

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## Original article

## การพัฒนาสถานีรักษาสุภาพ จังหวัดบุรีรัมย์

นิตยา ชุตไธสง วทม. (วิทยาการระบาด)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

ติดต่อผู้เขียน: นิตยา ชุตไธสง E-mail: ncd.br2023@gmail.com

วันรับ: 26 พ.ค. 2567

วันแก้ไข: 7 ธ.ค. 2568

วันตอบรับ: 17 ธ.ค. 2568

## บทคัดย่อ

ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีผลกระทบต่อระบบบริการโรคไม่ติดต่อ ที่เผชิญกับข้อจำกัด ด้านการลดการให้บริการในโรงพยาบาล นโยบายเว้นระยะห่างเพื่อป้องกันการแพร่ระบาด ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ (NCDs) มีจำนวนมาก ระบบบริการจำเป็นต้องปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาพัฒนารูปแบบบริการสถานีรักษาสุภาพ จังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการ 3 ระยะ (1) ศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหาและประเมินความต้องการ (2) ออกแบบและพัฒนาสถานีรักษาสุภาพในชุมชน โดยใช้หลักการ Ottawa Charter (3) ประเมินผลการใช้สถานีรักษาสุภาพ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ ภาควิชาศัลยกรรม จำนวน 107 คน และผู้ใช้บริการสถานีรักษาสุภาพ จำนวน 35,452 คน ในช่วงวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2562 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์ เพื่อเก็บข้อมูลความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการสถานีรักษาสุภาพ แบบบันทึกการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมและแผนแก้ไข ปัญหาตามกระบวนการ Appreciation-Influence-Control (AIC) ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการศึกษา ระยะที่ 1 พบว่า ระบบบริการส่งเสริมสุขภาพในประชาชน ยังต้องพึ่งพาบุคลากรสาธารณสุข ประชาชนขาดเครื่องมือและทักษะในการจัดการตนเองเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ระยะที่ 2 การวางแผนและพัฒนาตาม ได้ดำเนินการ ดังนี้ (1) สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยโดยทุกภาคส่วนรับรู้ปัญหาร่วมคิดและกำหนดแนวทางและมาตรฐานสถานีรักษาสุภาพ บทบาทหน้าที่ แหล่งทุน การจัดบริการ และบริหารจัดการ (2) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ทุกชุมชนมีการจัดตั้งสถานีรักษาสุภาพตามมาตรฐานและแนวทางที่กำหนด (3) เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็งโดยการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาาร่วมกันอย่างต่อเนื่อง (4) พัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้มีทักษะในการดูแลสุขภาพ และผู้ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพในชุมชน (health coach) และ (5) ปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพโดยเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง จัดบริการเชื่อมโยงกับสถานีรักษาสุภาพ และเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ ระยะที่ 3 ผลการใช้สถานีรักษาสุภาพ พบว่า จังหวัดบุรีรัมย์ มีสถานีรักษาสุภาพ จำนวน 2,596 แห่ง ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ร้อยละ 75.07 ด้านผลลัพธ์ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2565 ประชาชนได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 90 กลุ่มเสี่ยงป่วยได้รับการติดตามเพื่อวินิจัย ร้อยละ 90.87 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตควบคุมโรคได้ดี ร้อยละ 61.28 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา ลดการรอคอยในโรงพยาบาลการพัฒนาสถานีรักษาสุภาพ จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นการวางรากฐานระบบบริการขั้นพื้นฐานด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยมุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้

คำสำคัญ: สถานีสุขภาพ; โรคไม่ติดต่อ; หลักการ Ottawa Charter

## บทนำ

กลุ่มโรค NCDs (non-communicable diseases หรือ โรคไม่ติดต่อ) นอกจากจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนแล้วยังก่อผลกระทบทางเศรษฐกิจทั้งในแง่ของภาระค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาล และผลิตภาพของประชากรที่สูญเสียไป ต้นทุนของกลุ่มโรค NCDs ต่อสังคมโลกจะมีมูลค่าถึง 46.7 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือคิดเป็นประมาณ 1,401 ล้านล้านบาท หนึ่งในสี่ของประชากรโลกเสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs ก่อนวัย 60 ปี ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการสูญเสียผลิตภาพของสังคมโดยรวมยังไม่รวมถึงความสูญเสียทางสังคมจากการขาดงานและปฏิบัติงานได้ไม่เต็มที่จากผู้ป่วย NCDs และผู้ดูแล สำหรับประเทศไทยใน พ.ศ. 2552 มีการประเมินความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากโรค NCDs มูลค่าทั้งสิ้น 198,512 ล้านบาท หรือคิดเป็นมูลค่าถึง 3,128 บาทต่อหัวประชากร ซึ่งต้นทุนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74) เป็นต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงานจากการขาดงานของผู้ป่วย และต้นทุนจากการสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงานจากการขาดงานของผู้ดูแล<sup>(1)</sup> เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยปี 2557 เท่ากับ 14.9 ล้านปีคำนวณเป็นความสูญเสียเท่ากับ 2.4 ล้านล้านบาท สาเหตุหลักจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และอุบัติเหตุ

กลุ่มคนวัยทำงานป่วยเป็นโรค NCDs เพิ่มมากขึ้น และพบในคนอายุน้อยลงมากขึ้น สัดส่วนการตายก่อนวัยอันควรจากโรคติดต่อเรื้อรังสูงเกินร้อยละ 50<sup>(2)</sup> ข้อมูลรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พบความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 43.1 ของผู้ที่ เป็นเบาหวาน ไม่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวานมาก่อน ส่วนผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นเบาหวาน มีร้อยละ 2.7 ที่ไม่ได้รับการรักษา เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 พบความชุกของเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2557 สูงกว่าความชุกในปี พ.ศ. 2552 (ร้อยละ 6.9) ความชุกของโรคความ-

ดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 24.7 พบผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน ร้อยละ 6.1 เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในปี 2557 สูงกว่าปี 2552 (ร้อยละ 22.2) แต่การเข้าถึงระบบบริการดีขึ้น<sup>(3)</sup>

การส่งเสริมให้ประชาชนสามารถมีทักษะในการเข้าถึงเข้าใจ และประมวลข้อมูลสุขภาพ เพื่อใช้ในการตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมจึงเป็นปัจจัยสำคัญ และต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานทุกภาคส่วนในการสนับสนุนส่งเสริมและสร้างปัจจัยที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีทางสังคม ตามหลักการของกฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion)<sup>(4)</sup> ซึ่งได้กำหนดความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่าเป็น “ขบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุม และปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาวะอันสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม” โดยบุคคลและกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถบ่งบอกและตระหนักถึงความต้องการของตนเอง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม หรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ อีกทั้งยังสามารถควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ ทั้งนี้ปัจจัยพื้นฐานของการมีสุขภาพดีนั้นจะต้องประกอบด้วย การมีสันติภาพที่พอกอาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ ระบบนิเวศที่มั่นคง แหล่งทรัพยากรที่เพียงพอ ความยุติธรรมและความเท่าเทียมกันในสังคม<sup>(5)</sup>

ปีงบประมาณ 2565 จังหวัดบุรีรัมย์มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 75,270 คน อัตราความชุก 7,155 ต่อแสนประชากร มีผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ จำนวน 9,874 คน (625.02 ต่อแสนประชากร) พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 19,846 คน (1,256.24 ต่อแสนประชากร) และพบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 2.78 ซึ่งเกินเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (ร้อยละ 2.4) และพบอัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงจากกลุ่มเสี่ยง

ร้อยละ 5.21 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปริมาณ ผู้ใช้บริการเพิ่มขึ้นเกิดปัญหาความแออัด ในโรงพยาบาล ขนาดใหญ่และโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วยช่วง สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคไวรัสโควิด-19 ในปี พ.ศ. 2562 กระทรวงสาธารณสุข เคร่งครัดมาตรการเว้นระยะ (social distancing) เพื่อควบคุมการระบาด แนวคิดการ ส่งยาถึงบ้านผู้ป่วยโดยไม่ต้องมาโรงพยาบาล จึงถูกนำมา ปรับระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดบุรีรัมย์ ข้อมูลจากการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย พบปัญหาความ กังวลของผู้ป่วยที่ไม่รู้ค่าตัวเลขทางสุขภาพของตนเอง และไม่ได้พบแพทย์เพื่อรับคำแนะนำในการดูแลตนเอง รวมถึงเรื่องการใช้ยา นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านคุณภาพ การรักษา และการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันไม่ติดต่อ ที่มีข้อจำกัดมาตรการเว้นระยะห่าง หาก ไม่ปรับระบบบริการให้เข้ากับสถานการณ์แพร่ระบาดของ โรคไวรัสโควิด-19 ปัญหาสุขภาพของประชาชนในแง่ของ การควบคุมโรคไม่ดี การเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือมีผู้ป่วย โรค NCDs รายใหม่เพิ่มขึ้น ซึ่งโรค NCDs เป็นโรคซึ่ง สามารถป้องกันได้ ด้วยการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน และการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่จะสามารถจัดการ แก้ไขปัญหาด้านสุขภาพได้ด้วยตนเอง โดยความรอบรู้ ด้านสุขภาพ จัดเป็นความรู้ความสามารถของบุคคลที่จะ เข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ เสาะแสวงหา สืบค้น และทำความเข้าใจ แปลความหมายข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ หรือเข้าถึงได้ จนเกิดแรงจูงใจในการตัดสินใจเลือกและ ใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน โรค ที่จะสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายของการรักษาของ ประเทศ<sup>(6)</sup> สถานีรักษสุขภาพในบริบทของจังหวัดบุรีรัมย์ คือ สถานที่ในชุมชนที่มีเครื่องมือสำหรับการคัดกรอง สุขภาพประชาชน และเป็นเครื่องมือในการดูแลสุขภาพ ตนเอง (self-care) มีผู้ดูแลคอยให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง มีช่องทางในการสื่อสารความเสี่ยงสุขภาพผ่าน platform digital เข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวกและปลอดภัย ซึ่ง เป็นการวางรากฐานระบบบริการขั้นพื้นฐานด้านการ

สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับชุมชนโดยการ มีส่วนร่วมของชุมชน จึงพัฒนาสถานีรักษสุขภาพ เพื่อ พัฒนารูปแบบบริการสถานีรักษสุขภาพ จังหวัดบุรีรัมย์

### วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research: AR) โดยใช้หลักการ Ottawa Charter ประชากร ที่ศึกษาเป็นประชาชนทุกกลุ่มวัย สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะ เจาะจงในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ ช่วงวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2562 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 เครื่องมือที่ ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์อย่างไม่เป็น ทางการ แนวประเด็นคำถามการสนทนากลุ่ม แบบบันทึก การสังเกตการณ์มีส่วนร่วม และแผนการประชุม วางแผนแก้ไขปัญหาดตามกระบวนการ Appreciation-Influence-Control (AIC) และกระบวนการวิจัย มี 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหาและประเมิน ความต้องการ เพื่อระบุปัญหากระบวนการคัดกรอง ส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรค การส่งต่อวินิจฉัย การรักษา ความ ทำหายในระบบบริการโรคไม่ติดต่อและความต้องการใน การพัฒนาสถานีรักษสุขภาพ โดยการสำรวจข้อมูลทั่วไป และระบบการคัดกรองโรคไม่ติดต่อจากฐานข้อมูล โรงพยาบาล และข้อมูลแนวทางการส่งเสริมป้องกันและ แก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อ

กลุ่มตัวอย่างสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทีมผู้ให้บริการ แพทย์ พยาบาล วิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นักโภชนาการ และนัก- วิชาการคอมพิวเตอร์ รวมจำนวน 40 คน และข้อมูลจาก ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ- หมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ครู พระสงฆ์ เจ้าหน้าที่จากองค์กร- ปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชน รวมจำนวน 67 คน รวมทั้งหมด 107 คน

เครื่องมือที่ใช้แบบสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ แนว ประเด็นคำถามการสนทนากลุ่ม 5 คำถามหลัก คือ (1) จุดไหนที่ทำให้คน “ไม่ไปต่อ” มากที่สุดในระบบบริการ

สุขภาพ เพราะเหตุใด (2) ถ้าต้องทำให้คน “มาใช้บริการซ้ำ” ต้องปรับอะไร 3 อย่างแรก (3) หากให้ชุมชนออกแบบสถานีรักษาสุขภาพเอง อยากให้มีอะไรบ้าง (4) ตัวชี้วัดหรือผลลัพธ์แบบใดที่ “มีความหมายต่อชุมชน” มากกว่าตัวเลขรายงาน และ (5) มีข้อเสนอแนะอื่นๆ เกี่ยวกับการพัฒนา/ขยายผลสถานีรักษาสุขภาพหรือไม่

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยนัดหมายสถานที่ วัน เวลา ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลอย่างเคร่งครัด

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงเนื้อหา (content analysis) และสังเคราะห์ข้อมูลตามประเด็นการวิจัยที่กำหนดไว้

ระยะเวลาการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ปัญหาและประเมินความต้องการเป็นเวลา 3 เดือน (31 พฤษภาคม – 31 สิงหาคม พ.ศ. 2562)

ระยะที่ 2 วางแผนและพัฒนาสถานีรักษาสุขภาพ เพื่อให้ได้แนวทางการดำเนินการสถานีรักษาสุขภาพ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้ในระยะที่ 1 สะท้อนข้อมูลให้กับผู้มีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนา

กลุ่มตัวอย่างสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิจากกรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย ทีมพัฒนา (Developer) ด้านดิจิทัลจากมหาวิทยาลัยนเรศวร ศูนย์วิชาการในเขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา ผู้บริหาร สหวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้แทนท้องถิ่น และภาคประชาชน รวม 40 คน ร่วมวิเคราะห์และวางแผนการจัดระบบบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อ การจัดเก็บข้อมูลสุขภาพเชื่อมหน่วยบริการสาธารณสุข โดยใช้กระบวนการ AIC ตามแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎหมายบัตร Ottawa Charter แล้วนำไปปฏิบัติโดยทดลองใช้ในพื้นที่อำเภอนาร่อง ในจังหวัดบุรีรัมย์

เครื่องมือที่ใช้แบบสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ แนว

ประเด็นคำถามการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย แนวทางการพัฒนาสถานีรักษาสุขภาพ จังหวัดบุรีรัมย์ แนวทางการจัดบริการ การเชื่อมข้อมูลสุขภาพจากสถานีรักษาสุขภาพกับหน่วยบริการสาธารณสุข การเชื่อมข้อมูลสุขภาพประชาชนกับหน่วยบริการสาธารณสุข และความยั่งยืนสถานีรักษาสุขภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ การสังเกต และสะท้อนผลการดำเนินงานโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ การประชุมกลุ่มย่อย การระดมสมองเพื่อปรับปรุงรูปแบบอย่างมีส่วนร่วม

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงเนื้อหา (content analysis) ระยะเวลาวางแผนและพัฒนาสถานีรักษาสุขภาพเป็นเวลา 2 ปี (31 สิงหาคม พ.ศ. 2562 – 31 สิงหาคม พ.ศ. 2564)

ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้สถานีรักษาสุขภาพ เพื่อประเมินผลผลิตจำนวนชุมชนที่มีการจัดบริการสถานีรักษาสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพเบื้องต้น และผลลัพธ์การใช้บริการสถานีรักษาสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง คือประชาชนทุกกลุ่มวัย ที่ใช้บริการสถานีรักษาสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้แบบสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองจากฐานข้อมูล Digital platform ประกอบด้วย Application H4U, Smart อสม., PCC TEAM, MHealth, R9 Health Station และฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ได้แก่ข้อมูลจำนวนผู้ใช้บริการสถานีรักษาสุขภาพ ข้อมูลสุขภาพ น้ำหนัก รอบเอว ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต การส่งต่อรักษา และข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์ด้านประโยชน์การใช้สถานีรักษาสุขภาพ ความต้องการบริการ ความพึงใจ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงเนื้อหา (content analysis) สังเคราะห์ข้อมูลตามประเด็นการวิจัยที่กำหนดไว้ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงเนื้อหา (content analysis) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ แสดง

ค่าความถี่ และร้อยละ ระยะเวลาการประเมินผลสถาน ิรักษสุขภาพเป็นเวลา 9 เดือน (31 สิงหาคม พ.ศ. 2564 – 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2565)

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด บุรีรัมย์ เลขที่ BRO 2019-020

## ผลการศึกษา

**ระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ**  
นอกจากปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีผลกระทบต่อระบบบริการโรคไม่ติดต่อทั้งระบบ ตั้งแต่ การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การค้นหากลุ่มเสี่ยง การติดตามยืนยันวินิจัย การส่งต่อเพื่อเข้าสู่ระบบการรักษา การรักษาอย่างต่อเนื่อง และการติดตามเยี่ยม ต้องลด ขั้นตอน ปรับกระบวนการลดการให้บริการในโรงพยาบาล เลื่อนนัด ส่งยาไปที่บ้านเพื่อเว้นระยะห่างป้องกันการ ติดเชื้อ และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคในกลุ่มผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อ ยังพบปัญหาในการดำเนินงานในระบบเดิม แบ่งตามกลุ่มปัญหาดังนี้

