



การพัฒนาระบบและกลไกการดำเนินงานสถานีสุขภาพประจำหมู่บ้านต้นแบบ จังหวัดอำนาจเจริญ

DEVELOPMENT OF SYSTEMS AND OPERATING MECHANISMS FOR MODEL VILLAGE ON HEALTH STATION, AMNAT CHAREON PROVINCE

Received: February 26, 2025

Revised: May 21, 2025

Accepted: June 01, 2025

วุฒิพงษ์ ลินทรัพย์^{1*}, ประวุฒิ พุทธิชิน¹, เสฐียรพงษ์ สีวินา²

Wuttiphong Sinsap^{1*}, Pravut Putthakin¹, Satianpong Siwina²

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบและกลไก และทดลองใช้และขยายผล การดำเนินงานสถานีสุขภาพประจำหมู่บ้านต้นแบบ การวิจัยแบ่งเป็นการพัฒนาระบบและกลไก และการทดลองใช้และขยายผล ดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 ถึงกันยายน 2567 เก็บรวบรวมข้อมูล จากนักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุข ตัวแทนท้องถิ่น และกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจหรือผู้ดูแล โดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึก และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า 1) ระบบและกลไกการดำเนินงานสถานีสุขภาพประจำหมู่บ้านต้นแบบ ประกอบด้วย การสร้างการมีส่วนร่วม การคืนข้อมูลสภาพปัญหา การสร้างระบบและกลไก การจัดระบบดูแลสุขภาพในชุมชน และการติดตามและประเมินผล และ 2) ผลดำเนินงาน พบว่า ได้มีการจัดตั้งสถานีสุขภาพประจำหมู่บ้าน 637 แห่ง และให้บริการคัดกรองโรคเบาหวาน ร้อยละ 70.26 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 70.26 ประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 80.22 และใช้ Smart อสม. และแอปพลิเคชันไลน์ ร้อยละ 100 Telemedicine 15 แห่ง ร้อยละ 2.35 และสถานีสุขภาพมีสมรรถนะเพิ่มขึ้นทุกระดับ

ข้อเสนอแนะ การวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงการคัดกรองและติดตามภาวะความดันโลหิตและน้ำตาลในเลือดนอกสถานพยาบาล โดยความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง

คำสำคัญ: ระบบและกลไก, สถานีสุขภาพประจำหมู่บ้านต้นแบบ

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

Amnat charoen Provincial Public Health Office

² สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

Roi-Et Provincial Health Office

*Corresponding author E-mail: wutmeesri@gmail.com



Abstract

This research and development aimed to develop a system and mechanism and to trial and expand the operation of model village health stations. The research was divided into phases: system and mechanism development, and trial and expansion. It was conducted from October 2022 to September 2024. Data were collected from groups of academics, public health practitioners, local representatives, and high-risk groups and patients with cardiovascular disease or their caregivers. Data collection tools included questionnaires, record forms, and interview guides for focus groups. Data analysis used descriptive statistics, percentage differences, and content analysis.

The research results showed that 1) The system and mechanism for operating the model village health station consisted of building participation from all sectors, returning problem situation data to community, creating a system and mechanism to drive operations, organizing healthcare in community, and monitoring and evaluation. 2) The results from the trial and expansion found that 637 village health stations were established. Services provided included diabetes screening 70.26%, hypertension screening 70.26%, cardiovascular risk assessment 80.22%. Smart and the Line application were used 100%. Telemedicine was used at 15 locations 2.35%. The competency of health stations increased at all levels.

Recommendation: This research resulted in public gaining access to screening and monitoring of blood pressure and blood sugar conditions outside of healthcare facilities through collaboration of stakeholders.

Keywords: Systems and Operating Mechanisms, Model Village on Health Station.



