

ประสิทธิผลของการสร้างเครือข่ายภาคเอกชนในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม  
โรคเมอร์สในผู้เดินทางจากประเทศแถบตะวันออกกลาง พื้นที่กรุงเทพมหานคร

คณะผู้จัดทำ

นภัทร	วัชรภรณ์
เดือนใจ	นุชเทียน
วนิดา	ดิษวิเศษ
สীবสกุล	สากลวาริ
โสภณ	เอี่ยมศิริถาวร

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค

## บทสรุปผู้บริหาร

### ความเป็นมา

แม้ประเทศไทยจะยังไม่พบการระบาดของโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV) แต่ก็ยังมีความเสี่ยงที่จะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น เนื่องจากมีผู้แสวงบุญชาวไทยเดินทางไปประกอบพิธีทางศาสนาในประเทศแถบตะวันออกกลางเป็นประจำทุกปี และมีนักท่องเที่ยวจากประเทศในแถบตะวันออกกลางเดินทางเข้ามาท่องเที่ยวและทำธุรกิจในประเทศไทยจำนวนมากเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ระบบรายงานที่มีอยู่ได้แก่ รายงานการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARI) ของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ซึ่งออกแบบให้โรงพยาบาลหรือสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นผู้รายงานไปยังสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เป็นการดำเนินงานเชิงรับจากภาครัฐ แต่จากการดำเนินการที่ผ่านมา ยังคงพบปัญหา คือ มีผู้ที่เดินทางจากประเทศเสี่ยงบางรายซึ่งป่วยแต่ผ่านจุดคัดกรองจากสนามบินและได้แวะพักที่โรงแรมก่อนจะไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ทางหน่วยงานจึงพบว่าเป็นช่องว่างในการดำเนินงาน และเพื่อเพิ่มความครอบคลุมในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค และลดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ชุมชน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ จึงได้ดำเนินการเฝ้าระวังเชิงรุกโดยการสร้างเครือข่ายภาคเอกชน ให้มีส่วนร่วมดำเนินการร่วมกับภาครัฐ ได้แก่ โรงแรม คลินิกเอกชน ร้านขายยา และมีสยิด/สุเหร่า ในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทางจากประเทศแถบตะวันออกกลาง ณ ชุมชนแห่งหนึ่ง ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เพื่อให้สามารถค้นหาผู้สงสัยหรือผู้ที่มีอาการเข้าได้กับโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง และแจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควบคุมโรคได้ทันทั่วทั้งนี้ เพื่อให้เครือข่ายภาคเอกชนและประชาชนในชุมชน เกิดความตื่นตัว และตระหนักถึงความรุนแรงของโรค สามารถเฝ้าระวังและบริหารจัดการความเสี่ยงโรคเมอร์สได้ด้วยตนเอง และเพื่อให้ทราบถึงประสิทธิผลของการดำเนินงานดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษา ประสิทธิภาพของการสร้างเครือข่ายภาคเอกชนในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเมอร์สในผู้เดินทางจากประเทศแถบตะวันออกกลาง พื้นที่กรุงเทพมหานคร

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้เครือข่ายภาคเอกชนสามารถเฝ้าระวัง และบริหารจัดการความเสี่ยงที่เกิดจากโรคเมอร์สได้ด้วยตนเอง

### วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาประสิทธิภาพของเครือข่ายภาคเอกชนในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเมอร์สในชุมชน โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้บริหารหรือผู้จัดการโรงแรม ผู้ดูแลสุเหร่า/มีสยิด เจ้าของร้านขายยา และเจ้าของคลินิก ตามแบบสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มโดยใช้แบบสอบถาม ระยะเวลาที่ดำเนินการศึกษา เดือนมิถุนายน 2558 - กรกฎาคม 2559 ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธี Content Analysis (การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา) ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้โปรแกรม Microsoft excel สถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ

### ผลการศึกษา

การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเมอร์ส ในครั้งนี้เครือข่ายภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรค และมีบทบาทร่วมในการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด โดยเครือข่ายภาคเอกชนสามารถเฝ้าระวังและบริหารจัดการความเสี่ยงโรคเมอร์สได้ โดยสามารถประเมินประสิทธิผลในแต่ละกระบวนการ ดังนี้

**การจัดการระบบ:** สำหรับโรงแรมที่ผู้ป่วยเคยเข้าพักและโรงแรมบริเวณใกล้เคียง จะมีผู้บริหารเป็นผู้สั่งการโดยมอบหมายหน้าที่ให้ผู้จัดการโรงแรมเป็นผู้ประสานงานหลักกับหน่วยงานภายนอกและแต่ละแผนกในโรงแรม มีการเรียกประชุมร่วมกันเพื่อทำความเข้าใจ และแบ่งบทบาทหน้าที่ให้แต่ละแผนกมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโดยมอบหมายให้หัวหน้าฝ่ายบุคคลเป็นผู้ดำเนินการแบ่งหน้าที่ของแต่ละแผนก โดยเฉพาะแผนกต้อนรับที่มีบทบาทค่อนข้างมาก ส่วนร้านขายยา/คลินิกมีเจ้าของร้านเป็นผู้บริหารจัดการชี้แจงรายละเอียดต่างๆ ให้แก่พนักงานในร้าน ส่วนสุหระา/มัสยิดมีผู้ดูแลเป็นคนดำเนินการเองทั้งหมด

**การจัดการความเสี่ยง:** โรงแรมมีมาตรการการเฝ้าระวังตามที่กรมควบคุมโรคแนะนำและปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด ให้พนักงานสอบถามอาการ ให้คำแนะนำในการป้องกันตนเองและผู้อื่น และประชาสัมพันธ์แก่ลูกค้าที่เข้าพัก พร้อมทั้งสังเกตลูกค้าโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ถ้าพบเหตุการณ์ที่ผิดปกติให้รายงานต่อผู้จัดการในทันที มีการบริหารความเสี่ยงโดยสามารถจัดการในเรื่องของการกักกันผู้สัมผัสและการดูแลลูกค้าคนอื่นๆ ได้เป็นอย่างดี โดยแยกชั้นกัน ซึ่งแตกต่างจากครั้งแรกที่ต้องย้ายแขกทั้งหมดไปพักอีกที รวมถึงให้พนักงานโรงแรมที่เสี่ยงกักตัวไว้ที่โรงแรมเพื่อป้องกันการสัมผัสกับคนในครอบครัว และมีการวัดไข้เพื่อรายงานต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกวัน ร้านขายยาให้ความสำคัญในการซักประวัติลูกค้าที่มีอาการเข้าข่ายอย่างละเอียด และสังเกตลูกค้าโดยเฉพาะผู้สูงอายุและเป็นชาวตะวันออกกลาง ส่วนสุหระา/มัสยิดเนื่องจากเป็นแหล่งรวมของผู้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาจำนวนมากจึงเพิ่มการคัดกรองวัดอุณหภูมิผู้ที่มีอาการเข้าข่าย หากมีอาการสงสัยจะแจ้งศูนย์บริการสาธารณสุข และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ (สคร.ที่ 1 กรุงเทพฯ)

**การจัดการข้อมูล:** โรงแรมมีการประเมินอาการของผู้เข้าพักด้วยแบบประเมินที่สคร.ที่ 1 กรุงเทพฯ ได้จัดทำไว้ ทางโรงแรมและร้านขายยามีการรวบรวมรายชื่อผู้เดินทางที่เข้าพักรายใหม่ที่มาจากตะวันออกกลาง และผู้ที่มีอาการเข้าข่ายสงสัยโรคเมอร์ส ส่งให้สคร.ที่ 1 กรุงเทพฯ เพื่อเป็นฐานข้อมูล

**การสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์:** เครือข่ายภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์แจกแผ่นพับ และการประชาสัมพันธ์ในชุมชนโดยประกาศเสียงตามสาย นอกจากนี้ผู้นำศาสนามีส่วนในการประชาสัมพันธ์ เนื่องจากผู้นำศาสนาเป็นที่นับถือ และไว้วางใจ สำหรับผู้ที่มาประกอบพิธีกรรมทางศาสนา

**การติดตามและประเมินผลของการสร้างเครือข่ายภาคเอกชนในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเมอร์สในชุมชน**

จากการดำเนินงานของเครือข่ายภาคเอกชนในชุมชน สามารถป้องกันควบคุมโรคได้โดยไม่พบผู้ที่มีอาการสงสัยเข้าเกณฑ์โรคเมอร์สรายใหม่เกิดขึ้นในพื้นที่ จำนวนผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคลดลง และไม่มีการแพร่กระจายสู่ชุมชนใกล้เคียง และได้เครือข่ายในการดำเนินงานภาคเอกชนที่ให้ความร่วมมือในการเฝ้าระวัง ประชาสัมพันธ์ และรายงานข้อมูลหากพบผู้สงสัยเป็นผู้สัมผัส หรือเข้าข่ายสงสัย โดยตัวแทนเครือข่ายภาคเอกชนที่ผ่านการอบรม (อาสาสมัครชุมชน) จะทำหน้าที่คัดกรองผู้สงสัยโดยใช้แบบคัดกรองโรคเมอร์ส หากพบผู้ป่วยสงสัยจะแจ้งข่าวผ่านทางโทรศัพท์และไลน์กลุ่ม ภายใน 24 ชั่วโมงโดยมีสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ และศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่เป็นศูนย์กลางในการรับแจ้งข่าว และสนับสนุนอุปกรณ์ และลงพื้นที่ติดตามทุก 3 เดือน และ 6 เดือน

## อภิปราย

จากผลการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคเมอร์สของเครือข่ายภาคเอกชนโดยเฉพาะในโรงแรมที่ผู้ป่วยเคยเข้าพัก มีการจัดการระบบโดยแบ่งบทบาทของเจ้าหน้าที่ที่มีความรับผิดชอบที่ชัดเจน โดยเฉพาะในส่วนของพนักงานต้อนรับ มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งเมื่อเกิดโรคเมอร์ส เนื่องจากเป็นแผนกแรกที่ต้องพบเจอลูกค้าและพูดคุยด้วยมากที่สุด โดยพนักงานต้อนรับจะต้องทักทายและให้การต้อนรับแขกลงทะเบียนผู้เข้าพักและจ่ายห้อง จ่ายกุญแจ รวมถึงการตอบข้อซักถามต่างๆ อีกทั้งยังต้องคอยประชาสัมพันธ์ให้กับผู้ที่มาเข้าพักรวมถึงเจ้าหน้าที่ของโรงแรมเองได้รับทราบเกี่ยวกับการเกิดโรคนอกจากนี้ยังมีบทบาทสำคัญในการติดต่อประสานงานกับแผนกอื่น ๆ ในโรงแรมเพื่อช่วยเหลือเรื่องต่างๆ เมื่อแขกเรียกร้อง<sup>(33)</sup> การจัดการความเสี่ยง มีการแยกผู้สัมผัสและการดูแลลูกค้าคนอื่นๆ ได้เป็นอย่างดี ให้ความสำคัญต่อการสังเกตอาการของผู้เข้าพัก ทำให้ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคลง โดยสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมีความเข้าใจในปัญหา มีสำนึกในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน สอดคล้องกับเกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่สำคัญของเครือข่ายที่ต้องมีการรับรู้ มุมมองร่วมกัน (common perception)<sup>(20)</sup> เหตุผลอีกประการคือโรงแรมตั้งอยู่ในแถบที่ชาวตะวันออกกลางนิยมเดินทางมาพักและมาใช้บริการค่อนข้างมาก และเป็นโรงแรมที่ผู้ป่วยเดินทางมาพักอาศัยด้วย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องรักษาชื่อเสียงและภาพพจน์ของโรงแรม และรักษารฐานลูกค้าไม่ให้เกิดการสูญเสียรายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรี เพชรพิรุณ<sup>(32)</sup> ที่ศึกษาพฤติกรรมและความพึงพอใจของนักท่องเที่ยวชาวตะวันออกกลางในการเลือกใช้บริการในโรงแรมในเขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร ที่พบว่าเหตุผลในการเลือกใช้บริการกับทางโรงแรมของลูกค้า คือ สถานที่ตั้ง ซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็นจุดเด่นของแต่ละโรงแรมเพราะย่านสุขุมวิทเป็นศูนย์กลางของกรุงเทพฯ การคมนาคมสะดวก ใกล้แหล่งช้อปปิ้ง และคุณภาพในความปลอดภัยของทรัพย์สินและร่างกายระหว่างการท่องเที่ยว และสอดคล้องกับการศึกษาของดาลีซะห์ ดะยี้ และคณะ<sup>(31)</sup> ที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการการท่องเที่ยวของนักท่องเที่ยวชาวตะวันออกกลางในเขตกรุงเทพมหานครโดยพบว่านักท่องเที่ยวให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของที่พักมากที่สุด

สำหรับการดำเนินงานของเครือข่ายเอกชนที่เกี่ยวข้องบริเวณรอบโรงแรมที่ผู้ป่วยเคยเข้าพัก ในส่วนของโรงแรมให้ความสำคัญต่อการสังเกตอาการของผู้เข้าพักในโรงแรมเช่นเดียวกันอาจเพราะเป็นโรงแรมที่อยู่ในเครือข่ายเดียวกันอีกทั้งได้รับการอบรมชี้แจงจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข จึงให้ความสำคัญเป็นพิเศษ สำหรับร้านขายยา/คลินิกมีบทบาทในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเมอร์สโดยช่วยสอดส่องดูแลให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้อีกทางหนึ่งโดยการแนะนำให้ลูกค้าไปพบแพทย์ โดยเฉพาะลูกค้าที่มีอาการทางเดินหายใจหรือสงสัยว่ามีอาการ เนื่องจากร้านขายยาเป็นหน่วยหนึ่งของระบบสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน ไม่เพียงแต่ทำหน้าที่ด้านการกระจายยาเท่านั้น แต่ยังมีบทบาทสำคัญเปรียบเสมือนเป็น "ที่พึ่งด้านสุขภาพของชุมชน" เป็นทางเลือกหนึ่งของประชาชนในการใช้บริการเมื่อมีอาการหรือเจ็บป่วยเบื้องต้น (common illness) นอกเหนือจากการจำหน่ายยา ร้านขายยายังเป็นแหล่งที่สามารถให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเอง ตลอดจนการแนะนำและส่งต่อไปยังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตามความเหมาะสมได้<sup>(34)</sup> ส่วนมัสยิด/สุเหร่าแม้ไม่ได้เป็นสถานที่ที่ดูแลสุขภาพของประชาชน แต่เป็นสถานที่ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา เป็นศูนย์กลางของกิจกรรมต่างๆ เกือบทุกกิจกรรมของชุมชน<sup>(35)</sup> จึงเป็นสถานที่ที่มี

โอกาสแพร่กระจายเชื้อได้สูง การจัดให้ผู้นำศาสนาหรือผู้ดูแลเป็นผู้ให้สุขศึกษาในชุมชนจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากภาษาที่ใช้มักเป็นภาษาอาหรับและผู้มาทำการละหมาดให้ความเชื่อมั่นในผู้นำศาสนา ซึ่งถือเป็นเรื่องที่สำคัญและเป็นอีกช่องทางหนึ่งในการแจ้งข่าวสารเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นในชุมชนได้

จากการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของเครือข่ายภาคเอกชนในชุมชนไม่พบผู้ที่เข้าเกณฑ์สงสัยโรคเมอร์สสายใหม่ในชุมชน เนื่องจากมีอาสาสมัครทั้งในส่วนของโรงแรม ร้านอาหาร ยา คลินิก และผู้นำศาสนา ร่วมป้องกันตนเองและชุมชน และมีการประสานงานร่วมกันอย่างดีผ่านทางโทรศัพท์และไลน์กลุ่ม ส่งผลให้เกิดระบบเฝ้าระวังในชุมชน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบการรายงานเมื่อเกิดโรค จากระบบเดิมคือสถานบริการแจ้งข่าวให้พื้นที่รับทราบเพียงอย่างเดียว แต่เป็นการแจ้งข่าวเพื่อตรวจสอบการระบาดของโรคจากชุมชนโดยเครือข่ายแจ้งกลับมาที่สถานบริการ ผ่านแกนนำที่ผ่านการอบรม ทำให้เครือข่ายที่เกี่ยวข้องดำเนินการควบคุมป้องกันโรคได้อย่างรวดเร็ว และผลจากการติดตามทุก 3 เดือน และ 6 เดือน ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคมายิ่งขึ้น ซึ่งจากการดำเนินงานในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการเกิดโรคไม่ได้มีการแพร่กระจายออกไปสู่ชุมชน บ่งบอกถึงระบบการป้องกันควบคุมโรคที่มีความเข้มแข็งและมีการเฝ้าระวังติดตามอย่างใกล้ชิด โดยมีประเด็นสำคัญที่ทำให้สามารถควบคุมโรคได้ดีและทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ นั่นคือ มีการประสานงานที่รวดเร็ว สามารถรายงานความผิดปกติผ่านช่องทางต่างๆ ตลอด 24 ชั่วโมง การมีส่วนร่วมจากหน่วยงานทุกภาคส่วนโดยเฉพาะภาคเอกชน อีกทั้งผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงาน ทำให้สามารถดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคได้ และไม่มีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นในชุมชน

ดังนั้นการสร้างเครือข่ายภาคเอกชนในชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคเมอร์สโดยสร้างอาสาสมัครที่เหมาะสมและมีจิตอาสาในสถานที่เหล่านี้ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคเมอร์สในชุมชน หากมีการพบเจอผู้ป่วย/ผู้เข้าข่ายสงสัยหรือเข้าเกณฑ์ที่ต้องสอบสวนโรค เครือข่ายเหล่านี้จะทำหน้าที่ในการแจ้งข่าวให้แก่หน่วยงานสาธารณสุขได้รับทราบ ส่งผลให้มีการทราบข้อมูลสถานการณ์การเกิดโรคในชุมชนและการสอบสวนโรคได้รวดเร็วยิ่งขึ้น แม้การระบาดของโรคเมอร์สจะไม่หนักแล้วหรือรุนแรงเท่ากับโรคซาร์ส หรืออีโบล่า คือมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ในระดับที่ค่อนข้างน้อย เมื่อเทียบกับอีโบล่าซึ่งอยู่ระหว่างร้อยละ 50-90 แต่มีความรุนแรงมากกว่าโรคซาร์สซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 9-10<sup>(36)</sup> แต่อย่างน้อยโรคเมอร์สก็เป็นเหมือนสัญญาณเตือนภัยขั้นต้นที่ทำให้แทบทุกประเทศทั่วโลกตระหนักมากขึ้นว่าการเตรียมตัวเตรียมพร้อมเพื่อป้องกันรับมือกับโรคระบาดมีความจำเป็นและสำคัญมากเพียงใด การสร้างเครือข่ายเอกชนโดยมีอาสาสมัครเป็นผู้ขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชนจึงถือเป็นความจำเป็นที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพราะเครือข่ายเหล่านี้มีความเข้าใจในวัฒนธรรม ภาษาและศาสนาของชาวตะวันออกกลาง สามารถเข้าถึง ติดต่อสื่อสารและสร้างความเข้าใจได้ดีกว่าเจ้าหน้าที่ทางราชการ ประกอบกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีอยู่มีจำนวนไม่เพียงพอต่อการให้บริการ จึงควรส่งเสริมและขยายการสร้างเครือข่ายภาคเอกชนเหล่านี้ให้มีการทำงานอย่างต่อเนื่องและเพิ่มเติมมากขึ้นเพื่อเป็นเครือข่ายในชุมชนให้กับหน่วยงานด้านสาธารณสุขต่อไป ทั้งในการประชาสัมพันธ์ให้แก่ลูกค้าหรือผู้ที่เข้ามาใช้บริการ ผู้ที่มาละหมาดได้รับทราบเกี่ยวกับการเกิดโรค สามารถให้คำแนะนำในการป้องกันตนเองจากโรคเมอร์สได้ แต่ยังมีปัจจัยที่

ต้องพิจารณาและควรได้รับการพัฒนา นั่นคือ ความต้องการด้านองค์ความรู้ของเครือข่ายที่จำเป็นต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

### สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า เครือข่ายเอกชนให้ความสำคัญในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเมอร์สเป็นอย่างดี มีความตื่นตัวและมีความพร้อมที่จะดำเนินงานร่วมกันกับหน่วยงานสาธารณสุข ดังนั้นการดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเมอร์สร่วมกับเครือข่ายภาคเอกชนในชุมชนจึงมีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งต่อการรับมือกับการระบาดของโรคเมอร์ส ดังนั้นจึงควรส่งเสริมและขยายการสร้างเครือข่ายภาคเอกชนในพื้นที่เสี่ยง เพื่อทำหน้าที่เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเมอร์สใน และนำรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคเมอร์สมาขยายผลต่อให้กับเครือข่ายเอกชนแห่งอื่นๆ ที่มีผู้เดินทางจากประเทศแถบตะวันออกกลาง ให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สำคัญ

- 1) หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรมีการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเมอร์สให้โรงแรมที่ชาวตะวันออกกลางเข้าพักอาศัยได้มีความรู้เบื้องต้นในการสังเกตอาการของโรคและป้องกันตนเองอย่างต่อเนื่อง
- 2) ผลักดันและสนับสนุนการจัดตั้งระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคในโรงแรม โดยเฉพาะโรงแรมในแถบที่มีชาวตะวันออกกลางมาพักอาศัย เพื่อการคัดกรองและดูแลสุขภาพของกลุ่มนักท่องเที่ยวชาวตะวันออกกลางและติดตามผลกระทบที่มีต่อสุขภาพของคนไทย โดยร่วมมือกับสมาคมผู้ประกอบการโรงแรมแห่งประเทศไทย
- 3) ขยายการสร้างเครือข่ายภาคเอกชนอื่นๆโดยจัดตั้งที่อาสาสมัครที่มีความเข้าใจในวัฒนธรรม ภาษาของชาวตะวันออกกลาง เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้สื่อสารข้อมูลฯ และสร้างความเข้าใจให้แก่ผู้เดินทางมาจากประเทศแถบตะวันออกกลาง
- 4) นำรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเมอร์สขยายสู่ชุมชนอื่นๆ และเผยแพร่แก่สถานที่ที่ผู้เดินทางมาจากแถบตะวันออกกลางได้รับทราบผ่านทางช่องทางต่างๆ ให้มากขึ้นเช่น Social media, สื่อสิ่งพิมพ์ โทรทัศน์ ป้ายประกาศต่างๆ เป็นต้น
- 5) หน่วยงานสาธารณสุขควรสนับสนุนงบประมาณการดำเนินโครงการเพิ่มเติมเพื่อให้การดำเนินงานของเครือข่ายมีความเข้มแข็งและยั่งยืน และทำให้ชุมชนสามารถดูแลตนเองได้

ประสิทธิผลของการสร้างเครือข่ายภาคเอกชนในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเมอร์สในผู้เดินทาง  
จากประเทศแถบตะวันออกกลาง พื้นที่กรุงเทพมหานคร

นภัทร วัชรารณณ์ วทม. (วิทยาการระบาด)	Napatr Watcharaporn M.Sc. (Epidemiology)
เตือนใจ นุชเทียน วทม. (สาธารณสุขศาสตร์)	Tuenjai Nuchtean M.Sc. (Public Health)
วนิดา ดิษวิเศษ วทบ. (สาธารณสุขศาสตร์)	Wanida Ditwised B.Sc. (Public Health)
สืบสกุล สากลวารี วทม. (อายุรศาสตร์เขตร้อน)	Suebsakul Sakolvaree M.Sc. (Trop.Med)
โสภณ เอี่ยมศิริถาวร พ.บ. M.P.H., Ph.D.	Sopon Iamsirithaworn M.D., M.P.H., Ph.D.
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง	Institute for Urban Disease Control and Prevention

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เครือข่ายภาคเอกชนสามารถเฝ้าระวังและบริหารจัดการความเสี่ยงโรคเมอร์สได้ด้วยตนเอง เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการสร้างเครือข่ายภาคเอกชนในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเมอร์สในผู้เดินทางจากประเทศแถบตะวันออกกลาง กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้บริหารหรือผู้จัดการโรงแรม ผู้ดูแลสุเหร่า/มัสยิด และเจ้าของร้านขายยา/เจ้าของคลินิก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และสนทนากลุ่ม ระยะเวลาดำเนินการ เดือน มิถุนายน 2558 - กรกฎาคม 2559 ผลการศึกษาพบว่าเครือข่ายภาคเอกชน สามารถเฝ้าระวังและบริหารจัดการความเสี่ยงโรคเมอร์สได้ โดยสามารถดำเนินการในแต่ละกระบวนการดังนี้ 1) การจัดการระบบ โรงแรมมีผู้บริหารเป็นผู้สั่งการโดยมอบหมายหน้าที่ให้ผู้จัดการโรงแรมเป็นผู้ประสานงานหลักกับหน่วยงานภายนอกและแต่ละแผนกในโรงแรม มีการเรียกประชุมร่วมกันเพื่อทำความเข้าใจ และแบ่งบทบาทหน้าที่ให้แต่ละแผนกมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 2) การจัดการความเสี่ยง สามารถจัดการเรื่องการแยกผู้สัมผัสและการดูแลลูกค้าคนอื่นๆ โดยแบ่งโซนที่พักให้กลุ่มเสี่ยงพักแยกจากผู้เข้าพักท่านอื่นๆ 3) การจัดการข้อมูล มีการประเมินอาการของผู้เข้าพักด้วยแบบคัดกรอง การรวบรวมรายชื่อผู้เดินทางที่เข้าพักรายใหม่ที่มาจากแถบตะวันออกกลาง และผู้ที่มีอาการเข้าข่ายสงสัยโรคเมอร์สส่งให้ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ เพื่อเป็นฐานข้อมูล 4) การสื่อสารความเสี่ยง และประชาสัมพันธ์ มีการแจกแผ่นพับ ติดโปสเตอร์และประกาศผ่านเสียงตามสาย และจากการติดตามการดำเนินงานของเครือข่ายภาคเอกชนในชุมชน พบว่าสามารถป้องกันควบคุมโรคได้โดยไม่พบผู้ที่มีอาการสงสัยเข้าเกณฑ์โรคเมอร์สรายใหม่เกิดขึ้นในพื้นที่ โดยมีประเด็นสำคัญที่ทำให้สามารถควบคุมโรคได้ดี คือ มีการประสานงานที่รวดเร็ว สามารถรายงานความผิดปกติผ่านช่องทางต่างๆ ตลอด 24 ชั่วโมง ผู้บริหารเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุน รวมทั้งการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นการสร้างเครือข่ายภาคเอกชนในชุมชนจึงถือเป็นความจำเป็นที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพราะเครือข่ายเหล่านี้มีความเข้าใจในภาษา และวัฒนธรรม ของชาวตะวันออกกลาง สามารถเข้าถึง ติดต่อ สื่อสารและสร้างความเข้าใจได้ดีกว่าเจ้าหน้าที่ทางราชการ ประกอบกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีอยู่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ จึงควรส่งเสริมและขยายการสร้างเครือข่ายภาคเอกชนในพื้นที่เสี่ยง เพื่อ

ทำหน้าที่เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และนำรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคเมอร์สมาขยายผลต่อให้กับเครือข่ายเอกชนแห่งอื่นๆ ที่มีผู้เดินทางจากประเทศแถบตะวันออกกลางให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ

**คำสำคัญ:** โรคเมอร์ส, เครือข่ายภาคเอกชน, การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค, ประสิทธิภาพ

### Abstract

This study has the objective to make private networks do surveillance and have better risk management of MERS-CoV themselves. The study is about effectiveness of building private networks in doing surveillance, preventing and controlling of MERS-CoV in travelers from the Middle East. The target groups are hotel executives or hotel managers, caretakers of the mosque, pharmacy owners, and the clinic owners. The data were collected by in-depth interview and focus group discussion. The duration of operations had been from June 2015 to July 2016. The study found that private networks could do surveillance and risk management of MERS-CoV for the following ways. First, system management – hotel executives were commanders. They provided hotel managers to be main coordinators with other organizations and each division in hotels. There were meetings to clarify and provide duties to each division. Second, risk management – they could manage to separate the suspected travelers and took care normal customers very well. They provided the separation zone for those suspected for infection. Third, data management – they evaluated symptoms of travelers by evaluation forms and they also recruited new traveler's name lists that came from the Middle East and the suspected travelers. Moreover, they also reported the suspected cases to The Office of Disease Prevention and Control 1, Bangkok for creating the database. Last but not least, communication and public relations – they distributed the information leaflets and posters about MERS-CoV and publicized in the community via wire broadcasting. From following the operations of private networks in community, we found that they could prevent and control diseases without finding any suspected MERS-CoV patients in the community. The significant factor that promoted well disease prevention was the rapid coordinating. The network could report any suspected things via many channels round the clock. Furthermore, the executives also paid attention and helped support the operations. In addition, there are also collaborations from all sectors. To elaborate, creating volunteer teams in the community is really significant and should be done continuously. Due to the fact that they understand profoundly about cultures and languages of the Middle East, they can do the data communication with travelers from



those countries. They also publicize more necessary data to travelers better than government officers. In addition, there are limited numbers of officers that are not enough for providing services. In conclusion, it is necessary to enhance and promote creating private sector networks in the risk areas so that they can do surveillance, prevent and control of MERS-CoV. Besides, they can bring the surveillance and prevention and control of MERS-CoV platform to expand to other private sector networks that have travelers from the Middle East countries to cover all areas of Thailand.

**Keyword:** MERS-CoV, Private Network, Surveillance Prevention and Control, Effectiveness

## คำนำ

ตามที่ประเทศไทยเกิดการระบาดของโรคเมอร์สเป็นรายแรกในปี 2558 นั้น กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรคได้ออกมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเมอร์ส หากพบผู้ป่วยสงสัยให้รีบแจ้งหน่วยงานด้านสาธารณสุขได้ทันที สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใต้กรมควบคุมโรค จึงปฏิบัติตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าว โดยได้จัดให้มีการประชุมและทำงานร่วมกับเครือข่ายกับผู้ประกอบการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมมือในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเมอร์ส ทั้งในส่วนของสถานพยาบาล โรงแรม ร้านอาหาร สุเหร่า/มัสยิด และศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนาในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเมอร์สในสถานที่เหล่านี้ ผู้จัดทำจึงได้ศึกษาการพัฒนาเครือข่ายการป้องกันควบคุมโรคเมอร์สในผู้เดินทางจากประเทศแถบตะวันออกกลาง เพื่อให้เครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับผู้เดินทางมาจากประเทศแถบตะวันออกกลางมีความรู้และตระหนักถึงความรุนแรงของโรค และเพื่อเป็นแนวทางให้กับสถานประกอบการในย่านอื่นๆที่มีผู้พักอาศัยเป็นชาวตะวันออกกลาง ผู้เขียนหวังว่าการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ที่มีส่วนข้องทุกภาคส่วน และหากมีข้อผิดพลาดประการใด ผู้เขียนต้องขออภัยมา ณ ที่นี้ด้วย

ผู้จัดทำ

กันยายน 2559

## สารบัญ

	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	ก
บทคัดย่อ	ฉ
คำนำ	ฌ
สารบัญ	ญ
สารบัญตาราง	ฎ
สารบัญรูปภาพ	ฐ
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	
1.1 ความเป็นมา	1
1.2 วัตถุประสงค์	4
1.3 กรอบแนวคิด	4
1.4 นิยามศัพท์	5
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
<b>บทที่ 2 เอกสารและรายงานที่เกี่ยวข้อง</b>	
2.1 โรคติดต่อทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV.)	6
2.2 นิยามและแนวทางในการสอบสวนโรค	9
2.3 ความหมายของประสิทธิผล ความสำคัญและแนวทางการสร้างเครือข่าย	13
2.4 แนวโน้มสถานการณ์ของนักท่องเที่ยวชาวตะวันออกกลางในประเทศไทย	20
2.5 ประเทศแถบตะวันออกกลาง (Middle East): ประวัติความเป็นมา ประเพณี และวัฒนธรรม	22
2.6 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	34
<b>บทที่ 3 วัสดุอุปกรณ์และวิธีการศึกษา</b>	
3.1 รูปแบบการศึกษา	35
3.2 พื้นที่ที่ทำการศึกษา	35
3.3 ประชากรที่ใช้ในการศึกษา	35
3.4 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา	36
3.5 ระยะเวลาที่ดำเนินการ	36
3.6 วิธีการดำเนินงาน	36
3.7 เครื่องมือที่ใช้	36
3.8 การเก็บและรวบรวมข้อมูล	36
3.9 การวิเคราะห์ข้อมูล	36

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
<b>บทที่ 4 ผลการศึกษา</b>	
4.1 การประเมินประสิทธิผลของการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรคเมอร์ส ของเครือข่ายเอกชนในชุมชน	37
4.2 ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก	40
4.3 การติดตามและประเมินผลของการสร้างเครือข่ายภาคเอกชนในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคเมอร์สในชุมชน	44
<b>บทที่ 5 อภิปรายและสรุปผล</b>	
5.1 วิจัยรณและอภิปรายผล	46
5.2 สรุปผลการศึกษา	48
5.3 ปัญหาอุปสรรค	48
5.4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สำคัญ	49
<b>เอกสารอ้างอิง</b>	50
<b>ภาคผนวก</b>	

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนนักท่องเที่ยวท่องเที่ยวและรายได้ ปี 2557-2558	2
2 ร้อยละอัตราการขยายตัวเฉลี่ยของจำนวนนักท่องเที่ยวจากประเทศ แถบตะวันออกกลาง	20
3 การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเมอร์สของเครือข่ายภาคเอกชนในชุมชน ในช่วง 3 เดือนแรกและหลัง 6 เดือน ด้านการจัดการความเสี่ยง	38
4 การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเมอร์สของเครือข่ายภาคเอกชนในชุมชน ในช่วง 3 เดือนแรกและหลัง 6 เดือน ด้านการจัดการข้อมูล	39
5 การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเมอร์สของเครือข่ายภาคเอกชนในชุมชน ในช่วง 3 เดือนแรกและหลัง 6 เดือน ด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์	40

## สารบัญรูปภาพ

รูปภาพที่	หน้า
1 แนวทางการพิจารณาแยกผู้สัมผัสเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ	12
2 จำนวนและอัตราการเติบโตของนักท่องเที่ยวจากประเทศแถบตะวันออกกลางที่มาท่องเที่ยวในประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2550-2555	20
3 สัดส่วนของภูมิภาคที่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนิยมเดินทางไปบ่อยที่สุด	21
4 ขนาดพื้นที่และลักษณะภูมิประเทศของตะวันออกกลาง	23
5 แผนที่โรงแรมผู้เดินทางพักอาศัย โรงแรมบริเวณใกล้เคียง สุเหร่าหรือมัสยิด และร้านขายยา/คลินิกบริเวณใกล้เคียงกับโรงแรมที่ผู้เดินทางพักอาศัย	35
6 ร้อยละของเจ้าหน้าที่โรงแรมที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานโรคเมอร์ส จำแนกตามบทบาทหน้าที่	38
7 ร้อยละของเครือข่ายภาคเอกชนมีความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานโรคเมอร์ส	44
8 ภาพรวมโครงสร้างและกลไกของเครือข่ายในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคเมอร์สในชุมชน	45

