการสื่อสารความเสี่ยง (0.63 ± 0.40 คะแนนจากคะแนนเต็ม 1) การให้ชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และภาคประชาสังคมร่วมวางแผน ออกแบบ และดำเนินงานตามแผนรับมือเหตุการณ์ฉุกเฉิน (0.63 ± 0.40 คะแนน) และการมีระบบข้อมูลพฤติกรรมทางสังคม การรับรู้ และความเข้าใจข้อมูลข่าวสาร (0.69 ± 0.40 คะแนน) ดังตารางที่ 3

3. ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพและการ สังเคราะห์ 6C Success Model

การวิเคราะห์เนื้อหาจัดสาระสำคัญได้ 3 กลุ่ม ได้แก่ ความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค และ โอกาสพัฒนา ปัจจัยความสำเร็จที่พบอย่าง สม่่าเสมอคือการสนับสนุนของผู้บริหาร การทำงาน ร่วมกันของทุกกลุ่มงาน การมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน การสนับสนุนทางวิชาการและการนิเทศจาก สคร. 6 ตลอดจนการจัดการเอกสารหลักฐานอย่างเป็น ระบบ ตัวอย่างข้อความ ได้แก่ “มีบูรณาการข้อมูล จากทุกกลุ่มงานและจัดเตรียมหลักฐานล่วงหน้า”, “ได้รับการชี้แจงเกณฑ์และการสนับสนุนแบบ coaching ทั้งออนไลน์และในพื้นที่”, “ผู้บริหารให้ ความสำคัญ ร่วมติดตามและคอยตรวจสอบอย่าง สม่่าเสมอ” และ “มีการใช้ระบบจัดเก็บเอกสาร อิเล็กทรอนิกส์” ขณะที่อุปสรรคสำคัญคือ การ เปลี่ยนผู้รับผิดชอบ ความเข้าใจเกณฑ์ที่ไม่เท่ากัน ความซับซ้อนของการจัดเตรียมหลักฐาน และการ พัฒนาศักยภาพที่ยังไม่ต่อเนื่อง

การวิเคราะห์แก่นสาระข้อมูล สังเคราะห์ได้ 5 มิติ ได้แก่ (1) ภาวะผู้นำและความมุ่งมั่นขององค์กร

(Leadership and Organizational Commitment) (2) การบูรณาการความร่วมมือ จาก หลาย ภาค ส่วน (Multi-sectoral Collaboration) (3) การพัฒนาศักยภาพและการ จัดการองค์ความรู้ (Capacity Building and Knowledge Management) (4) การบริหาร จัดการข้อมูลและเอกสารหลักฐาน (Information and Documentation Management) และ (5) การพัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยงอย่างยั่งยืน (Sustainable Risk Communication System) เมื่อบูรณาการผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณกับข้อ ค้นพบเชิงคุณภาพ สามารถสังเคราะห์เป็น 6C Success Model ประกอบ ด้วย (1) Commitment: ความมุ่งมั่นของผู้บริหารและ องค์กร (2) Coordination: การประสานงาน ระหว่างหน่วยงาน (3) Capacity Building: การ พัฒนาศักยภาพบุคลากร (4) Coaching: การ สนับสนุนทางวิชาการและระบบพี่เลี้ยง (5) Collaboration: การสร้างเครือข่ายความร่วมมือ และ (6) Continuous Improvement: การ ติดตามและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานตามองค์ประกอบ CIPP Model จำแนกตามปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2568 (n=8 จังหวัด)

องค์ประกอบ/ประเด็น	ปี 2566 จำนวน (ร้อยละ)	ปี 2567 จำนวน (ร้อยละ)	ปี 2568 จำนวน (ร้อยละ)
Context: บริบท			
มีนโยบาย/แผนงาน/โครงการ	0 (0.00)	8 (100.00)	8 (100.00)
ผู้บริหารสนับสนุนการดำเนินงาน	1 (12.50)	2 (25.00)	6 (75.00)
มีโครงสร้างคณะกรรมการสื่อสารความเสี่ยง	2 (25.00)	3 (37.50)	5 (62.50)
Input: ปัจจัยนำเข้า			
พบการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน	6 (75.00)	4 (50.00)	4 (50.00)
มีงบประมาณสนับสนุน	0 (0.00)	4 (50.00)	6 (75.00)
มีระบบข้อมูล/การส่งต่อข้อมูล	0 (0.00)	5 (62.50)	6 (75.00)