บทนำ

ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุการเสียชีวิต 2 ใน 3 ของประชากรไทย ส่งผลต่อด้านเศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ซึ่งมีสาเหตุจากปัจจัยหลายด้านตั้งแต่การจับบริการคัดกรองไม่ทั่วถึง และการเข้าถึงบริการและขาดองค์ความรู้ในการจัดการตนเอง⁽¹⁾ เช่นเดียวกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ ได้มีนโยบายที่จะให้ประชาชนทั้งกลุ่มปกติและกลุ่มป่วยสามารถเข้าถึงบริการการตรวจเฝ้าระวังทางสุขภาพ เพื่อลดอัตราการป่วยการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลงได้ จึงให้มีการนำร่องจัดตั้งสถานีสุขภาพประจำหมู่บ้าน/ชุมชน (Health Station) ต้นแบบ โดยมีหลักการและวัตถุประสงค์คล้ายกับศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) คือ เป็นจุดศูนย์รวมในการจัดบริการสุขภาพ คัดกรองสุขภาพเบื้องต้นแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย เป็นสถานที่ปฏิบัติการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)/ชุมชนในหมู่บ้านหรือชุมชน รวมถึงใช้เป็นสถานที่ปรึกษาหารือระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชนกับประชาชน โดยสถานที่ตั้งอาจจัดสร้างเป็นอาคารเฉพาะ หรือสถานที่ที่มีอยู่แล้วในชุมชนที่ประชาชนคนในชุมชนให้ความเห็นชอบ เพียงแต่สถานีสุขภาพประจำหมู่บ้าน/ชุมชนจะมีระบบที่ทันสมัยเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน ทั้งระบบการสื่อสาร เครื่องมืออุปกรณ์ที่ทันสมัย เช่น เครื่องวัดความโลหิต เครื่องเจาะน้ำตาล เครื่องชั่งน้ำหนัก ระบบการรักษาแพทย์ทางไกล (Telemedicine) การจัดเก็บข้อมูล เป็นต้น⁽²⁾

การตรวจคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นสิ่งที่สำคัญมาก เพราะจะช่วยลดความเสี่ยงของผู้ที่มีโอกาสเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง และยังช่วยป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนที่อาจจะตามมาได้ การตรวจคัดกรองช่วยให้พบโรคได้เร็ว ทำให้แพทย์วางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยในการควบคุมและป้องกัน การเกิดโรคแทรกซ้อนในอนาคตได้ดี การบูรณาการงานตามนโยบาย 3 หมอกับการดูแลควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักการ “ดูแลใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” เพื่อเพิ่มความครอบคลุมให้ได้รับบริการต่อเนื่องลดการเดินทาง และลดความแออัดของโรงพยาบาล นโยบาย 3 หมอ หรือ “คนไทยทุกคนรอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน” เป็นแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่เข้มแข็ง มีคุณภาพ ทั่วถึงและยั่งยืน หมอประจำตัว 3 คน ประกอบด้วย: หมอคนที่ 1 หมอประจำบ้าน (อสม.) หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข (บุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ) หมอคนที่ 3 หมอครอบครัว (แพทย์ในโรงพยาบาล) เป้าหมายของนโยบายนี้ คือ การดูแลสุขภาพที่ใกล้ชิดกับประชาชนทั้งด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต สถานีสุขภาพประจำหมู่บ้าน/ชุมชนจึงเป็นสถานที่ที่มีความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน ด้วยเหตุนี้ การมีสถานีสุขภาพประจำหมู่บ้าน/ชุมชนที่ให้บริการโดยหมอคนที่ 1 หมอประจำบ้าน (อสม.) ภายใต้อาการดูแลของหมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข (บุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ) และหมอคนที่ 3 หมอครอบครัว (แพทย์ใน



โรงพยาบาล) จะช่วยให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ คัดกรองสุขภาพแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย⁽³⁾

