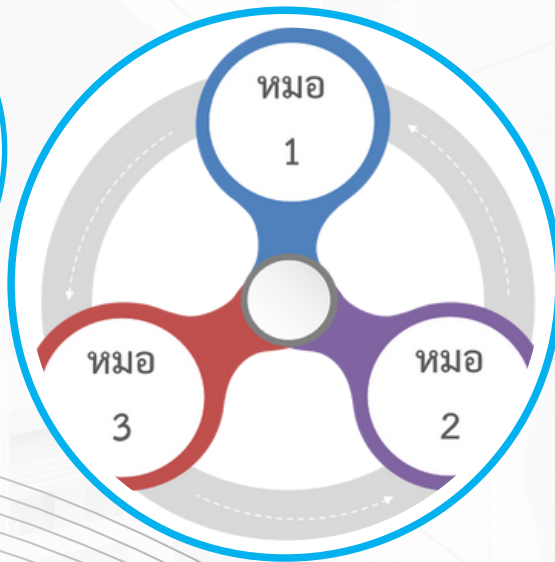




สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10  
The Office of Disease Prevention and Control 10

# คู่มือ การขับเคลื่อนการดำเนินงาน โรคไม่ติดต่อแฉะใหม่ เขตสูงภาพที่ 10



เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง ผลของการขยายรูปแบบการดูแลสุขภาพ  
กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สู่การขับเคลื่อนนโยบาย  
การดำเนินงาน โรคไม่ติดต่อ เขตสูงภาพที่ 10

## คำนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ได้กลายเป็นภาระหลักของระบบสุขภาพไทยและทั่วโลก โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรไทย โดยเฉพาะโรคเบาหวานที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ที่น่ากังวลยิ่งไปกว่านั้นคือ มีประชากรไทยอีกประมาณร้อยละ 15-20 ที่อยู่ในภาวะกลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวาน (Pre-diabetes) และยังมีประชากรกลุ่มเสี่ยงอีกจำนวนมาก สถานการณ์นี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนเท่านั้น แต่ยังเป็นภาระทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อครัวเรือนและระบบสุขภาพของประเทศ เขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งครอบคลุม 5 จังหวัด ภาคอีสานตอนล่าง พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ และมีกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวานอีกประมาณร้อยละ 10 ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของประชาชนในพื้นที่ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง การขาดการออกกำลังกายที่เพียงพอ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน และความเครียดจากการประกอบอาชีพ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่น

ด้วยตระหนักถึงความท้าทายดังกล่าว เขตสุขภาพที่ 10 จึงได้พัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อแนวใหม่ที่เน้นการบูรณาการเชิงระบบ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ภายใต้แนวคิด "3 หมอ 3S 3A" ที่เน้นการทำงานแบบบูรณาการระหว่างหมอคนที่ 1 (อสม.) หมอคนที่ 2 (บุคลากร รพ.สต.) และหมอคนที่ 3 (แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว) ร่วมกับการจัดตั้งสถานีสภาพชุมชนที่เมืองค์ประกอบ 3S (Staff, Stuff, System) และการให้บริการ 3A (Assess, Advise, Arrange) เพื่อมุ่งเน้นการป้องกันโรคตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ การคัดกรองและวินิจฉัยเร็ว การดูแลรักษาที่มีมาตรฐาน และการฟื้นฟูสภาพที่ครอบคลุม คู่มือนี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือสนับสนุนบุคลากรทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับงาน NCDs เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลและสุขภาพประชาชนในพื้นที่อย่างยั่งยืนต่อไป