องค์ประกอบ/ประเด็น	ปี 2566 จำนวน (ร้อยละ)	ปี 2567 จำนวน (ร้อยละ)	ปี 2568 จำนวน (ร้อยละ)
มีเครือข่าย/ความร่วมมือภายในหน่วยงาน	3 (37.50)	6 (75.00)	6 (75.00)
ผู้รับผิดชอบมีความเข้าใจเกณฑ์	3 (37.50)	4 (50.00)	6 (75.00)
Process: กระบวนการ			
มีหนังสือชี้แจงเกณฑ์	8 (100.00)	8 (100.00)	8 (100.00)
มีการอบรมพัฒนาศักยภาพ	1 (12.50)	0 (0.00)	8 (100.00)
มีการประเมินตนเอง	8 (100.00)	8 (100.00)	8 (100.00)
มีการนิเทศติดตาม/สนับสนุน	3 (37.50)	8 (100.00)	8 (100.00)
มีการสนับสนุนรวบรวมหลักฐาน	0 (0.00)	2 (25.00)	4 (50.00)
มีการติดตามส่งเอกสาร/หลักฐาน	8 (100.00)	8 (100.00)	8 (100.00)
มีการถอดบทเรียน	0 (0.00)	0 (0.00)	8 (100.00)

ตารางที่ 2 ระดับสมรรถนะ RCCE ของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 พ.ศ. 2566-2568 (n=8 จังหวัด)

ระดับสมรรถนะ	ปี 2566 จำนวน (ร้อยละ)	ปี 2567 จำนวน (ร้อยละ)	ปี 2568 จำนวน (ร้อยละ)
ดำเนินงานครบถ้วน: 4-5 คะแนน	0 (0.00)	2 (25.00)	6 (75.00)
ดำเนินงานบางส่วน: 2-3 คะแนน	0 (0.00)	5 (62.50)	2 (25.00)
มีแผนการดำเนินงาน: 1 คะแนน	0 (0.00)	1 (12.50)	0 (0.00)

ตารางที่ 3 คะแนนรายตัวชี้วัด RCCE และสัดส่วนจังหวัดระดับ 4-5 คะแนน พ.ศ. 2566-2568 (n=8 จังหวัด)

ตัวชี้วัด	$\bar{X} \pm SD$; จำนวน (ร้อยละ)		
	2566	2567	2568
R5.1 ระบบ RCCE สำหรับ สถานการณ์ฉุกเฉิน	0.19 $\pm$ 0.50; 0 (0.00)	4.00 $\pm$ 1.50; 5 (62.50)	4.56 $\pm$ 0.60; 7 (87.50)
R5.2 การสื่อสารความเสี่ยง	0.00 $\pm$ 0.00; 0 (0.00)	3.00 $\pm$ 1.40; 3 (37.50)	4.06 $\pm$ 0.80; 6 (75.00)
R5.3 การมีส่วนร่วมกับชุมชน	0.0 $\pm$ 0.00; 0 (0.00)	2.88 $\pm$ 1.70; 3 (37.50)	4.00 $\pm$ 1.10; 5 (62.50)

ตารางที่ 4 องค์ประกอบ 6C Success Model สำหรับการขับเคลื่อน RCCE

องค์ประกอบ	ความหมาย	แนวทางดำเนินการ
Commitment	ความมุ่งมั่นของผู้บริหารและองค์กร	กำหนดนโยบาย ผู้รับผิดชอบ ทรัพยากร และติดตามผล
Coordination	การประสานงานระหว่างหน่วยงานทุกระดับ	เชื่อมงานภายใน สสจ. และระหว่าง สคร.-สสจ.-พื้นที่
Capacity Building	การพัฒนาศักยภาพบุคลากร	พัฒนาทักษะ RCCE โฆษก นักสื่อสาร และผู้รับผิดชอบเกณฑ์
Coaching	การสนับสนุนทางวิชาการและระบบพี่เลี้ยง	ชี้แจงเกณฑ์ นิเทศ ติดตาม และช่วยตรวจหลักฐานอย่างต่อเนื่อง
Collaboration	การสร้างเครือข่ายความร่วมมือ	สร้างการมีส่วนร่วมของทุกกลุ่มงาน ชุมชน และภาคีหลายภาคส่วน
Continuous Improvement	การติดตามผลและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	ประเมินตนเอง ถอดบทเรียน จัดการความรู้ และปรับระบบจากผลประเมิน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าการยกระดับสมรรถนะ RCCE ในเขตสุขภาพที่ 6 อย่างชัดเจนในช่วง 3 ปี การเพิ่มขึ้นดังกล่าวเกิดพร้อมกับการพัฒนากระบวนการสำคัญหลายด้าน ได้แก่ การมีแผนงาน การประเมินตนเอง การนิเทศติดตาม การพัฒนาศักยภาพ การรวบรวมหลักฐาน และการถอดบทเรียน ซึ่งแสดงให้เห็นหลักของ CIPP Model ที่มองผลผลิตเป็นผลจากความเชื่อมโยงระหว่างบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ มีใช้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นแยกส่วน⁷