ทั้งนี้ จากรายงานสาเหตุการตายของจังหวัดอำนาจเจริญ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำแนกตามกลุ่มโรค 10 อันดับ พบว่า มีโรคไม่ติดต่อจำนวน 8 โรค ได้แก่ ไตวาย หลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ เบาหวาน มะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับ มะเร็งหลอดลมและปอด อุบัติเหตุการขนส่ง และโรคเกี่ยวกับตับและตับอ่อนจำนวน 207, 250, 160, 131, 121, 69, 73 และ 66 คน ตามลำดับ และอัตราตาย 55.14, 66.6, 42.62, 34.9, 32.23, 18.38, 19.45 และ 13.32 ต่อแสนประชากร⁽²⁾ ตามลำดับ ประกอบกับจังหวัดอำนาจเจริญได้กำหนดโรคไม่ติดต่อเป็นนโยบายและมีเป้าหมายให้มีสถานีสถานีสุขภาพประจำหมู่บ้านต้นแบบอำเภอละ 1 หมู่บ้าน 7 อำเภอ 7 หมู่บ้าน และสถานีสถานีสุขภาพประจำหมู่บ้าน/ชุมชนระดับพื้นฐานทุกหมู่บ้าน 630 หมู่บ้าน รวมทุกหมู่บ้าน 637 หมู่บ้าน/ชุมชน โดยให้มีกิจกรรมการดูแลคัดกรองสุขภาพครอบคลุมทุกกลุ่มอายุเป็นการเพิ่มโอกาสและความสะดวกในการเข้าถึงของประชาชน การพัฒนาสถานีสถานีสุขภาพชุมชนให้มีความยั่งยืนสามารถทำได้โดยการสร้างกลไกและระบบต่างๆ ในการดูแลสุขภาพกลุ่มประชากรสำคัญในชุมชน⁽⁴⁾ รวมทั้งการพัฒนาวิธีการทำงาน แนวปฏิบัติและบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องทั้งภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสาขาวิชาชีพที่จำเป็นต้องสร้างการทำงานแบบภาคประชาชนมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของได้ ตลอดจนการพัฒนาบทบาทหน้าที่และงานของอาสาสมัครในพื้นที่ เพื่อให้การสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชนได้อย่างครอบคลุม ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นที่ต้องศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อผลักดันให้เกิดกระบวนการสร้างกลไกและระบบสุขภาพที่ดีด้วยสถานีสถานีสุขภาพประจำหมู่บ้านให้มีความยั่งยืน นำไปสู่การพัฒนาความร่วมมือระหว่างองค์กรหลักในระดับตำบล และจัดทำข้อเสนอในการพัฒนานโยบายที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพกลุ่มประชากรในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบและกลไกการดำเนินงานสถานีสถานีสุขภาพประจำหมู่บ้านต้นแบบ จังหวัดอำนาจเจริญ
2. เพื่อทดลองใช้และขยายผลการดำเนินงานสถานีสถานีสุขภาพประจำหมู่บ้านต้นแบบ จังหวัดอำนาจเจริญ

ระเบียบวิธีวิจัย

การพัฒนาระบบและกลไกการดำเนินงานสถานีสถานีสุขภาพประจำหมู่บ้านต้นแบบ จังหวัดอำนาจเจริญ ออกแบบเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development study) ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการดังนี้



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งตามระยะของการวิจัยเป็น 2 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การพัฒนาระบบและกลไกการดำเนินงานสถานีสภาพประจำหมู่บ้านต้นแบบ จังหวัดอำนาจเจริญ แหล่งข้อมูลเป็นกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานสถานีสภาพประจำหมู่บ้านต้นแบบ 7 หมู่บ้าน จำนวน 1,822 คน ประกอบด้วย 1) ฝ่ายวิชาการ 4 คน ทีมวิจัยพื้นที่ 7 คน 2) ฝ่ายบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 107 คน 3) ฝ่ายตัวแทนท้องถิ่น (อบต. ผู้นำชุมชน แกนนำเยาวชนในชุมชน และหน่วยกู้ชีพตำบล) 35 คน และ 4) กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจหรือผู้ดูแล 143 คน และกลุ่มเป้าหมายในการดูแลสุขภาพในชุมชน ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป 1,826 คน

ระยะที่ 2 การนำระบบไปปฏิบัติ และขยายผล (1) ระยะก่อนการขยายระบบและกลไก จำนวน 35 หมู่บ้าน 5,779 คน ประกอบด้วย ภาครัฐ ได้แก่ ผู้บริหาร ทีมวิจัย และผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อระดับอำเภอ 35 คน ภาคประชาชน ได้แก่ แกนนำ อสม. จิตอาสา เช่น พระ ครูเกษียณอายุราชการในชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน เช่น ตัวแทนกลุ่มเสี่ยง ตัวแทนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 494 คน และกลุ่มเป้าหมายในการดูแลสุขภาพในชุมชน ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการคัดกรองในสถานีสภาพชุมชนครอบคลุม 35 หมู่บ้าน 7 อำเภอ 5,250 คน และ (2) ระยะการขยายระบบและกลไกไปปฏิบัติและขยายผลขับเคลื่อนการดำเนินงานครอบคลุมเพิ่มอีก 66 หมู่บ้าน รวมเป็น 108 หมู่บ้าน 17,480 คน ประกอบด้วย ภาครัฐ ได้แก่ ผู้บริหาร ทีมวิจัย และผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อระดับอำเภอ 35 คน ภาคประชาชน ได้แก่ แกนนำ อสม. จิตอาสา เช่น พระ ครูเกษียณอายุราชการในชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน เช่น ตัวแทนกลุ่มเสี่ยง ตัวแทนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1,395 คน และกลุ่มเป้าหมายในการดูแลสุขภาพในชุมชน ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการคัดกรองในสถานีสภาพชุมชนครอบคลุม 108 หมู่บ้าน 7 อำเภอ 16,050 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เป็นแบบประเมินสมรรถนะสถานีสภาพที่ได้พัฒนากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽³⁾ เพื่อให้ครอบคลุมตามบริบทในพื้นที่ เครื่องมืดังกล่าวได้ผ่านตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน พิจารณา ค่าความสอดคล้องจากดัชนี IOC (Index of item objective congruence) โดยคัดเลือกคำถามที่มีค่า 0.60 ขึ้นไป พบว่า มีดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.80 - 1.00

ขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 การพัฒนาระบบและกลไกการดำเนินงานสถานีสภาพประจำหมู่บ้านต้นแบบ ระยะเวลา 12 เดือน โดยกำหนดระบบในการดูแลสุขภาพในชุมชน 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 2) การค้นหาข้อมูลสภาพปัญหาผู้ชุมชน 3) การสร้างระบบ



และกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงาน และ 4) การจัดระบบดูแลสุขภาพในชุมชนครอบคลุมทุกกลุ่มกิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่ การร่วมจัดตั้งสถานีสุขภาพ การคัดกรองความดันโลหิต การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การให้ความรู้ผ่านสื่อและช่องทางต่างๆ การประเมิน CVD Risk และการใช้ Application เชื่อมต่อการรายงานจากชุมชนสู่สถานบริการสาธารณสุข

ระยะที่ 2 ระยะทดลองใช้และขยายผล โดยนำระบบและกลไกการดำเนินงานสถานีสุขภาพประจำหมู่บ้านต้นแบบไปปฏิบัติ และการขยายผลสู่การขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเพิ่มอีกให้ครอบคลุม 7 อำเภอๆ ละ 5 หมู่บ้าน รวม 35 หมู่บ้าน ระยะเวลา 12 เดือน ประกอบด้วย ระยะก่อนการขยายระบบดำเนินการในเดือนตุลาคม 2565 ถึงกันยายน 2566 และระยะการขยายระบบดำเนินการเดือนตุลาคม 2566 ถึงกันยายน 2567 ครอบคลุม 108 หมู่บ้าน ระยะเวลา 12 เดือน จำแนกเป็นระยะก่อนการขยายระบบและกลไกและระยะการขยายระบบและกลไกไปปฏิบัติและขยายผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบสัดส่วน โดยใช้ Percentage differences และวิเคราะห์เนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เลขที่ 1/9/2565 เมื่อวันที่ 27 กันยายน 2565 และ เลขที่ 2/9/2566 เมื่อวันที่ 8 กันยายน 2566 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ถ้าต้องการ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและใช้ข้อมูลเฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอโดยภาพรวม ซึ่งจะต้องได้รับความเห็นชอบจากกลุ่มตัวอย่าง การเข้าร่วมโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาระบบและกลไกการดำเนินงานสถานีสุขภาพประจำหมู่บ้านต้นแบบ พบว่า

1.1 ผลการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับระบบการคัดกรองและดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า ยังมีประเด็นที่ต้องมีการปรับปรุงเมื่อวิเคราะห์ถึงความต้องการจำเป็นในด้านต่างๆ การให้ข้อมูลข่าวสารถือเป็นความต้องการจำเป็นในลำดับที่ 1 รองลงมา คือ การให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของหรือบริการ และการสะท้อนคิดหรือสนับสนุนให้ประเมินตนเอง ในส่วนของสถานที่ใช้คัดกรองส่วนใหญ่การคัดกรอง



จะดำเนินการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหลัก สะท้อนให้เห็นว่า ยังไม่มีสถานที่คัดกรองสุขภาพในเชิงรุกที่ชัดเจนในชุมชน และระบบการคัดกรองดูแลกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยในชุมชนก็ยังไม่ชัดเจนเช่นกัน

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองสุขภาพและการประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดเบื้องต้นนั้น ส่วนใหญ่ยังคงใช้แบบฟอร์มที่เป็นกระดาษ อยู่บทบาทและกิจกรรมในการคัดกรองมีการแบ่งหน้าที่กัน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทในการประเมินสถานะสุขภาพเบื้องต้น เช่น การตรวจระดับน้ำตาลที่ปลายนิ้ว (DTX) และการวัดความดันโลหิต (BP) พร้อมทั้ง แบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของโรคเพื่อส่งต่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในกรณีที่คัดกรองในชุมชน หลังจากที่ อสม. ดำเนินการคัดกรองสุขภาพแล้ว ข้อมูลจะถูกส่งไปยัง รพ.สต. ด้วยวิธีการถ่ายภาพแบบฟอร์มกระดาษที่คัดกรองส่งผ่านทางไลน์หรือไม่ก็นำแบบฟอร์มคัดกรองฉบับจริงทั้งหมดมาส่งที่ รพ.สต. ด้วยตนเอง ขณะที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทในการจัดบริการให้กับผู้ป่วย โดยจะแยกการให้บริการตามกลุ่มสี (เขียว เหลือง แดง) และมีการประเมินพฤติกรรมเสี่ยง พร้อมทั้งให้ความรู้และคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเจ้าหน้าที่จะเน้นการให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลหรือระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดได้