1. ระบบการคัดกรอง การติดตาม การให้คำแนะนำ สุขภาพ พบปัญหา การคัดกรองจัดบริการปีละ 1 ครั้ง โดย เจ้าหน้าที่นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ ให้ประชาชนมา รับบริการตามกำหนด ทำให้ประชาชนบางกลุ่มเข้าไม่ถึง ระบบการคัดกรอง เวลาที่ประชาชนสะดวกไม่ตรงกับเวลา เจ้าหน้าที่นัดหมาย และยังไม่มียระบบการติดตามกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มสงสัยป่วยให้ได้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสม ซึ่งในแต่ละปีจังหวัด บุรีรัมย์พบกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 16,000 ราย และพบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ปี ละประมาณ 30,000 ราย กลุ่มเสี่ยงนี้ต้องได้รับการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมทุกราย ซึ่งที่ผ่านมาเป็นการให้ความรู้ กลุ่มใหญ่ขณะรอตรวจสุขภาพ การติดตามกลุ่มสงสัยป่วย ต้องพึ่งพาอาสาสมัครประจำหมู่บ้านติดตามให้ไปรับการ ยืนยันวินิจัยตามนัด และประชาชนไม่รู้ค่าตัวเลขความ-

เสี่ยงของตนเอง ว่าตัวเองจัดอยู่ในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง หรือกลุ่มสงสัยป่วย และจะจัดการสุขภาพตนเองอย่างไร ต่อไป ต้องรอการนัดหมายจากเจ้าหน้าที่ ซึ่งจะจัดบริการ ตามความเสี่ยงที่พบเท่านั้น มีความต้องการระบบบริการ ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงการคัดกรองได้บ่อยตาม ที่ต้องการ มีระบบเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างบุคคล หรือชุมชน กับหน่วยบริการเพื่อให้สามารถจัดกลุ่มบริการตาม ความเสี่ยงที่พบ และจัดการผู้ป่วย (case) ได้รวดเร็ว ง่าย ต่อการจัดบริการและประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองได้

2. การส่งต่อวินิจัย พบปัญหา การติดตามกลุ่มสงสัย ป่วยให้เข้ารับตรวจยืนยันเพื่อวินิจัย มีเพียง ร้อยละ 40 เท่านั้น ยังไม่มีแนวทางการติดตามกลุ่มเสี่ยงให้เข้ารับ การตรวจยืนยันที่ชัดเจน และนอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยรายใหม่ มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นที่นอกเหนือจากระบบการคัดกรอง มีความต้องการระบบบริการที่เชื่อมต่อ ทั้งระบบคัดกรอง ระบบส่งต่อวินิจัย และการรักษา ที่มีแนวทางปฏิบัติที่ เชื่อมโยงกันทั้งระบบ

3. การรักษา พบปัญหา ด้านคุณภาพการรักษา ผู้ป่วย ควบคุมโรคไม่ได้ตามเกณฑ์ และจำนวนผู้ป่วย ที่เพิ่มมา กขึ้นเกิดความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรค เบาหวาน จำนวน 75,270 คน อัตราความชุก 7,155 ต่อ แสนประชากร และผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้ ดี ผลงานร้อยละ 34.46 เป้าหมายร้อยละ 40 มีผู้ป่วยโรค- ความดันโลหิตสูง จำนวน 146,016 คน อัตราความชุก 14,217 ต่อแสนประชากร และผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูงควบคุมโรคได้ดี ผลงานร้อยละ 61.09 เป้าหมาย ร้อยละ 60 สำหรับปี 2565 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ จำนวน 9,874 คน (625.02 ต่อแสนประชากร) พบ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 19,846 คน (1,256.24 ต่อแสนประชากร) และพบผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 2.78 ซึ่งเกินเกณฑ์ที่ กระทรวงฯ กำหนด (ร้อยละ 2.4) และพบอัตราป่วย รายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงจากกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 5.21 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปริมาณผู้ใช้

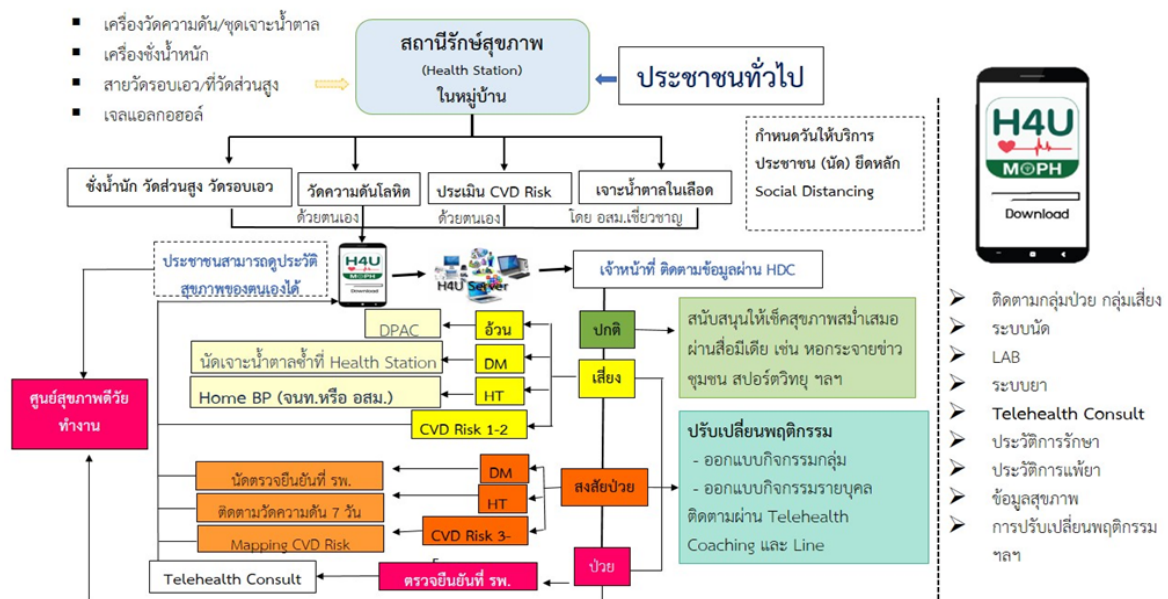
บริการเพิ่มขึ้นเกิดปัญหาความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงพยาบาลชุมชนทำให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาล ส่งผลให้การเข้าถึงบริการคุณภาพน้อยลง มีความต้องการลดความแออัด การลดรอคอยในโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มคุณภาพบริการให้กับกลุ่มที่ต้องการดูแลเป็นพิเศษ เพิ่มผลลัพธ์คุณภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ

4. ความท้าทาย พบว่า โรคเรื้อรังเป็นโรคที่มีอาการและอาการแสดงของโรคเป็นระยะเวลานาน ดังนั้นการรักษาโรคเรื้อรังไม่สามารถใช้ระยะเวลาสั้น ๆ แต่ต้องการความต่อเนื่องระยะยาว นั่นหมายความว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะต้องอยู่กับโรคและการดูแลรักษาเหมือนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงเน้นการค้นหา คัดกรองโรคในระยะแรก เพราะทำให้สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงของโรคได้ ทำให้การดูแลรักษาไม่ซับซ้อนและเสียค่าใช้จ่ายไม่มาก พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีผลต่อการดำเนินของโรคอย่างชัดเจน ทั้งนี้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ (1) ต้องมีการบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ ครอบคลุมทั้ง 4 มิติคือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดโรค การรักษา และการ

ฟื้นฟูสุขภาพ (2) ต้องคำนึงถึงแบบแผนการดำเนินชีวิตจึงจะสามารถลดปัญหาอุปสรรค การเข้าถึงบริการ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และ (3) ผู้ป่วยต้องสามารถดูแลสุขภาพตนเองตามแผนการรักษาทั้งในภาวะที่เป็นกลุ่มเสี่ยงกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถควบคุมโรคได้ดี กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติและ/หรือมีภาวะแทรกซ้อน โดยผู้ป่วยควรรับรู้แนวทางการประเมินสุขภาพได้ด้วยตนเอง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกการบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

5. ความต้องการพัฒนาสถานียักษ์สุขภาพ เพื่อลดความแออัดในสถานพยาบาล และป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเดินหายใจ มุ่งเน้นการจัดกลุ่มโรค-เบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนมากอย่างปลอดภัย และมุ่งหวังให้ประชาชนพึ่งพาตนเองได้ โดยจัดให้มีสถานียักษ์สุขภาพในชุมชนให้เป็นสถานที่ที่มีเครื่องมือสำหรับการคัดกรองสุขภาพประชาชน ที่สามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายและสะดวก (ตามภาพที่ 1) และมีการบันทึกข้อมูลสุขภาพด้วยตนเองส่งไปยังทีมสุขภาพเพื่อประเมินความเสี่ยง ให้บริการตามความเสี่ยงที่พบ การยืนยันวินิจฉัย การส่งจ่ายยา หรือการนำส่งยาไปถึงผู้ป่วยผ่านช่องทางต่างๆ ในการบริการปฐมภูมิ (primary health

ภาพที่ 1 ต้นแบบ (reference design) ความต้องการระบบบริการสถานียักษ์สุขภาพ จังหวัดบุรีรัมย์





- ติดตามกลุ่มเสี่ยง (จากข้อมูลที่มาใช้บริการ) แนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

- จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เช่น กิจกรรมลุกขึ้นมาวิ่ง (เช้า/เย็นของทุกวัน) เดิน รำกีฬา ออกกำลังกายอื่นๆ เป็นต้น

3) บทบาทหน้าที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- ส่งเสริม สนับสนุน ให้คำปรึกษาดำเนินงานสถานีรักษาสุขภาพ (การเก็บข้อมูล การสรุปข้อมูล การส่งต่อ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม)

- ประสาน สนับสนุน ควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

- พัฒนาศักยภาพชุมชนให้เป็นแกนนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเพิ่มความเชี่ยวชาญ ในการเป็นผู้ดูแลด้าน NCDs ในชุมชน

2. “สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ” ดำเนินการ 2 ประเด็นหลัก (1) สร้างพันธมิตร ในการจัดหาเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์พื้นฐานที่จำเป็นในสถานีรักษาสุขภาพ และจัดตั้งจุดบริการหลักอย่างน้อยชุมชนละ 1 จุด และ (2) การเสริมสร้างพลังอำนาจเพิ่มความสามารถให้ชุมชนสามารถจัดการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในชุมชนได้ โดยมีการเยี่ยมเสริมพลังติดตามการดำเนินงานสถานีรักษาสุขภาพจากภาคีเครือข่าย อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และมีการชื่นชมให้ระดับการพัฒนาสถานีรักษาสุขภาพ ตามองค์ประกอบของเครื่องมือ 4 ระดับ คือ

- ระดับ Basic ประกอบด้วยเครื่องมือ 4 ชิ้น ได้แก่ สายวัดรอบเอว เครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูง เครื่องวัดความดันโลหิต

- ระดับ Good มีเครื่องมือเพิ่มจากระดับ Basic คือ เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้วพร้อมแถบตรวจ

- ระดับ Excellence มีเครื่องมือเพิ่มจากระดับ Good คือ เครื่องตรวจวัดระดับออกซิเจนในเลือด หรือ Pulse Oximeter สามารถอ่านค่าอัตราการเต้นของหัวใจได้

- ระดับ Premium คือมีเครื่องมือและการจัดบริการที่มากกว่าระดับ Excellence มีการเชื่อมต่อข้อมูลสุขภาพ

ด้วยระบบดิจิทัล รวมถึงสิ่งแวดล้อมรอบๆ ของสถานีรักษาสุขภาพที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพดี

3. “เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง” ชุมชนกำหนดให้มีการประเมินผลกิจกรรมการจัดบริการ สถานีรักษาสุขภาพ และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาาร่วมกัน เช่น กิจกรรมออกกำลังกาย รมณรงค์คัดกรองสุขภาพทุกวันสำคัญทางศาสนา

4. “พัฒนาทักษะส่วนบุคคล” ดำเนินการพัฒนา ศักยภาพ 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 พัฒนาทักษะผู้ดูแลสถานีรักษาสุขภาพ ด้านทักษะการเป็น health coach การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้เครื่องมือ การแปลผล การบำรุงรักษาเครื่องมือ การบันทึกข้อมูล การส่งต่อ การเขียนโครงการ เพื่อขอสนับสนุนงบประมาณจากแหล่งต่างๆ เพื่อให้มีความมั่นใจในดูแลสุขภาวะของประชาชน และเข้าใจระบบการเก็บข้อมูล การส่งต่อรักษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มที่ 2 พัฒนาทักษะประชาชน การใช้เครื่องมือในสถานีรักษาสุขภาพ การแปลผลตัวเลขทางสุขภาพ และการบันทึกข้อมูลผ่านระบบดิจิทัลด้วยตนเอง เพื่อให้สามารถใช้เครื่องมือในสถานีรักษาสุขภาพ ได้ด้วยตนเอง รู้ค่าความเสี่ยง และรู้วิธีการที่จะลดความเสี่ยงของตนเอง กลุ่มที่ 3 พัฒนาทักษะทีมสนับสนุน ได้แก่ สหวิชาชีพ สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ให้มีทักษะกระบวนการ รูปแบบการจัดบริการ และการจัดการข้อมูลสุขภาพ

5. “ปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข” มีการพัฒนารูปแบบบริการใหม่ นำไปทดลองใช้ และปรับปรุง โดยยึดตาม Reference Design ความต้องการระบบบริการ สถานีรักษาสุขภาพ จังหวัดบุรีรัมย์ มีการปรับระบบบริการจากระบบเดิมที่ไม่เคยมีระบบบริการสถานีรักษาสุขภาพ และระบบเชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยบริการ ดังนี้

5.1 ปรับรูปแบบการเก็บข้อมูลการใช้บริการสถานีรักษาสุขภาพด้วยตนเอง ผ่านโมบายแอปพลิเคชัน ช่วยแก้ไขปัญหาจากการดำเนินงานระบบเดิมที่ต้องพึ่งพา อสม. เก็บข้อมูลและรายงานผลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ภาพที่ 2) มาเป็นการบันทึกข้อมูลผ่าน App H4U หรือ Smart อสม. (หมอ 1) ลดขั้นตอนการวิเคราะห์กลุ่มเสี่ยง ลด

ปัญหาความผิดพลาดในการจัดกลุ่มเสี่ยงและการให้คำแนะนำ เพราะเมื่อมีการบันทึกค่าสัญญาณชีพต่างๆ จะมีการแปลผลแสดงคำแนะนำที่เหมาะสมให้ทันที และข้อมูลจะถูกส่งไปแสดงผลในแอปพลิเคชัน PCC Team (หมอม 2) และ mHealth (หมอม 3) ดังภาพที่ 3

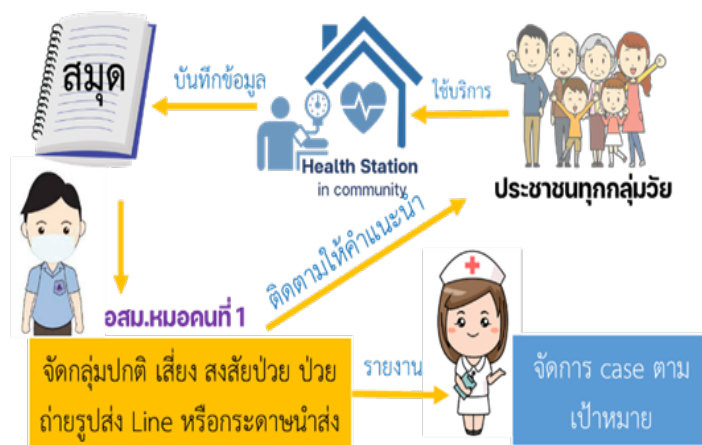
ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และคณะวิศวกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร ร่วมพัฒนา digital platform เชื่อมโยงข้อมูลสถานีรักษาสภาพ ด้วย 4 แอปพลิเคชัน ภายใต้ระบบการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล และมีระดับการเข้าถึงข้อมูลตามมาตรฐาน มีการออกแบบแต่ละแอปพลิเคชัน ดังนี้

1. H4U สมุดสุขภาพประชาชนประชาชน ออกแบบให้รองรับข้อมูล Personal Health Record สามารถบันทึกค่าสัญญาณชีพได้บ่อยตามต้องการ มีคำแนะนำปฏิบัติตัวและเก็บข้อมูลแสดงแนวโน้ม ประวัติสุขภาพของตนเอง

2. Smart อสม. เพิ่มโมดูล (module) หมอใกล้ตัว เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานคัดกรองสุขภาพประชาชนผ่านสถานีสุขภาพ รองรับประชาชนที่ไม่มี H4U หรือกรณีให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน แสดงข้อมูลรายชื่อผู้อยู่ในความดูแล และมีช่องทางในการติดต่อระหว่างสามหมอ ทั้งรูปแบบการโทร วิดีโอและข้อความ

3. PCC Team หมอรู้จักคุณ และ MHealth: เพิ่มโมดูล (module) รายงานข้อมูลคัดกรองสุขภาพที่มีการ

ภาพที่ 2 ผังการดำเนินงานแบบเดิม ครั้งที่ 1



ภาพที่ 3 ผังการดำเนินงานปรับปรุงครั้งที่ 2



บันทึกจาก H4U และ Smart อสม. แพลตฟอร์มความ  
เสี่ยงรายบุคคล หมอคนที่สองและสาม สามารถจัดการ  
ผู้ป่วยได้ทันที และมีช่องทางในการติดต่อประชาชนและ  
ทีมสามหมอ ทั้งรูปแบบการโทร วิดีโอและข้อความ และ  
MHealth สามารถค้นหาประวัติผู้ป่วย หรือประชาชนได้  
เพื่อประกอบการวินิจฉัย รักษา