เกศรา แสนศิริทวีสุข  
และคณะ

## สารบัญ

	หน้า
<b>ส่วนที่ 1 บทนำและภาพรวม</b>	
• บทนำ	3
• กลุ่มเป้าหมายในการนำคู่มือไปใช้	4
• กรอบแนวคิด	4
<b>ส่วนที่ 2: รูปแบบการดำเนินงาน</b>	
• แนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงาน	5
• การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชน	11
• การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวานแนวใหม่	14
• การเชื่อมโยงในชุมชน	17
• มาตรการและเครื่องมือสำคัญ	19
<b>ส่วนที่ 3 การพัฒนาระบบและบุคลากร</b>	
• บทบาทของระบบ "3 หมอ"	21
• การสร้างชุดความรู้และพัฒนาศักยภาพบุคลากร	21
<b>ส่วนที่ 4 การประเมินผลและแนวทางการขยายผล</b>	
• การประเมินผล	22
• แนวทางการขยายผล	22
<b>ส่วนที่ 5 กรณีศึกษา</b>	
• ด้านการดำเนินงานสถานีสู่สุขภาพชุมชน	23
• ด้านการดำเนินงาน DM Remission	29
<b>เอกสารอ้างอิง</b>	36
<b>ภาคผนวก ก แบบประเมินสมรรถนะสถานีสู่สุขภาพ</b>	38
<b>ภาคผนวก ข ภาพกิจกรรม</b>	40
<b>ภาคผนวก ค รายชื่อคณะทำงาน</b>	43

## ส่วนที่ 1: บทนำและภาพรวม

### 1. บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกและประเทศไทย โดยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พบว่าความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 9.9 ในปี พ.ศ. 2562 ซึ่งหมายความว่าปัจจุบันมีผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยประมาณ 5 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ที่น่ากังวลยิ่งไปกว่านั้นคือ ข้อมูลจากการสำรวจเดียวกันพบว่า มีประชากรไทยอีกประมาณร้อยละ 15-20 ที่มีภาวะ Pre-diabetes หรือกลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวาน ซึ่งหมายถึงผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติแต่ยังไม่ถึงเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน (FPG 100-125 mg/dL) คิดเป็นประมาณ 10 ล้านคนทั่วประเทศที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคเบาหวานในอนาคต (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2564) เบาหวานไม่เพียงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่ยังนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต และภาวะแทรกซ้อนทางตาและระบบประสาท อีกทั้งยังเป็นภาระทางเศรษฐกิจทั้งในระดับครอบครัวและระบบสาธารณสุขโดยรวม จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า กลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวาน (Pre-diabetes) มีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายในระยะเวลา 5-10 ปี โดยมีอัตราการพัฒนาเป็นโรคเบาหวานประมาณร้อยละ 5-10 ต่อปี อย่างไรก็ตาม งานวิจัยหลายชิ้นทั่วโลกได้แสดงให้เห็นว่า การคัดกรองเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นสามารถชะลอหรือป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้ถึงร้อยละ 58 ซึ่งมีประสิทธิผลมากกว่าการใช้ยาอย่างเดียว สำหรับประเทศไทย แม้จะมีนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อมาอย่างต่อเนื่อง แต่การดำเนินงานในระดับพื้นที่ยังพบความท้าทายหลายประการ โดยเฉพาะการขาดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้นที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม ตลอดจนวิถีชีวิตที่เร่งรีบในปัจจุบัน ยังส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

สำหรับเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า มีอัตราความชุกของโรคเบาหวานสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ โดยมีผู้ป่วยเบาหวานประมาณร้อยละ 10.5 ของประชากรในพื้นที่ และมีกลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวานอีกประมาณร้อยละ 18-22 จากข้อมูลการคัดกรองในปี พ.ศ.2566 พบว่า กลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 10 ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานและวัยผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่ยังมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม การป้องกันไม่ให้อัตราการเพิ่มสูงขึ้นของผู้ป่วยเบาหวานจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งทั้งในมิติสุขภาพและเศรษฐกิจ นอกจากนี้ ยังพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของประชาชนในพื้นที่ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง การขาดการออกกำลังกายที่เพียงพอ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน และความเครียดจากการประกอบอาชีพ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ด้วยเหตุนี้ คณะผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสู่ การขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเขตสุขภาพที่ 10 โดยมีการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้น ในกลุ่มสงฆ์ป่วยเบาหวาน การบูรณาการองค์ความรู้ทางวิชาการ เทคโนโลยีดิจิทัล และภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อ สร้างแนวทางการดำเนินงานที่มีประสิทธิผลและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

## 1.2 วัตถุประสงค์

เพื่อใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อในระดับเขตสุขภาพ แนวทางฉบับ นี้มุ่งหวังที่จะเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาระบบบริการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มสงฆ์ป่วยเบาหวานแนวใหม่ ที่มีความครอบคลุม มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ตลอดจนสามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงใน ยุคดิจิทัลที่กำลังเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว อันจะนำไปสู่การลดภาระโรคไม่ติดต่อของประเทศในระยะยาวต่อไป