1.2 การจัดกิจกรรมในสถานีสภาพประจำหมู่บ้านต้นแบบ ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมคัดกรองสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของอย่างแท้จริง มีการจัดหาเครื่องมือและเทคโนโลยี (เช่น แอปพลิเคชัน) จากการระดมทุนเพื่อใช้ในการคัดกรองและเชื่อมโยงข้อมูล ระบบเชื่อมต่อ 3 หมอ โรงพยาบาล และหน่วยกู้ชีพถูกนำมาใช้เพื่อส่งต่อผู้ป่วย อสม. ที่เป็นครู ข เป็นแกนนำในการคัดกรอง ประเมินความเสี่ยง และดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ยังให้บริการส่งเสริมสุขภาพให้ความรู้ และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

2. การทดลองใช้และการขยายผลสู่การขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อในระดับอำเภอพบว่า ระบบโรคไม่ติดต่อระดับอำเภอได้รับการทดลองใช้และขยายผล โดยกำหนดปัญหาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจในพื้นที่นาร่องและนำไปสู่การกำหนดเป็นนโยบายมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานแนวใหม่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเชื่อมโยงระบบบริการ 3 หมอ เพิ่มบทบาท อสม. ในการคัดกรอง และใช้ Line หรือแอปพลิเคชันในการส่งข้อมูลสุขภาพ

3. การประเมินผลระบบและกลไกดำเนินงานสถานีสภาพประจำหมู่บ้านต้นแบบ พบว่า

3.1 การจัดตั้งสถานีสภาพในชุมชนตามเป้าหมาย คือ จากการดำเนินงานเพิ่มคุณภาพการคัดกรองและดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ในสถานีสภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนถึงร้อยละ 36.35 ในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 ผู้ป่วยความดัน



โลหิตสูงก็มีผลการควบคุมความดันโลหิตที่ดีขึ้นเช่นกันเป็น ร้อยละ 65.98 ในปีเดียวกัน ความสำเร็จนี้เกิดจากการจัดตั้งและดำเนินงานสถานีสภาพที่กระจายไปยังชุมชน รวมทั้งสิ้น 108 แห่ง สถานีสภาพเหล่านี้ ถือว่าเป็นกลไกสำคัญในการคัดกรองและมีการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้พื้นที่ต้นแบบยังแสดงผลงานที่โดดเด่นและบุคลากรได้รับรางวัลดีเด่นระดับเขตสุขภาพ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการประเมินสมรรถนะของจุดบริการสถานีสภาพก่อนและหลังดำเนินการในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ

สมรรถนะ	จำนวน (แห่ง)	คะแนนเต็ม	Mean (S.D.)		%differences
			ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	
ระดับพื้นฐาน	530	4	3.85	4.00	+2.53
ระดับพัฒนา	65	8	6.64	8.00	+12.04
ระดับก้าวหน้า	42	12	8.24	12.00	+23.32
รวมสถานีสภาพประจำหมู่บ้าน/ชุมชน จำนวน 637 แห่ง Mean (S.D.) = 10.14 (0.35)					

3.2 ผู้มารับบริการในสถานีสภาพรู้ตัวเลขรู้ความเสี่ยงรู้สถานะสุขภาพ มีการเชื่อมโยงระบบบริการระหว่างชุมชนกับสถานบริการ โดยนำเทคโนโลยีมาใช้ในสถานีสภาพ เพื่ออำนวยความสะดวกในการส่งข้อมูลการสื่อสารกับแพทย์และทีมสหวิชาชีพรวมทั้งการให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ได้แก่ แอปพลิเคชัน Smart อสม./แอปพลิเคชันไลน์ 637 แห่ง ร้อยละ 100 Telemedicine 15 แห่ง ร้อยละ 2.35 และแอปพลิเคชันที่พัฒนาในพื้นที่ 1 แห่ง ร้อยละ 0.15 ผลทำให้ผู้มารับบริการได้รับความรู้ คำแนะนำในสถานีสภาพ จำนวน 84,259 คน ร้อยละ 87.72