4. Dashboard ออกแบบให้แสดงรายงานที่ตอบสนอง  
ต่อความต้องการของผู้ใช้งานโดยคำนึง ถึงประโยชน์ที่  
ประชาชนจะได้รับสูงสุดเมื่อเข้าไปใช้บริการที่สถานี  
สุขภาพ หรือดูตนเองที่บ้านแล้วบันทึกข้อมูลผ่าน H4U  
หรือ Smart อสม. ซึ่งกลุ่มนี้จะได้รับบริการตามความเสี่ยง  
เช่น การติดตามตรวจซ้ำ home blood pressure,  
self-monitoring blood glucose (SMBG) ส่งต่อเพื่อ  
วินิจฉัย หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทุกๆ กิจกรรม  
ดังกล่าวสามารถเรียกดูรายงานได้ตามระดับสิทธิ์การ  
เข้าถึงข้อมูล

ผู้ใช้งานมีความต้องการใช้งานให้ง่ายขึ้น จึงเกิดการ  
พัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูล รูปแบบที่ 3 ขึ้นโดยสำนักงาน  
เขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา ได้ต่อยอดนำแนวคิดการ  
จัดการข้อมูลช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค-  
โควิด-19 มาพัฒนาเป็น QR code บันทึกผลการคัดกรอง

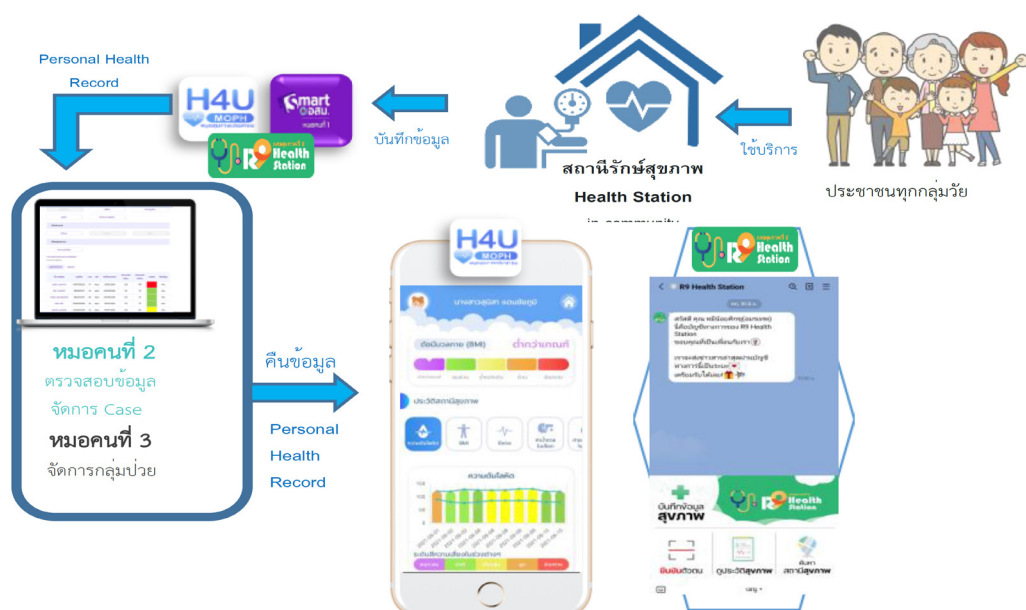
โดยสแกน QR code ของสถานีรักษสุขภาพ ข้อมูลที่  
บันทึกจะถูกส่งต่อเจ้าหน้าที่ primary care ในระบบ  
รายงาน R9 health station สามารถจัดการข้อมูลผ่าน  
ระบบรายงานนำมาเป็นทางเลือกในการเชื่อมโยงข้อมูล  
สุขภาพกับหน่วยบริการ ดังภาพที่ 4

5.2 ปรับรูปแบบการจัดบริการสถานีรักษสุขภาพ โดย  
แบ่งกลุ่มเพื่อความชัดเจนในการให้บริการ 2 กลุ่ม ดังนี้

1) การให้บริการในกลุ่มประชาชนทั่วไป สามารถเข้า  
ใช้บริการสถานีรักษสุขภาพได้ทุกเวลาที่ต้องการ (เครื่อง-  
มือจะวางไว้ให้พร้อมใช้เสมอ) ประชาชนสามารถใช้เครื่อง  
มือได้ด้วยตนเอง ในกลุ่มผู้สูงอายุให้ญาติ หรือ อสม. ช่วย  
เหลือ สามารถเลือกบันทึกผลการคัดกรองโดยสแกน QR  
code รหัสของสถานีรักษสุขภาพ ข้อมูลที่บันทึกจะถูกส่ง  
ต่อเจ้าหน้าที่ primary care ในระบบรายงาน R9 health  
station สามารถจัดการข้อมูลผ่านระบบรายงานดังกล่าว  
โดยกลุ่มเสี่ยงนำเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม  
โดยชุมชนร่วมกับหน่วยบริการ กลุ่มสงสัยป่วยติดตามเพื่อ  
การวินิจฉัยโดยเร็วโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

2) การให้บริการในกลุ่มป่วยโรคเบาหวานหรือโรค  
ความดันโลหิตสูง สถานีรักษสุขภาพเป็นเครื่องมือสำหรับ  
การตรวจติดตาม การทำ SMBG ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ภาพที่ 4 ผังการดำเนินงานปรับปรุงครั้งที่ 3



การทำ HMBP ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การขอรับบริการรับยาที่บ้าน หรือพบแพทย์ออนไลน์ ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ดี หรือควบคุมความดันโลหิตได้ดี ไม่จำเป็นต้องเดินทางไปโรงพยาบาล สามารถวัดค่าสัญญาณชีพที่สถานีรักษาสภาพ และบันทึกข้อมูลผ่าน QR code รหัสของสถานีรักษาสภาพ พยาบาลและแพทย์สามารถติดตามข้อมูลผ่านระบบรายงาน R9 health station เพื่อตัดสินใจในการให้บริการยาเดิม (refill) หรือพบแพทย์ออนไลน์ ลดการแออัด ในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

### ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลการใช้รูปแบบบริการสถานีรักษาสภาพ จังหวัดบุรีรัมย์

1) ผลผลิตจำนวนชุมชนที่มีการจัดบริการสถานีรักษาสภาพ จังหวัดบุรีรัมย์ มี 2,531 หมู่บ้าน มีสถานีรักษาสภาพ ทั้งหมด 2,596 แห่ง ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน แบ่งตามระดับเครื่องมือ อยู่ในระดับ Good จำนวน 614 แห่ง ระดับ Excellence จำนวน 1,982 แห่ง ได้รับการสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์ในการจัดตั้ง จาก อปท.จำนวน 1,946 แห่ง ร้อยละ 75.07 จากเงินบำรุงโรงพยาบาล จำนวน 182 แห่ง ร้อยละ 7.02 จากเงินกองทุนตำบล จำนวน 178 แห่ง ร้อยละ 6.86 จากเงินกองทุนตำบล จำนวน 113 แห่ง ร้อยละ 4.35 จากเงินชุมชนและอื่นๆ จำนวน 173 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 6.67

2) ผลผลิตการเข้าถึงบริการสุขภาพเบื้องต้น จากการเก็บข้อมูลผู้ใช้บริการสถานีรักษาสภาพ จากตัวอย่าง จำนวน 35,452 คน พบว่า เป็นกลุ่มป่วย 2,495 คน กลุ่มไม่ป่วย 32,957 คน ซึ่งพบร้อยละ 7 ของกลุ่มไม่ป่วยที่ไม่เคยเข้าระบบการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่ และกลุ่มไม่ป่วยพบความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.3 เสี่ยงโรคเบาหวาน ร้อยละ 2.7 ซึ่งกลุ่มนี้ได้รับการตรวจติดตามเพื่อยืนยันวินิจฉัยทุกราย ในกลุ่มประชาชนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับบริการที่สถานีรักษาสภาพ พบความดันโลหิตต่ำ จำนวน 7 คน (ร้อยละ 0.3) ได้รับการติดตามและความช่วยเหลือทันทีจากบุคลากรทางการแพทย์ทุกราย พบว่า ควบคุมความดันโลหิตได้ดีอยู่ใน

เกณฑ์ จำนวน 2,251 คน (ร้อยละ 90.0) พบมีค่าความดันโลหิตสูงกว่าเป้าหมาย 176 คน (ร้อยละ 7) ได้รับการติดตามให้คำแนะนำปฏิบัติตัวจาก อสม. พบค่าความดันโลหิตสูงมาก 13 คน (ร้อยละ 0.5) มีค่าความดันโลหิตสูงอันตราย 55 คน (ร้อยละ 2.2) ในกลุ่มนี้ได้รับการส่งต่อรักษาทันเวลา ลดความรุนแรง สำหรับประชาชนกลุ่มป่วยโรคเบาหวาน ที่เข้ารับบริการพบระดับน้ำตาลควบคุมได้ดีอยู่ในเกณฑ์ จำนวน 196 คน (ร้อยละ 87.1) พบค่าน้ำตาลสูงกว่าเป้าหมาย 22 คน (ร้อยละ 9.80) ได้รับการติดตามให้คำแนะนำปฏิบัติตัวจาก อสม. และสูงมาก 6 คน (ร้อยละ 2.7) ในกลุ่มนี้ได้รับการส่งต่อรักษาทันเวลา ลดความรุนแรง และผลการคัดกรองโรคไม่ติดต่อในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ในปี 2565 จังหวัดบุรีรัมย์สามารถเพิ่มการเข้าถึงได้กว่าร้อยละ 90 และกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานได้รับการติดตามเพื่อวินิจฉัย ร้อยละ 76.37 กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการติดตามเพื่อวินิจฉัย ร้อยละ 90.87 สูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงฯ กำหนด