## บทที่ 1 บทนำ

### 1. ความเป็นมา

โรคติดเชื้อทางเดินหายใจตะวันออกกลางหรือโรค MERS-CoV ย่อมาจาก Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus เป็นโรคติดเชื้อชนิดรุนแรงที่เกิดจากเชื้อโคโรนาไวรัสซึ่งเป็นไวรัสกลุ่มเดียวกับที่ก่อโรคซาร์ส แต่คนละสายพันธุ์ เป็นไวรัสที่ก่อให้เกิดโรกระบบทางเดินหายใจอย่างรุนแรง และสามารถแพร่กระจายผ่านละอองฝอย น้ำมูก น้ำลาย จากการไอ จาม ของผู้ป่วย รวมทั้งการสัมผัสกับสัตว์ที่เป็นแหล่งรังโรค เช่น อูฐ โดยพบการติดเชื้อนี้เป็นครั้งแรกที่ ประเทศซาอุดีอาระเบีย เมื่อปี 2555<sup>(1)</sup>

อาการทั่วไป มีตั้งแต่ไม่แสดงอาการ อาการไข้เหมือนไข้หวัดธรรมดา มีน้ำมูกไหล ไอ เจ็บคอ หายใจถี่ หอบ มักพบมีปอดบวม อาจมีอาการทางเดินอาหาร และอุจจาระร่วงร่วมด้วย บางรายมีอาการรุนแรงคล้ายโรค SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) มีระบบหายใจล้มเหลว อาการแสดงจะรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้มีภูมิคุ้มกันต่ำ และโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคปอด โรคเบาหวาน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มผู้ที่เดินทางไปแสวงบุญ และบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะประเทศในแถบตะวันออกกลาง พบรายงานผู้ป่วยทั้งหมด จาก 26 ประเทศ ได้แก่ ซาอุดีอาระเบีย สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ กาตาร์ จอร์แดน โอมาน คูเวต อียิปต์ เยเมน เลบานอน อิหร่าน ตุรกี อังกฤษ เยอรมนี ฝรั่งเศส อิตาลี กรีซ เนเธอร์แลนด์ ออสเตรเลีย ติมูเลีย แอลจีเรีย มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ สหรัฐอเมริกา เกาหลีใต้ จีน และไทย โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ตั้งแต่ กันยายน 2555 ถึง 16 มิถุนายน 2558 พบผู้ป่วยรวม 1,322 ราย เสียชีวิต 466 ราย<sup>(2)</sup> และองค์การอนามัยโลกรายงานข้อมูลเพิ่มเติมว่าพบการติดเชื้อของผู้ป่วยในรุ่นที่ 3 แล้ว อย่างไรก็ตามองค์การอนามัยโลกยังไม่แนะนำให้มีการคัดกรองพิเศษบริเวณช่องทางเข้าออกประเทศ และการจำกัดการเดินทางหรือการค้าแต่อย่างใด แต่เน้นย้ำให้แต่ละประเทศดำเนินการเข้มงวดในระบบการเฝ้าระวังในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน(Acute Respiratory Infection) อย่างใกล้ชิด และเน้นย้ำในมาตรการการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อ และการแพร่กระจายของโรค สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากสำนักระบาดวิทยา ปี 2558 พบผู้ป่วยยืนยันโรคเมอร์ส จำนวน 1 ราย เมื่อวันที่ 18 มิถุนายน 2558 เป็นชาวตะวันออกกลาง<sup>(3)</sup>

แม้ว่าประเทศไทยจะพบผู้ป่วยยืนยันเพียง 1 ราย แต่ก็พบว่ายังคงมีความเสี่ยงอยู่ เนื่องจากมีผู้แสวงบุญชาวไทยเดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์และพิธีอุมเราะห์ในประเทศแถบตะวันออกกลางเป็นประจำทุกปี ตลอดจนการเดินทางเพื่อไปทำธุรกิจ ประกอบอาชีพ และท่องเที่ยว ซึ่งหากเกิดการติดเชื้อและกลับเข้ามาแพร่เชื้อในประเทศอาจเกิดผลกระทบในหลายๆด้านเช่น ด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคมและความมั่นคงของประเทศ นอกจากนี้ยังมีผู้เดินทางจากแถบตะวันออกกลางเดินทางเข้ามาท่องเที่ยว และทำธุรกิจในประเทศไทยเป็นจำนวนมาก จากข้อมูลทางสถิติของกรมการท่องเที่ยว กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา<sup>(4)</sup> พบว่าในปี 2558 มีจำนวนนักท่องเที่ยวจากประเทศในแถบตะวันออกกลางทั้งหมดที่เดินทางมาในประเทศไทยถึง 658,129 คน เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา (ปี 2557 มีจำนวน 597,892 คน) ร้อยละ 10.07 และทำรายได้ให้กับการท่องเที่ยวในประเทศไทยได้ถึง 46,310.83 ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา (ปี 2557 มีรายได้ 39,355.65 ล้านบาท) ร้อยละ 17.67 (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวนนักท่องเที่ยวท่องเที่ยวและรายได้ ปี 2557-2558

ประเทศ	จำนวนนักท่องเที่ยว			รายได้ (ล้านบาท)		
	2558	2557	ร้อยละ	2558	2557	ร้อยละ
เอเชียตะวันออก	1,9871,773	14,603825	+36.07	759,583.60	504,208.13	+50.65
ยุโรป	5,629,122	6,161,893	-8.65	408,447.94	424,381.34	-3.75
อเมริกา	1,235,095	1,099,709	+12.31	90,181.38	77,860.86	+15.82
เอเชียใต้	1,403,977	1,239,183	+13.30	61,268.20	49,993.85	+22.55
โอเชียเนีย	921,355	942,706	-2.26	70,992.02	67,033.79	+5.90
เอเชียตะวันออกเฉียง	658,129	597,892	+10.07	46,310.83	39,355.65	+17.67
แอฟริกา	161,640	164,475	-1.72	10,374.08	9,964.55	+4.11
รวม	29,881,091	24,809,683	+20.44	1,447,158.05	1,172,798.17	+23.39

\*\*\*หมายเหตุ: P= Preliminary (ข้อมูลเบื้องต้น)

ที่มา: สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง และกรมการท่องเที่ยว

จากข้อมูลการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยยังประมาณไว้ว่านักท่องเที่ยวจากตะวันออกเฉียงกลางจะมี ยอดใช้จ่ายระหว่าง 4,200 - 4,600 บาทต่อคนต่อวัน นอกจากนี้นักท่องเที่ยวกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เดินทาง กลับมาท่องเที่ยวซ้ำในไทยในอัตราที่สูงกว่าบางประเทศ อย่างประเทศแถบเอเชีย โดยนักท่องเที่ยวกลุ่ม ตะวันออกกลางเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพต้องการความอิสระ นิยมความหรูหรา และการเดินทางแต่ละครั้งจะ นิยมเดินทางแบบเป็นครอบครัว จำนวน 10-20 คนต่อกลุ่ม ทั้งยังเป็นตลาดสำคัญเนื่องจากเป็นตลาดที่นิยม เดินทางเข้ามาในช่วงโลว์ซีซั่นของไทย โดยปัจจัยที่เอื้อให้นักท่องเที่ยวจากตะวันออกเฉียงกลางเดินทางเข้ามา ท่องเที่ยว และมีการใช้จ่ายสะพัดไปยังธุรกิจต่างๆ ที่เกี่ยวเนื่องในประเทศไทย คือ ความหลากหลายของ ผลิตภัณฑ์และบริการด้านการท่องเที่ยวของไทย อีกทั้งนักท่องเที่ยวจากตะวันออกเฉียงกลางที่เดินทางเข้ามา ยัง ประเทศไทยส่วนใหญ่นิยมพักครอบครัวมาพักผ่อนในช่วงวันหยุดยาวในแหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติ<sup>(4)</sup> ดังนั้นการดำเนินงานในเรื่องของการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ จึง มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการป้องกันการแพร่กระจายของโรค และเสริมสร้างความเชื่อมั่นให้กับ นักท่องเที่ยวที่จะเข้ามาในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งจำเป็นต้องมีการรับมือ และเฝ้าระวังเป็นพิเศษใน สถานที่ที่มีการทำกิจกรรมที่มีประชาชนมารวมกันเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ประเทศไทยยังเป็นศูนย์กลางทาง การแพทย์ (Medical Hub) มีบุคลากรทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้านและสถานพยาบาลที่ทันสมัยได้ มาตรฐานสากล ทำให้มีชาวตะวันออกเฉียงกลางนิยมเข้ามาตรวจสุขภาพ และรับการรักษาในประเทศเป็นจำนวน มาก ดังนั้นการคัดกรอง การเฝ้าระวังโรค และการป้องกันโรค ในสถานที่ดังกล่าวโดยเฉพาะในแหล่งชุมชน จึง เป็นสิ่งที่จำเป็น หากพบผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ต้องดำเนินการสอบสวนโรค จะช่วยให้สามารถจำกัดการ แพร่กระจาย และควบคุมการระบาดของโรคเบื้องต้นได้อย่างรวดเร็ว และทันที่ทั้งนี้ ตามแนวทางการเฝ้าระวัง และสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ 2012 (Middle East Respiratory Syndrome: MERS) ใน ประเทศไทย(ฉบับวันที่ 6 มิถุนายน 2558) หลังจากมีการพบผู้ป่วยรายแรก ประเทศไทยจึงได้ดำเนินมาตรการ ในการตรวจจับการระบาดของโรคในกลุ่มเสี่ยงและหากพบผู้ป่วยก็ควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็ว เน้นการเฝ้าระวัง



ที่โรงพยาบาลรวมทั้งป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในสถานพยาบาล เพื่อให้การป้องกันควบคุมโรคมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น บุคลากรทางการแพทย์ควรปฏิบัติตามหลัก Standard Precautions กับผู้ป่วยทุกราย ในระหว่างการปฏิบัติงานตลอดเวลา โดยไม่ต้องคำนึงถึงการวินิจฉัยโรค และในกรณีให้การดูแลผู้ป่วย Probable หรือ Confirmed การติดเชื้อเมอร์ส ให้ใช้การป้องกันแบบ Contact Precautions และการป้องกันดวงตา ตลอดจนใช้การป้องกันแบบ Airborne Precautions เมื่อต้องทำหัตถการที่ทำให้เกิดฝอยละออง ในอากาศ (Aerosol Generating Procedures) สำหรับมาตรการการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขมีมาตรการที่สำคัญได้แก่ 1) มาตรการการประเมินความเสี่ยง และการป้องกัน 2) มาตรการการเฝ้าระวัง และคัดกรอง 3) มาตรการการวินิจฉัยดูแลรักษา / การส่งต่อ / การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ 4) มาตรการสื่อสารความเสี่ยง ทำการสื่อสารความเสี่ยง และให้ความรู้ ถึงกลุ่มเป้าหมาย ประชาชนทั่วไป ผู้เดินทางกลับจากแสวงบุญ ผู้ป่วยสงสัย บุคลากรทางการแพทย์ และญาติ ซึ่งหน่วยงานได้มีการดำเนินงานตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว พบว่า มาตรการการเฝ้าระวังการตรวจจับการระบาดของโรคในกลุ่มเสี่ยง เน้นการเฝ้าระวังที่โรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข ตามหนังสือขอความร่วมมือดำเนินการเตรียมความพร้อม สำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ 2012 (Middle East Respiratory Syndrome: MERS) ที่ สธ 0436.2 / 2289 ลงวันที่ 8 มิถุนายน 2558 ระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARI) สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค มีแบบรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARI\_AI1) ซึ่งโรงพยาบาลหรือสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นผู้รายงานไปยังสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เป็นการดำเนินงานเชิงรับจากภาครัฐ แต่จากการดำเนินการที่ผ่านมา ยังคงพบปัญหาว่า มีผู้ที่เดินทางจากประเทศเสี่ยงบางรายซึ่งป่วยแต่ผ่านจุดคัดกรองจากสนามบินและได้แวะพักที่โรงแรมก่อนจะไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ทางสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ จึงพบช่องว่างในการดำเนินงาน และเพื่อความครอบคลุมในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ป้องกันการระบาด และการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ชุมชน ดังนั้นจึงควรมีการเฝ้าระวังเชิงรุก โดยการสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคเอกชน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ จึงได้ดำเนินการสร้างเครือข่ายภาคเอกชนคือ โรงแรม คลินิก เอกชน ร้านขายยา และมัสยิด ในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทางจากประเทศแถบตะวันออกกลาง ณ ชุมชนแห่งหนึ่ง พื้นที่กรุงเทพมหานคร เพื่อจะสามารถค้นหาผู้สงสัยหรือผู้ที่มีอาการเข้าได้กับโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง และแจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควบคุมโรคได้ทันที่ โดยได้ดำเนินการสร้างเครือข่ายภาคเอกชนในช่วงเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2558 โดยเลือกพื้นที่ทำการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ สถานประกอบการที่เกี่ยวข้องในชุมชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ที่ผู้เดินทางชาวตะวันออกกลาง นิยมพักอาศัย ได้แก่ โรงแรมที่ผู้ป่วยเคยเข้าพัก 1 แห่ง โรงแรมในบริเวณใกล้เคียง 4 แห่ง สุเหร่า/มัสยิด 2 แห่ง และร้านขายยา/คลินิก 6 แห่ง กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ผู้บริหารหรือผู้จัดการโรงแรมและพนักงานโรงแรมที่ผู้ป่วยเคยเข้าพัก ผู้จัดการโรงแรมบริเวณใกล้เคียง เจ้าของร้านขายยาหรือเภสัชกรในร้านขายยา/คลินิก และบุคลากรในสุเหร่า/มัสยิด ขั้นตอนและวิธีดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ

- ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ

- 1) ศึกษาองค์ความรู้เรื่องโรคเมอร์สและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2) สำรวจและรวบรวมรายชื่อโรงแรม ร้านขายยา/คลินิก สุเหร่า/มัสยิด

3) ออกแบบฟอร์มการเฝ้าระวังโรคเมอร์ส แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสอบถาม

- ระยะที่ 2 ขึ้นดำเนินการ

1) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้แก่กลุ่มเป้าหมายและผู้เกี่ยวข้อง 1 วัน เพื่อชี้แจงการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคเมอร์ส โดยมีการให้ข้อมูล ความรู้ที่สำคัญและจำเป็นสำหรับการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเมอร์สรวมทั้งสาธิตการใช้อุปกรณ์ในการป้องกันโรคเมอร์สแก่สมาชิกของเครือข่ายที่เข้าร่วมประชุม แจกแบบคัดกรองโรคเมอร์ส สื่อภาษาอาหรับ แผ่นพับ โปสเตอร์ Health beware card สบู่มือ แอลกอฮอล์เจล หน้ากากอนามัยและสร้างช่องทางการติดต่อสื่อสารระหว่างเครือข่าย โดยใช้สื่อสังคมออนไลน์

2) ประสานอาสาสมัคร ผู้นำศาสนา ผู้จัดการโรงแรมในพื้นที่เป้าหมาย อบรมเพิ่มเติมวิธีการใช้เครื่องวัดอุณหภูมิชนิดอินฟราเรด สนับสนุนข้อมูล องค์ความรู้ และวัสดุอุปกรณ์เพิ่มเติมโดยทีมปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายข้างต้น สามารถนำไปให้สุขศึกษาแก่ผู้มาทำละหมาดที่มีสยิดและแขกที่เข้าพักในโรงแรม โดยกำหนดและขอความร่วมมือผู้นำศาสนาช่วยชี้แจงผู้มาทำละหมาดรายใหม่ได้ทราบแนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกัน ควบคุมโรคเมอร์สและใช้การติดตามทางโทรศัพท์และสื่อสังคมออนไลน์ผ่านทางเครือข่าย

- ระยะที่ 3 ขึ้นติดตามดำเนินงาน: ลงพื้นที่ติดตามประเมินการเฝ้าระวังทุกสัปดาห์ ในช่วง 3 เดือนแรก หลังจากประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำกับติดตามการดำเนินการ รวบรวมปัญหาอุปสรรค และเสนอแนะแนวทางแก้ไข

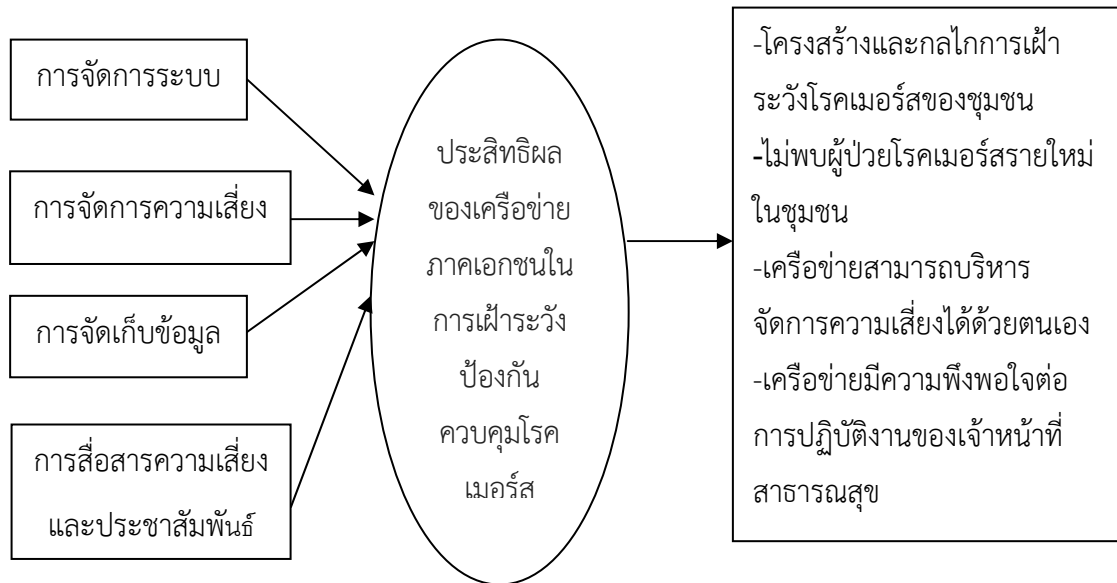
ทั้งนี้ เพื่อให้เครือข่ายภาคเอกชนในชุมชน เกิดความตื่นตัว และตระหนักถึงความรุนแรงของโรคสามารถเฝ้าระวังและบริหารจัดการความเสี่ยงโรคเมอร์สได้ด้วยตนเอง และเพื่อให้ทราบถึงประสิทธิผลของการดำเนินงานดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของการสร้างเครือข่ายภาคเอกชนในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเมอร์สในผู้เดินทางจากประเทศแถบตะวันออกกลาง พื้นที่กรุงเทพมหานคร

## 2. วัตถุประสงค์

เพื่อให้เครือข่ายภาคเอกชนสามารถเฝ้าระวัง และบริหารจัดการความเสี่ยงที่เกิดจากการแพร่กระจายเชื้อโรคเมอร์สด้วยตนเอง

## 3. กรอบแนวความคิด

เพื่อต้องการทราบประสิทธิผลของเครือข่ายภาคเอกชนในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเมอร์ส และสามารถบริหารจัดการความเสี่ยงไม่ให้เกิดผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชน



#### 4. นิยามศัพท์

- เครือข่ายการป้องกันควบคุมโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางหรือโรคเมอร์สในชุมชน หมายถึง โรงแรม ร้านอาหาร/คลินิก สุเหร่า/มัสยิด ที่อยู่ในพื้นที่ชอยนานา เขตสุขุมวิท

- ผู้ที่เดินทางมาจากประเทศแถบตะวันออกกลาง หมายถึง ผู้ที่เดินทางมาจากประเทศใน 14 ประเทศดังต่อไปนี้ คือ บาห์เรน อิหร่าน อิรัก อิสราเอล จอร์แดน คูเวต เลบานอน โอมาน ปาเลสไตน์ กาตาร์ ซาอุดีอาระเบีย ซีเรีย สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ เยเมน

#### 5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1) สามารถนำรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และบริหารจัดการความเสี่ยงโรคเมอร์ส ในเครือข่ายภาคเอกชน ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานในพื้นที่เสี่ยงแห่งอื่นๆได้

2) ไม่เกิดการระบาดของโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV.) รายใหม่ในชุมชน และลดการแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชน

3) ได้เครือข่ายภาคเอกชนในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเมอร์สในชุมชน

## บทที่ 2 เอกสารที่เกี่ยวข้อง

- 2.1 โรคติดเชื้อทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV.)
- 2.2 นิยามและแนวทางในการสอบสวนโรค
- 2.3 ความหมายของประสิทธิผล ความสำคัญและแนวทางการสร้างเครือข่าย
- 2.4 แนวโน้มสถานการณ์ของนักท่องเที่ยวชาวตะวันออกกลางในประเทศไทย
- 2.5 ประเทศแถบตะวันออกกลาง (Middle East): ประวัติความเป็นมา ประเพณีและวัฒนธรรม
- 2.6 เอกสารรายงานที่เกี่ยวข้อง

### 2.1 โรคติดเชื้อทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV.)

#### ลักษณะของโรค

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ 2012 หรือกลุ่มอาการทางเดินหายใจตะวันออกกลางหรือโรค MERS-CoV (เมอร์ส-คอฟ) ย่อมาจากคำว่า Middle East Respiratory Syndrome หรือกลุ่มอาการโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง เกิดจากการติดเชื้อในกลุ่ม โคโรนาไวรัส (Coronavirus: CoV) <sup>(5)</sup> ทำให้เชื้อของเชื้อโรคนั้นในภาษาอังกฤษ จึงใช้คำว่า MERS-CoV โคโรนาไวรัสเป็น RNA ไวรัส ที่สามารถก่อให้เกิดโรคในระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินอาหาร (ซึ่งส่วนมากแล้วจะมีอาการไม่รุนแรงและบางครั้งอาจรุนแรงได้) ระบาดวิทยา

เมื่อปี ค.ศ. 2002-2003 ขณะนั้นมีโรคซาร์ส โคโรนาไวรัส (SARS Coronavirus) เกิดขึ้นเช่นเดียวกัน แต่การติดเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ล่าสุด พบว่ามีการรายงานครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2555 ที่ประเทศซาอุดีอาระเบีย ต่อมาเชื้อได้แพร่กระจายไปยังประเทศใกล้เคียง ได้แก่ การ์ตา จอร์แดน ฝรั่งเศส อิตาลี และ ตุนิเซีย เดิมทีเรียกไวรัสชนิดนี้ว่า “โนเวล โคโรนา ไวรัส: Novel Corona virus) แต่ในปัจจุบันองค์การอนามัยโลกได้ใช้ชื่อเรียกใหม่ว่า Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus หรือ โรค MERS-CoV (เมอร์ส-คอฟ) ที่สามารถพบการติดเชื้อได้ในทุกกลุ่มอายุ ซึ่งมักพบในผู้ใหญ่ และมีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 30-50 ความสำคัญของการพบโรคนี้อีกคือ นอกจากอัตราการเสียชีวิตที่สูงแล้ว ยังพบการแพร่กระจายจากคนสู่คน โดยเฉพาะบุคคลที่อาศัยภายในบ้านเดียวกัน <sup>(6)</sup>

#### อาการของโรค

ผู้ติดเชื้อบางรายไม่มีอาการ ในรายที่แสดงอาการจะมีอาการทางระบบหายใจ ได้แก่ ไข้ ไอ และอาจมีอาการในระบบทางเดินอาหารร่วมด้วย เช่น ท้องร่วง และอาจมีอาการทางเดินหายใจรุนแรงจนส่งผลให้เสียชีวิตได้ ซึ่งอาจทำให้เกิดระบบทางเดินหายใจล้มเหลว อาการที่สังเกตได้คือ มักพบได้ตั้งแต่มิมีอาการจนถึงมีอาการรุนแรงแล้ว ซึ่งผู้ป่วยมักมีไข้สูงมากกว่า 38 องศาเซลเซียส มีอาการไอ หอบ หายใจลำบาก ในรายที่อาการรุนแรงพบว่าผู้ป่วยจะมีอาการแย่ลงอย่างรวดเร็วภายใน 1 สัปดาห์ ทั้งนี้ ผู้ป่วยอาจมีลักษณะของกลุ่มอาการในระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลันอย่างรุนแรง คือมีอาการหอบเหนื่อยตามความรุนแรงของภาวะขาดออกซิเจน

ระยะฟักตัว มีระยะฟักตัว 2-14 วัน

การแพร่โรค สำหรับการแพร่เชื้อระหว่างคนสู่คนสามารถแพร่ผ่านทางเสมหะของผู้ป่วยจากการไอ จาม เป็นต้น และมักเกิดจากการสัมผัสอย่างใกล้ชิดกับผู้ป่วยโดยไม่ได้ป้องกันตนเอง โดยอย่างยิ่งในโรงพยาบาล

การรักษา  
เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคอุบัติใหม่ ยังไม่มีวัคซีนป้องกัน ทำให้ข้อมูลการใช้ยาต้านไวรัสค่อนข้างจำกัด และยังไม่มียาต้านไวรัสจำเพาะต่อเชื้อนี้ในการรักษา จึงทำได้เพียงให้การรักษาตามอาการและการรักษาแบบประคับประคอง จนกว่าการอักเสบในระบบทางเดินหายใจจะลดน้อยลงจนหายเป็นปกติ

การป้องกัน  
สำหรับการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ ถือว่ามีความสำคัญมากที่สุด เพราะยังไม่มียาที่ใช้ทำลายเชื้อนี้ได้ ดังนั้น เมื่อมีอาการไข้สูง ไอ หอบ หายใจเร็ว ก็ควรให้ผู้ป่วยสวมผ้าปิดปาก-จมูก และมาพบแพทย์พร้อมแจ้งเจ้าหน้าที่หากมีประวัติเดินทางไปประเทศที่มีการระบาดของเชื้อ ได้แก่ ซาอุดีอาระเบีย การ์ตา จอร์แดน สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ อังกฤษ ฝรั่งเศส ญีุ่ตเซีย เยอรมนี อิตาลี โอมาน คูเวต มาเลเซีย กรีซ และฟิลิปปินส์ ส่วนผู้ที่อยู่ใกล้ชิด ก็ให้สวมหน้ากากอนามัย และหมั่นรักษาความสะอาดมือ ทั้งผู้ป่วยเองและคนรอบข้าง โดยมีวิธีในการป้องกันสำหรับบุคคลในกลุ่มต่างๆ ดังนี้

#### 1. สำหรับผู้เดินทางหรือนักท่องเที่ยว<sup>(7)</sup>

จากข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบัน พบว่ากลุ่มเสี่ยงที่จะมีอาการป่วยรุนแรงได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคปอดเรื้อรัง โรคไตวาย หรือผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ควรระมัดระวังเป็นพิเศษหากท่านเดินทางเข้าประเทศที่มีการระบาด และเข้าเยี่ยมชมฟาร์ม หรือสถานที่เก็บผลผลิตทางการเกษตร และหรือในพื้นที่ตลาดที่มีอยู่ อยู่และควรปฏิบัติดังนี้

- หลีกเลี่ยงการคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ หรือผู้ที่มีอาการไอ จาม
- ผู้ที่มีโรคประจำตัวที่เสี่ยงต่อการป่วย อาจพิจารณาสวมหน้ากากป้องกันโรค และเปลี่ยนบ่อยๆ เมื่อเข้าไปในสถานที่ที่มีคนรวมอยู่มากๆ
- ควรล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่ โดยเฉพาะเมื่อสัมผัสกับสารคัดหลั่งของผู้ป่วยหรือสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยสัมผัส
- หลีกเลี่ยงการเข้าไปสัมผัสกับฟาร์มสัตว์ หรือสัตว์ป่าต่างๆ หรือคัมมสัตว์ โดยเฉพาะอูฐ ซึ่งอาจเป็นแหล่งรังโรคของเชื้อได้
- ถ้ามีอาการไข้ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ(มีอาการรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันปกติ) ควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสคลุกคลีกับบุคคลอื่นเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ เมื่อไอ หรือจามควรใช้กระดาษชำระ ปิดปาก และจมูกทุกครั้ง และทิ้งกระดาษชำระที่ใช้แล้วลงในถังขยะที่ปิดมิดชิด และล้างมือให้สะอาด กรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ ควรไอหรือจามลงบนเสื้อผ้าบริเวณต้นแขน ไม่ควรจามรดมือและรีบไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่<sup>(7)</sup>

#### 2. สำหรับประชาชนทั่วไป

- หลีกเลี่ยงการคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ หรือผู้ที่มีอาการไอ จาม

- ควรล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่ โดยเฉพาะเมื่อสัมผัสกับสารคัดหลั่งของผู้ป่วยหรือสิ่งแวดลอมที่ผู้ป่วยสัมผัสเมื่อเข้าเยี่ยมชมฟาร์มหรือพื้นที่โรงเก็บผลผลิตทางการเกษตร ควรรักษาสุขอนามัยทั่วไป เช่น ล้างมือเป็นประจำก่อน และหลังสัมผัสสัตว์ หลีกเลี่ยงการสัมผัสสัตว์ป่วย และรับประทานอาหารที่ถูกสุขอนามัย

### 3. สำหรับสถานพยาบาล

เนื่องจากพบรายงานการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล (Hospital Setting) ผู้บุคคลในครอบครัว ได้แก่ ญาติที่ไปเยี่ยม และให้การดูแลผู้ที่มารับการรักษาให้หอผู้ป่วยเดียวกัน และผู้สัมผัสใกล้ชิด (Family cluster and closer contact cluster) เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการแยกผู้ป่วย โดยใช้หลักการของ Standard precaution รวมถึง Hand hygiene, Respiratory hygiene and cough etiquette precautions และ contact precaution สำหรับโรค MERS ส่วนใหญ่เป็น droplet transmission ถ้าไอ จามในระยะ 1 เมตร สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ อย่างไรก็ตาม airborne transmission มีความเป็นไปได้ ขณะนี้พบว่าอัตราการตายของโรคเมอร์สค่อนข้างสูง (ร้อยละ 30-50) ดังนั้นองค์การอนามัยโลกและศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (US CDC) จึงแนะนำให้ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบ Airborne precaution โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการปอดบวมหรือไอมาก รวมทั้งหัตถการที่ก่อให้เกิดฝอยละอองขนาดเล็ก เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การดูดเสมหะ การเก็บเสมหะ การพ่นยา เป็นต้น<sup>(7)</sup>

การตรวจวินิจฉัยโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง(MERS) ทางห้องปฏิบัติการปัจจุบัน กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้ให้บริการตรวจวิเคราะห์ด้วยวิธีดังต่อไปนี้

#### 1. การตรวจวินิจฉัยโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS)

1.1 การตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อ MERS-CoV ด้วยวิธี Real-time PCR ต่อ UpE-gene และ ORF-1a gene ใช้เวลาในการตรวจวิเคราะห์ 8 ชั่วโมง หากผลการตรวจเป็นลบ สามารถรายงานผลได้ทันที (กรณีผลลบ อาจเกิดจากตัวอย่างที่ไม่เหมาะสมหรือด้อยคุณภาพ ได้แก่ ตำแหน่งที่เก็บสิ่งส่งตรวจไม่สัมพันธ์ กับพยาธิสภาพของโรคหรือระยะเวลาที่เก็บห่างจากวันเริ่มป่วยมากเกินไป เจ้าหน้าที่จึงควรทบทวนคำแนะนำการเก็บและนำส่งสิ่งส่งตรวจ พร้อมกับเก็บตัวอย่างใหม่ ส่งตรวจซ้ำ) แต่หากผลการตรวจเป็นบวกด้วยยีนใดยีนหนึ่งหรือทั้งสองยีนจะดำเนินการตรวจยืนยันอีกครั้งด้วย 2 วิธี

#### 1.2 การตรวจยืนยันเชื้อ MERS-CoV สามารถตรวจได้ 2 วิธี คือ

1.2.1 วิธี Real-time PCR ต่อ ORF-1a gene และต่อ ORF-1b gene ใช้เวลาในการตรวจวิเคราะห์ 8 ชั่วโมง

1.2.2 การตรวจลำดับนิวคลีโอไทด์ (Nucleotide sequencing ) ต่อยีน RdRp หรือ N gene ใช้เวลาในการตรวจวิเคราะห์ 24 ชั่วโมง

2. การตรวจวินิจฉัยไวรัสทางเดินหายใจชนิดอื่นๆ 16 ชนิด ได้แก่ Flu A, Flu B, HRV, PIV type-1, PIV type-2, PIV type-3, PIV type-4, Adv , RSV-A, RSV-B, HEV, hMPV, HBoV, CoV-229E, CoV-NL63 และ CoV-OC43 ด้วยวิธี multiplex real-time PCR ใช้เวลาตรวจวิเคราะห์ 8 ชั่วโมง ระหว่างที่กระทรวงสาธารณสุขยังประกาศเป็นสถานการณ์เฝ้าระวังโรคฯ อยู่ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จะตรวจหาไวรัสทางเดินหายใจ 16 ชนิดเพิ่มเติมให้กับโรงพยาบาลที่ส่งตัวอย่างผู้ป่วยที่มีอาการและอยู่ในข่ายผู้ป่วยที่

เข้านิยามเฝ้าระวังโรคเมอร์สโดยตรวจไปพร้อมกันกับการตรวจวินิจฉัยโรคเมอร์สเพื่อช่วยให้การสรุปผลการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยสงสัยยาที่ให้ผลลบต่อ MERS-CoV มีความชัดเจนขึ้นและเป็นประโยชน์ต่อการรักษา<sup>(8)</sup>

## 2.2 นิยามผู้ป่วยและแนวทางการสอบสวนโรค

### นิยามผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ต้องดำเนินการสอบสวนโรค (Patients under investigated: PUI)

1. ผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน ได้แก่ ผู้ที่มีอาการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (ไอ น้ำมูก เจ็บคอ เป็นต้น) และมีประวัติเดินทางมาจากพื้นที่ที่พบผู้ป่วยในช่วงเวลา 14 วันก่อนวันเริ่มป่วย และมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

- มีอุณหภูมิร่างกายมากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส หรือ
- มีประวัติเข้ารับบริการในโรงพยาบาลในพื้นที่เสี่ยงในช่วง 14 วันก่อนวันเริ่มป่วย หรือ
- สัมผัสสูด หรือดื่มนมอูฐในช่วง 14 วันก่อนวันเริ่มป่วย หรือ
- สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง ในช่วง 14 วันก่อนวันเริ่มป่วย