## 2. กลุ่มเป้าหมายในการนำคู่มือไปใช้

ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ ระดับเขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอบ้านดง ตำบล ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวง สาธารณสุข

## 3. กรอบแนวคิด

การพัฒนาคู่มือการขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 10 เพื่อเป็นแนวทาง ดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงฆ์ป่วย พัฒนามาจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และ สังเคราะห์จากงานวิจัยเรื่อง ผลของการขยายรูปแบบการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สู่การขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงาน โรคไม่ติดต่อ เขตสุขภาพที่ 10 รวมทั้งการถอดบทเรียนแนวปฏิบัติที่ดี (Best Practice) การดำเนินงานในพื้นที่ จากกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มสงฆ์ป่วยเบาหวานแนวใหม่ที่ กล่าวมาทั้งหมด จะเห็นได้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มสงฆ์ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องอาศัย การบูรณาการองค์ความรู้และทรัพยากรจากหลายภาคส่วน รวมทั้งการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรม ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อให้เกิดรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในการลดการเกิด โรคเบาหวานรายใหม่ในประชากรกลุ่มเสี่ยง

## ส่วนที่ 2: รูปแบบการดำเนินงาน

### 2.1 แนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงาน

การขับเคลื่อนการดำเนินป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วย จะประสบความสำเร็จได้ ต้องอาศัยความร่วมมือและการบูรณาการระหว่างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

#### 2.1.1 ระดับเขตสุขภาพ

**บทบาทหลัก :** กำหนดนโยบาย ทิศทางการดำเนินงาน ตามแนวทางการดำเนินงานจากส่วนกลาง และประสานความร่วมมือระหว่างจังหวัด รวมทั้งพัฒนาองค์ความรู้และมาตรฐานการปฏิบัติ โดยบทบาทของหน่วยงานที่สนับสนุน และให้คำปรึกษาด้านวิชาการ ประกอบด้วย

1) **ศูนย์วิชาการเขตสุขภาพ** (สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ศูนย์อนามัย ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพ ศูนย์สุขภาพจิต) มีบทบาทดังนี้

- ขับเคลื่อนนโยบายระดับเขต กำหนดเป้าหมาย และตัวชี้วัด
- จัดสรรงบประมาณสนับสนุน
- พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม สร้างชุดความรู้ คู่มือปฏิบัติ สนับสนุนด้านวิชาการแก่จังหวัด รวมทั้งถ่ายทอดเทคโนโลยีและนวัตกรรม

- ติดตาม ประเมินผล และรายงานความก้าวหน้า

2) **โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย** มีบทบาทดังนี้

- เป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญและสนับสนุนวิชาการ
- พัฒนาแนวทางการรักษา การดูแล และให้คำปรึกษากรณีซับซ้อน
- เป็นแหล่งอ้างอิงทางวิชาการ

3) **สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต** มีบทบาทดังนี้

- สนับสนุนงบประมาณการดำเนินงาน
- กำหนดแนวทางการเบิกจ่าย
- ติดตามการใช้จ่ายงบประมาณ

## 2.1.2 ระดับจังหวัด

**บทบาทหลัก :** นำนโยบายเขตสู่การปฏิบัติในจังหวัด ประสานการทำงานระหว่างอำเภอ สนับสนุนทรัพยากรและกำกับติดตาม โดยบทบาทของหน่วยงานระดับจังหวัด ประกอบด้วย

- 1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีบทบาทดังนี้
  - ประกาศนโยบายจังหวัด
  - จัดสรรงบประมาณและทรัพยากร
  - ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ในจังหวัด
  - ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน
- 2) คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัด
  - กำหนดแผนยุทธศาสตร์จังหวัด
  - ประสานความร่วมมือภาคีเครือข่าย
  - สนับสนุนการพัฒนารูปแบบการดูแลตามบริบทพื้นที่
- 3) โรงพยาบาลจังหวัด
  - เป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับจังหวัด
  - ให้การสนับสนุนวิชาการแก่โรงพยาบาลชุมชน
  - รับส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน
- 4) หน่วยงานสนับสนุนอื่นๆ
  - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: สนับสนุนงบประมาณและพื้นที่
  - สถาบันการศึกษา: ให้การสนับสนุนด้านวิชาการและวิจัย
  - ภาคเอกชน: สนับสนุนทรัพยากรและนวัตกรรม