3.3 การดำเนินการเพิ่มคุณภาพการคัดกรองและดูแลโรคไม่ติดต่อประสบความสำเร็จอย่างมาก มีการขยายการคัดกรองผู้สถานีสภาพทุกแห่งและเพิ่มการประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเพิ่มขึ้นต่อเนื่องเป็นร้อยละ 36.35 ในปี พ.ศ. 2567 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันได้ดีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 65.98 ในปีเดียวกันความสำเร็จนี้ยังทำให้เกิดพื้นที่ต้นแบบหลายแห่ง เช่น เกิดพื้นที่ Best practice ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตได้ดีที่สุดของจังหวัด มีการขยายผลเพิ่มอีก 108 แห่ง ทั่วประเทศ และ อสม. รวมถึงบุคลากรสาธารณสุขได้รับรางวัลดีเด่นระดับเขตสุขภาพ

3.4 การติดตามเยี่ยมเสริมพลังและการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้พื้นที่ต้นแบบหลังดำเนินงานผ่านการจัดประชุม NCD Clinic Plus และติดตามผลการดำเนินงานผ่านเวทีนิเทศงานทั้งรอบที่ 1 และ 2 โดยมีทีมตรวจราชการและนิเทศงาน โดยให้ข้อเสนอแนะการดำเนินงาน ดังนี้ คือ คณะกรรมการ



จังหวัด ควรสนับสนุน ติดตามแผนและเป็นທີ່ปรึกษาพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย รวมถึงสนับสนุน เทคโนโลยีดิจิทัลในหมู่บ้านต้นแบบ เพิ่มบทบาทสหวิชาชีพ ในการทำ Health Coaching โดยมี Care Manager ประเมิน วางแผนดูแลผู้ป่วยและสื่อสารให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย พัฒนาร่วมมือ กับภาคีเครือข่าย ภายนอก (เช่น อบต./เทศบาล) เพื่อสนับสนุนบริการสุขภาพชุมชนแนวใหม่ ยกระดับ สถานีสภาพ ทั้งในเมืองและชนบทให้มีอุปกรณ์/เทคโนโลยีที่จำเป็น เชื่อมโยงข้อมูลดิจิทัล และขยาย การดูแลผู้ชุมชน (Community Based) โดยเพิ่มบทบาท 3 หมอ และความร่วมมือกับ อบต. ด้านงบประมาณ/ สถานที่ ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เป็นช่องทางสื่อสารสร้าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และป้องกันควบคุม โรค NCDs ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อขยายผลสู่พื้นที่อื่น

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ข้อค้นพบจากการศึกษาระบบและกลไกสถานีสภาพประจำหมู่บ้านต้นแบบ ในจังหวัด อำนาจเจริญ พบว่า ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลักดังกล่าว พบผลเช่นเดียวกับข้อค้นที่ผ่านมานี้ ในपालของ Shrestha และคณะ⁽⁵⁾ ซึ่งพบว่า การสร้างการมีส่วนร่วม ผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพระดับ หมู่บ้านและคณะทำงานพหุภาคี จนส่งผลให้อัตราการใช้บริการสุขภาพแม่และเด็กเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 35 ขณะเดียวกันการคืนข้อมูลผู้ชุมชน ซึ่งถือว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญลำดับต่อมา ก็ได้รับการยืนยัน ประสิทธิภาพโดย งานวิจัยของ Santos และคณะ⁽⁶⁾ ในบราซิลที่ได้พัฒนาระบบ "Data-to-Action" โดยแปลงข้อมูลโรคไม่ติดต่อเป็นแผนที่ความเสี่ยงแบบเรียลไทม์ ส่งผลให้ชุมชนปรับพฤติกรรม ลดการบริโภคเกลือได้ถึงร้อยละ 25 ภายในครึ่งปี ส่วนการสร้างระบบขับเคลื่อนการดำเนินงานนั้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Mwangi และคณะ⁽⁷⁾ ที่ได้ศึกษาในเคนยาพบว่า การออกแบบกรอบกำกับ ดูแลหลายระดับ (Multi-Level Governance) พร้อมใช้แชทบอท (Chat board) สำหรับประสานงาน ระหว่างสถานีสภาพกับเครือข่าย ทำให้เวลาตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินลดลงจาก 72 ชั่วโมงเหลือ เพียง 12 ชั่วโมงเท่านั้น ส่วนการจัดระบบดูแลสุขภาพในชุมชนนั้นพบผลเช่นเดียวกับงานวิจัยใน อินเดียของ Patel และคณะ⁽⁸⁾ ที่ได้พิสูจน์ประสิทธิภาพโมเดล "Hub-and-Spoke" โดยใช้สถานีสภาพ หมู่บ้านเป็นจุดติดตามโรคเรื้อรัง (Spoke) และโรงพยาบาลชุมชนเป็นศูนย์วิชาการ (Hub) จนสามารถ ลดผู้ป่วยเบาหวานขั้นรุนแรงได้ถึงร้อยละ 40 ภายในหนึ่งปี และการติดตามประเมินผล ซึ่งเป็น องค์ประกอบปิดวงจร ถูกพัฒนาอย่างเป็นระบบในงานของ Ampofo และคณะ⁽⁹⁾ ที่ออกแบบ แอปพลิเคชัน "mHealth Tracker" ในกานา โดยเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพกับดัชนี 30. และแสดงผลผ่าน แชทบอท (Chat board) ของผู้นำชุมชน ส่งผลให้คะแนนความพึงพอใจประชาชนต่ออาสาสมัคร สาธารณสุขเพิ่มขึ้นร้อยละ 28