2. ผู้ป่วยปอดบวมที่มีประวัติเสี่ยง หมายถึง ผู้ป่วยปอดบวมที่มีประวัติอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ในช่วงเวลา 14 วันก่อนวันเริ่มป่วย ได้แก่

- อาศัย หรือเดินทาง หรือเป็นผู้สัมผัสของผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่พบผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือ

- เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยปอดบวม หรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการที่ตรวจตัวอย่างจากระบบทางเดินหายใจ หรือ

- ผู้สัมผัสใกล้ชิด “ผู้ป่วยเข้าข่าย” หรือ “ผู้ป่วยยืนยัน” ติดเชื้อทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือ
- ผู้ป่วยปอดบวมที่เกิดเป็นกลุ่มก้อน (พบผู้ป่วยตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป) ในชุมชนหรือที่ทำงานเดียวกัน

หรือมีความเชื่อมโยงทางระบาดวิทยา

ในผู้ป่วยทั้ง 4 กลุ่มนี้ถ้าตรวจพบเชื้อสาเหตุอื่นๆ แล้ว แต่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาเชื่อดังกล่าว ต้องส่งตรวจหาเชื้อไวรัสโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง

3. ผู้ป่วยปอดบวมรุนแรง หรือ ภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory Distress Syndrome: ARDS) ที่ไม่ทราบเชื้อสาเหตุ (ปอดบวมรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยปอดบวมที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ) ถึงแม้ไม่มีประวัติเสี่ยงก็ตาม

\*\*\*หมายเหตุ ประเทศในตะวันออกกลาง ได้แก่ บาห์เรน อียิปต์ อิหร่าน ตุรกี อิรัก อิสราเอล จอร์แดน คูเวต เลบานอน โอมาน กาตาร์ ซาอุดีอาระเบีย ซีเรีย สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ เยเมน และดินแดนปาเลสไตน์ (เวสต์แบงก์และ ฉนวนกาซา)

### การจำแนกผู้ป่วย

● ผู้ป่วยน่าจะเป็น (Probable case) แบ่งออกเป็น 3 กรณี :

กรณีที่ 1 ผู้ป่วยปอดบวม หรือ ภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory Distress Syndrome: ARDS) ซึ่งมีประวัติอาศัยอยู่หรือเดินทางไปประเทศแถบตะวันออกกลางที่มีรายงาน

การระบาดโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง ในช่วง 14 วันก่อนวันเริ่มป่วย **ร่วมกับ** มีผลการตรวจที่ไม่สามารถสรุปผลได้ (inconclusive tests) (เช่น ตรวจ PCR ให้ผลบวกเพียงชุดเดียว)

กรณีที่ 2 ผู้ป่วยปอดบวม หรือ ภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory Distress Syndrome: ARDS) ซึ่งมีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยันโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง **ร่วมกับ** ไม่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือผลการตรวจหาเชื้อ MERS-CoV ให้ผลลบจากการตรวจเพียง 1 ครั้ง โดยเก็บตัวอย่างที่ไม่เหมาะสมหรือด้อยคุณภาพ

กรณีที่ 3 ผู้ป่วยที่มีอาการของการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน (ไม่ว่าจะเป็นอาการของระบบทางเดินหายใจส่วนบนหรือส่วนล่าง) ซึ่งมีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยันโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง **ร่วมกับ** มีผลการตรวจที่ไม่สามารถสรุปผลได้ (เช่น ตรวจ PCR ให้ผลบวกเพียงชุดเดียว)

● ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันว่า พบสารพันธุกรรมเชื้อ MERS-CoV โดยการตรวจด้วยวิธี

- PCR ด้วย จีโนมจำเพาะ (specific genomic target) อย่างน้อย 2 ชุด **หรือ**
- single PCR ร่วมกับการ sequencing **หรือ**
- ผลการตรวจซีรัมคู่ให้ผลบวก (A sero-conversion by a screening (ELISA, IFA) and a neutralization assay)

● ผู้ป่วยคัดออก (Excluded) ผู้ป่วยที่ข้อมูลจากการสอบสวนโรคพบว่า ไม่เข้านิยามผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ ข้างต้น หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ<sup>(9)</sup>

แนวคิดในการกักกันผู้สัมผัสใกล้ชิดตามระดับความเสี่ยง

● นิยามผู้สัมผัสใกล้ชิด (Closed contact definitions)

- ผู้ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย (ไม่ว่าเป็นญาติ เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์)
- ผู้ที่อยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วยในขณะที่มีอาการ (ทั้งผู้ที่อาศัยอยู่ด้วยกันและผู้ที่มาเยี่ยม)
- ในกรณีที่ผู้ป่วยเดินทางโดยเครื่องบินในขณะที่กำลังมีอาการ
  - ผู้โดยสารที่นั่งใกล้กับผู้ป่วยในระยะ 2 แถวหน้าและหลัง
  - เจ้าหน้าที่ที่ทุกรายในเครื่องบิน/ยานพาหนะที่ผู้ป่วยโดยสาร
  - ผู้ร่วม group tour เดียวกับผู้ป่วย
- ผู้ที่อยู่ในยานพาหนะเดียวกับผู้ป่วยในขณะที่กำลังมีอาการ เช่น รถโดยสาร รถตู้ รถยนต์ต่าง ๆ

เรือโดยสารและพาหนะอื่นใดที่ผู้ป่วยใช้เดินทาง

- ผู้ที่เรียนหรือทำงาน อยู่ในชั้น/ห้อง/แผนก เดียวกันกับผู้ป่วยในขณะที่มีอาการ

การติดตามผู้สัมผัสในชุมชน

เมื่อพบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวน MERS แม้เพียงหนึ่งราย จะต้องมีการติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยรายนั้นทันที เพื่อประเมินอาการและตรวจจับผู้ป่วยรายใหม่ให้ได้อย่างรวดเร็ว ป้องกันการแพร่ระบาดในวงกว้างโดยไม่ต้องรอผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยรายแรก การติดตามผู้สัมผัสสามารถ



ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ได้แก่ SRRT อำเภอ เจ้าหน้าที่งานระบาดวิทยาของโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดังนี้

- สอบสวนผู้ป่วยและผู้ที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยในขณะป่วย เพื่อค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิดรายอื่นๆ ตามนิยามผู้สัมผัสใกล้ชิด
- ให้ข้อมูลเบื้องต้นแก่ผู้สัมผัสว่าต้องมีการติดตามวัดไข้ผู้สัมผัสเป็นเวลา 14 วัน หลังการสัมผัสผู้ป่วยครั้งสุดท้าย
- จัดทำทะเบียนและทำการสัมภาษณ์ข้อมูลทั้งในส่วนที่เกี่ยวกับผู้ป่วย และข้อมูลเกี่ยวกับรายชื่อผู้สัมผัสผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มมีอาการ และลักษณะการสัมผัสในแต่ละราย โดยใช้แบบฟอร์ม "การติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิดของผู้ป่วยที่สงสัย MERS"
- ประเมินสภาพที่อยู่อาศัยและความเป็นไปได้ในการให้ผู้สัมผัสแยกตนเองเพื่อสังเกตอาการ หากปฏิบัติได้โดยความยากลำบาก เช่น บ้านพักอาศัยอยู่กันหลายคนและนอนร่วมห้องกันหลายคน ไม่สามารถแยกห้องนอนและห้องน้ำได้ ต้องจัดสภาพแวดล้อมแยกโซนให้ผู้สัมผัสอยู่ห่างจากคนอื่นๆ ในบ้าน แยกเครื่องใช้ส่วนตัวและจัดหาเจลล้างมือ กระจกชำระ ถูแยกขยะ น้ำยาฆ่าเชื้อ (0.5% ไฮโปคลอไรต์ หรือน้ำยาฟอกขาว) ให้แก่ผู้สัมผัสเพื่อราดฆ่าหลังชำระล้างสิ่งปฏิกูลในห้องน้ำ
- เน้นย้ำผู้สัมผัสเรื่องการห้ามเดินทางออกนอกชุมชน โดยเฉพาะการเดินทางโดยพาหนะโดยสารสาธารณะอย่างเด็ดขาด ให้หยุดงาน หยุดเรียนอยู่กับบ้าน ไม่ออกนอกบ้านโดยไม่จำเป็น หากจำเป็นต้องออกนอกบ้านให้โทรรายงานและปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ก่อนแจ้งให้ผู้สัมผัสทราบล่วงหน้าว่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยจะใช้เวลาตรวจและทราบผลที่แน่นอนภายใน 3 วัน หากผลไม่พบเชื้อ ผู้สัมผัสจะสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หากพบเชื้อจะต้องแยกตนเองและถูกติดตามอาการจนครบ 14 วันหลังสัมผัสผู้ป่วย
- อาการที่สงสัยว่าอาจติดเชื้อ MERS มีได้ตั้งแต่อาการเพียงเล็กน้อย ได้แก่ ไข้ต่ำๆ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก อาเจียน หรือถ่ายเหลว โดยไม่จำเป็นต้องมีไข้สูง หรือหอบเหนื่อย
- หากผู้สัมผัสสงสัยว่าตนเองมีอาการดังกล่าวข้างต้นให้โทรแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ทันที ในผู้สัมผัสที่มีอาการ ต้องส่งต่อไปโรงพยาบาลเพื่อให้แพทย์ประเมินอาการ รวมทั้งการพิจารณาให้อยู่ในห้องแยกโรค และเก็บตัวอย่างส่งตรวจที่โรงพยาบาล ทั้งนี้การส่งต่อผู้สัมผัสที่มีอาการเพื่อไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลต้องดำเนินการภายใต้การควบคุมการติดเชื้อ ตลอดเส้นทางตั้งแต่ในชุมชนไปจนถึงห้องแยกโรค
- ในรายที่ไม่มีอาการ ไม่มีความจำเป็นต้องทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แต่ให้พิจารณาแยกผู้สัมผัสเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ เพื่อดำเนินการตามแนวทางของแต่ละกลุ่มดังรูป (รูปที่ 1)

		ผู้สัมผัสใกล้ชิด	
		High risk	Low risk
Index case	Patient under investigation (PUI)	1. การแยกตัวเองเพื่อสังเกตอาการ (Self isolation) 2. ติดตามโดยไปเยี่ยมที่บ้าน สอบถามอาการทางเดินหายใจ และวัดไข้	1. การแยกตัวเองเพื่อสังเกตอาการ (Self isolation) 2. ติดตามโดยการโทรถามอาการป่วยทางเดินหายใจ
	Probable/ Confirmed MERS	1. การรับตัวไว้เพื่อสังเกตอาการในสถานที่ที่จัดไว้ (Quarantine) 2. ติดตามโดยการ ไปสอบถามอาการทางเดินหายใจ และวัดไข้วันละ 2 ครั้ง ในสถานที่ที่กักกันที่เตรียมไว้	1. การแยกตัวเองเพื่อสังเกตอาการ (Self isolation) 2. ติดตามโดยไปเยี่ยมที่บ้าน สอบถามอาการทางเดินหายใจ และวัดไข้

**รูปที่ 1** แนวทางการพิจารณาแยกผู้สัมผัสเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงและเสี่ยงต่ำ

การเลิกจากการแยกโรค/เลิกจำกัดการเดินทาง/เลิกการกักกัน ได้เมื่อ

- ผู้ป่วย Index case มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ผลลบตามนิยามตัดออกจากการเป็นผู้ป่วย (Excluded)
- ติดตามจนครบ 14 วัน กรณีผู้ป่วย Index case เป็นผู้ป่วยยืนยันหรือน่าจะเป็น

● **High risk closed contact ได้แก่**

1. High risk exposure ในชุมชน สถานพยาบาล และโรงเรียน
  - 1.1 สมาชิกในครอบครัว ญาติ ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยขณะที่มีอาการป่วย
  - 1.2 ผู้สัมผัสอื่นๆ ผู้ร่วมเดินทาง ที่สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง หรือสัมผัสสารคัดหลั่งทางเดินหายใจ หรือโดนไอ จาม จากผู้ป่วยขณะที่มีอาการป่วย เช่น เพื่อนบ้านที่ช่วยหามผู้ป่วยขึ้นรถมาโรงพยาบาล
  - 1.3 บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ห้อง Lab ที่สัมผัสผู้ป่วยโดยตรงหรือสัมผัสสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย โดยไม่ได้ใส่ PPE ที่เหมาะสม
  - 1.4 เพื่อนนักเรียนในโรงเรียนของผู้ป่วย และมีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยขณะมีอาการ
2. High risk exposure ในเครื่องบิน
  - 2.1 ผู้โดยสารและลูกเรือที่มีการสัมผัสโดยตรงกับผู้ป่วย
  - 2.2 ผู้โดยสารที่นั่งใกล้กับผู้ป่วยในระยะ 2 แถวหน้าและหลัง
  - 2.3 เจ้าหน้าที่ทุกรายในเครื่องบิน/ยานพาหนะที่ผู้ป่วยโดยสาร
  - 2.4 ผู้ร่วม group tour เดียวกับผู้ป่วย
3. High risk exposure ในรถหรือเรือโดยสาร
  - 3.1 ผู้โดยสารและพนักงานที่มีการสัมผัสโดยตรงกับผู้ป่วยขณะมีอาการ
  - 3.2 ผู้โดยสารที่นั่งใกล้กับผู้ป่วยที่มีอาการในระยะ 2 แถวหน้าและหลัง ในรถโดยสารหรือเรือขนาดใหญ่

3.3 ผู้โดยสารหรือคนขับทุกรายที่โดยสารพร้อมกับผู้ป่วยที่มีอาการในรถตู้หรือรถยนต์ส่วนบุคคล หรือรถโดยสารส่วนบุคคล

## 2.3 ความหมายของประสิทธิผล ความสำคัญและแนวทางการสร้างเครือข่าย

ประสิทธิผล (Effectiveness) เป็นเครื่องมือหรือตัวบ่งชี้ในการตัดสินใจว่าการบริหารของหน่วยงาน หรือองค์การใดองค์การหนึ่งสามารถดำเนินงานจนบรรลุเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ที่วางไว้มากน้อยเพียงใด เป็นเรื่องเกี่ยวกับผลที่ได้รับและผลสำเร็จของงาน มีความเกี่ยวข้องกับผลงานที่องค์การพึงประสงค์ นักวิชาการได้ให้ความหมายของประสิทธิผลไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้

วิทยา ด่านธารงกุล<sup>(10)</sup> ได้ให้ความหมายว่า ประสิทธิผล หมายถึง ความสามารถในการเลือก เป้าหมายที่เหมาะสมและบรรลุเป้าหมายนั้นๆ ประสิทธิผลจึงวัดกันที่ว่าองค์การสามารถสนองผู้บริโภคนักค้าหรือบริการที่เป็นต้องการหรือไม่ และสามารถบรรลุในสิ่งที่พยายามจะทำมากน้อยเพียงใด

ธงชัย สันติวงษ์<sup>(11)</sup> กล่าวว่าประสิทธิผลเป็นการทำงานที่ได้ผลโดยสามารถบรรลุผลสำเร็จตาม วัตถุประสงค์ที่ต้องการ การวัดผลงานที่ทำได้เทียบกับเป้าหมาย หากสามารถทำได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ก็ แสดงว่าการทำงานมีประสิทธิผลสูง

รุ่ง แก้วแดง และชัยณรงค์ สุวรรณสาร<sup>(12)</sup> กล่าวว่าประสิทธิผล หมายถึง ความสำเร็จของผลการ ปฏิบัติงานที่เป็นไปหรือบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์การ

เปรมสุรีย์ เชื่อมทอง<sup>(13)</sup> กล่าวว่า ประสิทธิผล คือ ผลงานของกลุ่มซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ ดังนั้นประสิทธิผลของโรงเรียน คือ ความสำเร็จของโรงเรียนที่สามารถทำหน้าที่ให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งเอาไว้ ทั้งนี้เกิดจากประสิทธิภาพของผู้บริหารโรงเรียนที่สามารถใช้ความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ในการ บริหารงานเพื่อโน้มน้าวให้ผู้ใต้บังคับบัญชาปฏิบัติงานให้เกิดผลตามเป้าหมายที่ตั้งเอาไว้

ซีซอร์ และยูซต์แมน<sup>(14)</sup> ให้ความหมายว่า ประสิทธิผลขององค์การ คือ ความสามารถขององค์การ ในการนำทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดและมีคุณค่าจากสภาพแวดล้อมมาใช้ประโยชน์เพื่อสนับสนุนการ ดำเนินการขององค์การ

ฮอย และมิสเกล<sup>(15)</sup> กล่าวว่า ประสิทธิผลขององค์การ หมายถึงการที่ผู้บริหารสามารถใช้ภาวะผู้นำ เป็นศูนย์กลางในการจัดการศึกษาทำให้ครูและนักเรียนเกิดความพึงพอใจ เป็นผลทำให้การดำเนินงานของ โรงเรียนมีประสิทธิผลสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

กิบสัน และคณะ<sup>(16)</sup> นิยามประสิทธิผลไว้ว่า ประสิทธิผลเป็นเรื่องของการกระทำใด ๆ ที่มีความมุ่งหมายจะได้รับผลอะไรสักอย่างให้เกิดขึ้น การกระทำหรือความพยายามจะมีประสิทธิผลสูงต่ำเพียงใด ขึ้นอยู่กับว่าผลที่ได้รับตรงนั้น ตรง ครบถ้วน ทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ และใช้พลังงานน้อยเพียงใด

จึงสามารถสรุปได้ว่า ประสิทธิผลขององค์การ หมายถึง การที่องค์การได้ดำเนินงานใดๆ โดยการ ใช้ ทรัพยากรต่าง ๆ จนเกิดผลสำเร็จบรรลุตามเป้าหมายต่าง ๆ ที่องค์การตั้งไว้และสามารถจะสรุปความหมาย ตามทฤษฎีองค์การได้ 3 ลักษณะดังนี้

1. ความหมายที่ใช้ในแนวทางเป้าหมาย (Goal - based Approach) เป็นการพิจารณาว่าการ ดำเนินงานบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่

2. ความหมายที่ใช้แนวทางระบบ (System – based Approach) เป็นการพิจารณาว่าองค์กรนำทรัพยากรมาใช้ให้เกิดประโยชน์แก่องค์การและบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ขององค์กร

3. ความหมายที่ใช้แนวทางกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง (Multiple – Constituencies Approach) เป็นการพิจารณาว่าองค์กรสามารถในการตอบสนองความพึงพอใจของกลุ่มที่เกี่ยวข้องได้

### ความสำคัญของประสิทธิผล

ประสิทธิผลมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในศาสตร์ทางการบริหารและองค์กรการ นับว่าเป็นการตัดสินใจขั้นสุดท้ายว่า การบริหารองค์กรประสบความสำเร็จหรือไม่เพียงใด องค์กรจะอยู่รอดและมีความมั่นคงจะขึ้นอยู่กับประสิทธิผลองค์กรจะล่มสลายไปในที่สุด ดังนั้นจึงมีความสำคัญต่อองค์กร ดังนี้ (ธงชัย สันติวงษ์, 2537)

1. ช่วยตรวจสอบวัตถุประสงค์การจัดตั้งองค์กร การจัดตั้งองค์กรย่อมกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายไว้อย่างชัดเจน เพื่อดำเนินงานให้เป็นไปตามความต้องการหรือไม่

2. ประเมินผลการดำเนินงานกับแผนงานที่กำหนด การดำเนินงานในแต่ละกิจกรรมย่อมต้องมีการวางแผน กำหนดหน้าที่ ความรับผิดชอบ การจัดสรรทรัพยากร การใช้อำนาจหน้าที่การบริหารการปฏิบัติงาน ให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงาน

3. ประเมินผลสำเร็จกับวัตถุประสงค์ เปรียบเทียบผลงานที่ดำเนินการได้ตามแผนงานกับวัตถุประสงค์ขององค์กรที่คาดหวัง ถ้าผลงานบรรลุผลตามวัตถุประสงค์และความคาดหวังขององค์กร แสดงว่าองค์กรมีประสิทธิผล โดยประสิทธิผลอาจพิจารณาเป็น 2 ระดับ คือ

3.1 ประสิทธิผลของบุคคล

3.2 ประสิทธิผลขององค์กร

**ประสิทธิผลของบุคคล** คือ ลักษณะของบุคคลที่มีความสามารถปฏิบัติงานใดๆ หรือปฏิบัติกิจกรรมใดๆ แล้วประสบผลสำเร็จ ทำให้เกิดผลโดยตรงและครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ ผลที่เกิดขึ้นมีลักษณะคุณภาพ เช่น ความถูกต้อง ความมีคุณค่า เหมาะสมดีกับงาน ตรงกับความคาดหวังและความต้องการของหมู่คณะ สังคม และผู้จะนำผลนั้นไปใช้เป็นผลที่ได้จากการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

**ประสิทธิผลขององค์กร** คือ การเน้นไปที่ผลรวมขององค์กรซึ่งกิบสันและคณะ<sup>(16)</sup> อธิบายถึงเกณฑ์ของความมีประสิทธิภาพขององค์กรว่าประกอบด้วยตัวบ่งชี้ 5 ตัว คือ

1. การผลิต (Production)
2. ประสิทธิภาพ (Efficiency)
3. ความพึงพอใจ (Satisfaction)
4. การปรับเปลี่ยน (Adaptiveness)
5. การพัฒนา (Development)

### แนวคิดในการประเมินประสิทธิผล

ความหลากหลายของเกณฑ์ อยู่ในรูปแบบการประเมินประสิทธิผลขององค์กรนั้นเกิดจากผู้วิจัยมีกรอบอ้างอิงแตกต่างกัน การที่ผู้วิจัยมีมีโนทัศน์หรือกรอบอ้างอิงแตกต่างกัน ทำให้การแสวงหาเกณฑ์ที่เป็นสากล (universal criterion) หรือชุดของเกณฑ์ที่ใช้ได้กับทุกองค์กรนั้นทำได้ยาก ตามเทคนิคที่ใช้ในการ

ได้มาซึ่งเกณฑ์ในการประเมินประสิทธิผล เทคนิคที่ใช้ในการได้มาซึ่งเกณฑ์ประเมินประสิทธิผล จำแนกได้ 2 วิธี ดังนี้

1. รูปแบบอนุมาน (Deductive Models) เป็นรูปแบบที่ได้จากการพิจารณาหลักการทั่วไป ประกอบด้วยเกณฑ์การประเมินผลซึ่งได้จากการตีความตามทฤษฎีแล้วก็นำเกณฑ์ดังกล่าวทำการศึกษาวเคราะห์ทั่วไป

2. รูปแบบอุปมาน (Inductive Models) เป็นรูปแบบที่ได้จากการพิสูจน์จากกรณีเฉพาะ โดยผู้ทำการศึกษาวิจัยพยายามสร้างเกณฑ์การประเมินผลที่มีความหมายอันเป็นผลจากการค้นคว้าวิจัยรูปแบบประเภทนี้หลายแบบได้จากการสำรวจการศึกษาวิจัยที่ทำกันมาจากหลาย ๆ แหล่ง และพยายามผสมผสานกันเข้าให้เป็นรูปแบบรวม (unified) หรือเป็นการเสนอตัวแปรหรือเกณฑ์ได้จากวิธีเชิงปริมาณ (Quantitative techniques) ซึ่งได้มาจากการศึกษาวิจัยของผู้เสนอรูปแบบนั้น ๆ

### ความหมายของเครือข่าย

วิชัย แสงศรี<sup>(17)</sup>ให้ความหมายของเครือข่ายว่า หมายถึง การสร้างความสัมพันธ์ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยมีหลักการ ข้อตกลง และแนวปฏิบัติที่ชัดเจนระหว่างคนกับคน คนกับกลุ่ม กลุ่มกับกลุ่ม และเครือข่ายต่อเครือข่าย ความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นความสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนความรู้จากหน่วยงานต่าง ๆ โดยอาจผ่านเข้ามาทางผู้นำกลุ่ม หรือสมาชิกของกลุ่มให้สมาชิกของกลุ่มที่ประกอบอาชีพเดียวกันและทำงานร่วมกัน เป็นวิธีการถ่ายทอดที่ทำให้ทุกคนมีส่วนร่วม ทั้งนี้จะประสบความสำเร็จได้เพราะมีผู้นำที่ดีที่มุ่งให้เกิดผลประโยชน์ร่วมกัน กิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นจึงประสบความสำเร็จ นอกจากนี้การเรียนรู้ของสมาชิกในเครือข่ายมีอยู่ตลอดเวลาการเรียนรู้บางอย่างก็รับจากภายนอกเข้ามาเกือบทั้งหมด แต่บางอย่งก็มีการปรับและประยุกต์ให้ใช้ได้เหมาะสมกับสถานะเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของชุมชน เพื่อวัตถุประสงค์ในการพัฒนาวิชาชีพ

วิระศักดิ์ เครือเทพ<sup>(18)</sup>ให้ความหมายเครือข่ายในทางรัฐประศาสนศาสตร์ คือ การจัดรูปแบบความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างของการทำงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ตั้งแต่สองหน่วยงานขึ้นไป ซึ่งอาจเป็นหน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานเอกชนที่แสวงหากำไร หน่วยงานพัฒนาเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร กลุ่มอาสาสมัครของประชาชนหรือองค์กรระหว่างประเทศ เพื่อร่วมมือร่วมใจกันดำเนินภารกิจของสาธารณะ บางประการ โดยมีองค์กรภาครัฐเป็นแกนหลักของเครือข่าย ทั้งนี้ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงเหล่านี้เป็นไปในลักษณะที่พึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน และมีความสัมพันธ์ในลักษณะที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยมีเป้าหมายของความร่วมมือก็เพื่อต้องการแก้ไขปัญหาสาธารณะบางประการร่วมกัน ซึ่งเป็นปัญหาที่องค์กรใดองค์กรหนึ่งมีอาจดำเนินการให้บรรลุผลสำเร็จได้โดยลำพัง

กองส่งเสริมและพัฒนาเครือข่าย<sup>(19)</sup> ได้ให้ความหมายของเครือข่าย หมายถึง การร่วมมือระหว่างปัจเจกบุคคล กลุ่มองค์กรประเภทเดียวกัน หรือเป็นเครือข่ายเชื่อมโยงระหว่างกลุ่ม องค์กรต่างประเภทกัน ซึ่งมีหลายระดับตั้งแต่การเชื่อมโยงระหว่างปัจเจกต่อปัจเจก การเชื่อมโยง ระหว่างปัจเจกกับกลุ่ม การเชื่อมโยงระหว่างกลุ่มต่อกันโดยดำเนินงานภายใต้เป้าหมายและวิธีการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์<sup>(20)</sup> ได้ให้ความหมายของเครือข่าย คือ เครือข่ายอาจเป็นการร่วมมือระหว่างปัจเจกบุคคล/กลุ่ม/องค์การประเภทเดียวกัน หรืออาจเป็นเครือข่ายเชื่อมโยงระหว่างกลุ่ม/องค์การต่างประเทศ เครือข่ายมีได้หลายระดับ ตั้งแต่การเชื่อมโยงระหว่างปัจเจกต่อปัจเจก เช่น การเชื่อมโยงระหว่างข้าราชการกับข้าราชการด้วยกัน การเชื่อมโยงระหว่างปัจเจกกับกลุ่ม เช่น การเชื่อมโยงระหว่างสถานศึกษากับผู้ปกครอง การเชื่อมโยงระหว่างกลุ่มต่อกลุ่ม เช่นการเชื่อมโยงระหว่างสถานศึกษากับสถานศึกษาด้วยกัน หน่วยงานราชการกับหน่วยงานเอกชน 10 สถานศึกษากับหน่วยงานธุรกิจ เป็นต้น

**องค์ประกอบของเครือข่าย**

สำหรับองค์ประกอบของเครือข่ายนั้นพระมหาสุทิตย์ อาภากร<sup>(21)</sup> ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่สำคัญไว้ 5 ประการด้วยกัน ได้แก่

1. หน่วยชีวิตหรือสมาชิก เป็นหน่วยเบื้องต้นของความเป็นเครือข่ายที่สร้างระบบปฏิสัมพันธ์โดยแต่ละหน่วยชีวิตและแต่ละปัจเจกบุคคลจะดำเนินการสานต่อ เพื่อหาแนวทางร่วมในการสร้างสรรค์คือ สิ่งต่างๆเพื่อให้เกิดการดำรงอยู่ร่วมกัน ตามหลักธรรมชาติของสรรพสิ่งจะต้องพึ่งพาอาศัยและสร้างกระบวนการที่สืบเนื่องเพื่อรักษาความเป็นไปของชีวิต ดังนั้น หน่วยชีวิตหรือสมาชิกในองค์กรนั้น จะเป็นองค์ประกอบหลักที่ก่อให้เกิดความเป็นเครือข่าย

2. จุดมุ่งหมาย เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอีกประการหนึ่งเพราะหากว่าบุคคล กลุ่ม/องค์กร มารวมกันเพียงเพื่อทำ กิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยไร้ความมุ่งหมาย หรือจุดมุ่งหมายร่วมกันความสัมพันธ์ดังกล่าวมีอาจกล่าวได้ว่าเป็นเครือข่าย เพราะความเป็นเครือข่ายจะต้องมีความหมายถึง “การร่วมกันอย่างมีจุดหมาย” เพื่อทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยมีวัตถุประสงค์และกระบวนการเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายนั้น

3. การทำหน้าที่อย่างมีจิตสำนึก การที่แต่ละชีวิตหรือแต่ละบุคคลจะมารวมกันนั้น สิ่งที่จะยึดโยงสิ่งต่าง ๆ เข้าด้วยกัน คือ การทำหน้าที่ต่อกันและกันการกระทำอย่างมีจิตสำนึก เพราะหากขาดจิตสำนึกต่อส่วนรวมที่มาจากส่วนลึกภายในจิตใจของตนแล้ว กระบวนการนั้นจะเป็นเพียงการจัดตั้งและเรียกร้องผลประโยชน์ตอบแทนเท่านั้น และการที่คนจะมารวมกลุ่มเป็นองค์กรเครือข่ายได้นั้น นอกจากจะมีความสนใจหรืออุปนิสัยใจคอที่คล้ายคลึงกันแล้วบุคคลยังต้องมีจิตสำนึกต่อส่วนรวม กล่าวคือ เมื่อพวกเขาเห็นปัญหาหรือต้องการที่จะพัฒนาและเปลี่ยนแปลงสิ่งใดสิ่งหนึ่ง จิตใจที่มุ่งมั่นซึ่งเป็นปัจจัยภายในของแต่ละคน ย่อมเป็นแรงขับที่เป็นนำไปสู่การคิดวิเคราะห์และการค้นคว้าเพื่อแก้ปัญหาานั้น ๆ รวมทั้งแสวงหาแนวร่วมจากเพื่อนร่วมอุดมการณ์ เพื่อสร้างพลังอำนาจในการต่อรองหรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน จนกลายเป็นองค์กรเครือข่ายที่ทุกฝ่ายต่างมีความไว้วางใจต่อกัน ทั้งนี้ เพราะความเป็นเครือข่านั้นสามารถที่จะตอบสนองกระบวนการแก้ไขปัญหาได้มากกว่า

4. การมีส่วนร่วมและการแลกเปลี่ยน ในองค์ประกอบของความเป็นเครือข่ายสิ่งหนึ่งที่จะขาดมิได้ก็คือ การมีส่วนร่วม การพึ่งพาอาศัยกันและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของสมาชิกจะเป็นปัจจัยที่หนุนเสริมให้เครือข่ายมีพลังมากขึ้น เพราะการมีส่วนร่วมจะทำให้สมาชิกมีความรู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่าย ซึ่งจะช่วยให้ทุกฝ่ายหันหน้าเข้าหากันและพึ่งพากันมากขึ้นนอกจากนี้ในระบบความสัมพันธ์ของเครือข่าย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเพราะจะนำไปสู่การให้

และรับ รวมถึงการระดมทรัพยากรเพื่อให้ภารกิจที่เครือข่ายดำเนินการร่วมกันนั้นบรรลุถึงเป้าหมาย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จึงเป็นทั้งแนวคิด กระบวนการ และวิธีการของการจัดการเครือข่ายเป็นกระบวนการสร้าง ข้อมูลที่ต่อเนื่องเพราะถ้าไม่มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันที่มาจากความร่วมมือแล้ว พัฒนาการของเครือข่ายจะเป็นไปอย่างช้า ๆ และอาจถดถอยลง ดังนั้นการมีส่วนร่วมและการแลกเปลี่ยนจึงเป็นแรง ผลักให้ความเป็นเครือข่ายดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง

5. ระบบความสัมพันธ์และการสื่อสาร ถ้ากล่าวถึงเครือข่ายว่าเป็นความสัมพันธ์ที่โยงใยแล้วสิ่งที่มี ความสำคัญต่อเครือข่าย คือ ข้อมูลและการสื่อสารระหว่างกัน นับตั้งแต่การสื่อสารระหว่างปัจเจกบุคคล กลุ่มกับกลุ่ม และระหว่างเครือข่ายกับเครือข่ายรวมทั้งระบบความสัมพันธ์ในการการพัฒนาเครือข่ายองค์กร ชุมชน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยกระบวนการสื่อสารนั้นจะช่วยให้สมาชิกในเครือข่ายเกิดการเรียนรู้ เกิดการ ยอมรับในกระบวนการทำงานและช่วยรักษาสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจากการติดต่อสื่อสาร ที่ต่อเนื่องเช่นนี้ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของเครือข่าย ถ้าระบบความสัมพันธ์ไม่ได้รับการตอบสนองหรือขาด การติดต่อแล้ว ความเป็นเครือข่ายก็อยู่ในภาวะเสื่อมถอย ดังนั้นการพัฒนาระบบเครือข่ายจะต้องยึดหลักการ ของความสัมพันธ์และการสื่อสารระหว่างกัน โดยมีกิจกรรมและข้อมูลเพื่อให้เกิดความเคลื่อนไหวของเครือข่าย นั้นๆ

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์<sup>(20)</sup> ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่สำคัญของเครือข่ายไว้ 7 ประการด้วยกัน คือ

1. การรับรู้มุมมองร่วมกัน (common perception) หมายถึง การที่สมาชิกเข้ามาอยู่ในเครือข่าย ต้องมีความรู้สำนึกคิดและการรับรู้ร่วมกันถึงเหตุผลการเข้าร่วมเป็นเครือข่าย อาทิ มีความเข้าใจในปัญหา มี สำนึกในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน และมีความต้องการความช่วยเหลือในลักษณะคล้ายคลึงกัน เป็นต้น ซึ่งจะ ส่งผลให้สมาชิกเครือข่ายเกิดความรู้สึกผูกพันในการดำเนินกิจกรรมบางอย่างเพื่อแก้ปัญหาความเดือดร้อนที่ เกิดขึ้น

2. การมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน (common vision) หมายถึง การมองเห็นคุณค่าจุดมุ่งหมายในการ อนาคตร่วมกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม การรับรู้เข้าใจถึงทิศทางเดียวกันและการมีเป้าหมายที่จะดำเนินไป ด้วยกัน จะช่วยทำให้ขบวนการเคลื่อนไหวของเครือข่ายมีพลัง เกิดเอกภาพ และช่วยบรรเทาความขัดแย้ง อันเกิดจากมุมมองที่แตกต่างกันไป

3. การมีผลประโยชน์และความสนใจร่วมกัน (mutual interest/benefits) หมายถึง การที่สมาชิก แต่ละคนมาร่วมกันเพื่อประสานประโยชน์และความต้องการ ซึ่งผลประโยชน์และความต้องการนั้นจะไม่ บรรลุผลสำเร็จได้หากสมาชิกต่างคนต่างอยู่ ดังนั้น จึงมีการรวมตัวกันบนฐานของผลประโยชน์ร่วมที่มาก เพียงพอจะดึงดูดให้รวมเป็นเครือข่าย

4. การมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายอย่างกว้างขวาง (all stakeholders participation) หมายถึง การมีส่วนร่วมกันของสมาชิกมีความสำคัญต่อการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่ายเพราะ กระบวนการมีส่วนร่วมเป็นเงื่อนไขที่ทำให้เกิดการร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และร่วมลงมือกระทำอย่าง แข็งขัน ดังนั้น สมาชิกในเครือข่ายจึงควรเสริมสร้างความสัมพันธ์ในลักษณะของความเท่าเทียมและในฐาน ฐานหุ้นส่วนของเครือข่ายและควรสานสัมพันธ์ในแนวราบ

5. ภาวะเสริมสร้างซึ่งกันและกัน (complementary relationship) หมายถึง การที่สมาชิกในเครือข่ายต่างก็ต้องเสริมกระบวนการทำงานของกันและกัน โดยที่ใช้จุดแข็งของฝ่ายหนึ่งไปช่วยเหลืออีกฝ่ายหนึ่งที่มีจุดอ่อน ซึ่งจะทำให้เกิดการประสานผลประโยชน์ร่วมกัน การเสริมสร้างต่อกันนั้น เกิดจากการรวมตัวเป็นเครือข่ายซึ่งมีผลดีมากกว่าการไม่รวมเป็นเครือข่าย

6. การพึ่งอิงร่วมกัน (interdependence) คือการเติมเต็มในส่วนที่ขาดของแต่ละฝ่ายเนื่องจากทุกฝ่ายต่างก็มีข้อจำกัดในกระบวนการทำงานและมีความรู้ประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงมีการพึ่งพาอาศัยกันระหว่างสมาชิกในเครือข่าย

7. การปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยน (interaction) หมายถึง การมีสมาชิกในเครือข่ายมีการทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกและผลการปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนระหว่างกันนั้น ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเครือข่ายตามด้วย

### ความจำเป็นในการสร้างเครือข่าย

การสร้างเครือข่าย หมายถึง การทำให้มีการติดต่อ สนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและการร่วมมือกันด้วยความสมัครใจ การสร้างเครือข่ายควรสนับสนุนและอำนวยความสะดวก ให้สมาชิกในเครือข่ายมีความสัมพันธ์กันฉันท์เพื่อน ที่ต่างก็มีความเป็นอิสระมากกว่าสร้างการคบค้าสมาคมแบบพึ่งพิง นอกจากนี้การสร้างเครือข่ายต้องไม่ใช่การสร้างระบบติดต่อด้วยการเผยแพร่ข่าวสารแบบทางเดียว เช่น การส่งจดหมายข่าวไปให้สมาชิกตามรายชื่อ แต่จะต้องมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างกันด้วย

Cor P. Veer (อ้างถึงในปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ, 2552, หน้า 478-479)<sup>(22)</sup> ได้อธิบายถึงความจำเป็นในการสร้างเครือข่ายว่า การที่ปัจเจกบุคคลหรือสถาบันมารวมกันเป็นกลุ่มซึ่งต้องมีความสนใจในเรื่องหนึ่งร่วมกัน อย่างไรก็ตามเพียงการรวมกลุ่มกันเท่านั้นยังไม่อาจเป็นเครือข่ายงานได้เพราะจะมีลักษณะเพียงการทำงานร่วมกัน (workshop) คือ มีบุคคลเข้ามาร่วมสนทนากัน หากจะมีให้เป็นเครือข่ายต้องมีปัจจัยอีกข้อ คือ ความร่วมมือที่จะติดต่อสื่อสาร ความเต็มใจที่จะประสานงานกัน ข้อสำคัญสมาชิกต้องมีการยอมรับที่จะทำกิจกรรมร่วมกันไม่ใช่เพียงแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเท่านั้น ที่สำคัญต้องให้ความสำคัญกับขั้นตอนของการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมภายในเครือข่าย เพราะจะสะท้อนให้เห็นถึงความพยายามที่จะร่วมมือกันของเครือข่ายโดย Veer ได้เสนอถึงหลักปฏิบัติในการเสริมสร้างเครือข่าย ดังนี้

1. ระบุกลุ่มหรือบุคคลที่สามารถทำหน้าที่กระตุ้นหรือทำให้เครือข่ายงานดำเนินไปได้
2. การจัดการเครือข่ายที่ดี ต้องมีศิลปะในการประสานประโยชน์ทำให้ผู้มีส่วนได้เสียแต่ละฝ่ายได้ประโยชน์ร่วมกัน
3. ในการพัฒนา การปฏิบัติ และติดตามผลของกิจกรรมหรือโครงการต่าง ๆ ของเครือข่ายจะต้องมีการติดต่อสื่อสารกันอย่างใกล้ชิดระหว่างสมาชิกเครือข่ายผู้ได้รับประโยชน์และผู้ให้ทุน
4. จำเป็นจะต้องมีความสนใจร่วมกัน วัตถุประสงค์และทัศนคติร่วมกัน และมีวิธีการทำงานที่จะอำนวยความสะดวกให้เกิดการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิก

นฤมล นิราทร<sup>(23)</sup> ได้ศึกษาการสร้างเครือข่ายในการทำงานสามารถจำแนกกระบวนการในการเสริมสร้างเครือข่ายออกเป็นขั้นตอนต่าง ๆ โดยสามารถสรุปได้ดังนี้



1. ขั้นตอนการตระหนักถึงความจำเป็นในการสร้างเครือข่าย เป็นขั้นตอนที่ผู้ปฏิบัติงานหรือฝ่ายจัดการตระหนักถึงความจำเป็นในการสร้างเครือข่ายเพื่อที่จะทำงานให้บรรลุเป้าหมายรวมทั้งพิจารณาองค์กรต่างๆ ที่เห็นว่าเหมาะสมเข้าเป็นเครือข่ายในการทำงาน คำถามสำคัญที่จะเกิดขึ้นในขั้นตอนนี้

1.1 จะเข้าร่วมเป็นเครือข่ายกับองค์กรใด

1.2 จะได้รับประโยชน์หรือจะต้องสละประโยชน์ด้านใดบ้างในการเข้าร่วมเป็นเครือข่าย

1.3 ระยะเวลาในการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายจะนานเท่าใด

2. ขั้นตอนการติดต่อกับองค์กรที่จะเป็นเครือข่าย หลังจากที่ได้ตัดสินใจในองค์กรที่เห็นว่าเหมาะสมในการเข้าร่วมเครือข่าย ก็จะเป็นขั้นตอนของการติดต่อสัมพันธ์เพื่อชักชวนให้เข้าร่วมเป็นเครือข่ายในการทำงาน โดยการรวมเป็นเครือข่ายจะเกิดขึ้นเมื่อองค์กรมีความต้องการเหมือนกัน ดังนั้นจะต้องสร้างความคุ้นเคย และการยอมรับ รวมทั้งความไว้วางใจระหว่างกัน เป็นขั้นตอนของการปลูกจิตสำนึก โดยการให้ข้อมูล แลกเปลี่ยนข้อมูล และกระตุ้นให้อยากแก้ปัญหาาร่วมกันอาจเรียกขั้นตอนนี้ว่าเป็นขั้นตอนการเตรียมกลุ่ม หรือเตรียมเครือข่าย (pre-group)

3. ขั้นตอนการสร้างพันธมิตรร่วมกัน เป็นขั้นตอนของการสร้างความผูกพันร่วมกันซึ่งหมายถึง การตกลงในความสัมพันธ์ต่อกัน ในขั้นตอนนี้องค์กรเข้าสู่การตกลงที่จะทำงานร่วมกัน ซึ่งในการที่จะทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อตอบสนองความต้องการหรือแก้ปัญหา กลุ่มองค์กรจะต้องมีความรู้เพียงพอที่จะทำกิจกรรมได้ ดังนั้นจึงต้องเสริมความรู้ที่จำเป็น ซึ่งอาจกระทำได้โดยแลกเปลี่ยนความรู้ภายในกลุ่ม หรือ แลกเปลี่ยนกับองค์กรนอกกลุ่ม เช่น ศึกษาดูงาน เชิญวิทยากรมาถ่ายทอดเพิ่มพูนความรู้ เป็นต้น อาจเรียกขั้นตอนนี้ว่ากลุ่มศึกษาเรียนรู้ (learning group) หากพิจารณาในประเด็นระดับการสร้างเครือข่ายก็เป็นขั้นตอนของ informal co-operation

4. ขั้นตอนการพัฒนาความสัมพันธ์ เป็นขั้นตอนที่การสร้างเครือข่ายปรากฏผลงานเป็นรูปธรรม เป็นขั้นตอนของการเริ่มทำกิจกรรมโดยใช้ทรัพยากรร่วมกัน ขณะเดียวกันมีการตกลงกันในเรื่องการบริหารจัดการกลุ่ม ซึ่งเริ่มต้นด้วยการกำหนดวัตถุประสงค์ของกลุ่ม กำหนดกิจกรรมจัดวางข้อตกลงในการทำงาน กำหนดบทบาทของสมาชิก รวมทั้งสิทธิและหน้าที่ของหัวหน้ากลุ่ม เป็นต้น ขั้นตอนนี้อาจเรียกว่า ขั้นกลุ่มกิจกรรม (action group) หากพิจารณาในประเด็นระดับการสร้างเครือข่าย ก็เรียกว่าเป็นระดับ formal agreement

5. หลังจากขั้นตอนการพัฒนาความสัมพันธ์ จนนำไปสู่การทำกิจกรรมร่วมกันแล้วเมื่อผลงานที่ปรากฏชัด องค์กรเครือข่ายรู้สึกว่าคุณค่าตนได้รับประโยชน์จากการเข้าเป็นเครือข่ายความสัมพันธ์ของเครือข่ายจะแน่นแฟ้นขึ้นพร้อมกับการเรียนรู้ร่วมกัน การเรียนรู้ร่วมกันนอกจากจะเป็นประโยชน์ต่อการทำงานของฝ่ายปฏิบัติการแล้ว ยังเป็นประโยชน์ต่อการสร้างความสัมพันธ์ด้วย ความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นอาจนำไปสู่การขยายตัวซึ่งอาจปรากฏในรูปของการขยายกิจกรรม หรือ การขยายกลุ่ม ตามพื้นที่หรือตามลักษณะกิจกรรมในด้านระดับการสร้างเครือข่าย ขั้นตอนนี้อาจอยู่ในระดับการเข้า “ลงทุน” ในองค์กรใหม่ (minority investment) และการจัดตั้งองค์กรใหม่ร่วมกัน (joint venture)

## 2.4 แนวโน้มสถานการณ์ของนักท่องเที่ยวชาวตะวันออกกลางในประเทศไทย

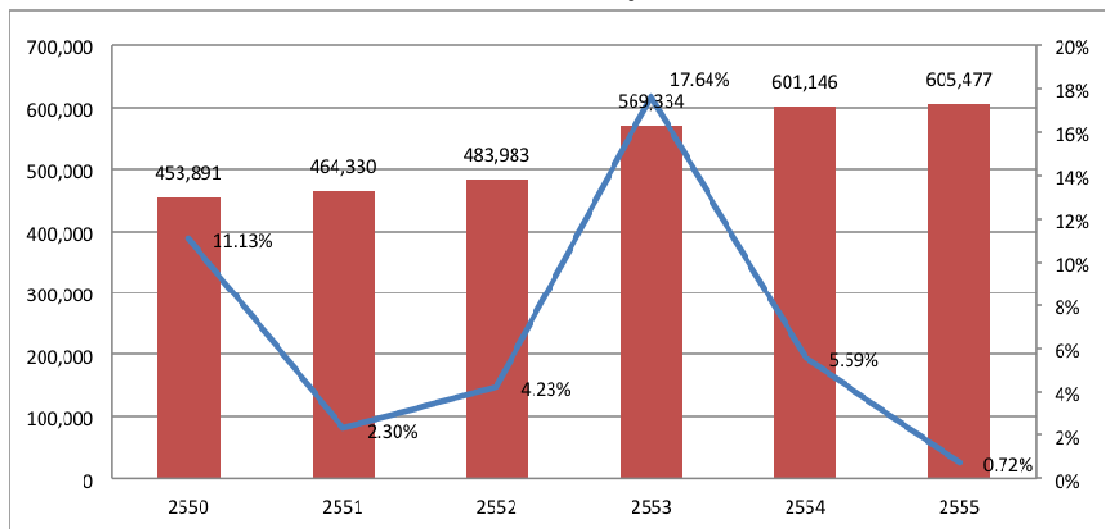
แม้ว่าตลาดนักท่องเที่ยวชาวตะวันออกกลางนั้นจะคิดเป็นสัดส่วนเพียงร้อยละ 3.1 ของนักท่องเที่ยวทั่วโลกแต่ก็ควรได้รับความสนใจเนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพ ข้อมูลล่าสุดขององค์การการท่องเที่ยวโลกในปี 2556 ระบุว่าตลอดช่วงปี พ.ศ. 2548 -2555 การเติบโตของนักท่องเที่ยวชาวตะวันออกกลางที่เดินทางออกนอกภูมิภาคอยู่ที่ร้อยละ 4.8 ต่อปี และสัดส่วนของนักท่องเที่ยวตะวันออกกลางจะเป็นร้อยละ 8 ของนักท่องเที่ยวทั่วโลกภายในปี 2030 โดยมีจุดหมายปลายทางหลักคือ เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และภายในภูมิภาคตะวันออกกลางเองเป็นหลัก<sup>(24)</sup> (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** ร้อยละอัตราการขยายตัวเฉลี่ยของจำนวนนักท่องเที่ยวจากประเทศแถบตะวันออกกลาง

ประเทศ/ภูมิภาค	ปี					ค่าเฉลี่ยปี 2551-2555
	2551	2552	2553	2554	2555	
ตะวันออกกลาง	4.23	17.64	5.59	5.59	0.72	6.75
อียิปต์	11.41	6.33	-0.16	-0.16	19.25	7.34
อิสราเอล	2.41	4.66	7.79	7.79	3.56	5.24
คูเวต	38.50	-7.36	35.33	35.33	15.82	23.52
ซาอุดีอาระเบีย	-33.83	-22.44	47.95	47.95	36.44	15.22
สหรัฐอเมริกาหรับเอมิเรสต์	-12.43	25.75	3.28	3.28	4.55	4.89
อื่นๆ	10.37	29.03	0.26	0.26	-7.67	6.45

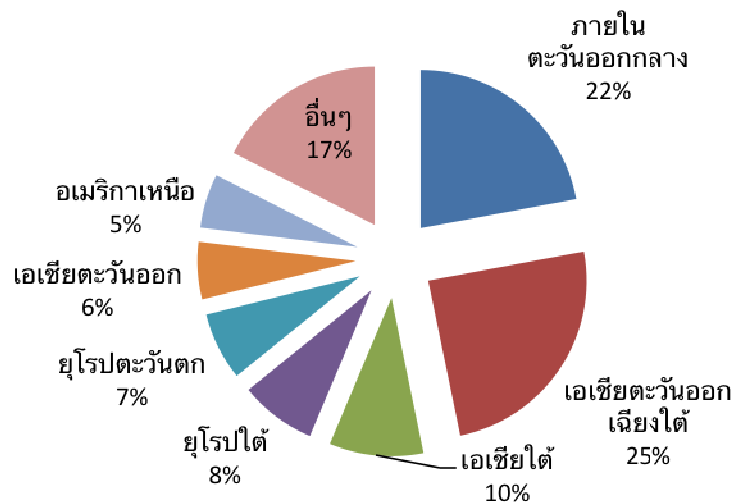
ที่มา: International Tourist Arrivals to Thailand 2008-2012, กรมการท่องเที่ยว

สำหรับประเทศไทยนั้น นักท่องเที่ยวชาวตะวันออกกลางในไทยมีร้อยละ 3.02 แต่มีอัตราการเติบโตเพิ่มขึ้นร้อยละ 11.13 ในปี 2550 เมื่อเทียบกับปีก่อนหน้า หลังจากนั้นเมื่อโลกเข้าสู่ภาวะวิกฤตเศรษฐกิจช่วงปี 2551 ทำให้การขยายตัวลดลง และกลับมาเติบโตอีกครั้งถึงร้อยละ 17.64 ในปี 2553 อย่างไรก็ตาม ในปี 2555 เติบโตเพียงร้อยละ 0.72 เท่านั้น (รูปที่ 2)



**รูปที่ 2** จำนวนและอัตราการเติบโตของนักท่องเที่ยวจากประเทศแถบตะวันออกกลางที่มาท่องเที่ยวในประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2550-2555

ช่วงเวลาระหว่างปี 2551-2555 จำนวนนักท่องเที่ยวจากภูมิภาคตะวันออกกลางเข้ามาประเทศไทยขยายตัวโดยรวมร้อยละ 6.75 โดยมีประเทศคูเวต และ ซาอุดีอาระเบีย ขยายตัวสูงที่สุดร้อยละ 23.52 และ 15.22 ตามลำดับ จากงานวิจัยของไพฑูริย์ ไกรพรศักดิ์ และคณะ (2551)<sup>(25)</sup> เรื่อง “การศึกษาสถานการณ์การท่องเที่ยวสำหรับกลุ่มนักท่องเที่ยวจากกลุ่มประเทศตะวันออกกลางในประเทศไทย” ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจนักท่องเที่ยว พบว่ากลุ่มตัวอย่างนักท่องเที่ยวชาวตะวันออกกลางที่ทำการสำรวจนิยมเดินทางออกนอกประเทศเฉลี่ยประมาณ 1-2 ครั้งต่อปี โดยมีระยะเวลาเดินทางโดยเฉลี่ยครั้งละ 19.2 วัน และกลุ่มตัวอย่างยังระบุว่านิยมเดินทางไปประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และตะวันออกกลางมากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 25 และ 22 ตามลำดับ<sup>(24)</sup> (รูปที่ 3)



**รูปที่ 3** สัดส่วนของภูมิภาคที่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนิยมเดินทางไปบ่อยที่สุด

นักท่องเที่ยวชาวตะวันออกกลางที่มาประเทศไทยมักจะมีวัตถุประสงค์หลักๆ ในการเดินทางมากกว่า 1 อย่าง เช่น เพื่อการท่องเที่ยวและธุรกิจ บางรายอาจต้องการรับบริการทางสุขภาพและท่องเที่ยวในคราวเดียวกัน โดยวัตถุประสงค์ในการมาไทยอันดับแรกคือเพื่อการท่องเที่ยว รองลงมา ได้แก่ติดต่อธุรกิจ และตรวจสุขภาพ ตามลำดับ ระยะเวลาที่ใช้ท่องเที่ยวในประเทศไทยของกลุ่มตัวอย่างโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 17 วัน เนื่องจากการเดินทางที่รวมหลายวัตถุประสงค์ ทำให้ระยะเวลาที่อยู่ในไทยค่อนข้างนาน

สำหรับการท่องเที่ยวของชาวตะวันออกกลางในไทยนั้นสามารถแบ่งได้สองกลุ่มใหญ่ๆ คือ กลุ่มที่นิยมธรรมชาติ ทะเลและภูเขา โดยจะนิยมไปเที่ยวตามแหล่งท่องเที่ยว อาทิ พัทยา ภูเก็ต และเชียงใหม่ และหากเป็นการเดินทางมากับครอบครัวจะเน้นห้องพักขนาดใหญ่และนิยมที่เล่นเที่ยวสำหรับเด็กด้วย เช่น สวนสนุก เป็นต้น ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งนิยมชอบแหล่งจ่ายใช้สอยที่มีค่าใช้จ่ายในการท่องเที่ยวและซื้อสินค้าต่ำ แม้นักท่องเที่ยวจากภูมิภาคนี้ส่วนใหญ่มีสัดส่วนเป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิงแต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างเพศในกลุ่มที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการท่องเที่ยวและจ่ายใช้สอย อย่างไรก็ตาม งานวิจัยตั้งข้อสังเกตว่า ด้วยสภาพสังคมที่เคร่งครัดศาสนามีข้อจำกัดหลายอย่าง นักท่องเที่ยวชาวตะวันออกกลางอาจจะมีเหตุผลเบื้องหลังของการท่องเที่ยวมากกว่าการมาเที่ยวแหล่งทะเลที่สวยงาม เช่น พัทยา เพราะในตะวันออกกลางก็มีทะเลที่สวยงามเช่นกัน<sup>(24)</sup> ข้อมูลจากศูนย์วิจัยกสิกรไทย<sup>(26)</sup> คาดว่าในปี 2559 จะมีนักท่องเที่ยวจากตะวันออกกลางเดินทางเข้ามาท่องเที่ยวในไทยจำนวน 6.95 แสนคน เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.5

จากปีที่ผ่านมา แม้นักท่องเที่ยวจากตะวันออกกลางจะมีสัดส่วนอยู่ที่ประมาณร้อยละ 2.6 ของตลาดนักท่องเที่ยวต่างชาติทั้งหมดของไทย (ค่าเฉลี่ยในช่วงพ.ศ.2554-2558) แต่เมื่อพิจารณาในมุมมองของรายได้ท่องเที่ยว พบว่าค่าใช้จ่ายระหว่างการเดินทางเข้ามาท่องเที่ยวในไทยใกล้เคียงกับนักท่องเที่ยวจากภูมิภาคยุโรป คือประมาณ 70,000 บาทต่อคนต่อทริป ซึ่งสูงกว่าภาพรวมและตลาดหลักอย่างจีน โดยมีการใช้จ่ายอยู่ที่ประมาณ 47,000-48,000 บาท ต่อคนต่อทริป

## 2.5 ประเทศแถบตะวันออกกลาง (Middle East): ประวัติความเป็นมา ประเพณีและวัฒนธรรม ประวัติตะวันออกกลาง (Middle East)

ตะวันออกกลาง เป็นคำจำกัดความภูมิภาคอย่างกว้างๆ จึงไม่มีการกำหนดขอบเขตพรมแดนของอาณาบริเวณของภูมิภาคนี้ไว้อย่างเฉพาะเจาะจง แต่โดยทั่วไปแล้วเป็นที่เข้าใจกันว่า ภูมิภาคตะวันออกกลางนั้นจะครอบคลุมพื้นที่ประเทศต่างๆ ดังนี้คือ บาห์เรน อียิปต์ อิหร่าน ตุรกี อิรัก อิสราเอล จอร์แดน คูเวต เลบานอน โอมาน กาตาร์ ซาอุดีอาระเบีย ซีเรีย สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ เยเมน และดินแดนปาเลสไตน์ (เวสต์แบงก์และฉนวนกาซา) กลุ่มประเทศมาเกริบ (Maghreb หรือแอฟริกาตะวันตกเฉียงเหนือ ซึ่งประกอบด้วยแอลจีเรีย ลิเบีย โมร็อกโก และตูนิเซีย) มักถูกเชื่อมโยงเข้าเป็นส่วนหนึ่งของตะวันออกกลางด้วย เนื่องจากมีประวัติศาสตร์และวัฒนธรรมเชื่อมโยงใกล้ชิดกันมาก ซึ่งก็รวมทั้งชูดาน มอริเตเนีย และโซมาเลียด้วยเช่นกัน

ขณะที่ตุรกีและไซปรัสนั้น แม้ว่าโดยสภาพทางภูมิศาสตร์แล้วจะตั้งอยู่ภายในภูมิภาค แต่ทั้ง 2 ชาติก็มักจัดให้ประเทศตนว่าเป็นส่วนหนึ่งของยุโรปมากกว่า (แม้ว่ามหาวิทยาลัยเทคนิคตะวันออกกลางจะตั้งอยู่ในกรุงอังการา ประเทศตุรกีก็ตาม) ส่วนทางตะวันออกคือประเทศอัฟกานิสถานนั้น บางครั้งก็ถูกจัดโยงเข้ากับตะวันออกกลางด้วยนักวิชาการบางส่วนให้คำจำกัดความภูมิภาคตะวันออกกลางโดยผ่านมุมมองจากศูนย์กลางยุโรป (Eurocentrism) นั่นคือ ภูมิภาคนี้จะอยู่ทางตะวันออกถ้าพิจารณาจากมุมมองของยุโรป ตะวันตก ขณะสำหรับชาวอินเดียนั้น ภูมิภาคตะวันออกกลางจะตั้งอยู่ทางตะวันตกของอินเดีย และตั้งอยู่ทางใต้ในมุมมองจากประเทศรัสเซีย<sup>(27)</sup>

แท้จริงแล้วคำว่า "กลาง (Middle)" นั้น ยังนำไปสู่ความสับสนด้วยเช่นกันเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงคำจำกัดความ ตัวอย่างเช่น ช่วงก่อนสงครามโลกครั้งที่ 1 คำว่า "ตะวันออกไกล (Near East)" ที่ใช้กันในภาษาอังกฤษมีความหมายถึงประเทศในคาบสมุทรบอลข่านและจักรวรรดิออตโตมาน (Ottoman Empire) ในขณะที่คำว่า "ตะวันออกกลาง (Middle East)" หมายความถึงประเทศเปอร์เซีย อัฟกานิสถาน และบางครั้งก็รวมถึงเอเชียกลาง เตอร์กีสถาน และคอเคซัสเอาไว้ด้วย (ตะวันออกไกล (Far East) หมายถึงประเทศอย่างเช่นมาเลเซีย สิงคโปร์ ซึ่งตั้งอยู่ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้)

การล่มสลายของจักรวรรดิออตโตมานในปี ค.ศ. 1918 จึงไม่มีการใช้คำว่า "ตะวันออกไกล" กันอีก ในขณะที่คำว่า "ตะวันออกกลาง" นั้น ก็นำไปใช้หมายถึงประเทศที่เกิดขึ้นใหม่ในโลกอาหรับ แต่อย่างไรก็ตาม การใช้คำว่าตะวันออกไกลก็ยังใช้กันอยู่ในหมู่นักวิชาการบางสาขาที่เคร่งครัดหลักการ เช่น ด้านโบราณคดีและ ประวัติศาสตร์โบราณ ซึ่งยังคงอธิบายพื้นที่ที่ควรระบุเป็นตะวันออกกลาง ว่าเป็น "ตะวันออกไกล" ทั้งนี้เนื่องจากนักวิชาการเหล่านั้นจะไม่ใช้คำว่า "ตะวันออกกลาง" ในสาขาวิชาของตน

ตะวันออกกลาง ได้กลายเป็นศูนย์กลางแห่งกิจกรรมต่าง ๆ ของโลกเริ่มตั้งแต่ช่วงกลางคริสต์ศตวรรษที่ 20 เป็นต้นมา และปัจจุบันนี้ก็ยังคงความเป็นภูมิภาคที่มีความอ่อนไหวมากที่สุดของโลก ทั้งในด้านยุทธศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ การเมือง และวัฒนธรรม เนื่องจากเป็นภูมิภาคที่มีแหล่งสำรองน้ำมันดิบอยู่ใต้ดินจำนวนมาก และยังเป็นแผ่นดินเกิดและศูนย์กลางทางจิตวิญญาณของศาสนาสำคัญหลายศาสนา เช่น ศาสนายูดาห์ ศาสนาคริสต์ ศาสนาอิสลาม เป็นต้น ยิ่งกว่านั้น ภูมิภาคแห่งนี้ยังเป็นพื้นที่ที่ปัญหาความขัดแย้งระหว่างชาวอาหรับและ อิสราเอลเกิดขึ้นและดำรงอยู่ต่อมายาวนาน (27)



รูปที่ 4 ขนาดพื้นที่และลักษณะภูมิประเทศของตะวันออกกลาง

พื้นที่ทั้งหมดของตะวันออกกลาง (ตามความหมายแรก) มีจำนวนประมาณ 7.3 ล้านตร.กม. (2.8 ตร.ไมล์) ลักษณะภูมิประเทศส่วนใหญ่เป็นทะเลทราย ที่ราบและที่ราบสูง ทะเลทรายที่สำคัญๆ ได้แก่ ทะเลทรายรูบอัลคาลี (Rub'al Khali) ทางตอนใต้ซาอุดีอาระเบียทะเลทรายอาระเบีย (Arabian Desert) ใน อียิปต์ ทะเลทรายซีเรีย (Syrian Desert) ที่ครอบคลุมพื้นที่ตรงกลางระหว่างประเทศซีเรีย จอร์แดน อิรักและซาอุดีอาระเบียทะเลทรายอันนาฟูด (AnNafud) ทางตอนเหนือซาอุดีอาระเบีย และทะเลทรายการากุม (Kara Kum Desert) ในอัฟกานิสถาน (27)

ตะวันออกกลางมีเทือกเขาที่สำคัญๆ ได้แก่ เทือกเขาพอนตัส (Pontus Mts.) และเตารุส (Taurus Mts.) ในตุรกี เทือกเขาเอลเบอรัซ (Elburz Mts.) และเซกโรส (Zagros Mts.) ในอิหร่านและเทือกเขาต่างๆ แถบภาคเหนือของอิรัก เทือกเขาฮีญาซ (Hejaz Mts.) และเทือกเขาอะซิร (Asir Mts.) แถบตะวันตก ซาอุดีอาระเบีย ฯลฯ ที่ราบส่วนใหญ่อยู่ในบริเวณที่เรียกว่า “ดินแดนพระจันทร์เสี้ยวที่อุดมสมบูรณ์” (the Fertile Crescent) บริเวณเดลตาของอียิปต์และแถบชายฝั่งทะเลทั่วไป

น่านน้ำและทะเลน้ำเค็มที่ติดต่อกับหรืออยู่ในตะวันออกกลางได้แก่ ทะเลแดง (Red Sea) อ่าวเปอร์เซีย หรืออ่าวอาหรับ (Persian Gulf or Arabian Gulf) ทะเลอาระเบีย (Arabian Sea) อ่าวเอเดน (Gulf of Aden) และมหาสมุทรอินเดีย (Indian Ocean) ทางตอนใต้ทะเลเมดิเตอร์เรเนียน (Mediterranean Sea) ทางทิศตะวันตก ทะเลดำ (Black Sea) และทะเลสาบเคสเปียน (Caspian Sea) ทางตอนเหนือ และทะเลเดดซี (Dead Sea) ที่ตั้งอยู่ระหว่างจอร์แดนและอิสราเอลในมุมมองภูมิศาสตร์กายภาพ คำว่า “ตะวันออกกลาง” (Middle East) หมายถึง “ภูมิภาคหรือดินแดนนับจากอียิปต์ทางตอนเหนือแอฟริกาจนถึงอิหร่าน

ประเทศต่างๆในดินแดนนี้มีดังต่อไปนี้คือ อียิปต์ ซูดาน ซาอุดีอาระเบีย เยเมน โอมาน คูเวต กาตาร์ สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ บะห์เรน อิสราเอล จอร์แดน ซีเรีย อิรัก เลบานอน ปาเลสไตน์ ตุรกีและอัฟกานิสถาน”

ในมุมมองภูมิศาสตร์วัฒนธรรม คำว่า “ตะวันออกกลาง” หมายถึง “พรมแดนวัฒนธรรมอันเป็นแหล่งกำเนิดและรุ่งเรืองของศาสนาต่างๆ อาทิเช่น ศาสนายูดาห์ ศาสนาคริสต์ ศาสนาโซโรแอสเตอร์ และศาสนาอิสลาม เป็นต้น”

ความหมายนี้อาจรวมชาติอื่นๆที่ตั้งอยู่ใกล้เคียงหรือ รายล้อมตะวันออกกลาง ได้แก่ มอร็อกโก แอลจีเรีย ตูนิเซีย ลิเบียและปากีสถาน ฯลฯ โดยเหตุที่ชนชาติเหล่านี้ส่วนใหญ่มีวัฒนธรรมและวิถีการดำเนินชีวิตไม่แตกต่างกันกับตะวันออกกลาง ความหมายในมุมมองวัฒนธรรมจึงทำให้ภูมิภาคตะวันออกกลางกว้างใหญ่ยิ่งขึ้นทั้ง ในมิติด้านพื้นที่และจำนวนประชากร

นอกจากคำว่าตะวันออกกลางแล้ว คำอื่นๆ ที่ใช้เรียกตะวันออกกลาง คือ เอเชียตะวันตก (West Asia) เอเชียตะวันตกเฉียงใต้ (Southwest Asia) ตะวันออกกลางและแอฟริกาเหนือ (Middle East and North Africa) ตะวันออกใกล้ (Near East) โลกอาหรับ (Arab World) โลกอิสลาม (Islamic World) โลกมุสลิม (Muslim World) และเอฟโรยูเรเชีย (Afro-Eurasia)<sup>(27)</sup>

### ลักษณะภูมิอากาศของตะวันออกกลาง

ถึงแม้พื้นที่ส่วนใหญ่ของตะวันออกกลางตั้งอยู่ในบริเวณเขตร้อนและแห้งแล้งของโลกก็ตาม แต่ความแตกต่างของสภาพภูมิอากาศ(climatic conditions) ก็ยังเป็นปรากฏการณ์ทั่วไปที่สามารถเห็นได้ชัด ทั้งนี้เพราะว่าตะวันออกกลางเป็นภูมิภาคที่กว้างใหญ่ครอบคลุมเส้นละติจูด (Latitudes) หลายเส้นและมีความหลากหลายทางด้านลักษณะภูมิกายภาพ (physical diversity) ดินแดนทางภาคใต้สุดของภูมิภาคนี้ตั้งอยู่ทางตอนใต้ของเส้น ทropic of Cancer ซึ่งเป็นบริเวณที่ภูมิอากาศร้อนที่สุดของโลก ในขณะที่ภาคเหนือสุดของอิหร่านและตุรกีมีลักษณะภูมิอากาศอบอุ่น (moderate conditions) ทางภาคตะวันออกของภูมิภาคตะวันออกกลางมีลักษณะภูมิอากาศร้อน (continentality) ภาคตะวันตกบริเวณชายฝั่งทะเลเมดิเตอร์เรเนียน (Mediterranean Sea) มีสภาพภูมิอากาศแบบชายทะเล โดยมีฤดูร้อนที่อบอุ่นไม่อบอ้าวและฤดูหนาวที่หนาวเหน็บและชื้น ลักษณะทางภูมิศาสตร์ของตะวันออกกลางมีบทบาทสำคัญในการควบคุมและการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศโดยการชะลอความอบอุ่น ควบคุมการกระจายของความอบอ้าว (humidity) และการตกของฝน (precipitation) ในภูมิภาค<sup>(27)</sup>