## 2.1.3 ระดับอำเภอ

**บทบาทหลัก :** ปรับแผนงานให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ประสานการทำงานระหว่างตำบล และพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยบทบาทของหน่วยงานระดับอำเภอ ประกอบด้วย

- 1) โรงพยาบาลชุมชน เป็นหมอคนที่ 3 (หมอครอบครัว)
  - วินิจฉัยและรักษาผู้ป่วย
  - สนับสนุนด้านวิชาการแก่ รพ.สต.
  - จัดบริการ Telehealth และ Digital Health

## 2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

- ประสานความร่วมมือภาคีเครือข่าย
- สนับสนุนการดำเนินงานระดับตำบล
- ติดตามและแก้ไขปัญหา

## 3) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

- ประสานงานระหว่างหน่วยบริการ
- กำกับติดตามการดำเนินงาน
- สนับสนุนงบประมาณจากกองทุนต่างๆ

## 4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล)

- สนับสนุนงบประมาณและสถานที่
- ดำเนินการระบบกู้ชีพ 1669
- ประชาสัมพันธ์และสร้างความตระหนักรู้

### 2.1.4 ระดับตำบล/หมู่บ้าน

**บทบาทหลัก :** ให้บริการปฐมภูมิโดยตรงแก่ประชาชน ดำเนินการคัดกรอง ป้องกันโรค สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน  
หน่วยงานและบทบาท ประกอบด้วย

#### 1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

- เป็นหมอคนที่ 2 (หมอสาธารณสุข)
- จัดบริการคัดกรองและรักษาขั้นพื้นฐาน
- ประเมินความเสี่ยงและวางแผนการดูแล
- ประสานงานระหว่างหมอคนที่ 1 และ 3

#### 2) สถานีสภาพชุมชน ควรมีองค์ประกอบคือ 3S ได้แก่

- **Staff:** อสม., แกนนำชุมชน, จิตอาสา
- **Stuff:** เครื่องมือตรวจคัดกรอง, อุปกรณ์การแพทย์
- **System:** ระบบการให้บริการ, การเชื่อมโยงข้อมูล

กิจกรรมที่ให้บริการในสถานีสภาพชุมชน ประกอบด้วย 3A ได้แก่

- **Assess:** การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงและประเมินพฤติกรรมสุขภาพเบื้องต้น
- **Advise:** ให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามผลการประเมินความเสี่ยง เน้น 3อ 2ส
- **Arrange:** จัดระบบการส่งต่อและนัดหมายติดตามสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วย

เขตสุขภาพที่ 10 มีการติดตามการดำเนินงานในสถานีสุภาพชุมชนด้วยการใช้แบบประเมินของผู้ให้บริการในสถานีสุภาพชุมชน เพื่อประเมินสมรรถนะสถานีสุภาพ ผ่านระบบออนไลน์ (google form) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น โดยประยุกต์จากคู่มือสถานีสุภาพของกรมควบคุมโรค และปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ใช้สำหรับประเมินความพร้อมและประสิทธิภาพในการดำเนินงานของสถานีสุภาพในชุมชน (รายละเอียดเอกสารประเมินสมรรถนะสถานีสุภาพ ดังภาคผนวก ก)

### 3) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

- เป็นหมอคนที่ 1 (หมอประจำบ้าน)
- ค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง
- เยี่ยมบ้านและติดตามผู้ป่วย
- ให้ความรู้และสร้างความตระหนักรู้
- เป็น "Buddy Health Coach"

### 4) ชุมชนและภาคีเครือข่าย

- ผู้นำชุมชน: สนับสนุนและประสานงาน
- แกนนำเยาวชน: ช่วยเหลือในกิจกรรมและเหตุการณ์ฉุกเฉิน
- วัด/โรงเรียน: เป็นพื้นที่จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- กลุ่มผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยง: มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

#### 2.1.5 กลไกการเชื่อมโยงระหว่างระดับ

##### 1) การสื่อสารและประสานงาน

- ระบบรายงานผ่านช่องทางดิจิทัล
- การประชุมร่วมระหว่างระดับ
- การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