อย่างไรก็ตามผลสำเร็จของการทดลองใช้รูปแบบ และขยายผลสถานีสถานีสุขภาพต้นแบบประสบผลสำเร็จทั้งด้านอัตราการครองโรคที่สูงและใช้ดิจิทัลแบบเต็มรูปแบบนั้นมีรากฐานจากแนวทางที่น่าสนใจด้านการศึกษาของ Adiwinata et al.⁽¹⁰⁾ ได้พิสูจน์แล้วว่า การใช้ CHWs ร่วมกับแอปพลิเคชันสามารถเพิ่มอัตราการครองโรคเบาหวานและความดันโลหิตได้เกินร้อยละ 70 ซึ่งสอดคล้องกับผลลัพธ์จากการวิจัยประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจของ Ogunniyi et al.⁽¹¹⁾ แสดงให้เห็นว่า การออกแบบเครื่องมือแบบภาพช่วยให้ได้อัตราครอบคลุมเกินร้อยละ 80 ถึงแม้จะเป็นพื้นที่ห่างไกลก็ตาม สำหรับการบูรณาการเทคโนโลยีนั้น Uwimana et al.⁽¹²⁾ ได้ยืนยันศักยภาพของแอปพลิเคชันพื้นฐานที่ใช้งานได้แม้ไม่มีอินเทอร์เน็ต ซึ่งช่วยอธิบายความสำเร็จการใช้ Smart อสม. และ Line Application ร้อยละ 100 ได้ แต่การขยาย Telemedicine ที่ยังข้อจำกัด ร้อยละ 2.35 เนื่องจากหลายปัจจัย ในทำนองเดียวกับงานวิจัยของ Vasquez et al.⁽¹³⁾ ที่ชี้ให้เห็นว่าการเริ่มต้นนั้น ควรเชื่อมต่อกับสถานีสถานีสุขภาพกับแม่ข่ายก่อน โดยจังหวัดอำนาจเจริญมีแนวโน้มดีจาก Telemedicine 15 แห่ง ที่ดำเนินการแล้ว นอกจากนี้ยังพบว่าสามารถยกระดับสมรรถนะสถานีสถานีสุขภาพทุกแห่ง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของโครงการขับเคลื่อน ได้ด้วยโมเดลการฝึกอบรมแบบผสมผสาน ดังในบังกลาเทศที่ Rahman et al.⁽¹⁴⁾ ที่ได้พัฒนาจนเกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงระบบ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การพัฒนาระบบและกลไกการดำเนินงานสถานีสถานีสุขภาพประจำหมู่บ้านต้นแบบ จังหวัดอำนาจเจริญ ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) การใช้เป็นต้นแบบในการจัดตั้งสถานีสถานีสุขภาพประจำหมู่บ้านในจังหวัดอื่น ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าสถานีสถานีสุขภาพสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ คัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และยกระดับคุณภาพการดูแลสุขภาพในชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม จึงควรนำรูปแบบการดำเนินงานนี้ไปปรับใช้ในจังหวัดอื่นๆ โดยคำนึงถึงบริบทท้องถิ่น เพื่อขยายผลการพัฒนาสุขภาพระดับชุมชนอย่างเป็นระบบ

2) การกำหนดนโยบายควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับชาติ โดยเฉพาะการขยายการคัดกรอง ความรู้ด้านสุขภาพ และระบบติดตามผลในชุมชน ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ

3) การพัฒนาแผนการอบรมและเพิ่มสมรรถนะให้แก่ อสม. และบุคลากรสาธารณสุขในระดับพื้นที่ผลการวิจัยชี้ว่าการเพิ่มบทบาทของ อสม. และบุคลากรในชุมชนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพอย่างมาก ดังนั้น ควรจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมด้านการคัดกรอง การประเมินความเสี่ยง