#### 3.1 ฤดูร้อน (summer)

โดยทั่วไปฤดูร้อนในตะวันออกกลางนั้นจะมีอุณหภูมิสูง อากาศร้อนแห้ง มีฝนตกเป็นบางครั้งบางคราวเท่านั้น อัตราการระเหยไอน้ำสูงและเกือบจะไม่มีปรากฏการณ์ของพายุไซโคลนปรากฏขึ้นเลยตลอดฤดูร้อนตลอดฤดูร้อนอุณหภูมิสูงมาก โดยทั่วไปความแตกต่างของอุณหภูมิในตอนกลางวันของเขตต่างๆ ในตะวันออกกลางปรากฏเห็นได้ในทุกฤดู ในฤดูร้อนอัตราความแตกต่างจะสูงมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริเวณใจกลางหรือที่ห่างไกลจากชายฝั่งทะเลและมหาสมุทร ในบริเวณใกล้ชายฝั่งอุณหภูมิลดน้อยลง อาทิเช่น ในอียิปต์ แถบชายฝั่งทะเลแดง (Red Sea) นั้นตลอดกลางคืนอากาศหนาวมากจนบางครั้งไอน้ำกลั่นตัวเป็นหยดน้ำค้างส่งผลให้ปรากฏหมอก (Fog) กระจุกกระจายยามเช้าตรู่ในช่วงฤดูใบไม้ผลิและ ต้นฤดูร้อน

ปรากฏการณ์ทำนองเดียวกันยังเกิดขึ้นหรือพบเห็นได้ในบริเวณลุ่มแม่น้ำไนล์ตอนเหนือและแถบชายฝั่งทะเลเมดิเตอร์เรเนียนทั้งในอียิปต์และลิเบีย

ส่วนแถบชายฝั่งมหาสมุทรอินเดียระดับอุณหภูมิสูงสุดยึดเยื้อจนกระทั่งถึงเดือนสิงหาคม (August) ในฤดูร้อนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงต้นฤดูลมร้อนจะพัดมาจากทางทิศใต้ นำความแห้งแล้งแจ่มจายทั่วภูมิภาคตะวันออกกลาง ลมร้อนที่สำคัญๆ ในตะวันออกกลางมีดังต่อไปนี้

1) ชะมัล (Shamal) คือ ลมพายุร้อนจากทิศเหนือและทิศตะวันตกเฉียงเหนือที่พัดเข้าสู่บริเวณลุ่มน้ำไทกริสและยูเฟรติส

2) ซัด-ออ บิสต์ บัด (Sad-au.Bist Bad) ลมนี้เรียกอีกชื่อหนึ่งว่า “ลมหนึ่งร้อยยี่สิบวัน” (120 Day Wind) ซึ่งเป็นลมพายุฝนที่ ร้อนแรงมาก ลมพายุนี้พัดอยู่ในที่ราบลุ่มซิสตาน (Sistan Basins) ในช่วงฤดูร้อน

3) ลมพายุท้องถิ่นต่างๆ (Local Winds)

ในตะวันออกกลางมีลมพายุท้องถิ่นปรากฏอยู่ทั่วบริเวณในฤดูร้อน อาทิเช่น ลมคอมซีน (Khamseen) พัดอยู่ในอียิปต์ ลมพายุฆิบลิ (Ghibli) ในลิเบีย ลมพายุชะลัวร์ (Shalour) ในซีเรียและเลบานอน ลมพายุชาร์กีย์ (Shargi) ในอิรัก ลมพายุซิมม (Simoom) หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า “ลมพายุพิษ” พัดอยู่ในอิหร่าน ลมพายุท้องถิ่นเหล่านี้เป็นลมพายุฝนหรือลมพายุทรายที่มีความรุนแรงมาก

### 3.2 ฤดูหนาว (winter)

โดยเฉลี่ยแล้วฤดูหนาวในตะวันออกกลางจะมีสภาพภูมิอากาศปานกลาง(mild) ฝนตกชุกชุมและปรากฏอิทธิพลลมหนาวบางครั้งคราว(ที่พัดมาจากทางตอนเหนือ) ภาคเหนือของภูมิภาคตะวันออกกลางตั้งอยู่ในแนวละติจูดที่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของสภาพภูมิอากาศทะเลเมดิเตอร์เรเนียน (Mediterranean climate) ที่มีฝนตกชุกชุมและมีฝนตกมากที่สุดใฤดูหนาวโดยเฉลี่ยเมื่อเปรียบเทียบกับบริเวณอื่นๆของภูมิภาคตะวันออกกลาง ฝนที่ตกในบริเวณนี้สืบเนื่องมาจากอิทธิพลพายุไซโคลน หิมะและหมอกอันหนาแน่นปรากฏอยู่ทั่วไปในบริเวณที่ราบสูงของแถบนี้ ฝนฤดูหนาวในตะวันออกกลางเป็นลักษณะพิเศษของสภาพภูมิอากาศทะเลเมดิเตอร์เรเนียน ซึ่งผูกพันกับพายุไซโคลนที่พัดจากตะวันตกสู่บริเวณทิศตะวันออก บริเวณที่ฝนตกมากที่สุดในช่วงฤดูหนาวคือ ตอนเหนือของตะวันออกกลางแถบเทือกเขาเอลเบอ์ซในอิหร่านและบริเวณที่ราบฝั่งทาง

ตอนใต้ของทะเลสาบเคสเปียนซึ่งมีปริมาณฝนตกประจำปีมากกว่า 200 มิลลิเมตร ภาคเหนือตุรกีมากกว่า 1,500 มิลลิเมตร ภาคใต้ตุรกีแถบชายฝั่งทะเลเมดิเตอร์เรเนียนมากกว่า 1,000 มิลลิเมตร ภาคตะวันตกและที่ราบสูงในซีเรีย เลบานอน อิสราเอลและปาเลสไตน์มีปริมาณฝนตกไม่ต่ำกว่า 600 มิลลิเมตร โดยทั่วไปฤดูหนาวของตะวันออกกลาง เริ่มขึ้นในปลายเดือนธันวาคมหรือต้นเดือนมกราคม และโดยเฉลี่ยจะมีฝนตกมากที่สุดใบริเวณซีกตะวันตกของภูมิภาคตะวันออกกลาง

### แหล่งน้ำในตะวันออกกลาง

จากรายงานสถิติต่างๆ พบว่า โดยเฉลี่ยน้ำจืดในตะวันออกกลางมีอยู่ 9.4 % เท่านั้นเมื่อเปรียบเทียบกับภูมิภาคอื่นๆ ทั่วโลก และพลเมืองแต่ละคนใช้น้ำจืดประมาณ 1,844 ลูกบาศก์เมตรต่อปี

ในขณะที่โดยเฉลี่ยทั่วโลกแต่ละคนใช้น้ำประมาณ 12,900 ลูกบาศก์เมตรต่อปี โดยพื้นฐานแหล่งข้อมูลดังกล่าวนี้อาจสรุปได้ว่า ตะวันออกกลางคือ ภูมิภาคหนึ่งของโลกที่ขาดดุลทรัพยากรน้ำอย่างรุนแรง แหล่งทรัพยากรน้ำจืด (Sources of Water)

#### 1) น้ำฝน (Precipitation)

น้ำจืดจากน้ำฝนที่ตกลงมาและถูกเก็บกักอยู่ตามแหล่งต่างๆในธรรมชาติมีปริมาณจำกัดมาก พื้นที่เพาะปลูกเพียง 3% เท่านั้นจากพื้นที่เกษตรกรรมทั้งหมดของตะวันออกกลางที่พึ่งพาน้ำฝนในการเกษตร บริเวณพื้นที่ดังกล่าวนี้จะมีฝนตกเกินกว่า 300 มิลลิเมตรต่อปี ในบริเวณที่ราบสูงทางตอนเหนือของภูมิภาคมีแหล่งน้ำมากเกินความต้องการเพราะมีฝนตกชุกชุม แต่ลักษณะภูมิประเทศในแถบดังกล่าวนี้ไม่เหมาะสมกับการเกษตร โดยสรุปแล้ว แม้บริเวณพื้นที่บางแห่งของตะวันออกกลางจะมีแหล่งทรัพยากรน้ำจืดมากเกินความต้องการ แต่ก็ไม่สามารถเป็นตัวชี้วัดที่ดีเกี่ยวกับทรัพยากรน้ำของภูมิภาคนี้ได้ นอกจากนี้ฝนปริมาณมากที่ตกลงมาต้องสูญเสียไปกับการระเหยอย่างรวดเร็วอันเนื่องมาจากสภาพภูมิอากาศที่ร้อนจัดและแห้งแล้ง

#### 2) แม่น้ำสำคัญ (Major River Systems)

ระบบแม่น้ำของตะวันออกกลางประกอบด้วย แหล่งน้ำบนพื้นดินที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากลักษณะภูมิประเทศที่ไม่เอื้ออำนวยและความแห้งแล้ง แม่น้ำสายสำคัญๆในตะวันออกกลางจึงมีลักษณะจำกัดค่อนข้างมากทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณ ระบบแม่น้ำใหญ่ๆมีสามสาย ได้แก่ แม่น้ำไนล์ (Nile River) ตั้งอยู่ด้านตะวันตกเฉียงใต้ของตะวันออกกลาง (ทางฝั่งแอฟริกา) แม่น้ำสายที่สองและสามคือ แม่น้ำไทกริส (Tigris) และยูเฟรติส (Euphrates) ซึ่งอยู่ทางตอนเหนือของภูมิภาค ทั้งสามนี้ถือได้ว่าเป็นแม่น้ำขนาดใหญ่และสำคัญของโลก ลักษณะที่คล้ายกันของลำน้ำทั้งสามสายนี้คือ มีแหล่งกำเนิดในแถบที่ราบสูงที่อุดมสมบูรณ์ไปด้วยน้ำและไหลผ่านทะเลทรายต่างๆ<sup>(27)</sup>

##### ● แม่น้ำไทกริสและยูเฟรติส

แม่น้ำไทกริสและยูเฟรติสมีต้นกำเนิดทางตอนเหนือ ของภูมิภาคตะวันออกกลางแถบที่ราบสูงอานาโตเลียหรือบริเวณภาคตะวันออกของ ตุรกี แม่น้ำทั้งสองสายนี้เป็นแหล่งน้ำอุดมสมบูรณ์และทั้งสองไหลลงสู่ทางทิศใต้ ผ่านซีเรียและอิรักตามลำดับและหลังจากนั้นก็บรรจบกันที่จังหวัด กุรนะฮ์ (Qurnah) ในอิรัก กลายเป็นลำน้ำใหญ่ที่เรียกว่า “ลำน้ำชัตตุลอาหรับ” (Shat al-Arab Waterway) ไหลลงสู่อ่าวอาหรับ (อ่าวเปอร์เซีย) นับระยะทางจากกุรนะฮ์จนถึงแนวชายฝั่งอ่าวอาหรับลำน้ำชัตตุลอาหรับมีความยาวประมาณ 160 กิโลเมตร แม่น้ำยูเฟรติสยาวกว่าแม่น้ำไทกริส มีต้นกำเนิดในบริเวณจุดบรรจบของแม่น้ำที่เล็กกว่าสองสาย คือ แม่น้ำการาซุ (Karasu River) และแม่น้ำมูรัต (Murat River) ใกล้จังหวัดกีบัน (Keban) ทางภาคตะวันออกของตุรกี แม่น้ำยูเฟรติสมีความยาวประมาณ 2,700 กิโลเมตร ระบายน้ำแก่บริเวณที่ราบลุ่มซึ่งมีพื้นที่ประมาณ 444,000 ตารางกิโลเมตร ประมาณ 28 % ของพื้นที่ทั้งหมดนี้อยู่ในตุรกี 17 % ในซีเรียและ 40 % ในอิรัก แม่น้ำยูเฟรติสมีสาขาย่อย 2 สาขา (2 แคว) แยกตัวออกไปในบริเวณประเทศซีเรีย ทั้งสองมีชื่อว่า บาลิข (Balikh Tributary) และคาบูร์ (Khabur Tributary) ตามลำดับ



โดยเฉลี่ยแม่น้ำยูเฟรติสให้น้ำแก่ตะวันออกกลางประมาณ 35.6 พันล้านลูกบาศก์เมตรต่อปี ส่วนแม่น้ำไทกริสให้น้ำยาวประมาณ 1,840 กิโลเมตร ให้ทรัพยากรน้ำประมาณ 48.6 พันล้านลูกบาศก์เมตร ระบายน้ำแก่พื้นที่มากกว่า 111,655 ตารางกิโลเมตร ในบริเวณอิรักมีสาขาแม่น้ำ อาทิเช่น แม่น้ำเกรทเซบ (Great Zab) ลิตเติลเซบ (Little Zab) อุคทายัม (Udhayam) และดียวาลา (Diyala) เชื่อมติดกับไทกริสจากฝั่งซ้าย แม่น้ำไทกริสให้น้ำจืดมากกว่าแม่น้ำยูเฟรติสประมาณ 35%

- แม่น้ำไนล์ (Nile River)

แม่น้ำไนล์ คือ แม่น้ำที่ใหญ่และยาวที่สุดในโลก มีความยาวถึง 6,669 กิโลเมตร ระบายน้ำแก่ที่ราบลุ่มประมาณ 2.98 ล้านตารางกิโลเมตร หรือประมาณหนึ่งส่วนสิบของพื้นที่ทวีปแอฟริกาทั้งหมด ปริมาณน้ำที่วัดได้ ณ เขื่อนอัสวาน (Aswan Dam) ทางภาคใต้ประเทศอียิปต์โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับ 83,570 ล้านลูกบาศก์เมตรต่อปี สาขาแม่น้ำขนาดใหญ่ที่ไหลเข้าบรรจบกับแม่น้ำไนล์ในบริเวณชูดาน คือ ลำน้ำบลูไนล์ (Blue Nile) และลำน้ำออตบารา (Atbara) ซึ่งทั้งสองนี้มีต้นกำเนิดในบริเวณที่ราบสูงของประเทศเอธิโอเปียที่ซึ่งมีฝนตกชุกชุ่มตลอดฤดูร้อน (มรสุมฤดูร้อน)

- แม่น้ำแถบโพลด์เบลท์ (Rivers of Fold Belt)

บริเวณที่ราบสูงของตะวันออกกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แถบเอเชียไมเนอร์ (Asia Minor) และที่ราบสูงในอิหร่านมีธารน้ำหลายสายที่ให้น้ำเพียงพอตลอดปี ลำธารเหล่านี้ได้แก่ บุกุกเมนเดอร์ส (Buyuk Menders) ซึ่งอยู่ทางภาคตะวันออกเฉียงใต้ของอานาโตเลีย จิดิซ (Gediz) และโซการายา (Sokaraya) ไหลอยู่ในแถบที่ราบสูงระหว่างเมืองหลวงใหม่ “อังการา” (Ankara) กับเมืองหลวงเก่า “อิสตันบูล” (Istanbul) ส่วนลำน้ำกิชิล (Kizil) ซึ่งระบายน้ำแก่พื้นที่ส่วนใหญ่ในใจกลางภาคเหนือที่ราบสูงอานาโตเลีย และยิชิล (Yesil) ที่อยู่ในบริเวณใกล้เคียงกัน ทั้งสองไหลลงสู่ทะเลดำ (Black Sea)

- แม่น้ำในเขตลิแวนท์ (Levant Rivers)

แม่น้ำในเขตนี้มีอยู่ 3 สาย ได้แก่ แม่น้ำจอร์แดน (Jordan River) แม่น้ำยาร์มุก (Yarmuk River) และแม่น้ำออเรียนติส (Orontes River) ทั้งสามระบายน้ำแก่เขตลิแวนท์ และมีความสำคัญทางด้านเศรษฐกิจและการเมืองเป็นอย่างยิ่ง กล่าวได้ว่าลุ่มน้ำจอร์แดนซึ่งมีพื้นที่ประมาณ 18,300 ตารางกิโลเมตรเป็นที่ราบลุ่มแม่น้ำที่ใหญ่และสำคัญที่สุดในเขตลิแวนท์

อีกหนึ่งแหล่งน้ำตามธรรมชาติอีกประเภทซึ่งมีอยู่ในตะวันออกกลางจำนวนไม่มากนัก ได้แก่ ทะเลสาบน้ำเค็มและน้ำจืดขนาดเล็ก ทะเลสาบน้ำจืดหลายแห่งพบเห็นในบริเวณรอบนอกของที่ราบลุ่มแม่น้ำไทกริสและยูเฟรติส ส่วนทะเลสาบน้ำเค็มส่วนใหญ่อยู่ทางภาคตะวันตกเฉียงเหนืออิหร่านและที่ราบสูงอานาโตเลีย ทะเลสาบอูร์เมีย (Urmia Lake) ในอิหร่านและทะเลสาบแวน (Van Lake) ในตุรกีมีขนาดกว้างและใหญ่ที่สุดในแถบนี้

### 3) น้ำบาดาล (Ground Water)

น้ำบาดาล ถือได้ว่าเป็นแหล่งน้ำจืดที่สำคัญต่อการบริโภค และการเกษตร ฯลฯ มาช้านานของตะวันออกกลาง การศึกษาค้นคว้าด้านธรณีวิทยาและน้ำพบว่า มีแหล่งน้ำบาดาลขนาดใหญ่หลายแห่งใน

ตะวันออกกลาง โดยปกติแล้วจะอยู่ในรูปแบบของร่องน้ำใต้พื้นดิน (aquifers) น้ำประเภทนี้เรียกว่า “น้ำที่ถูกกักไว้ใต้ดินตามธรรมชาติ” (fossil water) หรือ “น้ำบาดาล” นั้นเอง

บริเวณที่พบน้ำบาดาลซึ่งอยู่ใต้พื้นดินลึกมากได้แก่ เขตทะเลทรายนะฟูต (Nafud Desert) Riyadh) ทะเลทรายรูบอัลคาลี (Rub al-Khali) และแถบทะเลทรายต่างๆทางด้านตะวันตกของตะวันออกกลาง แหล่งน้ำเหล่านี้บางแห่งเนื่องจากแรงกดดันจึงปรากฏเป็นน้ำพุให้ความอุดมสมบูรณ์แก่สภาพแวดล้อม ปรากฏการณ์เช่นนี้พบเห็นเป็นระยะๆในทะเลทรายทั่วตะวันออกกลางและมักเรียกกันว่า “โอเอซิส” (oasis) หรือ “แหล่งอุดมสมบูรณ์ในทะเลทราย” ทรัพยากรน้ำดังกล่าวนี้ถูกเก็บสะสมมาช้านานในช่วงที่ปรากฏฝนตกชุกชุมแห่งยุคหลังสุดที่ปกคลุมด้วยน้ำแข็ง

#### 4) น้ำกลั่น (Desalination)

การกลั่นน้ำจืดจากน้ำทะเลถือเป็นแหล่งน้ำจืดที่สำคัญอีกแหล่งหนึ่งของตะวันออกกลาง ระบบการกลั่นน้ำจะมีประโยชน์แก่เขตต่างๆที่อยู่ใกล้แหล่งน้ำเค็มหรือทะเลเท่านั้น แต่ระบบนี้ยังมีประสิทธิภาพจำกัด อันสืบเนื่องมาจากการดำเนินการเกี่ยวข้องกับความชำนาญทางด้านเทคโนโลยี (technological skill) และค่าใช้จ่ายสูงมาก (high cost)<sup>(27)</sup>

#### สังคมตะวันออก

สำหรับชีวิตของชาวตะวันออกกลางโดยทั่วไปนั้นในอดีตพวกเขาจะอาศัยอยู่ด้วยกันในหมู่บ้านเล็กๆ หลังจากนั้นก็ได้มีการอพยพเข้าสู่เมืองใหญ่ๆ ที่มีความสำคัญทางเศรษฐกิจมากขึ้นตามความเจริญของดินแดนเหล่านั้น ส่วนในเขตแห้งแล้งแต่ยังพออยู่ได้ก็จะมีพวกเร่รอนหรือกึ่งเร่รอนอาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ประชาชนจะประกอบอาชีพกสิกรรมหรือทำการค้าขนาดเล็ก เจ้าของที่ดินจะเป็นเจ้าของที่ดินในหมู่บ้านเป็นส่วนใหญ่ มีการเลี้ยงสัตว์อยู่ทั่วไปเช่น แกะ แพะ ตลอดจนสัตว์เลี้ยงที่ใช้ทำงานคือ ลาและวัว การเลี้ยงอูฐจะมีอยู่ตามโอเอซิส (Oases) ที่แห้งแล้ง นอกจากชีวิตในหมู่บ้านแล้ว ยังมีชาวเบดูอิน (Beduin) ที่เร่รอนไปในดินแดนต่างๆ ของเอเชียตะวันตกอีกด้วย พวกเขาจึงไม่มีที่อยู่เป็นหลักเป็นแหล่ง อาชีพของชาวเบดูอิน (หรือบะดาวีในภาษาอาหรับ) จะอาศัยอยู่ร่วมกันในกระโจมและเร่รอนไปเรื่อยๆพาหนะที่ชาวเบดูอินใช้ก็คืออูฐและลา เมื่อความเจริญเข้ามามากขึ้นคาราวานอูฐก็ค่อยๆ หดหายไป เพราะมีถนนเข้ามาแทนที่

สำหรับชาวเบดูอินเรื่องของตระกูลถือเป็นเรื่องสำคัญ หัวหน้าของตระกูลเรียกว่าชัยค์ (Sheiks) ชัยค์จะได้รับความเคารพจากคนในตระกูล ชัยค์จึงได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เป็นผู้ตัดสินความไปพร้อมๆกัน เมื่อโลกเจริญขึ้นการเร่รอนไปในดินแดนต่างๆก็ค่อยๆลดลงไป ชาวเบดูอินจึงอพยพไปอยู่ในเมืองมากขึ้น ส่วนเบดูอินที่ต้องการจะรักษาชีวิตแบบเดิมเอาไว้ก็มักจะทำกสิกรรมอยู่นอกเมือง ในเมืองโดยเฉพาะเมืองหลวงใหญ่ๆ ของตะวันออกกลางการขยายจะเป็นไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะที่กิจการขายน้ำมันประสบความสำเร็จสูงสุดนับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1973 เป็นต้นมา เมืองที่สำคัญในตะวันออกกลางส่วนใหญ่จะมีความรุ่งเรืองมาช้านานนับตั้งแต่สมัยแห่งความรุ่งเรืองของอาณาจักรมุสลิมมาแล้ว ส่วนเมืองสำคัญที่เกิดขึ้นมาในระยะหลังได้แก่ เมืองปอร์ตซาอิดในอียิปต์ และเมืองเทลอาวีฟในอิสราเอล

เมืองที่มีประชากรอยู่จำนวนมากในตะวันออกกลางได้แก่ เมืองอิสตันบูล อังการา อิสมีร์ และอนานาในตุรกี เมืองอเล็กซ์โป และดามัสกัสในซีเรีย กรุงเตหะราน และเมืองตาบรีซในอิหร่าน เมืองไฮฟา และเยรูซาเล็มในอิสราเอล ส่วนใหญ่ของเมืองที่กล่าวมาข้างต้นมีส่วนของเมืองเก่าที่มีกำแพงล้อมรอบ

ประกอบด้วย และมีส่วนที่เป็นเมืองใหญ่ที่อยู่นอกเขตกำแพงล้อมรอบนี้ค่อยๆถูกทำลายไปตามความจำเป็นของการวางผังเมืองสมัยใหม่ มัสยิด วัง และตึกที่ใช้ในการปกครองของสมัยเก่ามักจะประกอบอยู่ในเมืองเก่าของตะวันออกกลาง ซึ่งในเวลานี้ได้กลายเป็นพิพิธภัณฑ์ไปแล้ว ในเขตที่ตั้งอาคารของเมืองเก่ามักจะประกอบไปด้วยตรอกซอยแคบๆ ตลาด ตลอดจนร้านค้าจำนวนมาก และแผงลอยที่วางเรียงรายกัน ในขณะที่เขตเมืองใหญ่จะมีสภาพไม่แตกต่างไปจากประเทศตะวันตกที่มีที่ทำการของราชการ ธนาคาร ศูนย์การค้า ต่อจากบริเวณตลาดการค้าจะเป็นที่อยู่อาศัยซึ่งมักจะประกอบไปด้วยบ้านเรือนที่ทันสมัย โรงเรียน โรงพยาบาล ฯลฯ ในขณะที่คนร่ำรวยมีบ้านขนาดใหญ่ที่คนยากจนก็จะอยู่ในสลัมห่างจากตัวเมืองออกไป

**วัฒนธรรมตะวันออกกลาง**

อิทธิพลของศาสนาอิสลามที่เป็นวิถีชีวิตของคนส่วนใหญ่ในตะวันออกกลาง ทำให้คนหลายเผ่าพันธุ์ไม่ว่าจะเป็นชาวเตอร์ก ชาวอาหรับ ชาวเปอร์เซีย ซึ่งเป็นสามเผ่าพันธุ์ใหญ่ของตะวันออกกลางหล่อหลอมอยู่ในวิถีชีวิตของวัฒนธรรมมุสลิม ความสำนึกในความเป็นมุสลิม การทำตามคำสอนของศาสนาที่กล่าวว่ามุสลิมเป็นพี่น้องกันไม่ว่าจะอยู่ในที่ใดของโลก ความเชื่อหลักที่ว่า อัลลอฮ์ (ซบ) เป็นพระเจ้าแต่เพียงพระองค์เดียว และนบีมุฮัมมัด (ศอลา) เป็นศาสนทูตของพระองค์ การมีคัมภีร์กุรอานเป็นทางนำ มีจริยวัตร (หะดีษ) ของท่านศาสดาเป็นหลักคำสอน มีข้อกำหนดทางศาสนาที่เหมือนกันเช่น การทำฮัจญ์ การถือศีลอด การสละทรัพย์สินแก่คนยากจน และการละหมาด ทั้งหมดนี้ทำให้วัฒนธรรมของคนแถบนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีกฎหมายอิสลาม (Shariah) เป็นตัวประกอบสำคัญ อีกประการหนึ่งที่ทำให้ชาวอาหรับมีอิทธิพลต่อวัฒนธรรมอิสลามก็คือภาษาอาหรับ อันเป็นภาษาในคัมภีร์กุรอานที่ชาวมุสลิมส่วนใหญ่อ่านได้ด้วยเหตุนี้ภาษาอาหรับจึงมีบทบาทสำคัญอยู่ใน ประเพณีและครอบครัวประชาชนในตะวันออกกลางที่โดยทั่วไปยังเป็นผู้ที่ยึดมั่น ต่อศาสนาอิสลามและประเพณีของพวกเขาอย่างเคร่งครัดท่ามกลางความเปลี่ยนแปลง ต่างๆ ของศตวรรษที่ 20 ที่เข้ามาในอาณาบริเวณนี้<sup>(27)</sup>

#### 1) การแต่งงาน (Marriage)

ครอบครัวของชาวตะวันออกกลางเป็นครอบครัวใหญ่ (extended family) ที่มีปู่ย่าตายาย พ่อ แม่ และบุตรอยู่ในบ้านเดียวกันผู้อาวุโสในครอบครัวจะได้รับความเคารพ บิดาเป็นผู้ตัดสินใจในเรื่องต่างๆ โดยทั่วไปการเลือกคู่แต่งงานจะทำการคัดเลือกโดยครอบครัว การแต่งงานกันในหมู่ญาติยังเป็นที่ยอมรับ

#### 2) การแต่งกาย (Dressing)

สตรีในตะวันออกกลางจะแต่งกายตามหลักการอิสลามที่ให้สตรีมุสลิมแต่งกายอย่างมิดชิด (หิญาบ) นอกจากนี้ การต้อนรับแขกด้วยความเอื้อเฟื้อถือเป็นมารยาทสำคัญของภูมิภาคนี้ ส่วนอาชญากรรมที่ถือว่าเป็นเรื่องร้ายแรงที่จะต้องลงโทษด้วยมาตรการที่รุนแรงได้แก่ การฆาตกรรม การทำผิดทางเพศ

แม้ว่าความรู้สึกชาตินิยมจะมีอยู่โดยทั่วไปแต่ก็ไม่ได้เข้มแข็งเท่าความภักดีที่ผู้คนของตะวันออกกลางมอบให้แก่ครอบครัวและตระกูล จากศตวรรษที่ 7-17 ถึงแม้ว่าศูนย์กลางของภูมิภาคจะเปลี่ยนจากนครมักกะฮ์ (Makkah) และมาดีนะฮ์ (Madinah) ไปยังนครดามัสกัส แบกแดด ไคโรและอิสตันบูล แต่อิทธิพลอันลึกซึ้งของอิสลามและภาษาอาหรับก็ได้รวมอาณาบริเวณนี้ส่วนมากให้เป็นหน่วยสังคมวัฒนธรรมเดียวกันนอกจากอิสราเอล

### ความสำคัญของภูมิภาคตะวันออกกลาง

ภูมิภาคตะวันออกกลางเป็นแหล่งพลังงานที่สำคัญของโลก โดยมีปริมาณน้ำมันสำรองร้อยละ 61 ของปริมาณน้ำมันสำรองทั้งหมดในโลก มีปริมาณก๊าซธรรมชาติสำรองสูงมาก ถึงร้อยละ 74 ของปริมาณก๊าซธรรมชาติสำรองในโลก และผลิตน้ำมันดิบมากถึงร้อยละ 31 ของปริมาณการผลิตน้ำมันดิบในโลก

นอกจากนี้ ภูมิภาคตะวันออกกลางยังเป็นแหล่งกำเนิดของ 3 ศาสนาสำคัญของโลก ได้แก่ ศาสนาอิสลาม คริสต์ และยูดาห์ และเป็นศูนย์กลางของโลกอิสลาม รวมทั้งยังเป็นเวที แข่งขันทาง ยุทธศาสตร์และเป็นพื้นที่ที่เป็นศูนย์รวมของความขัดแย้งที่สำคัญของโลกอีกด้วย

### การเมืองของภูมิภาคตะวันออกกลาง

ภูมิภาคตะวันออกกลางเป็นพื้นที่ที่มีความขัดแย้งที่สำคัญของโลก เนื่องจากมีการแข่งขันทางยุทธศาสตร์ของประเทศมหาอำนาจทั้งนอกและในภูมิภาค โดยมีสงครามขนาดใหญ่ เกิดขึ้นมาแล้วหลายครั้ง เช่น สงครามอาหรับ-อิสราเอล ในปี ค.ศ. 1948 (พ.ศ. 2491) สงครามหกวัน ในปี ค.ศ. 1967(พ.ศ. 2510) สงคราม Yom Kippur ปี ค.ศ. 1973 (พ.ศ. 2516) สงครามอิรัก-อิหร่านในทศวรรษที่ 1980 สงครามอ่าวปี ค.ศ. 1990 (พ.ศ. 2533) สงครามอิรักปี ค.ศ. 2003 (พ.ศ. 2546) สงครามเลบานอนปี ค.ศ. 2006 (พ.ศ. 2549) และล่าสุดปฏิบัติการของอิสราเอลในกาซ่าเมื่อปลายเดือนธันวาคม ค.ศ. 2009 (พ.ศ. 2552) นอกจากนี้ ภูมิภาคตะวันออกกลางมีองค์กรที่สำคัญ ได้แก่ องค์กรการประชุมอิสลาม (Organization of the Islamic Conference: OIC) คณะมนตรีความร่วมมือรัฐอ่าวอาหรับ (Gulf Cooperation Council: GCC) และสันนิบาตอาหรับ (Arab League หรือ League of Arab States)

### เศรษฐกิจของภูมิภาคตะวันออกกลาง

ภูมิภาคตะวันออกกลางถือเป็นแหล่งพลังงานที่สำคัญของโลก เนื่องจากมีปริมาณน้ำมันสำรองร้อยละ 61 และมีปริมาณก๊าซธรรมชาติสำรองร้อยละ 74 ของโลก นอกจากนี้ จากการที่ภูมิภาคนี้มีจำนวนประชากรรวมกันมากถึง 270 ล้านคน ทำให้เป็นตลาดที่มีกำลังซื้อและมีปริมาณเงินลงทุนมหาศาล โดยปัจจุบัน ภูมิภาคตะวันออกกลาง เน้นนโยบายความร่วมมือกับประเทศในทวีปเอเชียมากขึ้นโดยเฉพาะด้านการค้าและการลงทุน โดยให้ความสำคัญกับความร่วมมือด้านความมั่นคงทางอาหารมากเป็นพิเศษ

กลุ่มที่มีอิทธิพลทางเศรษฐกิจสูงสุดในภูมิภาคตะวันออกกลางคือกลุ่มประเทศ GCC ซึ่งประกอบด้วยประเทศกาตาร์ คูเวต บาห์เรน สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ โอมาน ซาอุดีอาระเบีย ซึ่งตามสถิติของกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) ในปี 2551 กลุ่มประเทศ GCC มีมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) รวมกันสูงถึง 1.075 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือประมาณ 32.24 ล้านล้านบาท และยังเป็นแหล่งเงินทุนที่สำคัญของโลก เนื่องจาก 3 ประเทศในภูมิภาคนี้ ได้แก่ สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ คูเวตและกาตาร์ อยู่ใน 10 อันดับแรก ของประเทศที่มีขนาดของกองทุนความมั่งคั่ง (Sovereign Wealth Fund: SWF) ใหญ่ที่สุดในโลก

ภายหลังจากเหตุวินาศกรรมที่สหรัฐอเมริกาเมื่อวันที่ 11 กันยายน 2544 และวิกฤติการเงิน และเศรษฐกิจโลกเมื่อปี 2551 ทำให้กองทุน SWF ในกลุ่มประเทศ GCC สนใจลงทุนในภูมิภาค ตะวันออกกลางและเอเชียเพิ่มขึ้น โดยแม้ว่าวิกฤติการเงินและเศรษฐกิจโลกจะส่งผลกระทบต่อราคาส่งสาริมทรัพย์ที่กองทุน SWF ถือครองไว้ทั่วโลก แต่นับว่า ยังไม่รุนแรงมากนัก เนื่องจากดุลบัญชีเดินสะพัดของรัฐบาลของประเทศในกลุ่ม GCC เกินดุลอยู่มากจากรายได้ที่ได้รับจากราคาน้ำมันที่สูงตัวขึ้น

เป็นเวลาหลายปีติดต่อกัน ซึ่งส่งผลให้ สิทธิทรัพย์ของกองทุน SWF มีมูลค่ามหาศาลเพียงพอต่อการดำเนินกิจการต่อไป