### 3) ผลลัพธ์การใช้บริการสถานีรักษาสภาพ

3.1 ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อที่สามารถป้องกันได้ ปี 2565 ลดลงจากปี 2562 ร้อยละ 47.77 ด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุข คุณภาพการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเบาหวานสามารถควบคุม ระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 33.67 และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตควบคุมโรคได้ดี ร้อยละ 61.28 สูงกว่าในภาพรวม ทั้งเขตสุขภาพที่ 9 และภาพรวมประเทศ

3.2 ความคุ้มค่าในการใช้สถานีรักษาสภาพ เป็นเครื่องมือในการคัดกรองสุขภาพกลุ่มป่วยเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกยาง อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 228 คน มีผลการลดความแออัดเมื่อเทียบรายชั่วโมงลดลงเกินครึ่งเทียบกับรับบริการที่โรงพยาบาล ลดระยะเวลารอคอยจาก 4.15 ชั่วโมงที่ไปโรงพยาบาล ลดเหลือ 2.20 ชั่วโมง การผิพนัดของผู้ป่วยติดต่อกัน 2 ครั้งขึ้นไปน้อยลง เหลือร้อยละ 3.90 อัตรา

การได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 76.47 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมโรคได้ดีสูงถึงร้อยละ 81 ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมความดันได้ดีร้อยละ 76.47 ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 64.06 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ร้อยละ 100 การจัดบริการ สถานียักษ์สุขภาพ ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาลของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการเดินทางแต่ละครั้งมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยครั้งละ 500 บาท การลดความแออัดในโรงพยาบาลได้ช่วยให้แพทย์มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน หรือกลุ่มที่ควบคุมโรคได้ไม่ดีมากขึ้น และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ใช้บริการสถานียักษ์สุขภาพ ในชุมชนทั้งในกลุ่มประชาชนทั่วไปและในกลุ่มป่วย ต่างก็ให้ความเห็นว่า “การมีสถานียักษ์สุขภาพในชุมชนทำให้เข้าถึงบริการตรวจสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเองได้ ไม่ต้องเดินทางไปถึง รพ.สต. มีความสะดวกสบาย ปวดหัว เดินทางวัดความดัน รู้สึกวิ่งเวียนเวียนมาใช้บริการ ทำให้รู้ค่าตัวเลขว่าเกิดจากสาเหตุอะไรได้เบื้องต้น ผิดปกติมาก ๆ ก็แจ้ง อสม. หรือไม่กี่โทรหาหมอได้เลย”

## วิจารณ์

สภาพปัญหาและความต้องการพัฒนาระบบบริการสถานียักษ์สุขภาพ ในระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายลดความแออัดของการมารับบริการโรคไม่ติดต่อ ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนมาก ระบบบริการเดิมที่มีนัดกลุ่มเป้าหมายจำนวนมากมาคัดกรองปีละ 1 ครั้ง ไม่เหมาะสมในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 ทั้งนี้ยังพบผู้ป่วยรายใหม่ที่ไม่ได้มาจากระบบการคัดกรองสุขภาพประชาชนประจำปี แสดงให้เห็นว่าการคัดกรองไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วยโรคไม่ติดต่อ และระบบบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังเข้าไม่ถึงในประชาชนกลุ่มนี้ รวมถึงไม่มีช่องทางสื่อสารความเสี่ยง ค่าบ่งชี้ทางสุขภาพกับผู้ใช้บริการโดยตรง ทำให้ไม่เข้าถึงระบบบริการหรือเข้าถึงระบบบริการแต่ไม่ต่อเนื่อง ผลกระทบในช่วงสถานการณ์

การแพร่ระบาดต่อระบบบริการ จังหวัดบุรีรัมย์ สอดคล้องกับสถานการณ์ระบบบริการสุขภาพทั่วโลก ที่เผชิญกับข้อจำกัด เกิดการเลื่อนนัด ลดบริการผู้ป่วยนอก ลดการตรวจติดตาม และการเดินทางของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ และหลีกเลี่ยงการมารับบริการทำให้เกิดช่องว่างด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง<sup>(7)</sup> ความต้องการพัฒนาระบบบริการสถานียักษ์สุขภาพ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยยึดหลักการบริการเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง (integrated, people-centered health services) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเชื่อมโยงทรัพยากรในชุมชน เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพและสังคม มุ่งหวังให้ประชาชนพึ่งพาตนเองได้ โดยใช้สถานียักษ์สุขภาพเครื่องมือสำหรับการประเมินค่าบ่งชี้ทางสุขภาพ เป็นการสนับสนุนการดูแลตนเองนำไปสู่การพัฒนาตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่งในจังหวัดบุรีรัมย์ ปรับระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับและเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพบุคคลเข้ากับหน่วยบริการ และการจัดการข้อมูลที่ทำงานร่วมกันกับสหวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลครอบคลุม มีประสิทธิภาพและไร้รอยต่อ ซึ่งการดูแลแบบมุ่งเน้นเป้าหมายจำเป็นต้องมีระบบบันทึกข้อมูลที่สามารถบันทึกและแสดงข้อมูลเกี่ยวกับบริบทเป้าหมาย ปัจจัยเสี่ยง ทรัพยากร และข้อจำกัดของผู้ป่วยในรูปแบบที่ใช้งานได้ การบันทึกข้อมูลควรเป็นทรัพยากรที่ใช้ร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการ ผู้ดูแลใกล้ชิด (อสม.) และทีมสุขภาพทั้งหมด<sup>(8)</sup>

การพัฒนารูปแบบบริการสถานียักษ์สุขภาพ จังหวัดบุรีรัมย์ การพัฒนาสถานียักษ์สุขภาพ จังหวัดบุรีรัมย์ เปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพทั้ง 4 มิติจากรูปแบบเดิมที่ประชาชนรอเข้าตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจากการนัดหมายของเจ้าหน้าที่ การได้รับรู้สุขภาพในภาพรวม การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ใช้บริการด้วยสมุดบันทึก และการวิเคราะห์จัดกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วย กลุ่มป่วยเพียงบุคลากรทางการแพทย์ ประชาชนส่วนใหญ่ไม่รู้ค่าตัวเลขทางสุขภาพของตนเอง และเข้าไม่ถึงเครื่องมือตรวจสุขภาพเบื้องต้น ที่สามารถ

ทำได้ด้วยตนเอง และในกลุ่มป่วยไม่มีรูปแบบการติดตาม ผลลัพธ์การรักษาที่เชื่อมโยงกับชุมชนที่ชัดเจน หลังการ พัฒนาสถานีรักษาสุภาพ การคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรค NCDs มีส่วนร่วมจากภาคประชาชนและ เครือข่ายสุขภาพจากภายนอก ร่วมออกแบบกิจกรรมใน สถานีรักษาสุภาพและสนับสนุนอุปกรณ์ งบประมาณใน การดำเนินงาน โดยมีการกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกัน ชี้แจงบทบาทหน้าที่ให้เข้าใจชัดเจน มีระบบจัดเก็บข้อมูล โดยประยุกต์ใช้ดิจิทัลเข้ามาช่วยในการเชื่อมโยงข้อมูลจาก ชุมชนกับหน่วยบริการ และการกำกับติดตามอย่าง ต่อเนื่องโดยชุมชนมีส่วนร่วม นอกจากนี้ยังช่วยแก้ไข ปัญหาด้านทรัพยากรไม่เพียงพอ (คน เงิน ของ) ในการ จัดบริการคัดกรองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่ง ดำเนินการด้วยผู้ดูแลสถานีสภาพที่พัฒนาทักษะการให้ บริการและ health coach สำหรับกลุ่มป่วยที่ควบคุมโรค ได้ดีมีแนวทางในการติดตามผลผ่านสถานีรักษาสุภาพที่ ชัดเจน โดยการทำงานร่วมกันกับสหวิชาชีพ และสามารถ รับบริการที่ชุมชน ลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ลด แออัดในโรงพยาบาล การพัฒนาสถานีรักษาสุภาพ จังหวัดบุรีรัมย์ จึงเป็นการวางรากฐานระบบบริการขึ้น พื้นฐานด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยมุ่งเน้นให้ประชาชน สามารถพึ่งตนเองได้ สอดคล้องกับเป้าหมายกรอบระบบ สุขภาพขององค์การอนามัยโลก<sup>(9)</sup> การพัฒนาระดับ และการจัดบริการสถานีรักษาสุภาพเป็นไปตามบริบทของ พื้นที่ และควรคำนึงถึงปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพใน การวางแผนดำเนินการและการประเมินผลให้ครอบคลุม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในทุกๆระดับและเหมาะสมกับสถานการณ์ ในพื้นที่<sup>(10)</sup>