เมื่อพิจารณาตัวชี้วัด R5.1-R5.3 พบว่า R5.1 มีผลการดำเนินงานดีที่สุด ขณะที่ R5.3 ด้านการมีส่วนร่วมกับชุมชนยังมีคะแนนต่ำกว่าองค์ประกอบอื่น ซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมิน JEE รอบที่ 2 ของประเทศไทยที่ R5.1 และ R5.2 ได้ระดับ 5 ส่วน R5.3 ได้ระดับ 4 และมีข้อเสนอให้พัฒนากลไก RCCE ในระดับจังหวัด ส่งเสริมการดำเนินงานที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง เปิดโอกาส

ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการออกแบบการดำเนินงาน และพัฒนาหลักสูตรสำหรับกลุ่มเปราะบาง³ ดังนั้นเขตสุขภาพควรให้ความสำคัญกับ การมีส่วนร่วมของชุมชนมากกว่าการสื่อสารข้อมูลเพียงทางเดียว โดยควรเปิดโอกาสให้ชุมชนร่วมวางแผน รวมทั้งนำข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ พฤติกรรม และความต้องการของประชาชนมาใช้ในการวางแผนสื่อสารให้เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่

โดยช่องว่างของการดำเนินงานรายการกิจกรรมในปี พ.ศ. 2568 ได้แก่ การพัฒนาโฆษก การร่วมออกแบบ/ดำเนินงานกับชุมชน และระบบข้อมูลพฤติกรรมทางสังคม สอดคล้องกับข้อค้นพบจากการศึกษาระบบสื่อสารความเสี่ยงในแรงงานข้ามชาติของประเทศไทย ซึ่งชี้ให้เห็นความจำเป็นของโครงสร้างกำกับ การประสานงานข้ามภาคส่วน การติดตามประเมินผล และการระบุผู้สื่อสารที่เข้าถึงชุมชน¹⁰ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Takeda และคณะที่ให้ข้อเสนอว่า ความยั่งยืนของสมรรถนะการสื่อสารความเสี่ยงสัมพันธ์กับการกำหนดบทบาทที่

ชัดเจน บุคลากรที่ได้รับการฝึก ระบบทดสอบ/ข้อสอบ การรับฟังข้อมูลย้อนกลับจากประชาชน ความร่วมมือกับชุมชน การพัฒนาโฆษก และระบบติดตาม ข่าวลือ¹¹

ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพช่วยอธิบายว่า จังหวัดที่สามารถยกระดับผลการประเมินได้ดีไม่ได้ อาศัยผู้รับผิดชอบงานสื่อสารเพียงคนเดียว แต่เกิดจากการทำงานร่วมกันของผู้บริหาร ทีมภายใน หน่วยงาน ภาคีเครือข่าย และการจัดการข้อมูล หลักฐานอย่างเป็นระบบ ตัวอย่างข้อความ เช่น “จังหวัดมีการรวบรวมหลักฐานจากทุกกลุ่มงานและเตรียมเอกสารล่วงหน้า”, “ผู้บริหารให้ความสำคัญร่วมติดตามและคอยตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ” และ “ได้รับการสนับสนุนแบบ Coaching เพื่อช่วยทำความเข้าใจเกณฑ์และเตรียมหลักฐานได้อย่างถูกต้อง”¹³ ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับประเด็นด้านภาวะผู้นำ (Leadership) ความร่วมมือ (Collaboration) การสนับสนุนแบบพี่เลี้ยง (Coaching) และการจัดการข้อมูล (Information Management) ที่สังเคราะห์จากข้อมูลการศึกษา^{12,13}

อย่างไรก็ตาม การที่บางจังหวัดยังมีคะแนนลดลง และในปี พ.ศ. 2568 ยังมี 2 จังหวัดที่ไม่ถึงระดับสีเขียว แสดงให้เห็นว่า ความสำเร็จของการดำเนินงานยังไม่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอในทุกพื้นที่ จึงควรติดตามและพัฒนาอย่างต่อเนื่องมากกว่าพิจารณาจากแนวโน้มคะแนนภาพรวมเพียงอย่างเดียว^{12,13}

จากข้อค้นพบดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสังเคราะห์เป็น 6C Success Model ซึ่งเป็นกรอบเชิงปฏิบัติสำหรับการขับเคลื่อน RCCE ในบริบทของเขตสุขภาพที่ 6 ประกอบด้วย Commitment ความมุ่งมั่นของผู้บริหารและองค์กร Coordination การประสานงาน Capacity Building การพัฒนาศักยภาพบุคลากร Coaching การสนับสนุนทางวิชาการและระบบพี่