### ค่านิยมอาหรับ <sup>(28)</sup>

ค่านิยมอาหรับพื้นฐานที่มีอยู่ร่วมกันคือ

1. ต้องประพฤติปฏิบัติในอันที่จะสร้างความประทับใจให้ผู้อื่นอยู่เสมอ
2. เกียรติยศ ศักดิ์ศรี และชื่อเสียงส่วนบุคคลนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งชาวอาหรับมองว่าเป็นเรื่องที่มีผลหรือเกี่ยวข้องกับสมาชิกครอบครัวทั้งหมดหรือกลุ่มทั้งหมด
3. การมอบความจงรักภักดีต่อครอบครัวหรือเผ่าพันธุ์ ถือว่าสำคัญกว่าสายสัมพันธ์ส่วนบุคคล
4. ขนชั้นทางสังคมและพื้นฐานทางครอบครัวถือเป็นตัวแปรสำคัญที่กำหนดสถานะของบุคคล ถัดมาคือบุคลิกลักษณะและความสำเร็จในชีวิตของแต่ละคน
5. อาหรับทุกคนต้องรักษาบรรทัดฐานศีลธรรมทางสังคม แม้จะต้องมีการกำหนดเป็นตัวบทกฎหมายออกมาควบคุมใช้ในกรณีที่มีความจำเป็นก็ต้องทำ

### ทัศนคติทางศาสนาพื้นฐาน

1. ชาวอาหรับส่วนใหญ่เชื่อมั่นศรัทธาในพระเจ้าองค์เดียว จำนวนต่ออำนาจของพระองค์ และเข้าใจเอาเองว่ามนุษย์ทุกคนต้องมีศาสนาของตน
2. มนุษย์ไม่สามารถควบคุมทุกเหตุการณ์ได้ บางอย่างขึ้นอยู่กับประสงค์ของพระเจ้า
3. ความเคร่งครัดในศาสนาเป็นคุณลักษณะที่ได้รับความชื่นชมยกย่องมากที่สุด
4. ไม่มีการแบ่งแยกระหว่างศาสนจักรกับอาณาจักร
5. วิชาการศาสนา ต้องมีการเรียนการสอนในทุกโรงเรียน และรัฐบาลต้องส่งเสริม (เป็นมุมมองของอาหรับมุสลิม ซึ่งไม่จำเป็นที่ชาวอาหรับคริสเตียนจะมีความเห็นเหมือนกันเสมอไป)
6. ความเชื่อ ความศรัทธา และการปฏิบัติศาสนกิจ ถือเป็นเรื่องอ่อนไหวที่ไม่สามารถจะล่วงเกินหรือจบบ้างได้
7. การตีความศาสนาแบบเสรีนิยมหรือการลอกเลียนแบบวัฒนธรรมเสพสุขแบบตะวันตก เชื่อว่าจะนำมาซึ่งความโกลาหลวุ่นวายทางสังคม (social disorder) เกิดความเสื่อมโทรมในมาตรฐานทางศีลธรรม และทำให้สายสัมพันธ์ทางครอบครัวแบบดั้งเดิมอ่อนแอลง <sup>(28)</sup>

### การมองตนเอง (self-perceptions)

ชาวอาหรับมักเข้าใจเอาเองว่ากลุ่มชนชาติตนมีลักษณะนิสัยโอบอ้อมอารี มีมนุษยธรรม มีจรรยา มารยาทดี-เรียบร้อย และมีความจงรักภักดี ชาวอาหรับมองคุณสมบัติเฉพาะเหล่านี้เป็นลักษณะของพวกตนที่เป็นเสมือนเครื่องแยกพวกเขาออกจากกลุ่มชนชาติอื่นๆ อาหรับมีมรดกทางวัฒนธรรมที่ร่ำรวย ดังจะเห็นได้จากคณาจารย์ทางประวัติศาสตร์ที่ชาวอาหรับมีส่วนช่วยให้โลกเกิดความเจริญก้าวหน้า ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง ศาสนา ปรัชญา วรรณคดี การแพทย์ สถาปัตยกรรม ศิลปะ คณิตศาสตร์ ตลอดจนรวมถึงวิทยาศาสตร์ แม้ว่า จะมีความแตกต่างกันอยู่มากในหมู่อาหรับในแต่ละพื้นที่หรือประเทศ แต่ชาวอาหรับนั้นเป็นกลุ่มวัฒนธรรมเดียวกันอย่างชัดเจน และมองว่าชาวอาหรับทุกคนเป็นสมาชิกของ “ชาติอาหรับเดียวกัน” (al-umma al-‘arabiyya) ประชาชนชาวอาหรับมองตนเองว่า พวกเขาตกเป็นเหยื่อและถูกเอารัดเอาเปรียบจากพวก

ตะวันตก สำหรับพวกเขาแล้ว ประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาปาเลสไตน์ถือเป็นตัวแทนของความเจ็บปวดของชาวอาหรับทั้งหมด

ในขณะที่โลกอาหรับกำลังอยู่ในช่วงของการเปลี่ยนผ่านสู่ความทันสมัยทั้งทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง และวัฒนธรรม แต่ก็เชื่อได้ว่า ความเชื่อและค่านิยมร่วมที่ได้นำเสนอไปยังคงเป็นสิ่งที่ยึดมั่นกันอยู่ในหมู่ชาวอาหรับส่วนใหญ่ แม้ว่าสังคมอาหรับจะปรับเปลี่ยนไปมากแล้วก็ตาม

ในแง่ทัศนคติต่อการดำรงชีวิต ชาวอาหรับแทบทั้งหมดมีความเชื่อ ความศรัทธา และค่านิยมขั้นพื้นฐานเหมือนกัน ซึ่งเป็นความเชื่อและค่านิยมที่ตัดข้ามความเป็นรัฐชาติและพรมแดนทางชนชั้น ทัศนคติทางสังคมยังคงดำรงอยู่ในระดับที่เสมอดันเสมอปลาย เพราะสังคมอาหรับนั้นอาจเรียกได้ในระดับหนึ่งว่าเป็นสังคมอนุรักษ์นิยม ที่เรียกร้องให้สมาชิกปฏิบัติตามธรรมเนียมประเพณี อิทธิพลของอิสลามมีผลอย่างมากต่อชาวอาหรับ แม้จะเป็นอาหรับที่ไม่ใช่มุสลิมก็ตาม และที่สำคัญพวกเขาทั้งหมดพูดภาษาเดียวกัน<sup>(28)</sup>

### **ความสัมพันธ์ระหว่างไทยกับตะวันออกกลาง**

#### **ความสัมพันธ์ด้านการเมือง**

ไทยกับภูมิภาคตะวันออกกลางมีความสัมพันธ์อันดีต่อกันมาตลอด โดยในปัจจุบัน ประเทศในภูมิภาคตะวันออกกลางที่มีสถานเอกอัครราชทูตของตนในประเทศไทย มีจำนวน 11 ประเทศ ได้แก่ ประเทศอียิปต์ อิหร่าน คูเวต โอมาน กาตาร์ ซาอุดีอาระเบีย สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ โมร็อกโก ตุรกี บาห์เรน และอิสราเอล ส่วนไทยมีสถานเอกอัครราชทูตในประเทศใน ภูมิภาคตะวันออกกลาง จำนวน 12 ประเทศ ได้แก่ ประเทศบาห์เรน อิหร่าน จอร์แดน คูเวต โอมาน กาตาร์ ซาอุดีอาระเบีย ตุรกี สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ อียิปต์ โมร็อกโก และอิสราเอล<sup>๑</sup> ซึ่งแสดงให้เห็นได้ถึงการดำเนินความสัมพันธ์ทางการทูตอย่างกว้างขวาง

ทั้งนี้ ต่อสถานการณ์ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทย ประเทศในภูมิภาคตะวันออกกลางได้แสดงความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ และสนับสนุนแนวทางสันติวิธีและ สมานฉันท์ของไทย โดยสนับสนุนท่าทีไทยในเรื่องนี้ในเวทีองค์การการประชุมอิสลาม (Organization of the Islamic Conference: OIC) มาโดยตลอด นอกจากนี้ จากการทำในปัจจุบัน ประเทศในภูมิภาคตะวันออกกลางดำเนินนโยบายมองตะวันออก (Look East) และไทยดำเนินนโยบายมองตะวันตก (Look West) ทำให้ไทยกับประเทศในภูมิภาคตะวันออกกลาง ติดต่อกันสัมพันธ์กันมากขึ้น<sup>(29)</sup>

ที่ผ่านมา ไทยกับประเทศในภูมิภาคตะวันออกกลางมีความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นและมีการแลกเปลี่ยนการเยือนในทุกระดับโดยเฉพาะในระดับราชวงศ์และรัฐบาล โดยในระดับ ราชวงศ์ เมื่อปี 2549 มีประเทศในภูมิภาคตะวันออกกลางที่พระประมุขหรือผู้แทนเสด็จฯ เข้าร่วมงานพระราชพิธีฉลองสิริราชสมบัติครบรอบ 60ปี ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทั้งหมด 7 ประเทศ ได้แก่ ประเทศบาห์เรน จอร์แดน คูเวต โมร็อกโก โอมาน กาตาร์ และสหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ สำหรับในระดับรัฐบาล ไทยและประเทศตะวันออกกลางแลกเปลี่ยนการ เยือนระดับสูงระหว่างกันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งรวมทั้งในช่วงหลังการรัฐประหารเมื่อปี 2549 ที่ไทยยังไม่มีรัฐบาลที่มาจากทางเลือกตั้ง<sup>(29)</sup>

#### **ความสัมพันธ์ด้านเศรษฐกิจ**

ภูมิภาคตะวันออกกลางมีความสำคัญทางด้านเศรษฐกิจต่อไทยเป็นอย่างมาก เห็นได้จากมูลค่าการส่งออกสินค้าไทยไปประเทศในภูมิภาคตะวันออกกลางใน ช่วง 5 ปีที่ผ่านมาที่ขยายตัวสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

(ยกเว้นในปี 2552 ที่เกิดวิกฤตการณ์เศรษฐกิจและการเงินโลก) โดยปัจจุบัน ไทยมองว่าภูมิภาคตะวันออกกลางเป็นตลาดการค้า ที่มีศักยภาพเป็นตลาดเกิดใหม่ (emerging market) เนื่องจากภูมิภาคนี้ มีประชากรมากถึง 270 ล้านคนและมีกำลังซื้อสูง นอกจากนี้ ประเทศในภูมิภาคตะวันออกกลางยังให้ความสำคัญในเรื่องความมั่นคงด้านอาหาร จึงนับเป็นโอกาสของไทยที่จะส่งเสริมการส่งออกสินค้าเกษตรไปยังภูมิภาคตะวันออกกลาง และร่วมลงทุนในด้านอุตสาหกรรมอาหารกับประเทศใน ภูมิภาคดังกล่าว

ปัจจุบัน นักลงทุนทั่วโลกได้กระจายการลงทุนในภาคอุตสาหกรรมธุรกิจก่อสร้างไปยัง ภูมิภาคตะวันออกกลางเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรัฐอาบูดาบีของสหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ ซาอุดีอาระเบีย กาตาร์ คูเวต และลิเบีย ปริมาณเงินทุนโดยตรงจากต่างประเทศ (Foreign Direct Investment: FDI) ในภูมิภาคตะวันออกกลางที่เพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดการขยาย ตัวทางเศรษฐกิจของประเทศในภูมิภาคดังกล่าว และทำให้มูลค่าการค้าระหว่างไทย กับภูมิภาคตะวันออกกลางขยายตัวเพิ่มขึ้นด้วย

มูลค่าการค้ารวมระหว่างไทยกับภูมิภาคตะวันออกกลางในปี 2552 อยู่ที่ 25,289 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (ประมาณ 757,000 ล้านบาท) โดยมูลค่าส่งออกจากไทยไปยังภูมิภาค ตะวันออกกลางอยู่ที่ 8,750.84 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (ประมาณ 262,000 ล้านบาท) และมูลค่านำเข้าจากภูมิภาคตะวันออกกลางมายังไทยอยู่ที่ 16,538.80 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (ประมาณ 495,000 ล้านบาท) สินค้าส่งออกสำคัญที่ไทย ส่งออกไปยังภูมิภาคตะวันออกกลาง ได้แก่ รถยนต์และอะไหล่ยานยนต์ อัญมณีและเครื่องประดับ ข้าว อาหารทะเลกระป๋อง น้ำตาล ผลไม้กระป๋อง อาหารทะเลแช่เย็นและแช่แข็ง เครื่องปรับอากาศและชิ้นส่วน โดยมีตลาดที่สำคัญ คือ สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ ซาอุดีอาระเบีย กาตาร์ โอมาน อิหร่าน และคูเวต

สำหรับด้านการลงทุน ไทยกับประเทศในภูมิภาคตะวันออกกลางยังมีการลงทุนระหว่างกันไม่มากนัก โดยสาขาที่ประเทศภูมิภาคตะวันออกกลางลงทุนในไทยส่วนมากคือสาขา โรงแรมและอสังหาริมทรัพย์ สำหรับสาขาที่ไทยลงทุนในภูมิภาคตะวันออกกลาง ได้แก่ สาขาการขุดเจาะและสำรวจน้ำมัน ก่อสร้าง และสาขาบริการ เช่น การบริหารโรงพยาบาล

ทั้งนี้ ในช่วง 3-4 ปีที่ผ่านมา การเยือนระหว่างไทยกับประเทศในภูมิภาคตะวันออกกลาง เป็นการเยือนที่เกี่ยวข้องกับด้านเศรษฐกิจและการค้ามากขึ้น โดยเห็นได้จากการที่ผู้ แทนการค้าไทย รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงพาณิชย์ และผู้แทนสภาหอการค้าไทย ได้เดินทางเยือนประเทศบาห์เรน คูเวต กาตาร์ และสหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ และผู้แทนระดับสูงจาก ประเทศในภูมิภาคตะวันออกกลาง ได้แก่ บาห์เรน อิหร่าน คูเวต กาตาร์ และสหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ ก็นำคณะมาเยือนไทยด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ สถานเอกอัครราชทูตไทยประจำ ประเทศในภูมิภาคตะวันออกกลางก็ได้จัดโครงการเชิญนักธุรกิจที่มีศักยภาพเดินทางเยือนไทย เพื่อหาช่องทางขยายธุรกิจระหว่างกัน<sup>(29)</sup>

#### ความสัมพันธ์ด้านการท่องเที่ยว

ปัจจุบัน นักท่องเที่ยวจากประเทศในภูมิภาคตะวันออกกลางเดินทางมาไทยเป็นจำนวนมาก โดยในปี 2552 นักท่องเที่ยวจากประเทศในภูมิภาคตะวันออก กลางที่เดินทางมาไทยมีจำนวน 466,917 คน ซึ่งส่วนใหญ่นิยมมาท่องเที่ยวทะเลและจับจ่ายใช้สอยในศูนย์การค้าของไทย นอกจากนี้ นักท่องเที่ยวจากกลุ่มประเทศ GCC ยังนิยมมารับ การรักษาพยาบาลในไทยด้วย เนื่องจากเห็นว่าค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่าและให้บริการที่ดีกว่าเมื่อเทียบกับ ในทวีปยุโรป

### ความสัมพันธ์ด้านแรงงาน

ปัจจุบัน มีชาวไทยที่เดินทางไปประกอบอาชีพในภูมิภาคตะวันออกกลางจำนวนประมาณ 86,241 คน โดยส่วนใหญ่เป็นแรงงานกึ่งฝีมือและฝีมือ ทั้งนี้ตลาดของกลุ่มประเทศ GCC มีความต้องการแรงงานไทยเพิ่มขึ้น เนื่องจากต้องการแรงงานที่มีฝีมือดีและมีความขยันหมั่นเพียรในการปฏิบัติ หน้าที่ในโครงการก่อสร้างขนาดใหญ่ที่เกิด ขึ้นมากมาย

### ความสัมพันธ์ด้านอื่นๆ

ประเทศในภูมิภาคตะวันออกกลางหลายประเทศ เช่น ประเทศบาห์เรน คูเวต โมร็อกโก ลิเบีย อียิปต์ ซาอุดีอาระเบีย และสหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ ได้ให้ทุนการศึกษาแก่นักเรียนและนักศึกษาชาวไทย ไปศึกษาต่อที่ประเทศของตนทุกปี โดยทุนการศึกษาส่วนใหญ่เน้นในด้านการศึกษาศาสนาอิสลาม นอกจากนี้บางประเทศ เช่น บาห์เรน และคูเวต ยังให้การสนับสนุนเงินทุนสำหรับสร้างสิ่งก่อสร้างและอาคารในกิจการด้านการ ศึกษา และบริจาคเงินให้แก่มหาวิทยาลัยในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทยอีกด้วย<sup>(29)</sup>

### **2.6 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

1. สกฤวิชัย พูนนวล<sup>(30)</sup> ศึกษาการสร้างเครือข่ายการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน : กรณีศึกษาตำบลบางโกระ อำเภอบางบาล จังหวัดปทุมธานี. ผลการวิจัยพบว่าการสร้างเครือข่ายการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนมี 5 ขั้นตอน คือ 1. การสร้างบรรยากาศการยอมรับของชุมชน 2. การสร้างความตระหนักถึงปัญหาของโรคไข้เลือดออก 3. การสร้างเครือข่ายการป้องกันและควบคุมโรค

ไข้เลือดออกในชุมชน 4 การดำเนินงานของเครือข่าย และ 5 การประเมินผลการดำเนินงานของเครือข่าย

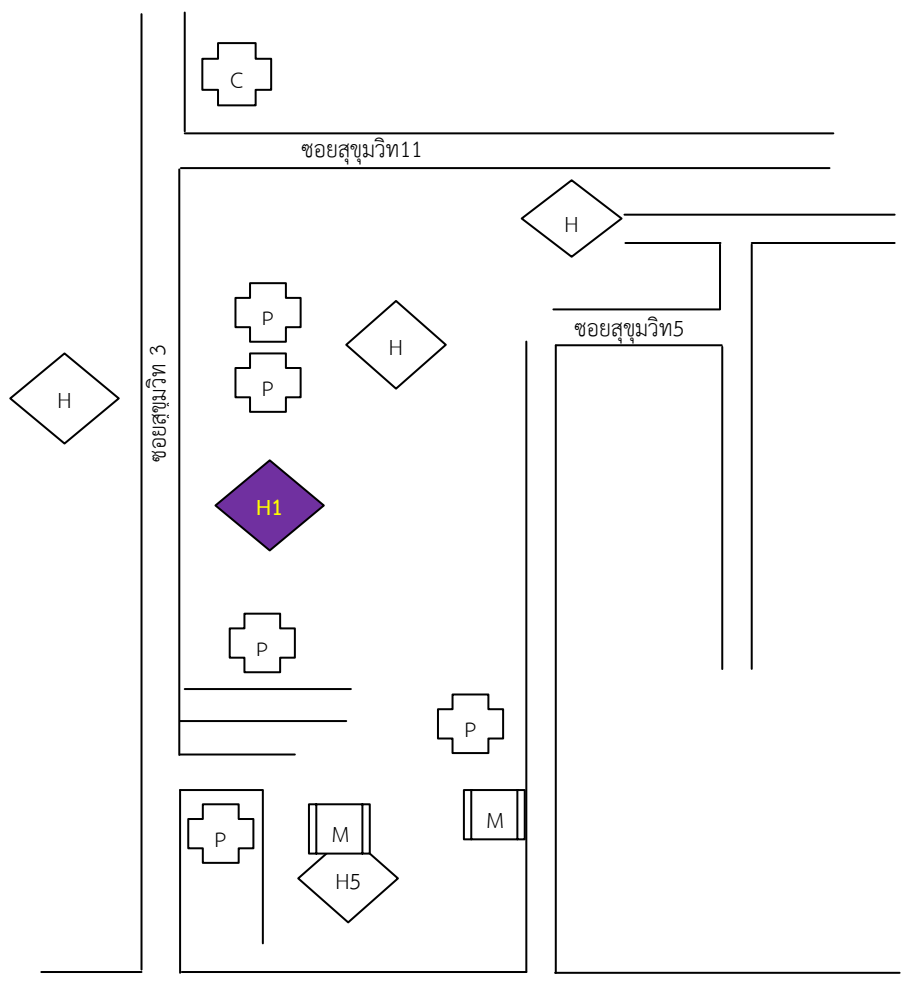
2. ดาลีชะห์ ดะยี่, นภัสนันท์ วินิจวรกิจกุล และปรเมษฐ์ บุญนาศิริกิจ<sup>(31)</sup> ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการการท่องเที่ยวของนักท่องเที่ยวชาวตะวันออกกลางในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า นักท่องเที่ยวชาวตะวันออกกลางส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 5,001 ดอลลาร์สหรัฐขึ้นไป มีภูมิลำเนามาจากประเทศสหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ เดินทางมาพักในเขตกรุงเทพมหานครเฉลี่ยปีละ 2 ครั้ง โดยแต่ละครั้งจะเข้าพักเป็นระยะเวลา 2-7 วันโดยเฉลี่ย เดินทางมาท่องเที่ยวเป็นครอบครัว เลือกที่พักเป็นโรงแรมระดับ 4 ดาว ส่วนใหญ่เลือกที่พักจากคําบอกเล่าของเพื่อนหรือญาติ การเดินทางเข้ามาท่องเที่ยวในประเทศไทยของนักท่องเที่ยวชาวตะวันออกกลางเป็นการเดินทางมาเพื่อพักผ่อนในวันหยุด นอกจากนี้เดินทางมาพักผ่อนในวันหยุดมากที่สุดแล้ว รองลงมาเป็นนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาเพื่อรักษาพยาบาล/ตรวจสุขภาพ ซึ่งพบว่า นักท่องเที่ยวที่เดินทางมาจากประเทศโอมานส่วนใหญ่เดินทางมาเพื่อรักษาพยาบาลและตรวจสุขภาพ


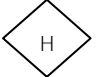



3. พัชรี เพชรพิรุณ<sup>(32)</sup> การศึกษาพฤติกรรมและความพึงพอใจของนักท่องเที่ยวชาวตะวันออกกลางในการเลือกใช้บริการในโรงแรมในเขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร โดยศึกษาปัจจัยด้านสถานที่ ปัจจัยด้านห้องพัก ปัจจัยด้านการบอกต่อสื่อสาร ปัจจัยด้านสัญลักษณ์ ปัจจัยด้านราคา ปัจจัยด้านบุคลากรและการบริการ ผลการศึกษาพบว่า นักท่องเที่ยวเลือกเข้าพักในโรงแรมจากกลุ่มตัวอย่าง 5 โรงแรมเนื่องจากเขตคลองเตยได้ชื่อว่า Middle East Town ของกรุงเทพมหานคร เป็นจุดศูนย์รวมของนักท่องเที่ยวชาวตะวันออกกลางศูนย์กลางธุรกิจเส้นหลักการค้าคมนาคมที่สะดวก ใกล้แหล่งช้อปปิ้ง และเป็นศูนย์รวมของการบริการรักษาพยาบาล อัตราการเข้าพักในโรงแรมโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 1-2 คืน และมีความถี่ประมาณ 2-3 ครั้งต่อปี



### บทที่ 3 วิธีการศึกษา

- 3.1. รูปแบบการศึกษา: เป็นการศึกษาประสิทธิภาพการดำเนินงานของเครือข่ายภาคเอกชนในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเมอร์สในชุมชน
- 3.2. พื้นที่ที่ทำการศึกษา: ชุมชนในแถบชอยนาณา แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา ซึ่งเป็นชุมชนที่ผู้เดินทางชาวตะวันออกกลางเดินทางมาพักอาศัย
- 3.3. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา: คัดเลือกประชากรในการศึกษาแบบเจาะจง ประกอบด้วย โรงแรมที่ผู้เดินทางพักอาศัย 1 แห่ง โรงแรมบริเวณใกล้เคียง 4 แห่ง สุเหร่าหรือมัสยิดบริเวณใกล้เคียง 2 แห่ง และร้านขายยา/คลินิกบริเวณใกล้เคียงกับโรงแรม 6 แห่ง รายละเอียดดังรูปที่ 5



สัญลักษณ์:  = โรงแรมที่ผู้เดินทางพักอาศัย  = โรงแรมบริเวณใกล้เคียง  
  = ร้านขายยา  = สุเหร่า/มัสยิด

**รูปที่ 5** แผนที่แสดงโรงแรมผู้เดินทางพักอาศัย โรงแรมบริเวณใกล้เคียง สุเหร่าหรือมัสยิด และร้านขายยา/คลินิกบริเวณใกล้เคียงกับโรงแรมที่ผู้เดินทางพักอาศัย

3.4. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้บริหารหรือผู้จัดการโรงแรม เจ้าของร้านขายยา/คลินิก และผู้ดูแลมัสยิด/สุเหร่า

3.5. ระยะเวลาที่ดำเนินการ: ตั้งแต่มีนาคม 2558-กรกฎาคม 2559 โดยแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

3.6. วิธีการดำเนินงาน

1) ออกแบบฟอร์มการคัดกรองโรคเมอร์ส แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสอบถามสำหรับเจ้าหน้าที่

2) ประชุมร่วมกับเครือข่ายภาคเอกชน ได้แก่ ผู้ประกอบการโรงแรม ตัวแทนมัสยิดหรือสุเหร่า ร้านขายยา/คลินิก ในชุมชนเพื่อชี้แจง และวางแผนร่วมกันเพื่อหาแนวทางในการเฝ้าระวังและคัดกรองผู้สัมผัส/ผู้ที่เข้าข่ายต้องสอบสวนโรค

3) สร้างช่องทางการติดต่อสื่อสารระหว่างเครือข่าย โดยสร้างไลน์กลุ่มสำหรับเป็นช่องทางการติดต่อสื่อสาร และกำหนดผู้ประสานงานในแต่ละภาคส่วน เช่น กำหนดและขอความร่วมมือผู้นำศาสนาช่วยชี้แจงผู้มาทำละหมาดรายใหม่ได้ทราบแนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกัน ควบคุมโรคเมอร์สและใช้การติดตามทางโทรศัพท์และสื่อสังคมออนไลน์ผ่านทางเครือข่าย

4) สัมภาษณ์ผู้บริหารหรือผู้จัดการโรงแรมและพนักงานโรงแรม เจ้าของร้านขายยาหรือเภสัชกรในร้านขายยา/คลินิก และบุคลากรในสุเหร่า/มัสยิด ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณคนละ 15 -30 นาที และได้รับอนุญาตจากผู้ถูกสัมภาษณ์ในการจดบันทึก และอัดเทปการสัมภาษณ์ทุกครั้งเพื่อศึกษาวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคเมอร์สที่ดำเนินการ

5) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของเครือข่ายหลังประชุมไปแล้ว ทุก 3 และ 6 เดือน เพื่อกำกับติดตามการดำเนินการ รวมทั้งสนับสนุนข้อมูล องค์ความรู้ และวัสดุอุปกรณ์เพิ่มเติมให้แก่เครือข่าย

6) ประชุมกลุ่มอย่างไม่เป็นทางการเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานร่วมกัน รวมทั้งรวบรวมปัญหาอุปสรรค และเสนอแนะแนวทางแก้ไข

3.7. เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่

- แบบฟอร์มการคัดกรองโรค ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปและอาการแสดงของโรค
- แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (สำหรับผู้บริหาร/ผู้จัดการโรงแรมที่ผู้ป่วยเคยเข้าพัก) ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป การดำเนินงานเมื่อเกิดโรค การประชาสัมพันธ์ ปัจจัยความสำเร็จ และด้านอื่นๆ
- แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (สำหรับสถานประกอบการในชุมชนที่เกี่ยวข้อง) ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป การดูแลลูกค้าหรือผู้ที่มาละหมาด ความต้องการรับการสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุข และด้านอื่นๆ

3.8. การเก็บและรวบรวมข้อมูล: รวบรวมข้อมูลการคัดกรองผู้ป่วย/ผู้สัมผัส/ผู้ที่เข้าข่ายต้องสอบสวนโรคจากโรงแรม ร้านขายยา/คลินิก สุเหร่าหรือมัสยิด ที่เข้าร่วมโครงการจากแบบฟอร์มการคัดกรองโรค และข้อมูลการสัมภาษณ์จากแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม

3.9. การวิเคราะห์ข้อมูล: รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกแล้วนำข้อมูลที่ได้นำประมวลผลด้วยวิธี Content Analysis (การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา) ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณได้จากการรวบรวมแบบสอบถามแล้วบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม Microsoft excel ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

## บทที่ 4 ผลการศึกษา

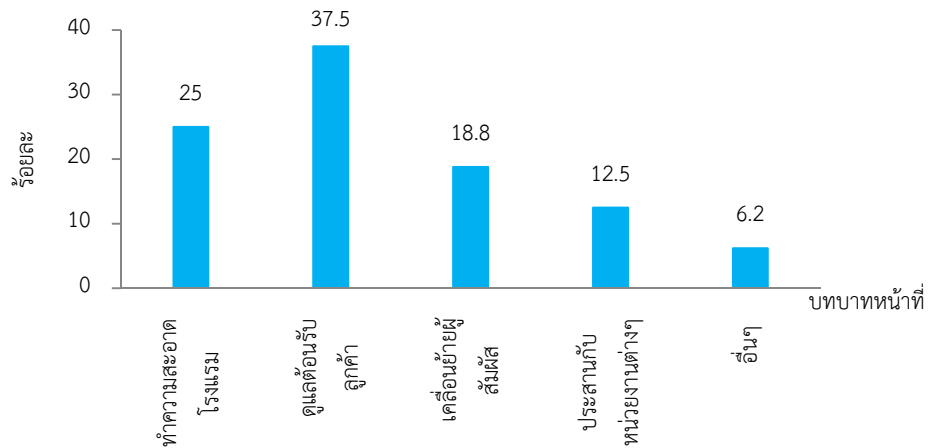
### 4.1 การประเมินประสิทธิผลของการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรคเมอร์สของเครือข่ายเอกชนในชุมชน

จากที่ประเทศไทยรายงานพบผู้ป่วยยืนยันโรคเมอร์ส รายแรกในประเทศไทย เป็นเพศชาย อายุ 75 ปี เป็นชาวตะวันออกกลาง เดินทางมาจากประเทศโอมานพร้อมกับญาติอีก 3 คน เพื่อเข้ารับการรักษาอาการเหนื่อย หายใจลำบาก ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคหัวใจ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในประเทศโอมานมาแล้ว 2 ครั้ง ไม่หายและอาการแย่ลง จึงได้เดินทางมาประเทศไทยในวันที่ 15 มิถุนายน 2558 ได้เดินทางจากท่าอากาศยานสุวรรณภูมิไปที่โรงแรม H1 โดยรถรับจ้างไม่ประจำทาง(แท็กซี่) เพื่อเช็คอิน เก็บสัมภาระและเข้าห้องน้ำ จากนั้นได้เดินทางโดยรถรับจ้างไม่ประจำทาง ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนใกล้กับที่พัก จากเหตุการณ์ครั้งนี้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ จึงร่วมกับสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร ดำเนินการประชุมร่วมกับเครือข่ายภาคเอกชน เพื่อชี้แจงและวางแผนร่วมกันเพื่อหาแนวทางในการเฝ้าระวังและคัดกรองผู้สัมผัส/ผู้ที่เข้าข่ายต้องสอบสวนโรค ให้ความรู้ที่สำคัญและจำเป็นสำหรับการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเมอร์ส สาธิตการใช้อุปกรณ์ในการป้องกันโรคเมอร์ส สนับสนุนสื่อภาษาอาหรับ แผ่นพับ โปสเตอร์ Health beware card สบู่อะลูมิเนียม แอลกอฮอล์เจล หน้ากากอนามัย และสร้างช่องทางการติดต่อสื่อสารระหว่างเครือข่าย โดยสร้างไลน์กลุ่มสำหรับเป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสาร และกำหนดผู้ประสานงานในแต่ละภาคส่วน

ในระหว่างที่คณะผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาอยู่นั้นได้พบผู้ป่วยรายที่ 2 เกิดขึ้นในช่วงปลายเดือนมกราคม 2560 ซึ่งเป็นชาวโอมาน เดินทางมาจากประเทศโอมานพร้อมกับญาติอีก 1 คน เพื่อเข้ารับการรักษา ซึ่งมาด้วยอาการไข้ ไอ มีเสมหะ โรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน และมีประวัติเสี่ยงเลี้ยงอูฐและดื่มนมอูฐ เคยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในประเทศโอมานมาแล้ว แต่อาการไม่ดีขึ้น จึงได้เดินทางมาประเทศไทยในวันที่ 22 มกราคม 2559 ได้เดินทางจากท่าอากาศยานสุวรรณภูมิไปที่โรงแรม H1 โดยรถรับจ้างไม่ประจำทาง เพื่อเช็คอิน จากนั้นได้เดินทางโดยรถรับจ้างไม่ประจำทาง ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนที่ใกล้กับที่พัก จากเหตุการณ์ครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยรายที่ 2 ได้เข้าพักที่โรงแรมและรักษาตัวที่โรงพยาบาลเดียวกับรายแรก โดยมีระยะเวลาห่างจากรายแรกประมาณ 6 เดือน

จากทั้ง 2 เหตุการณ์ เครือข่ายภาคเอกชนสามารถเฝ้าระวังและบริหารจัดการความเสี่ยงโรคเมอร์สได้ โดยสามารถประเมินประสิทธิผลในแต่ละกระบวนการดังนี้

**การจัดการระบบ:** สำหรับโรงแรมที่ผู้ป่วยเคยเข้าพักและโรงแรมบริเวณใกล้เคียง จะมีผู้บริหารเป็นผู้สั่งการโดยมอบหมายหน้าที่ให้ผู้จัดการโรงแรมเป็นผู้ประสานงานหลักกับหน่วยงานภายนอกและแต่ละแผนกในโรงแรม มีการเรียกประชุมร่วมกันเพื่อทำความเข้าใจ และแบ่งบทบาทหน้าที่ให้แต่ละแผนกมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโดยมอบหมายให้หัวหน้าฝ่ายบุคคลเป็นผู้ดำเนินการแบ่งหน้าที่ของแต่ละแผนก โดยเฉพาะแผนกต้อนรับที่มีบทบาทค่อนข้างมาก (รูปที่ 6)



**รูปที่ 6** ร้อยละของเครือข่ายภาคเอกชนมีความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานโรคเมอร์ส

ส่วนร้านขายยา/คลินิก มีเจ้าของร้านเป็นผู้บริหารจัดการ ชี้แจงรายละเอียดต่างๆให้แก่พนักงานในร้าน ส่วนสุเหร่า/มัสยิดมีผู้ดูแลเป็นคนดำเนินการเองทั้งหมด