การให้คำปรึกษาสุขภาพ และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อให้บุคลากรสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

4) การจัดตั้งระบบติดตามผลลัพธ์สุขภาพ การใช้เทคโนโลยี การมีส่วนร่วมของชุมชน และระดับสมรรถนะของสถานี่สุขภาพในแต่ละพื้นที่ เพื่อใช้ข้อมูลเป็นแนวทางพัฒนาต่อเนื่อง และปรับปรุงการดำเนินงานให้เหมาะสมกับสภาพพื้นที่จริง

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) สถานี่สุขภาพต้นแบบประจำหมู่บ้านควรถูกบรรจุเป็นหน่วยบริการภาคประชาชน ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อเสริมการทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และลดความแออัดในโรงพยาบาล โดยมีการจัดสรรงบประมาณ และบุคลากรสนับสนุนอย่างชัดเจน

2) ผลักดันนโยบายการบูรณาการกลไก “3 หมอ” ร่วมกับเทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลสุขภาพในชุมชน ควรส่งเสริมให้เกิดนโยบายระดับกระทรวงสาธารณสุขในการใช้กลไกหมอประจำบ้าน หมอสาธารณสุข และหมอครอบครัวร่วมกับการใช้ระบบดิจิทัล เช่น Smart อสม., Telemedicine, LINE และ H4U เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และทันสมัย

3) ภาครัฐควรมีนโยบายสนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะ และบทบาทของ อสม. ให้สามารถทำหน้าที่เป็น Health Coach ในระดับชุมชน โดยจัดสรรงบประมาณฝึกอบรม สนับสนุนอุปกรณ์ และระบบรายงานผลที่เชื่อมโยงกับหน่วยบริการหลัก

4) ควรมีนโยบายระดับชาติที่ชัดเจนในการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) มีบทบาทร่วมในการบริหารจัดการสถานี่สุขภาพ เช่น การจัดสรรงบประมาณ การสนับสนุนสถานที่ และวัสดุอุปกรณ์ และการเป็นกรรมการร่วมกำกับติดตามผล เพื่อสร้างความยั่งยืนของระบบสุขภาพระดับหมู่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. Hanney S R, Gonzalez-Block M A, Buxton M J, Kogan M, et al. The utilization of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment. Health Research Policy.and Systems 2003; 1(1): 2.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ. นโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ; 2563.
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือแนวทางการจัดบริการสถานี่สุขภาพดิจิทัล (Digital health station) ในชุมชน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2565.



4. กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิค แอนดส์ดีไซน์; 2563.
5. Shrestha A, Bhattarai R, Joshi SK. Community-driven health governance: a participatory action research in Nepal's village health stations. *J Community Health* 2023; 48(2): 301–15.
6. Santos L, Oliveira R, Silva P. Data-to-action framework for NCD prevention in Brazilian primary care. *Lancet Glob Health* 2022; 10(4): e543–e551.
7. Mwangi E, Kipkoech T, Omondi S. Multi-level governance in community health systems: evidence from Kenya. *Health Policy Plan* 2024; 39(1): 88–102.
8. Patel V, Desai M, Reddy KS. Hub-and-spoke model for NCD management in rural India. *BMJ Glob Health* 2021; 6(7): e006432.
9. Ampofo AG, Osei FB, Mensah K. mHealth tracker for community health monitoring in Ghana: a mixed-methods study. *Int J Med Inform* 2025; 183: 105318.
10. Adiwinata J, Wahyuni AS, Putra IG. Digital-enabled NCD screening by community health workers in rural Indonesia. *BMC Public Health* 2023; 23: 1457.
11. Ogunniyi MO, Adebayo AM, Salako BL. Pictorial cardiovascular risk assessment tool for low-literacy settings: a cluster RCT in Nigeria. *Lancet Glob Health* 2022; 10(5): e698–e706.
12. Uwimana J, Mukeshimana M, Ntawuyirushintege S. USSD-based mHealth system for community health reporting in Rwanda. *J Am Med Inform Assoc.* 2024;31(1):87-95.
13. Vasquez T, Huaman E, Campos M. Scaling telemedicine in Andean rural health posts: challenges and outcomes. *Rural Remote Health* 2023; 23(2): 7125.
14. Rahman SM, Islam MT, Ahmed SM. Blended learning for capacity building of village health workers in Bangladesh. *Hum Resour Health* 2025; 23: 24.