เลี้ยง Collaboration การสร้างความร่วมมือ และ Continuous Improvement การติดตามและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง¹ โดยองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านทำงานเชื่อมโยงกันตั้งแต่ระดับนโยบาย การบริหารจัดการ บุคลากร ไปจนถึงเครือข่ายและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการสื่อสารความเสี่ยงในภาวะฉุกเฉินขององค์การอนามัยโลกที่ให้ความสำคัญกับ ความไว้วางใจ การประสานงาน การรับฟังประชาชน และการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างต่อเนื่อง⁹ ดังนั้น 6C Success Model จึงอาจนำไปใช้เป็นกรอบในการพัฒนาการดำเนินงานของพื้นที่อื่นได้ โดยควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรนำ 6C Success Model ไปใช้เป็นกรอบในการขับเคลื่อนงาน RCCE โดยเน้นการสนับสนุนของผู้บริหาร การประสานงาน การพัฒนาศักยภาพ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง

1.2 ควรพัฒนาระบบพี่เลี้ยงและการจัดการองค์ความรู้ เพื่อรองรับการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานและลดความแตกต่างในการตีความเกณฑ์ JEE/IHR (2005)

1.3 ควรพัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูลและหลักฐานในรูปแบบดิจิทัล พร้อมส่งเสริมการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและภาคีเครือข่ายในพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาประเมินผลเพิ่มการเก็บข้อมูลปฐมภูมิจากผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบงาน และภาคีเครือข่าย เพื่ออธิบายปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรคได้ลึกยิ่งขึ้น

2.2 ควรศึกษาผลลัพธ์ในระดับประชาชน และชุมชน เช่น การเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจความเสี่ยง และการมีส่วนร่วม เพื่อสะท้อนประสิทธิภาพของ RCCE ได้รอบด้าน
กิตติกรรมประกาศ

จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดทำผลการประเมิน รายงานการดำเนินงาน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. International Health Regulations (2005). 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2026 Aug 26]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496>
2. World Health Organization. Joint external evaluation tool: International Health Regulations (2005). 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2026 Aug 26]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051980>
3. World Health Organization. Joint external evaluation of IHR core capacities of the Kingdom of Thailand: mission report, 31 October-4 November 2022. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2026 Aug 26]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080270>
4. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. คู่มือการตรวจประเมินการสื่อสารความเสี่ยงตามเกณฑ์กฎอนามัยระหว่างประเทศ (JEE-IHR2005 second edition) และดัชนีชี้วัดความมั่นคงทางสุขภาพโลก (GHS Index). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ธ.อาร์ท แอนด์ดีไซน์; 2564.
5. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. คู่มือประเมินการสื่อสารความเสี่ยง ภายใต้คู่มือแนวทางการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญภายนอกและองค์การอนามัยโลก ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (JEE-IHR2005). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2562.
6. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. เอกสารแนวทางการดำเนินงานการสื่อสารความเสี่ยงและการมีส่วนร่วมของชุมชน ปี 2569 ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศและการตรวจประเมินสมรรถนะหลักฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 [เอกสารนำเสนอ]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2568.
7. Stufflebeam DL, Shinkfield AJ. Evaluation theory, models, and applications. San Francisco: Jossey-Bass; 2007.
8. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77-101. doi:10.1191/1478088706qp0630a
9. World Health Organization. Communicating risk in public health emergencies: a WHO guideline for emergency risk communication (ERC) policy and practice. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2026 Aug 26]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550208>
10. Kosiyaporn H, Julchoo S, Papwijitsil R, Uansri S, Phaiyarom M, Sinam P, Suphanchaimat R. Risk communication distributed among migrant workers during the COVID-19 crisis in Thailand: analysis on structural and networking gaps. Trop Med Infect Dis. 2022;7(10):296. doi:10.3390/tropicalmed7100296
11. Takeda A, Seino K, Okuda H, Saito T, Tomio J. Key features of sustainable capacities for risk communication in health emergencies: analysis of Joint External Evaluation. J Glob Health. 2025;15:04331. doi:10.7189/jogh.15.04331
12. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี. รายงานผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยงและการมีส่วนร่วมกับ

- ชุมชนตามเกณฑ์ JEE/IHR2005 เขตสุขภาพที่ 6 ปีงบประมาณ 2566-2568 [เอกสารภายใน]. ชลบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี; 2568.
13. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี. สรุปประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยงและการมีส่วนร่วมกับชุมชนตามเกณฑ์มาตรฐานสากล JEE/IHR2005 วันที่ 13 สิงหาคม 2568 [เอกสารภายใน]. ชลบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี; 2568.
14. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. ภูอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (2005). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2561 [สืบค้นเมื่อ 26 สิงหาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/thailand/thai.pdf>