**การจัดการความเสี่ยง:** โรงแรมมีมาตรการการเฝ้าระวังตามที่กรมควบคุมโรคแนะนำ โดยให้พนักงานสอบถามอาการ ให้คำแนะนำ และประชาสัมพันธ์ แก่ลูกค้าที่เข้าพัก พร้อมทั้งสังเกตลูกค้า โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ถ้าพบเหตุการณ์ที่ผิดปกติให้รายงานต่อผู้จัดการในทันที มีการบริหารความเสี่ยงโดยสามารถจัดการในเรื่องของการแยกผู้สัมผัสเพื่อสังเกตอาการและการดูแลลูกค้าคนอื่นๆได้เป็นอย่างดี โดยแยกชั้นที่พัก ซึ่งแตกต่างจากครั้งแรกที่ต้องย้ายแขกทั้งหมดไปพักคนอีกตึก รวมถึงให้พนักงานโรงแรมที่สัมผัสผู้ป่วยกักตัวไว้ที่บ้าน (ครั้งแรก) และที่โรงแรม (ครั้งที่ 2) เพื่อป้องกันการสัมผัสกับคนในครอบครัว และมีการวัดไข้เพื่อรายงานต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกวัน ร้านขายยาให้ความสำคัญในการซักประวัติลูกค้าที่มีอาการเข้าข่ายอย่างละเอียด และสังเกตลูกค้า โดยเฉพาะผู้สูงอายุและเป็นชาวตะวันออกกลาง ส่วนสุเหร่า/มัสยิด เนื่องจากเป็นแหล่งรวมของผู้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาจำนวนมากจึงเพิ่มการคัดกรองวัดอุณหภูมิ ผู้ที่มีอาการเข้าข่าย หากมีอาการสงสัยจะแจ้งศูนย์บริการสาธารณสุข (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเมอร์สของเครือข่ายภาคเอกชนในชุมชนในช่วง 3 เดือนแรกและหลัง 6 เดือน ด้านการจัดการความเสี่ยง

เครือข่าย เอกชน	การดำเนินงาน	
	ช่วง 3 เดือนแรก (พบผู้ป่วยรายที่ 1)	ช่วงหลัง 6 เดือน (พบผู้ป่วยรายที่ 2)
โรงแรมที่ ผู้ป่วยเคยเข้า พัก/โรงแรม บริเวณ โดยรอบ	- แบ่งโซนที่พักโดยให้กลุ่มเสี่ยงพักคนละ ตึกกับลูกค้าท่านอื่น - พนักงานที่เป็นผู้สัมผัส ถูกกักตัว ให้ หยุดงานอยู่ที่บ้าน 14 วัน และให้โทร รายงานกับผู้จัดการทุกวัน - วางเจลล้างมือบริเวณทางเข้าประตูและ เคาน์เตอร์ประชาสัมพันธ์	- แบ่งโซนที่พักโดยให้กลุ่มเสี่ยงพักแยกชั้น กับลูกค้าท่านอื่น - พนักงานที่เป็นผู้สัมผัส ถูกกักตัวไว้ที่ โรงแรม 14 วัน - วางเจลล้างมือบริเวณทางเข้าประตูและ เคาน์เตอร์ประชาสัมพันธ์ - สอบถามอาการและให้คำแนะนำแก่ลูกค้า

เครือข่าย เอกชน	การดำเนินงาน	
	ช่วง 3 เดือนแรก (พบผู้ป่วยรายที่ 1)	ช่วงหลัง 6 เดือน (พบผู้ป่วยรายที่ 2)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สังเกตลูกค้าโดยเฉพาะผู้สูงอายุหากมีอาการสงสัยจะแจ้งศูนย์บริการสาธารณสุข</li> <li>- ทำความสะอาดห้องพักโดยใช้น้ำยาฆ่าเชื้อตามมาตรการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ที่เข้าพัก</li> <li>- สังเกตลูกค้าโดยเฉพาะผู้สูงอายุหากมีอาการสงสัยจะแจ้งศูนย์บริการสาธารณสุข</li> <li>- ทำความสะอาดห้องพักโดยใช้น้ำยาฆ่าเชื้อตามมาตรการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</li> </ul>
ร้านขายยา/ คลินิก	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ชักประวัติลูกค้าตามปกติ</li> <li>- วัดอุณหภูมิร่างกาย</li> <li>- แนะนำพบแพทย์/ส่งต่อ (กรณีมีอาการทางเดินหายใจ)</li> <li>- จ่ายยา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ชักประวัติลูกค้าละเอียดมากขึ้นและสังเกตลูกค้าโดยเฉพาะผู้สูงวัยและเป็นชาวตะวันออกกลาง</li> <li>- วัดอุณหภูมิร่างกาย</li> <li>- แนะนำพบแพทย์/ส่งต่อ (กรณีมีอาการทางเดินหายใจ)</li> <li>- จ่ายยา</li> </ul>
สุหร่าน/มัสยิด	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตั้งจุดน้ำยาล้างมือ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตั้งจุดน้ำยาล้างมือและเจลล้างมือ</li> <li>- จุดแจกหน้ากากอนามัย</li> <li>- วัดไข้ผู้มาละหมาดที่มีอาการสงสัย</li> </ul>

**การจัดการข้อมูล:** โรงแรมมีการประเมินอาการของผู้เข้าพักด้วยแบบประเมินที่สคร.1 กรุงเทพฯ ได้จัดทำไว้ ทางโรงแรมและร้านขายยามีการรวบรวมรายชื่อผู้เดินทางที่เข้าพักรายใหม่ที่มาจากตะวันออกกลาง และผู้ที่มีอาการเข้าข่ายสงสัยโรคเมอร์สส่งให้สคร.1 กรุงเทพฯ เพื่อเป็นฐานข้อมูล (ตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเมอร์สของเครือข่ายภาคเอกชนในชุมชนในช่วง 3 เดือนแรกและหลัง 6 เดือน ด้านการจัดการข้อมูล

เครือข่าย เอกชน	การดำเนินงาน	
	ช่วง 3 เดือนแรก (พบผู้ป่วยรายที่ 1)	ช่วงหลัง 6 เดือน (พบผู้ป่วยรายที่ 2)
โรงแรมที่ ผู้ป่วยเคยเข้า พัก/โรงแรม บริเวณ โดยรอบ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทะเบียนรายชื่อผู้เข้าพัก</li> <li>- กรอกข้อมูลในแบบฟอร์มคัดกรอง (ถ้าพบเข้าข่าย)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทะเบียนรายชื่อผู้เข้าพัก</li> <li>- กรอกข้อมูลในแบบฟอร์มคัดกรอง (ถ้าพบเข้าข่าย)</li> <li>- รวบรวมและส่งรายชื่อผู้เดินทางที่เข้าพักรายใหม่ที่มาจากตะวันออกกลางให้กับ สคร.1 กรุงเทพฯ</li> </ul>
ร้านขายยา/ คลินิก	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ลงทะเบียนบัญชีลูกค้า/ผู้มารับบริการ</li> <li>- กรอกข้อมูลในแบบฟอร์มคัดกรองโรค</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ลงทะเบียนบัญชีลูกค้า/ผู้มารับบริการ</li> <li>- กรอกข้อมูลในแบบฟอร์มคัดกรองโรค</li> </ul>

เครือข่าย เอกชน	การดำเนินงาน	
	ช่วง 3 เดือนแรก (พบผู้ป่วยรายที่ 1)	ช่วงหลัง 6 เดือน (พบผู้ป่วยรายที่ 2)
	(ถ้าพบเข้าข่าย)	(ถ้าพบเข้าข่าย) - รวบรวมจำนวนลูกค้า/ผู้มารับบริการให้กับ สคร.1 กรุงเทพฯ
สุเหร่า/มัสยิด	- กรอกข้อมูลในแบบฟอร์มคัดกรองโรค (ถ้าพบเข้าข่าย)	- กรอกข้อมูลในแบบฟอร์มคัดกรองโรค (ถ้า พบเข้าข่าย) - ลงทะเบียนผู้มาละหมาด

**การสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์:** เครือข่ายภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์ แจกแผ่นพับ และการประชาสัมพันธ์ในชุมชนโดยประกาศเสียงตามสาย นอกจากนี้ผู้นำศาสนามีส่วนในการประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ การปฏิบัติตนการป้องกันการติดเชื้อ และเฝ้าสังเกตอาการ เนื่องจากผู้นำศาสนาเป็นที่นับถือ และไว้วางใจ สำหรับผู้ที่มาประกอบพิธีกรรมทางศาสนา (ตารางที่ 5)

**ตารางที่ 5** การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเมอร์สของเครือข่ายภาคเอกชนในชุมชนในช่วง 3 เดือนแรกและหลัง 6 เดือน ด้านการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์

เครือข่าย เอกชน	การดำเนินงาน	
	ช่วง 3 เดือนแรก (พบผู้ป่วยรายที่ 1)	ช่วงหลัง 6 เดือน (พบผู้ป่วยรายที่ 2)
โรงแรมที่ ผู้ป่วยเคยเข้า พัก/โรงแรม บริเวณ โดยรอบ	- แจกแผ่นพับและติดโปสเตอร์ Health beware card บริเวณเคาน์เตอร์/พ็อนท์ และห้องเครื่องสแกนเวลา - ประกาศเสียงตามสาย	- แจกแผ่นพับและติดโปสเตอร์ Health beware card บริเวณเคาน์เตอร์/พ็อนท์ และห้องเครื่องสแกนเวลา - ประกาศเสียงตามสาย
ร้านขายยา/ คลินิก	ติดป้ายประชาสัมพันธ์หน้าร้าน	ติดป้ายประชาสัมพันธ์หน้าร้านและแจกแผ่น พับโรคเมอร์สแก่ลูกค้า
สุเหร่า/มัสยิด	ติดโปสเตอร์	- ติดโปสเตอร์ - ให้สุขศึกษาโดยแจกแผ่นพับโรคเมอร์ส ภาษาอาหรับให้แก่ผู้ที่เดินทางมาละหมาด

#### 4.2 ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก

จากการลงพื้นที่เพื่อดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้จัดการโรงแรม ผู้ดูแลมัสยิด/สุเหร่าและเจ้าของร้านขายยาตามแบบสัมภาษณ์ในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเมอร์ส โดยมีข้อมูลสนับสนุนตามรายละเอียดดังนี้

### โรงแรมที่ผู้ป่วยเคยเข้าพัก

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้จัดการโรงแรมที่ผู้เดินทางเคยเข้าพัก ตามแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการดำเนินงานโรคเมอร์ส ในประเด็นการดำเนินงานเมื่อเกิดโรคพบว่า ทางโรงแรมมีการทำงานประสานระหว่างฝ่ายต่างๆ เป็นอย่างดี มีการแบ่งหน้าที่ในการดำเนินงานที่ชัดเจน คอยสังเกตและเฝ้าระวังความผิดปกติของลูกค้ายู่เสมอ รวมทั้งมีการประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุขและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคอยู่ตลอดเวลา โดยมีข้อมูลสนับสนุนเช่น

“ไม่ทราบเลยว่าแขกที่มาพักป่วยเป็นโรคเมอร์ส จนกระทั่งมีอาจารย์จากกระทรวงมาติดต่อขอเช็ครายชื่อลูกค้า ก็เอารายชื่อมาว่าเข้าพักที่นี่หรือไม่ ทางโรงแรมก็ได้ตรวจเช็ค ก็พบว่าพักอยู่ที่ห้อง B ชั้น 8 หลังจากนั้นทางอาจารย์ก็นัดคุยด้วยที่ห้องประชุมเพื่อพูดคุย และขอเช็คกล้องวงจรปิดว่าผู้ป่วยไปที่ไหนอย่างไรบ้างก็ปรากฏว่าผู้ป่วยแค่เอากระเป๋าเข้ามาเก็บหลังจากนั้นก็ออกไปที่โรงพยาบาลพร้อมกับลูกชาย”

“ทางโรงแรมได้ทำการย้ายแขกที่พักที่ตึก B ไปที่ตึก C ทั้งหมด แขกคนไหนไม่สะดวกก็จะมีเจ้าหน้าที่เราช่วยขนย้ายให้ เราได้เกลี้ยกล่อมและอธิบายให้แขกเข้าใจโดยเอาป้ายโปสเตอร์และแผ่นพับเรื่องโรคช่วงนั้นก็ให้แม่บ้านแจก cleaner มาเช็ดทำความสะอาดเคาน์เตอร์ หน้าฟอนท์ เป็นประจำ เวลาที่แม่บ้านทำความสะอาด เก็บขยะจากห้องพัก ก็ให้ใส่ถุงมือด้วยเผื่อเจอเสมหะมีการวางเจลล้างมือไว้ที่เคาน์เตอร์และฟอนท์ พนักงานโรงแรมก็จะใส่หน้ากากอนามัยเวลาที่ลูกค้ามาเช็คอินก็จะแจกแผ่นพับ แล้วก็คอยสังเกตโดยเฉพาะถ้ายังเป็นชาวโอมาน และเป็นผู้สูงอายุก็จะคอยสอบถามและให้แม่บ้าน (mate) คอยสังเกต ถ้าปกติเคยออกมาข้างนอกหรือลงมาทานข้าวข้างล่าง แต่วันนี้ไม่ลงมาก็จะแจ้งให้ที่ฟอนท์ทราบ ส่วนพนักงานโรงแรมของเราที่ถูกกักตัวประมาณ 7-8 คน ก็ให้หยุดงานอยู่ที่บ้าน 15 วัน ตามที่อาจารย์บอกไว้บ้างที่ก็มีเจ้าหน้าที่โทรมาสอบถาม”

ส่วนการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการประสานกับศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ โดยจะมีเจ้าหน้าที่โทรศัพท์มาสอบถามเป็นประจำ

“หลังจากที่มีการประชุมไป ก็มีพี่วรรณจากศูนย์บริการวัดธาตุทอง คอยโทรมาสอบถามอยู่เรื่อยๆ คอยเอาเจล หน้ากากอนามัย มาให้เราเสมอ และมาอบรมเรื่องการทำความสะอาด วิธีการรับมือกับโรค การทำความสะอาดต้องทำอย่างไร ก็ให้ความรู้ระบุว่าโรคนี้ไม่ได้อันตรายร้ายแรง เจอแดดก็ตายแล้ว มีการมาวัดไข้ให้พนักงานของเราที่เป็นกลุ่มเสี่ยงด้วยมีพนักงานโรงแรมมาฟังกันเยอะมาก เพราะทุกคนสนใจ นอกจากนี้ก็ยังมีอาจารย์นิพัทธ์ พิภพญารัตน์ก็คอยโทรมาสอบถาม ทำให้เราอุ่นใจมากขึ้น ว่าไม่ทอดทิ้งเรา และก็มีการจัดประชุมกับร้านขายยา คลินิก ร้านเสริมสวยรอบๆ แถวนี้อีก ก็จัดที่โรงแรมเรา มีการแจกเครื่องวัดไข้ เจล หน้ากากอนามัย แบบฟอร์มคัดกรองผู้ป่วย แต่ก็ไม่มีใครที่มีอาการ”

ด้านการดำเนินงานเมื่อเกิดโรคในครั้งที่ 2 มีความเข้มข้นมากกว่าเดิมและมีการปรับรูปแบบการกักกันผู้สัมผัสโดยครั้งแรกมีการย้ายผู้เข้าพักออกจากตึกทั้งหมด แต่ครั้งที่สองทำแค่เพียงปิดชั้นที่แขกมาพักอาศัยเท่านั้น และกักผู้สัมผัสไว้ที่โรงแรมเพื่อติดตามอาการต่างจากครั้งแรกที่ให้หยุดพักอยู่ที่บ้าน

“ไม่แตกต่างจากครั้งแรกมากนัก ก็มีอาจารย์จากทางกระทรวงมาติดต่อเราเหมือนครั้งแรกเลย เราก็ไม่รู้ว่ายังมีผู้ป่วยอีก แต่พนักงานโรงแรมก็ไม่ได้กลัวเพราะเราเคยเจอมาแล้วครั้งนึงแล้ว ครั้งนี้ผู้ป่วยก็มา

พักที่ตึก B เหมือนครั้งที่แล้วเลย เราก็ให้แม่บ้านเข้าไปทำความสะอาด ผู้ป่วยที่มากก็ไม่ได้พักเหมือนเดิมมาถึงก็ออกไปหาหมอเลยเหมือนรายแรก แล้วก็ปิดแค่ชั้นที่เค้าเข้ามาพักครั้งนี้มีพนักงานโดนกักตัว 6 คน ฟोनท์ 4 คนและแม่บ้าน 2 คน ครั้งนี้ทางอาจารย์เข้มมากมีการเก็บเสมหะกับผู้สัมผัสไปด้วย แล้วก็ให้กักตัวผู้สงสัยอยู่ที่โรงแรมเลยเพราะง่ายแล้วก็ไม่ต้องการให้ไปสัมผัสกับคนที่บ้านอีกคนที่ถูกกักก็มีอแรงกันบ้าง เพราะต้องอยู่เฉยๆ เวลาทานข้าวก็จะให้เพื่อนเอาขึ้นไปให้ ไม่ให้ลงมาข้างล่าง บางคนก็บอกขอลงมาได้มัยเพราะแข็งแรงดีไม่ได้ป่วย แต่เราก็ไม่ให้ลงมาครั้งนี้มีวัดไข้ด้วยและต้องวัดทุกเช้าเพราะเราได้รับแจกเครื่องเทอร์โมมิเตอร์มา 2 เครื่อง แล้วให้วัดไข้ผู้สัมผัสแล้วก็จะจะมีเจ้าหน้าที่โทรมาสอบถามทุกวัน มีตั้งไลน์กลุ่มเสียงเพื่อรายงานตัวว่าสบายดี เป็นไงบ้าง บางครั้งหนึ่งก็ถ่ายรูปตารางไปให้ทางกระทรวงเองครั้งที่ 2 นี้ มีแขกอยู่ 1 ราย ที่มาเที่ยวบินพร้อมกับผู้ป่วยแล้วหลุดมาพักที่โรงแรมเรา เพราะอาจารย์จากกระทรวงเอารายชื่อมาเช็คดู ปรากฏว่าเค้าไม่ต้องการให้กักตัว เราก็ให้mate คอยสอดส่องดูแลว่ามีอาการยังงัยบ้าง ก็มีเจ้าหน้าที่โทรเข้ามาสอบถามด้วยว่ารายนี้เป็นอย่างไรบ้างสบายดีมัย เราก็ต่อสายให้พูดกับแขกโดยตรง”

ด้านผู้บริหาร พบว่าผู้บริหารเห็นความสำคัญ มีส่วนในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเป็นอย่างมาก และเอาใจใส่ดูแลพนักงานเป็นอย่างดี หากพนักงานคนใดที่มีอาการป่วยหรือไม่สบายสามารถหยุดพักได้และไม่โดนหักเงิน

“ผู้บริหารให้ความสำคัญมากๆ ถึงขนาดสั่งให้หนึ่งไปดูว่าเครื่องที่ติดไว้ที่สนามบินที่คนเดินผ่านให้เอามาตั้งที่โรงแรมเพื่อตรวจ แล้วก็มียางรายที่ต้องเดินทางไปจีน (เป็นโบนัสที่ให้พนักงานได้หยุดลาเพื่อไปพักผ่อน) ซึ่งเป็นพนักงานที่ต้องถูกกักตัวก็สอบถามกับทางอาจารย์ก็พบว่าสามารถเดินทางไปได้ และให้รายงานตัวทุกวันว่าสบายดีมัย พอหลังกลับจากทริปนั้นแล้ว ผู้บริหารสั่งให้ 30 คนที่เดินทางไปเที่ยวหยุดหมดเลย เพื่อป้องกันตนเอง”

ส่วนด้านการประชาสัมพันธ์มีการติดป้ายโปสเตอร์ให้แก่ผู้ที่มาเข้าพักอาศัยและเจ้าหน้าที่ในโรงแรมได้รับทราบ

“ติดป้ายโปสเตอร์ (ที่ทางอาจารย์และศูนย์บริการวัดธาตุของเอามาแจก) ไว้ตรงเคาน์เตอร์ฟอนท์และตรง time keeper (ห้องเครื่องสแกนเวลา) แต่ไม่ได้ประชาสัมพันธ์ให้คนรอบๆ โรงแรมทราบเพราะคิดว่าทุกคนเค้าน่าจะติดตามข่าวจากทางทีวีอยู่แล้ว ตอนที่เกิดรายแรกมีทั้งนักข่าว ตำรวจ โทรมาว่าเป็นที่นี้จริงมัยจะแถลงข่าวมัยเยอะมาก แต่ก็ตอบไปว่าผู้ป่วยยังไม่ได้เข้าพักที่นี่ ให้ฟังแถลงข่าวจากกระทรวงสาธารณสุขดีกว่า”

ส่วนความต้องการในการรับการสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขในการดำเนินการโรคเมอร์ส พบว่าต้องการให้มีการอบรมความรู้พนักงานและแจ้งข้อมูลข่าวสารที่เป็นปัจจุบันให้รับทราบ ส่วนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานทางโรงแรมตอบว่า “ไม่มี” โดยให้เหตุผลว่า ได้รับความร่วมมือและการตอบรับจากทุกหน่วยงานเป็นอย่างดี ส่วนข้อเสนอแนะในการดำเนินงานโรคเมอร์ส ต้องการให้ภาครัฐมีการคัดกรองคนเข้าออกสนามบินให้รัดกุมกว่านี้ตั้งรายละเอียด

“ต้องการให้มีการอบรมทางสาธารณสุขมาช่วยอบรมความรู้แก่พนักงานว่าขณะนี้โรคอะไรที่กำลังระบาดอยู่เพื่อให้เกิดการตื่นตัวหรือแจ้งข่าวสารสถานการณ์ว่าโรคอะไรบ้างที่กำลังระบาดอยู่ จากคราวที่แล้วที่



ทางสาธารณสุขได้จัดประชุมที่โรงแรมนารายณ์มีทั้งพยาบาล และเพื่อนร่วมงานจากโรงแรมอื่นๆ มาร่วมด้วยดีมากๆ เลย”

“ไม่มีปัญหาอุปสรรค เพราะเวลาประสานงานไปก็ได้รับการตอบรับที่ดี และมีการสนับสนุนเรื่องเจล หน้ากากอนามัย อยู่ตลอดเวลาเลย”

“เนื่องจากว่าคนเดินทางส่วนใหญ่เป็นชาวต่างชาติ ดังนั้นก็อยากให้ทางตรงสนามบินสุวรรณภูมิ คัดกรองให้ดี ไม่อยากให้หลุดมา ถ้าเป็นไปได้ เพราะเราไม่รู้เลยถ้าทางกระทรวงไม่แจ้งหรือไม่ได้เข้ามาติดต่อเรา”

### โรงแรมบริเวณใกล้เคียง

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้จัดการโรงแรม จำนวน 4 คน พบว่า ทุกคนทราบว่า มีผู้มาพักอาศัยที่โรงแรม ดังกล่าวป่วยเป็นโรคเมอร์ส โดยทราบข่าวทางไลน์กลุ่มของโรงแรม เนื่องจากเป็นโรงแรมที่อยู่ในเครือข่ายเดียวกับโรงแรมที่เกิดโรค มีการประชาสัมพันธ์ให้กับพนักงานโรงแรมรับทราบ โดยแจกแผ่นพับที่จัดทำโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 มีการตั้งเจลล้างมือไว้บริเวณทางเข้าประตูโรงแรม และให้แม่บ้านทำความสะอาดคอยเช็ดประตูทางเข้าบ่อยๆ แผ่นกั้นรับคอยสังเกตลูกค้าที่มาพักหากมีอาการอะไรให้แจ้งทันที เช่น “หลังจากที่ประชุมกลับมาก็แจ้งให้ฝ่ายฟอนท์ทราบ แล้วก็เอาใบฟอร์มที่ทางอาจารย์แจกให้เค้าไว้ ถ้ามีแขกมาพักให้สังเกตอาการเค้าด้วยนะ ถ้าใครไอ หรือไม่สบายให้แจ้งทันที แต่ก็ทำได้ยากนะคะ เพราะลูกค้าเค้าไม่ค่อยสนใจ” ต้องการรับการสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขมากที่สุดคือ ความรู้เรื่องโรค แผ่นพับ และสถานการณ์การระบาดของโรคที่เป็นปัจจุบัน โดยข้อมูลสนับสนุน เช่น

“อ่านจากไลน์กลุ่มของโรงแรมคะ เลย์รู้ว่า มีโรคเมอร์สเกิดขึ้นที่โรงแรมแต่ก็ไม่ได้ตกใจนะคะ ยังไปประชุมที่โรงแรม อยู่เลย ที่มีพี่สาธารณสุขเค้ามาให้ความรู้แล้วก็เอาแผ่นพับ เอาเจล แล้วก็ที่วัดไข้มาให้คะ”

### ร้านขายยา/คลินิก

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าของร้านขายยาทั้ง 5 แห่ง พบว่าทางร้านขายยาทราบข่าวการเกิดโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (โรคเมอร์ส) ในผู้ที่มาพักอาศัยในโรงแรมดังกล่าวทางทีวี หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต และ social media สำหรับประเด็นด้านการดำเนินงานในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคในชุมชนพบว่า ร้านขายยาทุกร้านจะสังเกตอาการและสอบถามอาการของลูกค้าโดยเฉพาะชาวตะวันออกกลาง บางร้านมีการจัดทำทะเบียนบัญชีลูกค้าเก็บไว้ด้วยเพื่อเก็บเป็นฐานข้อมูล นอกจากนี้บางร้านยังมีการประชุมพนักงานของร้านเพื่อแจ้งขั้นตอนในการปฏิบัติตนเพื่อให้ซักประวัติ/ตรวจร่างกายผู้ป่วย โดยเฉพาะลูกค้าที่มีอาการทางเดินหายใจจะทำการวัดไข้และตรวจร่างกายเพิ่มเติมให้และถ้าสงสัยก็จะแนะนำให้ลูกค้าไปพบแพทย์ มีบางร้านที่มีการแจ้งไปยังกองควบคุมโรคติดต่อ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานครให้รับทราบด้วย

การดูแลสุขภาพของพนักงานร้านในช่วงที่เกิดการระบาดได้ให้พนักงานใส่หน้ากากอนามัยและวางเจลล้างมือเอาไว้ให้ใช้ รวมถึงแนะนำให้ยืนห่างจากลูกค้าในกรณีที่เจอลูกค้าที่ไม่สบาย เช่น “ก็เวลาคูยกับลูกค้าก็แนะนำให้เค้าให้ยืนห่างๆ พิงตู้ยา” สำหรับด้านการประชาสัมพันธ์ ทางร้านมีการติดป้ายประชาสัมพันธ์โรคเมอร์สให้ผู้มาใช้บริการได้รับทราบด้วย โดยสิ่งที่ต้องการรับการสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขคือ ความรู้โรคเมอร์ส สื่อประชาสัมพันธ์และสิ่งพิมพ์ต่างๆ ที่เกี่ยวกับโรคเมอร์ส ส่วนข้อเสนอแนะนั้น ทางร้านขายยาต้องการให้มีการคืนข้อมูลให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนได้รับทราบ และต้องการ

ให้มีการจัดประชุมในเขตที่มีความเสี่ยงเพื่อให้รับรู้ข่าวสารที่เท่าเทียมกันทุกระดับ รวมถึงข้อมูลสถานการณ์โรคที่เป็นปัจจุบัน

**มัสยิด/สุเหร่า**

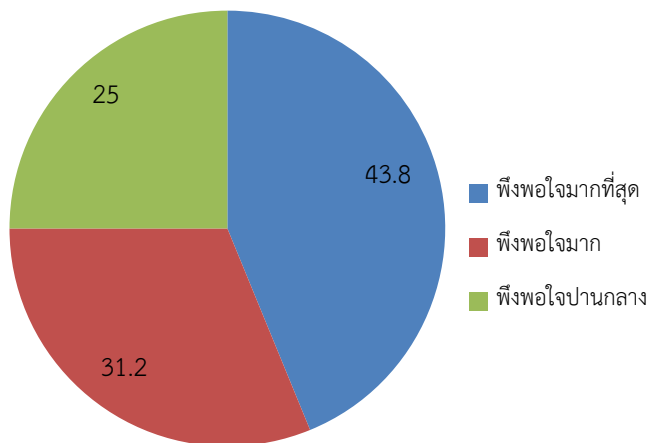
สำหรับผู้ดูแลสุเหร่า/มัสยิด ทั้ง 2 แห่ง พบว่าทราบข่าวการเกิดโรคเมอร์สในผู้ที่มาพักอาศัยในโรงแรมแถบชอยนานาทางทีวี โดยปกติแล้วจะมีการตั้งจุดน้ำยาล้างมือไว้สำหรับผู้ที่มาละหมาด แต่ในช่วงที่เกิดโรคได้เพิ่มหน้ากากอนามัยและเจลล้างมือไว้สำหรับผู้ที่มาละหมาดเพิ่มเติม มีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อให้ผู้มาทำการละหมาดทราบแนวทางเฝ้าระวัง (เน้นผู้เดินทางมาใหม่) โดยแจกสื่อภาษาอาหรับ แผ่นพับโปสเตอร์ Health beware card ต้องการรับการสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขคือ ชุดป้องกันตนเอง (PPE) เอกสารวิชาการ และควรให้ความรู้แก่สมาชิกที่มาละหมาดเพื่อจะได้เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ต่อไปให้ผู้อื่นรับทราบ

**4.3 การติดตามและประเมินผลของการสร้างเครือข่ายภาคเอกชนในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคเมอร์สในชุมชน**

**4.3.1 ด้านความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานโรคเมอร์ส**

พบว่ามี ความพึงพอใจมากที่สุดร้อยละ 43.8 รองลงมาคือพอใจมาก และพอใจปานกลาง ร้อยละ

31.2 และ 25.0 (รูปที่ 7)

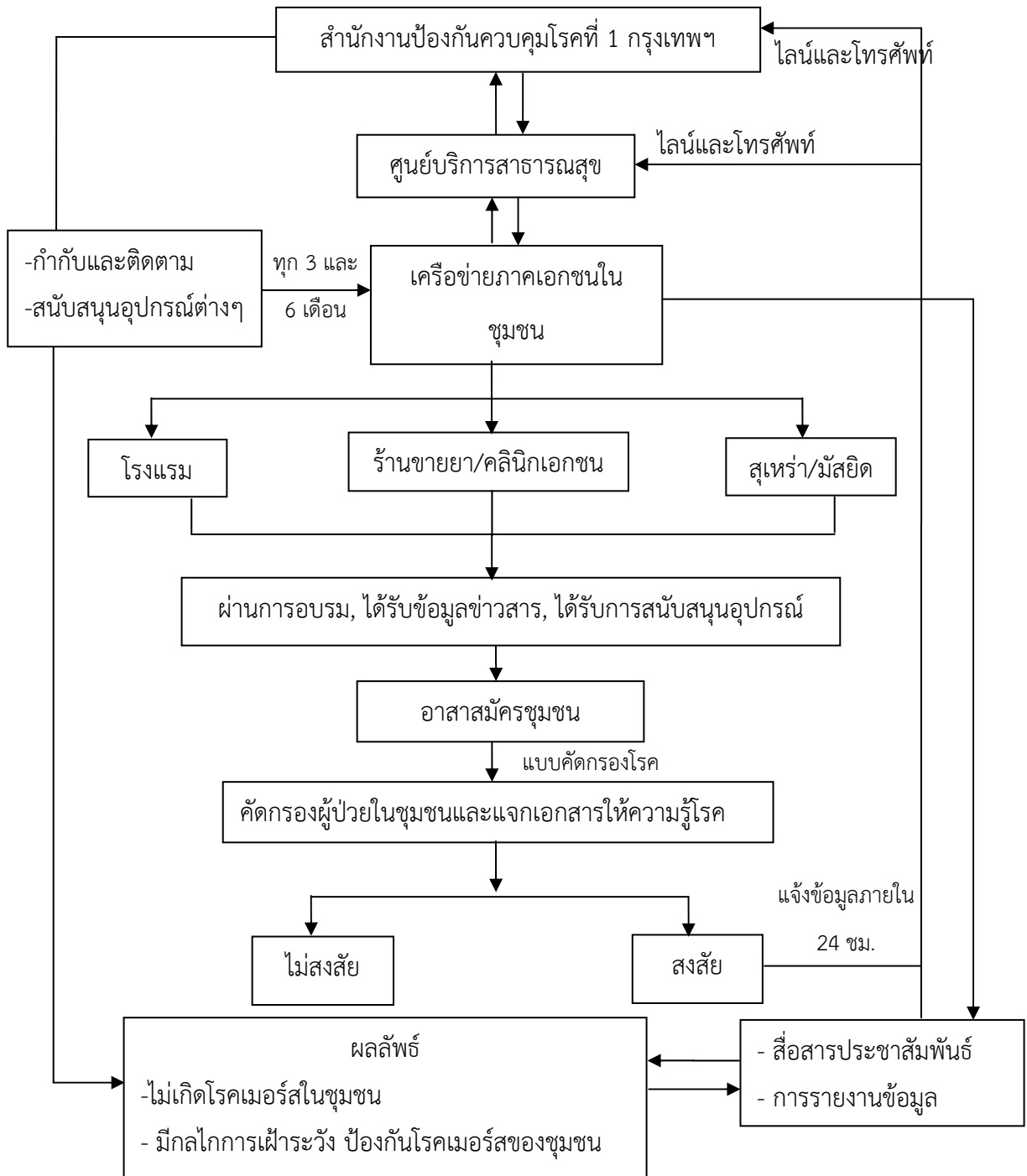


**รูปที่ 7** ร้อยละของเครือข่ายภาคเอกชนมีความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานโรคเมอร์ส

**4.3.2 ด้านโครงสร้างและกลไกการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคเมอร์สของเครือข่ายเอกชนในชุมชน**

จากการติดตามการดำเนินงานของเครือข่ายภาคเอกชนในชุมชน พบว่า สามารถป้องกันควบคุมโรคได้ โดยไม่พบผู้ที่มีอาการสงสัยเข้าเกณฑ์โรคเมอร์สรายใหม่เกิดขึ้นในพื้นที่ จำนวนผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคลดลง และไม่มีการแพร่กระจายสู่ชุมชนใกล้เคียง และได้เครือข่ายในการดำเนินงานภาคเอกชนที่ให้ความร่วมมือในการเฝ้าระวัง ประชาสัมพันธ์ และรายงานข้อมูลหากพบผู้สงสัยเป็นผู้สัมผัส หรือเข้าข่ายสงสัย โดยตัวแทนเครือข่ายภาคเอกชนที่ผ่านการอบรม (อาสาสมัครชุมชน) จะทำหน้าที่คัดกรองผู้สงสัยโดยใช้แบบคัดกรองโรคเมอร์สและแจกเอกสารความรู้เรื่องโรคเมอร์สให้แก่ชาวตะวันออกกลางที่เดินทางเข้ามาใช้บริการ หากพบผู้ป่วย