จากการศึกษาครั้งนี้ การพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูล บุคคลจากสถานีรักษาสุภาพกับหน่วยบริการ มีความยาก หลายประการ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้ปรับและทดลองใช้ 3 รูปแบบ ปัญหาที่พบ คือ ความแตกต่างของมาตรฐานและ โครงสร้างระบบของหน่วยบริการที่มีข้อมูลไม่เหมือนกัน ความปลอดภัยของข้อมูลและความเป็นส่วนตัวซึ่งเป็น ความท้าทายอย่างยิ่ง ปัญหาเชิงเทคนิค ในการเชื่อมต่อ

ระบบที่แตกต่างกัน ต้องอาศัยการพัฒนา application programming interface (API) หรือตัวกลางที่ซับซ้อน และอุปสรรคด้านการบริหารจัดการ การผลักดันให้ หน่วยงานให้ความร่วมมือและเห็นความสำคัญในการ เชื่อมโยงข้อมูลก็ทำได้ยาก แอปพลิเคชันที่ใช้เชื่อมโยง ข้อมูลบุคคลที่เลือกมาพัฒนาต่อยอดในการศึกษานี้ เป็นแอปพลิเคชันที่ใช้งานได้จริงและคำนึงความปลอดภัย เน้นคุณสมบัติการใช้งานที่สะดวกและปกป้องข้อมูลของ ผู้ใช้ แต่ความซับซ้อนของข้อมูลและความแตกต่าง โครงสร้างระบบของหน่วยบริการทำให้ไม่สามารถขยาย ครอบคลุมในทุกสถานีรักษาสุภาพได้ จึงได้ปรับมาใช้งาน เชื่อมโยงแบบง่ายและไม่ซับซ้อน

การปรับระบบที่สำคัญส่วนหนึ่งคือ การมีส่วนร่วมของ ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ได้แก่ องค์กร ภาคประชาชน องค์กรเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการ สุขภาพทุกระดับ และองค์กรอื่นนอกพื้นที่ เช่น โรงเรียน สถาบันการศึกษา หรือวัด ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนา จัดตั้งสถานีรักษาสุภาพตั้งแต่กระบวนการวิเคราะห์ปัญหา การจัดทำแผนงานโครงการเพื่อแก้ไขปัญหา การกำหนด เป้าหมาย การดำเนินงานร่วมกัน และร่วมประเมินผลโดย มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ในแต่ละภาคส่วน การบูรณาการ งบประมาณของ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการมีส่วนร่วม<sup>(11)</sup> การมีส่วนร่วม ในทุกกลยุทธ์ที่ดำเนินการตามกฎบัตรออกดาวาเพื่อการ ส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการ ซึ่งประกอบด้วย (1) สร้าง นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (2) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อ ต่อสุขภาพ (3) เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (4) พัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ (5) ปรับเปลี่ยนระบบ บริการสาธารณสุข ทำให้ทุกภาคส่วนรู้สึกเป็นเจ้าของ สถานีรักษาสุภาพร่วมกัน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำภารกิจ บรรจุในแผนงานโครงการของตนเอง และเกิดมาตรการ แก้ไขปัญหาของชุมชนโดยชุมชน ตามบริบทและ วิถีชีวิต ของชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาสู่ความยั่งยืน เกิดจากการพัฒนาและผสมผสานอย่างมีดุลยภาพทั้งด้าน สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่มีความเชื่อมโยงกัน

และเกื้อกูลกัน เพื่อชุมชนมีความเป็นเจ้าของปัญหาร่วมกัน และร่วมกันกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญห<sup>(4)</sup> ซึ่งแต่ละระบบต้องมีความสัมพันธ์ทับซ้อนกัน และสามารถพัฒนาไปสู่เป้าหมายของตนเองได้<sup>(12)</sup>

การพัฒนารูปแบบบริการสถานียักษ์สุขภาพ จังหวัดบุรีรัมย์ สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals หรือ SDGs) เป้าหมายที่ 3: สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกวัย เพื่อลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ และเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขจำเป็นที่มีคุณภาพ<sup>(13)</sup> โดยใช้ health station เป็นเครื่องมือในการสร้างการรับรู้ค่าความเสี่ยงสุขภาพ และเกณฑ์ความเสี่ยงแก่ประชาชนสำหรับใช้ในการติดตามสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและส่งต่อได้รวดเร็ว สอดคล้องกับผลการศึกษาดูแลระหว่างส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งบุคลากรต้องมีความรู้ จึงจะสามารถจัดการและดูแลผู้ป่วยได้ทันเวลา<sup>(14)</sup> นอกจากนี้การมีอาสาสมัครและแกนนำในชุมชนเป็นผู้ดูแลสถานียักษ์สุขภาพ มีทักษะประสบการณ์จากการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติจริง ทำให้มีอาสาสมัครที่ได้รับรางวัลดีเด่นสาขาโรคไม่ติดต่อในระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งกระบวนการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติ สอดคล้องกับหลักการเรียนรู้ของ Edgar dale ที่เน้นการลงมือทำก่อนให้เกิดความรู้<sup>(15)</sup>

ผลของการใช้ระบบบริการสถานียักษ์สุขภาพ ในด้านผลผลิตจำนวนสถานียักษ์ ในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 2,596 แห่ง ครอบคลุมทุกหมู่บ้านในจังหวัดบุรีรัมย์ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์ในการจัดตั้งจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 75.07 แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมตั้งแต่กระบวนการคิดวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การออกแบบพัฒนา การกำกับติดตามและประเมินผล ทำให้รู้สึกมีความเป็นเจ้าของสถานียักษ์สุขภาพ และสนับสนุนงบประมาณดำเนินการต่อเนื่องทุกปี คุณค่าที่เกิดจากระบบบริการสถานียักษ์

สุขภาพ ทั้งในแง่ของการความลดแออัดในโรงพยาบาล ทำให้แพทย์และพยาบาลมีเวลาในการจัดการผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม มีเวลาให้กับผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ไม่ดีมากขึ้น มีผลลัพธ์การรักษาที่ดีขึ้น ผู้ให้บริการมีความสุขในการทำงาน และในแง่ของผู้รับบริการทั้งในกลุ่มประชาชนทั่วไปได้ใช้ประโยชน์จากสถานียักษ์สุขภาพชุมชนเพื่อตรวจสุขภาพตนเอง กลุ่มเสี่ยงได้รับการเชิญเข้ากลุ่มเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มส่งสัยป่วยได้รับการส่งต่อเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโดยเร็ว และกลุ่มป่วยใช้สถานียักษ์สุขภาพชุมชนเป็นเครื่องมือในการติดตามสัญญาณชีพ และเป็นช่องทางการรับยาที่บ้าน ซึ่งจากการศึกษาจะเห็นว่ากลุ่มผู้ป่วยทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่เข้าใช้บริการสถานียักษ์สุขภาพบ่อยๆ สามารถควบคุมโรคได้ดีสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงฯ กำหนด สะท้อนให้เห็นว่าประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ นอกจากนี้สถานียักษ์สุขภาพยังใช้ประโยชน์ในด้านอื่นๆ ในชุมชน และเกิดการขยายผลสถานียักษ์สุขภาพสู่หน่วยงานราชการ สถานประกอบการ และพื้นที่สาธารณะ ในจังหวัดบุรีรัมย์อีกหลายแห่ง สอดคล้องกับการศึกษาดูแลสุขภาพในชุมชน สำหรับกลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จังหวัดอุบลราชธานีที่พบว่า สถานียักษ์สุขภาพทำให้กลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มประชาชนทั่วไปในชุมชนมารับบริการคัดกรองเบื้องต้นลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการที่หน่วยสาธารณสุขอื่น เกิดเครือข่ายจิตอาสาหมุนเวียนมาให้บริการและเกิดการใช้ประโยชน์ในสถานียักษ์สุขภาพ ในการให้บริการตรวจสุขภาพนักเรียน เป็นสถานที่ออกกำลังกายและเป็นศูนย์รวมการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันของชุมชนจนเกิดการระดมทุนในรูปแบบของงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในสถานียักษ์สุขภาพ<sup>(16)</sup> นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของชุมชนที่ร่วมกันดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนความเป็นญาติ เป็นเพื่อนที่คอยถามไถ่สุขภาพ คอยให้คำปรึกษาและช่วยหาทางแก้ไข ส่งผลให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีในชุมชน ซึ่งการมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อเพื่อน การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หรือเครือข่ายทางสังคม ความเชื่อม-