สงสัยจะแจ้งข่าวผ่านทางโทรศัพท์และไลน์กลุ่ม ภายใน 24 ชั่วโมงโดยมีสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ และศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่เป็นศูนย์กลางในการรับแจ้งข่าว รวมทั้งสนับสนุนอุปกรณ์ในส่วนที่ต้องการ ได้แก่ หน้ากากอนามัย เจลล้างมือ แผ่นพับองค์ความรู้ เป็นต้น และลงพื้นที่ติดตามทุก 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อรับฟังปัญหาอุปสรรคพร้อมทั้งข้อเสนอแนะจากพื้นที่ (รูปที่ 8)



รูปที่ 8 ภาพรวมโครงสร้างและกลไกของเครือข่ายเอกชนในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคเมอร์สในชุมชน

## บทที่ 5 อภิปรายและสรุปผล

### 5.1 วิจารณ์และอภิปรายผล

จากผลการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคเมอร์สของเครือข่ายภาคเอกชนโดยเฉพาะในโรงแรมที่ผู้ป่วยเคยเข้าพัก มีการจัดการระบบโดยแบ่งบทบาทของเจ้าหน้าที่ให้มีความรับผิดชอบที่ชัดเจน โดยเฉพาะในส่วนของเจ้าหน้าที่ต้อนรับลูกค้ามีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งเมื่อเกิดโรคเมอร์ส เนื่องจากเป็นแผนกแรกที่ต้องพบเจอลูกค้าและพูดคุยด้วยมากที่สุด โดยพนักงานต้อนรับจะต้องทักทายและให้การต้อนรับแขก ลงทะเบียนผู้เข้าพักและจ่ายห้อง จ่ายกุญแจ รวมถึงการตอบข้อซักถามต่างๆ อีกทั้งยังต้องคอยประชาสัมพันธ์ให้กับผู้ที่มาเข้าพักรวมถึงเจ้าหน้าที่ของโรงแรมเองได้รับทราบเกี่ยวกับการเกิดโรค นอกจากนี้ยังมีบทบาทสำคัญในการติดต่อประสานงานกับแผนกอื่น ๆ ในโรงแรมเพื่อช่วยเหลือเรื่องต่างๆ เมื่อแขกเรียกร้อง<sup>(33)</sup> การจัดการความเสี่ยงโดยสามารถจัดการในเรื่องของการแยกผู้สัมผัสและการดูแลลูกค้าคนอื่นๆ ได้เป็นอย่างดี ให้ความสำคัญต่อการสังเกตอาการของผู้เข้าพัก ทำให้ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคลดลง โดยสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการได้รับการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร อุปกรณ์ต่างๆ จากหน่วยงานสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เหตุผลอีกประการคือโรงแรมตั้งอยู่ในแถบที่ชาวตะวันออกกลางนิยมเดินทางมาพักและมาใช้บริการค่อนข้างมาก และเป็นโรงแรมที่ผู้ป่วยเดินทางมาพักอาศัยด้วย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องรักษาชื่อเสียงและภาพพจน์ของโรงแรม และรักษาฐานลูกค้าไม่ให้เกิดการสูญเสียรายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรี<sup>(32)</sup> ที่ศึกษาพฤติกรรมและความพึงพอใจของนักท่องเที่ยวชาวตะวันออกกลางในการเลือกใช้บริการในโรงแรมในเขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร ที่พบว่าเหตุผลในการเลือกใช้บริการกับทางโรงแรมของลูกค้า คือ สถานที่ตั้ง ซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็นจุดเด่นของแต่ละโรงแรมเพราะย่านสุขุมวิทเป็นศูนย์กลางของกรุงเทพฯ การคมนาคมสะดวก ใกล้แหล่งช้อปปิ้ง และคุณภาพในความปลอดภัยของทรัพย์สินและร่างกายระหว่างการท่องเที่ยว

สำหรับการดำเนินงานของเครือข่ายเอกชนที่เกี่ยวข้องบริเวณรอบโรงแรมที่ผู้ป่วยเคยเข้าพัก ในส่วนของโรงแรมให้ความสำคัญต่อการสังเกตอาการของผู้เข้าพักในโรงแรมเช่นเดียวกันอาจเพราะเป็นโรงแรมที่อยู่ในเครือข่ายเดียวกันอีกทั้งได้รับการอบรมชี้แจงจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข จึงให้ความสำคัญเป็นพิเศษ สำหรับร้านขายยา/คลินิกมีบทบาทในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเมอร์สโดยช่วยสอดส่องดูแลให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้อีกทางหนึ่งโดยการแนะนำให้ลูกค้าไปพบแพทย์ โดยเฉพาะลูกค้าที่มีอาการทางเดินหายใจหรือสงสัยว่ามีอาการ เนื่องจากร้านขายยาเป็นหน่วยหนึ่งของระบบสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน ไม่เพียงแต่ทำหน้าที่ด้านการกระจายยาเท่านั้น แต่ยังมีบทบาทสำคัญเปรียบเสมือนเป็น "ที่พึ่งด้านสุขภาพของชุมชน" เป็นทางเลือกหนึ่งของประชาชนในการใช้บริการเมื่อมีอาการหรือเจ็บป่วยเบื้องต้น (common illness) นอกเหนือจากการจำหน่ายยา ร้านขายยายังเป็นแหล่งที่สามารถให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเอง ตลอดจนการแนะนำและส่งต่อไปยังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตามความเหมาะสมได้<sup>(34)</sup> ส่วนมัสยิด/สุเหร่าแม้ไม่ได้เป็นสถานที่ที่ดูแลสุขภาพของประชาชน แต่เป็นสถานที่ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา เป็นศูนย์กลางของกิจกรรมต่างๆ เกือบทุกกิจกรรมของชุมชน<sup>(35)</sup> จึงเป็นสถานที่ที่มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อได้สูง การจัดให้ผู้นำศาสนาหรือผู้ดูแลเป็นผู้ให้สุขศึกษาในชุมชนจึงมีความจำเป็น

อย่างยิ่ง เนื่องจากภาษาที่ใช้มักเป็นภาษาอาหรับและผู้มาทำการละหมาดให้ความเชื่อมั่นในผู้นำศาสนา ซึ่งถือเป็นเรื่องที่สำคัญและเป็นอีกช่องทางหนึ่งในการแจ้งข่าวสารเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นในชุมชนได้

จากการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของเครือข่ายภาคเอกชนในชุมชนไม่พบผู้ที่เข้าเกณฑ์สงสัยโรคเมอร์สสายใหม่ในชุมชน เนื่องจากมีอาสาสมัครทั้งในส่วนของโรงแรม ร้านขายยาและผู้นำศาสนา ร่วมป้องกันตนเองและชุมชน และมีการประสานงานร่วมกันอย่างดีผ่านทางโทรศัพท์และไลน์กลุ่ม ส่งผลให้เกิดระบบเฝ้าระวังในชุมชน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบการรายงานเมื่อเกิดโรค จากระบบเดิมคือสถานบริการแจ้งข่าวให้พื้นที่รับทราบเพียงอย่างเดียว แต่เป็นการแจ้งข่าวเพื่อตรวจสอบการระบาดของโรคจากชุมชนโดยเครือข่ายแจ้งกลับมาที่สถานบริการ ผ่านแกนนำที่ผ่านการอบรม ทำให้เครือข่ายที่เกี่ยวข้องดำเนินการควบคุมป้องกันโรคได้อย่างรวดเร็ว และผลจากการติดตามทุก 3 เดือน และ 6 เดือน ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคมายิ่งขึ้น ซึ่งจากการดำเนินงานในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการเกิดโรคไม่ได้มีการแพร่กระจายออกไปสู่ชุมชน บ่งบอกถึงระบบการป้องกันควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ มีความเข้มแข็งและมีการเฝ้าระวังติดตามอย่างใกล้ชิดโดยมีประเด็นสำคัญที่ทำให้สามารถควบคุมโรคได้ดีและทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ นั่นคือ มีการประสานงานที่รวดเร็ว สามารถรายงานความผิดปกติผ่านช่องทางต่างๆ ตลอด 24 ชั่วโมง และการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานทุกภาคส่วน ทำให้สามารถดำเนินการได้ตามแนวทาง อีกทั้งผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุนในการดำเนินงาน

ดังนั้นการสร้างเครือข่ายภาคเอกชนในชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคเมอร์สโดยสร้างอาสาสมัครที่เหมาะสมและมีจิตอาสาในสถานที่เหล่านี้ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคเมอร์สในชุมชน หากมีการพบเจอผู้ป่วย/ผู้เข้าข่ายสงสัยหรือเข้าเกณฑ์ที่ต้องสอบสวนโรค เครือข่ายเหล่านี้จะทำหน้าที่ในการแจ้งข่าวให้แก่หน่วยงานสาธารณสุขได้รับทราบ ส่งผลให้มีการทราบข้อมูลสถานการณ์การเกิดโรคในชุมชนและการสอบสวนโรคได้รวดเร็วยิ่งขึ้น แม้การระบาดของโรคเมอร์สจะไม่หนักแล้วหรือรุนแรงเท่ากับโรคซาร์ส หรืออีโบล่า คือมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ในระดับที่ค่อนข้างน้อย เมื่อเทียบกับอีโบล่าซึ่งอยู่ระหว่างร้อยละ 50-90 แต่มีความรุนแรงมากกว่าโรคซาร์สซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 9-10<sup>(36)</sup> แต่อย่างน้อยโรคเมอร์สก็เป็นเหมือนสัญญาณเตือนภัยขั้นต้นที่ทำให้แทบทุกประเทศทั่วโลกตระหนักมากขึ้นว่าการเตรียมตัวเตรียมพร้อมเพื่อป้องกันรับมือกับโรคระบาดมีความจำเป็นและสำคัญมากเพียงใด การสร้างเครือข่ายเอกชนโดยการจัดตั้งอาสาสมัครในชุมชนจึงถือเป็นความจำเป็นที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพราะอาสาสมัครเหล่านี้มีความเข้าใจในวัฒนธรรม ภาษาและศาสนาของชาวตะวันออกกลาง สามารถเข้าถึง ติดต่อสื่อสาร และสร้างความเข้าใจได้ดีกว่าเจ้าหน้าที่ทางราชการ ประกอบกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีอยู่มีจำนวนไม่เพียงพอต่อการให้บริการ จึงควรส่งเสริมและขยายการสร้างอาสาสมัครเหล่านี้ให้มีการทำงานอย่างต่อเนื่องและเพิ่มเติมมากขึ้นเพื่อเป็นเครือข่ายในชุมชนให้กับหน่วยงานด้านสาธารณสุขต่อไป ทั้งในการประชาสัมพันธ์ให้แก่ลูกค้าหรือผู้ที่เข้ามาใช้บริการ ผู้ที่มาละหมาด ได้รับทราบเกี่ยวกับการเกิดโรค สามารถให้คำแนะนำในการป้องกันตนเองจากโรคเมอร์สได้ แต่ยังมีปัจจัยที่ต้องพิจารณาและควรได้รับการพัฒนานั้นคือ ความต้องการด้านองค์ความรู้ของเครือข่ายที่จำเป็นต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และควรมีการขยายการสร้างอาสาสมัครในสถานประกอบการที่เป็นแหล่งชุมชนให้ครอบคลุมมากขึ้น

## 5.2 สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า เครือข่ายเอกชนให้ความสำคัญในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคเมอร์สเป็นอย่างดี มีความตื่นตัวและมีความพร้อมที่จะดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุข ดังนั้นการดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเมอร์สร่วมกับเครือข่ายภาคเอกชนในชุมชนมีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งต่อการรับมือกับการระบาดของโรคเมอร์ส ดังนั้นจึงควรส่งเสริมและขยายการสร้างเครือข่ายภาคเอกชนในพื้นที่เสี่ยง เพื่อทำหน้าที่เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเมอร์สใน และนำรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคเมอร์สมาขยายผลต่อให้กับเครือข่ายเอกชนแห่งอื่นๆ ที่มีผู้เดินทางจากประเทศแถบตะวันออกกลาง ให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศไทยเหล่านี้ให้มีการทำงานอย่างต่อเนื่องและเพิ่มเติมมากขึ้นเพื่อเป็นเครือข่ายในชุมชนให้กับหน่วยงานด้านสาธารณสุขต่อไป

## 5.3 ปัญหาอุปสรรค

- 1) แยกที่มาพักไม่ได้อยู่ในโรงแรมตลอดเวลาบางครั้งจึงไม่ทราบว่าแขกคนไหนป่วย ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถติดตามหรือทราบว่าผู้เข้าพักคนใดที่อาจมีอาการต้องสงสัยทั้งหมดได้
- 2) ผู้สัมผัสที่เป็นพนักงานโรงแรมไม่ต้องการถูกกักตัวเป็นเวลานานเพราะคิดว่าตนเองไม่ได้เจ็บป่วย
- 3) อุปสรรคเรื่องภาษาเนื่องจากเจ้าหน้าที่ที่ลงไปไม่เชี่ยวชาญด้านภาษาอาหรับ จึงจำเป็นต้องหาล่ามช่วยแปลภาษา
- 4) ข้อจำกัดด้านเวลาในการกรอกแบบข้อมูลในแบบฟอร์มคัดกรองเนื่องจากลูกค้า/ผู้เข้าพักที่มาใช้บริการไม่ได้มีอาการเจ็บป่วยและไม่ให้ความสำคัญในการให้ข้อมูล
- 5) ในการลงพื้นที่เพื่อติดตามผู้สัมผัสหรือสถานประกอบการได้มีประสานงานล่วงหน้าไปแล้ว แต่เมื่อไปถึงที่พักในวันจริงบางครั้งไม่พบผู้สัมผัสหรือไม่สามารถติดต่อได้
- 6) การสื่อสารเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ที่มาละหมาดในสุเหร่า/มัสยิด โดยเฉพาะการตอบแบบสอบถามค่อนข้างลำบากเนื่องจากเป็นสถานที่สำหรับทำพิธีทางศาสนาและผู้ที่มาจะเดินทางกลับเลยทำให้บางครั้งไม่สามารถสอบถามข้อมูลได้เท่าที่ควร
- 7) ปัญหาการลงข้อมูลในแบบฟอร์ม เนื่องจากผู้มารับบริการหรือผู้ที่มาละหมาดไม่ได้มีอาการป่วยส่วนใหญ่จึงปฏิเสธในการให้ข้อมูล ดังนั้นอาสาสมัครจึงใช้วิธีการสังเกตเป็นส่วนใหญ่

## 5.4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สำคัญ

- 1) นำรูปแบบการพัฒนาป้องกันโรคเมอร์ส เผยแพร่ไปยังสถานที่ที่ผู้เดินทางมาจากแถบตะวันออกกลางนิยมไป เพื่อให้ได้รับทราบและเข้าถึงข้อมูลผ่านทางช่องทางต่างๆมากยิ่งขึ้น เช่น Social media, โทรทัศน์ ใบบลิ้ว ป้ายประกาศต่างๆ เป็นต้น
- 2) หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรมีการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเมอร์สให้โรงแรมที่ชาวตะวันออกกลางเข้าพักอาศัยได้มีความรู้เบื้องต้นในการสังเกตอาการของโรคและป้องกันตนเองอย่างต่อเนื่อง
- 3) ศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ควรมีการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลสุเหร่าหรือมัสยิดอย่างต่อเนื่อง

4) ผลักดันและสนับสนุนการจัดตั้งระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคในโรงแรม โดยเฉพาะโรงแรมในแถบที่มีชาวตะวันออกกลางมาพักอาศัย เพื่อการคัดกรองและดูแลสุขภาพของกลุ่มนักท่องเที่ยวชาวตะวันออกกลางและติดตามผลกระทบที่มีต่อสุขภาพของคนไทย โดยร่วมมือกับสมาคมผู้ประกอบการโรงแรมแห่งประเทศไทย

5) ขยายการจัดตั้งทีมอาสาสมัครที่มีความเข้าใจในวัฒนธรรม ภาษาของชาวตะวันออกกลาง เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้สื่อสารข้อมูลฯ และสร้างความเข้าใจให้แก่ผู้เดินทางมาจากประเทศแถบตะวันออกกลาง

6) นำรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเมอร์สขยายสู่ชุมชนอื่นๆ และเผยแพร่แก่สถานที่ที่ผู้เดินทางมาจากแถบตะวันออกกลางได้รับทราบผ่านทางช่องทางต่างๆ ให้มากขึ้นเช่น Social media, สื่อสิ่งพิมพ์ โทรทัศน์ เป็นต้น

7) แบบฟอร์มที่ใช้ในการคัดกรองโรคควรมีการออกแบบให้เหมาะสมในแต่ละบริบทของสถานประกอบการเพื่อให้สะดวกแก่การเก็บรวบรวมข้อมูล

8) หน่วยงานสาธารณสุขควรสนับสนุนงบประมาณการดำเนินโครงการเพิ่มเติมเพื่อให้การดำเนินงานของเครือข่ายมีความเข้มแข็งและยั่งยืน และทำให้ชุมชนสามารถดูแลตนเองได้

ภาคผนวก



## แบบสอบถามเชิงลึกการดำเนินงานโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV.) (สำหรับโรงแรม)

\*\*\*\*\*

ผู้ให้สัมภาษณ์ชื่อ.....สถานที่..... อายุ.....ปี ตำแหน่ง/หน้าที่.....

### 1. การดำเนินงานเมื่อเกิดโรค

1. ช่วยเล่าเหตุการณ์ตอนที่พบผู้ป่วยรายแรก ทำอย่างไรบ้าง ทราบหรือไม่ว่าผู้ป่วยเป็นโรคเมอร์ส (แจ้งหน่วยงานใดบ้างหรือไม่ อย่างไร)
2. บทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ในโรงแรมเมื่อเกิดโรค และการป้องกันตนเองของเจ้าหน้าที่และผู้ที่มาพักอาศัยที่โรงแรมอย่างไร
3. มีการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใดบ้าง
4. หากต้องพบผู้ป่วยอีกครั้ง ทางโรงแรมมีแนวทางการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องหรือไม่ อย่างไร
5. ผู้บริหารให้ความสำคัญและการสนับสนุนในการดำเนินงานเมื่อเกิดโรคอย่างไร
6. ปัจจัยความสำเร็จที่ทำให้สามารถควบคุมโรคได้

### 2. ด้านการประชาสัมพันธ์

1. มีการแจ้งข่าวให้แก่ผู้ที่มาเข้าพักอาศัยและเจ้าหน้าที่ในโรงแรมอย่างไรบ้าง (เสียงตามสาย ติดป้ายประกาศ บอร์ดประชาสัมพันธ์)
2. มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรอบๆ โรงแรมได้รับทราบหรือไม่ อย่างไร

### 3. ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ และความต้องการในการรับการสนับสนุนจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข

1. ความต้องการในการรับการสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขในการดำเนินการโรคเมอร์ส
2. ปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงานที่ผ่านมา
3. ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานโรคเมอร์ส

แบบสอบถามการดำเนินงานโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV.) (สำหรับพนักงานโรงแรม)

\*\*\*\*\*

คำชี้แจง: กรุณาใส่ ✓ และกรอกข้อมูลลงในช่องว่างดังข้างล่าง

เพศ.....อายุ.....ปี ระยะเวลาที่ทำงานในโรงแรม.....ปี

ตำแหน่ง.....

1. การดำเนินงานเมื่อเกิดโรค

1) ท่านทราบหรือไม่ว่าเคยเกิดโรคเมอร์ส ในแขกที่มาพักอาศัยในโรงแรม

( ) ทราบ ( ) ไม่ทราบ

2) บทบาทของท่านในโรงแรมเมื่อเกิดโรคเมอร์ส (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) ทำความสะอาดโรงแรม

( ) ดูแลต้อนรับลูกค้า

( ) เคลื่อนย้ายผู้สัมผัส

( ) ประสานกับหน่วยงานต่างๆ ในโรงแรมและประสานกับหน่วยงานภายนอกโรงแรม

( ) อื่นๆ ระบุ.....

3) โรงแรมของท่านมีการดูแลสุขภาพในการป้องกันตนเองของเจ้าหน้าที่และผู้ที่มาพักอาศัยที่โรงแรมหรือไม่

( ) ไม่มี

( ) มี โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) แจกหน้ากากอนามัย

( ) แจกเจลล้างมือ

( ) อื่นๆ.....

4) มีการเฝ้าระวังโรคในผู้ที่มาพักอาศัยในโรงแรมหรือไม่ อย่างไร

( ) มี โปรดระบุ.....

( ) ไม่มี

2. ด้านการประชาสัมพันธ์

1) ทางโรงแรมมีการแจ้งข่าวให้แก่ผู้ที่มาเข้าพักอาศัยและพนักงานโรงแรมทราบเกี่ยวกับโรคเมอร์ส หรือไม่

( ) ไม่มี

( ) ไม่ทราบ

( ) มี ระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) เสียงตามสาย

( ) ติดป้ายประกาศ

( ) บอร์ดประชาสัมพันธ์

( ) อื่นๆ.....

- 2) โรงแรมมีการให้องค์ความรู้เรื่องโรคเมอร์สแก่พนักงานหรือไม่
- ( ) มี ระบุ.....ครั้งต่อปี
  - ( ) ไม่มี
  - ( ) ไม่ทราบ
- 3) มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรอบๆ โรงแรมได้รับทราบหรือไม่
- ( ) มี อย่างไร โปรดระบุ.....
  - ( ) ไม่มี
  - ( ) ไม่ทราบ
3. ความต้องการในการรับการสนับสนุนจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ
- 1) มีปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังและควบคุมโรคเมอร์สหรือไม่
- ( ) มี โปรดระบุ.....
  - ( ) ไม่มี
- 2) ความต้องการในการรับการสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขในการดำเนินการโรคเมอร์ส
- .....
- .....
- 3) ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานโรคเมอร์สแก่หน่วยงานด้านสาธารณสุข
- .....
- .....
- 4) ความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานโรคเมอร์ส
- ( ) พึงพอใจมากที่สุด
  - ( ) พึงพอใจมาก
  - ( ) พึงพอใจปานกลาง
  - ( ) พึงพอใจน้อย
  - ( ) พึงพอใจน้อยที่สุด

แบบสัมภาษณ์เชิงลึกการดำเนินงานโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV.)  
(สำหรับร้านขายยา/คลินิก)

\*\*\*\*\*

ผู้ให้สัมภาษณ์ชื่อ.....สถานที่..... อายุ.....ปี ตำแหน่ง/หน้าที่.....

1. ท่านทราบข่าวเรื่องโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS) ไหม?
  1. ไม่ทราบ
  2. ทราบ ทางช่องทางใด โปรดระบุ.....
2. ร้านของท่านมีวิธีการปฏิบัติ/ดูแลลูกค้าเมื่อเข้ามาซื้อยาอย่างไร?  
.....  
.....
3. ทางร้านมีการดูแลพนักงานอย่างไรเพื่อป้องกันไม่ให้ป่วยเป็นโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง?  
.....  
.....
4. ท่านเคยได้รับความรู้เรื่องโรค MERS จากสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง/ศบส.หรือไม่
  1. ไม่เคย
  2. เคย ระบุเรื่อง.....
5. ท่านสามารถช่วยในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคนี้ได้อย่างไร?  
.....  
.....
6. ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงาน?  
.....  
.....
7. ท่านต้องการให้สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองสนับสนุนในเรื่องใด?  
.....  
.....
8. ข้อเสนอแนะเพื่อการดำเนินงานร่วมกันในชุมชน?  
.....
9. ความคาดหวังของท่านต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง?  
.....
10. ความพึงพอใจต่อหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง/ สปคม.
  1. มากที่สุด
  2. มาก
  3. ปานกลาง
  4. น้อย
  5. น้อยที่สุด

Health Check Information

Date (วันที่)...../...../ 2016

(แบบฟอร์มการตรวจเช็คสุขภาพ)

\*\*\*\*\*

For Guest/Customer (สำหรับผู้เข้าพักที่โรงแรม/ลูกค้า/ผู้มาใช้บริการ)

1. Age (อายุ).....ปี (Years) Gender (เพศ)  Male  Female Nationality (สัญชาติ).....
2. Travel from (เดินทางจากประเทศ) .....
3. Hotel or address in Thailand (โรงแรมหรือที่พักในประเทศไทย).....
4. Please mark  if you have had any of the following symptoms (กรุณาใส่  หน้าข้อความด้านล่าง)

No.	Question	Answer
1.	Do you have fever (High body temperature)?	( ) Yes Temp.....°C ( ) No
2.	Do you have cough?	( ) Yes ( ) No
3.	Do you have sore throat ?	( ) Yes ( ) No
4.	Do you have runny nose?	( ) Yes ( ) No
5.	Do you have a difficult breathing (dyspnea)?	( ) Yes ( ) No
6.	Other health problem.....	
7.	Do you smoking?	( ) Yes, .....per day ( ) No
8.	Do you drink alcohol?	( ) Yes ( ) No
9.	Do you get knowledge of Mers-CoV.?	( ) Yes ( ) No
10.	Did you travel to Middle East area within last month?	( ) Yes ( ) No

Thank you for your cooperation

ขอบคุณในความร่วมมือมา ณ ที่นี้



## เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention. Middle East Respiratory Syndrome (MERS): About MERS. [Internet]. 2016 [cited 2016 Sep 30]; Available from: <http://www.cdc.gov/coronavirus/mers/about/index.html>.
2. World Health Organization. Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) – Saudi Arabia. Disease outbreak news 4 January 2016. [Internet]. 2016 [cited 2016 June 19 ]; Available from: <http://www.who.int/csr/don/4-january-2016-mers-saudi-arabia/en/>.
3. สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค.โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางหรือโรคเมอร์ส. [อินเทอร์เน็ต]. 2014 [สืบค้นเมื่อวันที่ 19 มิถุนายน 2559]; แหล่งข้อมูล: [http://beid.ddc.moph.go.th/beid\\_2014/sites/default/files/upload/files/mers\\_original190658.13.00.pdf](http://beid.ddc.moph.go.th/beid_2014/sites/default/files/upload/files/mers_original190658.13.00.pdf).
4. กรมการท่องเที่ยว. สถิตินักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่เดินทางเข้าประเทศไทย ปี 2558. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 3 กันยายน 2559]. แหล่งข้อมูล: <http://www.tourism.go.th/home/details/11/221/24710>.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Information about Middle East Respiratory Syndrome (MERS). [Internet]. 2016 [cited 2016 Sep 30]. Available from: [http://www.cdc.gov/coronavirus/mers/downloads/factsheet-mers\\_en.pdf](http://www.cdc.gov/coronavirus/mers/downloads/factsheet-mers_en.pdf).
6. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. รู้จักโรค MERS - CoV โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 19 มิถุนายน 2559]. แหล่งข้อมูล: <http://med.mahidol.ac.th/qsmc/th/news/announcement/07222015-1203-th>.
7. สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค. องค์ความรู้เรื่องโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ 2012 (Middle East Respiratory Syndrome: MERS) หรือโรคเมอร์ส กรมควบคุมโรค. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 12 สิงหาคม 2559]. แหล่งข้อมูล: [http://beid.ddc.moph.go.th/media/index.php?downloadfac=BEID\\_Media\\_7823.pdf](http://beid.ddc.moph.go.th/media/index.php?downloadfac=BEID_Media_7823.pdf)
8. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. ความพร้อมของห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ต่อการระบาดของโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS). 2558 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 19 มิถุนายน 2559]. DMSc. MERS 002/2558 (แก้ไขครั้งที่ 3 วันที่ 4 กรกฎาคม 2558): 1-4. แหล่งข้อมูล: <http://nih.dmsc.moph.go.th/mers/file/factsheet.pdf>
9. สำนักระบาดวิทยา. แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (Middle East Respiratory Syndrome: MERS) ในประเทศไทย (ฉบับตุลาคม 2558). [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 19 มิถุนายน 2559]. แหล่งข้อมูล: <http://www.boe.moph.go.th/getFile.php?fid=399>.

10. วิทยา ด่านธารงกุล. การบริหาร. กรุงเทพฯ : ธีรด์เวฟ เอ็ดดูเคชั่น จำกัด. 2546. หน้า 27
11. ธงชัย สันติวงษ์. การบริหารงานบุคคล. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช. 2537. หน้า 22
12. รุ่ง แก้วแดง และชัยณรงค์ สุวรรณสาร. (2536). แนวคิดเกี่ยวกับประสิทธิผลและประสิทธิภาพองค์การ. ในประมวลสารชุดวิชาทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการบริหารการศึกษา. หน่วยที่ 9 – 12. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมิกราช. หน้า 169
13. เปรมสุริย์ เชื้อมทอง. จิตลักษณะของผู้บริหารและสภาวะของกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลของโรงเรียน. [ปริญญาานิพนธ์ปริญญาการศึกษาดุขฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. 2536.
14. Yuchman, E. and Seashor;S.E. “A System Resource Approach to Organizational Effectiveness”. Adminstative Science Quarterly. Reprinted in Gobson, et.al,op.cit. 32; 1967; p. 154.
15. Hoy, W.K. & Miskel, C.G. Educational administrations : theory research and Practice. (4th ed.) New York : McGraw, Hill Book Company. 1991.
16. Gibson, J.H., John, M.I. & James H.D. Orgionizations : Behavior structure and Processes. (4th ed.), Austin, TX : Business Publications. 1982.
17. วิชัย แสงศรี. การศึกษาวิเคราะห์และพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการเครือข่ายสถานศึกษาในเขตพื้นที่ชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุขฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
18. วีระศักดิ์ เครือเทพ. เครือข่าย: นวัตกรรมการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย. 2550.
19. กองส่งเสริมและพัฒนาเครือข่าย. รายงานการวิจัยสถานการณ์เครือข่ายด้านเด็ก เยาวชนผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2547.
20. เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. การจัดการเครือข่าย: กลยุทธ์สำคัญสู่ความสำเร็จของการปฏิรูปการศึกษา. กรุงเทพฯ: ซีคเซส มีเดีย. 2543.
21. พระมหาสุทิตย์ อาภากรโร(อบอู่่น)เขียน/เรียบเรียง และปาริชาติ วลัยเสถียร บรรณาธิการ. เครือข่าย : ธรรมชาติ ความรู้ และการจัดการ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา. 2547; หน้า 48-53.
22. ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ. กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา. กรุงเทพฯ: โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข (สรส.). 2552.
23. นฤมล นิราทร. การสร้างเครือข่ายการทำงาน : คู่มือ (เอกสารอัดสำเนา). 2542; หน้า 3-14.
24. บทสรุปเชิงนโยบาย. ตลาดนักท่องเที่ยวชาวตะวันออกกลาง: แนวโน้ม อุปสงค์ และนัยยะต่อนโยบายการท่องเที่ยวไทย. TRF Policy Brief. [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [สืบค้นเมื่อวันที่ 2559 กันยายน 3]. ปีที่ 3(14). แหล่งข้อมูล: <http://prp.trf.or.th/trf-policy-brief/>.



25. ไพฑูรย์ ไกรพรศักดิ์. การศึกษาสถานการณ์การท่องเที่ยวสำหรับกลุ่มนักท่องเที่ยวจากกลุ่มประเทศตะวันออกกลางในประเทศไทย. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.). [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 3 กันยายน 2559]. แหล่งข้อมูล: <http://prp.trf.or.th/trf-policy-brief/>.
26. บริษัทศูนย์วิจัยกสิกรไทย จำกัด. วิจัยกสิกรคาดปี 59 ชาวตะวันออกกลางมาเที่ยวไทยเพิ่มขึ้น. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 3 กันยายน 2559]; แหล่งข้อมูล: <https://www.thunhoon.com/>.
27. Middle East (ตะวันออกกลาง). [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 3 กันยายน 2559]; แหล่งข้อมูล: <http://portfoliopanitapothi.blogspot.com/2013/09/middle-east.html>.
28. ศราวุฒิ อารีย์. เรียนรู้วัฒนธรรมตะวันออกกลาง: เข้าใจวิถีอาหรับ. สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ประชาคมวิจัย. 2558 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 2559 กันยายน 3]; ฉบับที่ 122: 2. แหล่งข้อมูล: [http://www.trf.or.th/index.php?option=com\\_content&view=article&id=8345:2015-11-23-10-12-45&catid=22:research-digest&Itemid=217](http://www.trf.or.th/index.php?option=com_content&view=article&id=8345:2015-11-23-10-12-45&catid=22:research-digest&Itemid=217).
29. กระทรวงการต่างประเทศ. นานาสาระเกี่ยวกับการประชุมกรอบความร่วมมือเอเชีย-ตะวันออกกลาง. [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [สืบค้นเมื่อวันที่ 3 กันยายน 2559]; แหล่งข้อมูล: [http://sameaf.mfa.go.th/th/amed/detail.php?ID=1653&SECTION=AMED#PART3\\_1](http://sameaf.mfa.go.th/th/amed/detail.php?ID=1653&SECTION=AMED#PART3_1).
30. สกฤวิชัย พูนนวล. การสร้างเครือข่ายการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน : กรณีศึกษาตำบลบางโกระ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี; 2550.
31. ดาลีชะห์ ดะยี่, นกสนันท์ วินิจวรกิจกุล, ปรมะษฐ์ บุญนาศิริกิจ. พฤติกรรมการใช้บริการการท่องเที่ยวของนักท่องเที่ยวชาวตะวันออกกลางในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการการท่องเที่ยวไทยนานาชาติ. [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [สืบค้นเมื่อ 2559 กันยายน 3]; 10(2): 1-13. แหล่งข้อมูล: [http://re.kbu.ac.th/pdf\\_read.php?type=full&p\\_id=14E1F731-A371-4022-A305-2C82E9C09CE3](http://re.kbu.ac.th/pdf_read.php?type=full&p_id=14E1F731-A371-4022-A305-2C82E9C09CE3).
32. พัชรี เพชรพิรุณ. การศึกษาพฤติกรรมและความพึงพอใจของนักท่องเที่ยวชาวตะวันออกกลางในการเลือกใช้บริการในโรงแรมในเขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร. Stamford Journal 2012 June – December; 4(2); 66-69.
33. โครงสร้างงานโรงแรม :Hotel Organization Chart.[อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2560]; แหล่งข้อมูล: <http://hotelorganizationchart.blogspot.com/2012/01/hotel-organization-chart.html>.
34. สำนักงานรับรองคุณภาพร้านยา. มาตรฐานร้านยา (Standard of Drugstores). [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2560]; แหล่งข้อมูล: <http://www.pharmacycouncil.org/index.php?option=content&menuid=39>.
35. อับดุลเลาะ หนุ่มสุข. บทบาทของมัสยิดในการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2560]; แหล่งข้อมูล: <http://www.islammore.com/view/377>.

36. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. Ebola Haemorrhagic Fever. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 3 กันยายน 2559]. แหล่งข้อมูล: <http://www.boe.moph.go.th/fact/Ebola.htm>.