แน่นทางสังคม (social cohesion) เป็นปัจจัยป้องกัน และส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพดีทั้งในครอบครัวและสังคม<sup>(17)</sup> สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดน่าน ที่พบความเป็นเครือข่ายในชุมชนมีผลต่อการดำเนินงานและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วัฒนธรรมเอื้ออาทร การเยี่ยมบ้าน การไต่ถามความทุกข์ยาก เป็นทั้งการกระตุ้นพฤติกรรมบวก และการเสริมแรงในคราวเดียวกัน กลไกเครือข่ายและเกื้อหนุนสัมพันธ์ของคนในชุมชน จึงเป็นปัจจัยสนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยง อาสาสมัครครอบครัว และ อสม. ร่วมกันปรับพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้<sup>(18)</sup> และผลจากการสะท้อนความคิดเห็นต่อผลของกิจกรรมการประยุกต์กลยุทธ์กับตรออดตาวาด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สมาชิกในชุมชนมีความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรมต่าง ๆ ในทุกด้าน สร้างความสามัคคี มีสัมพันธ์ภาพต่อกันดีขึ้น ลดความเครียด สุขภาพแข็งแรงขึ้น มีความตระหนักเห็นความสำคัญในการร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายให้เพิ่มมากขึ้น จัดหาอุปกรณ์ออกกำลังกายและการจัดหาทุน<sup>(4)</sup>

#### ข้อเสนอแนะ

“สถานีรักษสุขภาพ” จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นสถานที่คัดกรองสุขภาพเบื้องต้น มีเครื่องมือ มีผู้ดูแล ประชาชนเข้าถึงง่าย มีจุดแข็งด้านการบูรณาการความเข้มแข็งของชุมชน (การมีส่วนร่วมและโครงสร้างพื้นฐาน) เข้ากับระบบดิจิทัลที่ปรับปรุงให้ใช้งานง่าย ข้อจำกัดเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีผลลัพธ์ผูกพันกับบริบทของพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์โดยเฉพาะ และมีระยะเวลาการประเมินผลลัพธ์ระยะที่ 3 เพียง 9 เดือน ซึ่งสั้นสำหรับโรคไม่ติดต่อ

#### ข้อเสนอแนะในการศึกษาในอนาคต

- 1) ศึกษาผลกระทบระยะยาวของการดำเนินงานสถานีรักษสุขภาพต่อการลดอัตราป่วยโรค NCDs
- 2) วิจัยเชิงประเมินผลเพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรคที่ยังคงอยู่

- 3) ศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพเพื่อใช้ประกอบการขยายผล

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรีรัมย์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง และสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งในจังหวัดบุรีรัมย์ ที่สนับสนุนนโยบายให้ทุกพื้นที่ในจังหวัดบุรีรัมย์มีการดำเนินงานสถานีรักษสุขภาพในชุมชนทุกแห่ง ขอขอบคุณผู้รับผิดชอบงานจากหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งที่เป็นพี่เลี้ยงให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนให้มีความทักษะในการดำเนินงานและให้บริการในสถานีรักษสุขภาพ ขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนทุกท่านที่ร่วมดำเนินงานและให้บริการสถานีรักษสุขภาพ รวมทั้งการประสานความร่วมมือกับเครือข่ายเพื่อให้เกิดบริการที่ยั่งยืน ขอขอบคุณผู้นำชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่สนับสนุนงบประมาณในการจัดตั้งสถานีรักษสุขภาพในชุมชน ขอขอบคุณทีมร่วมพัฒนาและให้คำแนะนำทางวิชาการและทีมพัฒนาจากกรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ กรมอนามัย ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ให้คำปรึกษา งานวิจัยสำเร็จ ลุล่วง และสุดท้ายขอขอบคุณทีมงานกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด และครอบครัวที่ช่วยเหลือและสนับสนุนการดำเนินงานทุกกิจกรรม และเป็นกำลังใจที่สำคัญยิ่ง

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ และแผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานสถานการณ์ NCDs วิฤตสุขภาพ วิฤตสังคม. นนทบุรี: สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ; 2557.
2. วิวัฒน์ โรจนพิทยากร. สถานการณ์และแนวโน้มทางสุขภาพของประเทศไทยปี 2561-2563. วารสารวิชาการสาธารณสุข

- 2562;28:185-6.
3. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรหมเจริญ, กนิษฐา ไทยกล้า, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. การสำรวจ สุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557; 2559.
  4. นิภาพร เอื้อวัฒนะโชติมา. ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพของประชากร.วารสารวิชาการสาธารณสุข 2016; 25: 147-56.
  5. World Health Organization. Ottawa Charter for health promotion. Geneva: World Health Organization; 1986.
  6. World Health Organization. Health literacy [Internet]. [cited 2020 Jul 31]. Available from: <https://www.who.int/healthpromotion/health-literacy/en/>
  7. World Health Organization. Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context: interim guidance, 1 June 2020 [Internet]. [cited 2020 June 1]. Available from: [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential\\_health\\_services-2020.2](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2)
  8. Grudniewicz A, Steele Gray C, Boeckxstaens P, De Maeseneer J, Mold J. Operationalizing the chronic care model with goal oriented care. Patient 2023;16(6):569-78.
  9. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health system:a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization; 2010.
  10. เจมส์ แอล เครย์ตัน. คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชน. ขอนแก่น: ศิริภณท์ ออฟเซ็ท; 2551.
  11. Monday JL. Creating a sustainable community after disaster.The Natural Hazards Informer 2002;3:3.
  12. Barbier EB. The concept of sustainable economic development. Environ Conserv 1987;14(2):101-10.
  13. United Nations. Sustainable development knowledge platform: Sustainable Development Goals [Internet]. [cited 2022 Dec 1]. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/topics/sustainabledevelopment-goals>
  14. Millin MG, Gullett T, Daya MR. EMS management of acute stroke out of hospital treatment and stroke system development (resource document to NAEMSP position statement). Prehosp Emerg Care 2007;11:318-25.
  15. Dale E. Audiovisual methods in teaching. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Dryden Press; 1969.
  16. เกศรา แสนศิริทวีสุข, จุติพร ผลเกิด. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชน สำหรับกลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2023;30:1-18.
  17. Ahnquist J, Wamala SP, Lindstrom M. Social determinants of health – a question of social or economic capital Interaction effects of socioeconomic factors on health outcomes. Soc Sci Med 2012;74:930-9.
  18. นิยม ศิริ, วรยุทธ นาคอ้าย. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2022;31:271-81.
  19. อะเคื้อ กุลประสูติติก. การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารศึกษาศาสตร์ปริทัศน์ 2022;37:21-34

### The Development of Health Station in Buriram Province

Nittaya Chudthaisong, M.Sc. (Epidemiology)

Buriram Provincial Public Health Office, Thailand

*Journal of Health Science of Thailand* 2026;35(Suppl 1):S166–S182.

**Corresponding author:** Nittaya Chudthaisong, E-mail: ncd.br2023@gmail.com

**Abstract:** The COVID-19 pandemic has significantly affected the non-communicable disease (NCD) service system due to reduced hospital services under social distancing policies. Meanwhile, the number of NCD patients continued to rise, requiring the health service system to adapt appropriately to the prevailing situation. This action research aimed to develop a service model for health stations in Buriram Province. The study was conducted in three phases: (1) to analyze the situation and assess service needs; (2) to design and develop Health Stations in communities using the Ottawa Charter for Health Promotion as a conceptual framework; and (3) to evaluate the outcomes of the health station implementation. The purposive samples consisted of multidisciplinary health teams, community partners 107 people and service users 35,452 people of the health stations between May 2019, and May 2022. The research instruments included interview forms, observation records, and problem-solving plans based on the AIC (Appreciation-Influence-Control) participatory process, along with laboratory data. The data were analyzed using descriptive statistics and qualitative content analysis. Phase 1: the findings indicated that health promotion services among the population still relied heavily on public health personnel. People lacked tools and skills for self-care and for reducing their risk of developing diseases. Phase 2: planning and development activities revealed five key results: (1) developing public health policy for health promotion through the participation of all sectors in recognizing common problems, setting shared goals, and defining standards, roles, funding sources, service delivery systems, and management of health stations; (2) creating supportive environments for health, with every community establishing a health station according to the designated standards and guidelines; (3) strengthening community health actions through continuous health promotion activities to solve problems collaboratively; (4) developing individual skills for self-care and building capacity for health coaches; and (5) reforming the health service system into a people-centered model, linking services with health stations and integrating data among service units. Phase 3: the evaluation of Health Station implementation found that Buriram Province had established 2,596 health stations, with 75.07% of funding supported by local administrative organizations. Regarding health outcomes, access to public health services in 2022 showed remarkable improvement: 90% of the population received health screening 90.87% of suspected cases were followed up for diagnosis and 61.28% of hypertensive patients achieved good disease control, which represented an increase compared with the previous year. The implementation of the health station model effectively reduced congestion and waiting times in hospitals. Overall, the development of health stations in Buriram Province laid a solid foundation for primary health promotion systems, emphasizing self-reliance among the population and sustainable health development in the community.

**Keywords:** health station; non-communicable diseases (NCDs); Ottawa Charter