##### 2) การส่งต่อข้อมูลและผู้ป่วย

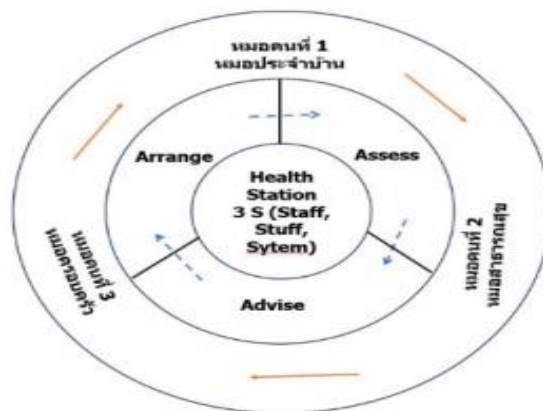
- ระบบ 3 หมอเชื่อมโยงกัน
- การใช้เทคโนโลยี Telemedicine
- แอปพลิเคชันและ Line OA

### 3) การติดตามและประเมินผล

- ตัวชี้วัดร่วมทุกระดับ
- การนิเทศและเยี่ยมเสริมพลัง
- การรายงานผลเป็นระยะ

รูปแบบการขับเคลื่อนนี้เน้นการทำงานแบบบูรณาการ โดยทุกระดับมีบทบาทเชื่อมโยงกันเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ เข้าถึงได้ และต่อเนื่อง ภายใต้หลักการ "3หมอ 3S 3A" ดังภาพที่ 1 และมีความเชื่อมบทบาทการดำเนินงานของหน่วยงานแต่ละระดับ ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 1 รูปแบบการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อแนวใหม่ เขตสุขภาพที่ 10 ภายใต้แนวคิด 3หมอ 3S 3A



ภาพที่ 2 บทบาทภาคีเครือข่ายขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ ตามหลัก 3หมอ 3S 3A



## 2.2 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสำหรับดูแลสุขภาพในชุมชน ประกอบด้วย

### 1) ฝ่ายวิชาการ เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีบทบาทดังนี้

- สร้างและประสานความร่วมมือระหว่างเครือข่าย
- การสนับสนุนวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร
- การอบรมฝึกทักษะในการเฝ้าระวัง คัดกรอง การดูแลสุขภาพ กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มผู้ป่วย/ผู้ดูแล
- การสร้างขวัญกำลังใจ
- การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การติดตามเยี่ยมเสริมพลัง
- การเผยแพร่และขยายผลงานรูปแบบดูแลสุขภาพในชุมชน
- การส่งเสริมให้มีสถานีสุภาพชุมชน (Health Station) เขตสุขภาพที่ 10

### 2) ฝ่ายบุคลากรและอาสาสมัครสาธารณสุข มีบทบาท ดังนี้

- การผลักดันให้เกิดแผนการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่
- การระดมทรัพยากรของเครือข่าย
- เป็นแกนหลักในการประสานกับภาคส่วนต่างๆ
- การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย แกนนำ อาสาสมัครในชุมชน ประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วย
- การคัดกรองเชิงรุกโดยบูรณาการเข้ากับงานประจำ
- การประเมินความเสี่ยงประชาชนกลุ่มวัยทำงานอายุ 35 ปีขึ้นไป
- การสร้างกลไกการทำงานของแกนนำและอสม.
- การเผยแพร่ข้อมูลผลการคัดกรองกลับคืนสู่ชุมชน
- การพัฒนาศักยภาพและเป็นพี่เลี้ยงให้กับ อสม.
- การกำหนดมาตรการในการเฝ้าระวัง คัดกรอง โดยการบูรณาการเข้ากับการตรวจสุขภาพประจำปี
- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยงสูง

### 3) ฝ่ายตัวแทนท้องถิ่น ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน แกนนำเยาวชนในชุมชน หน่วยกู้ชีพตำบล มีบทบาท ดังนี้

- การส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน และประชาชน
- อบต.ให้การสนับสนุน ด้านสุขภาพ การประชาสัมพันธ์ สนับสนุนงบประมาณ และสถานที่ในการจัดตั้งสถานีสุภาพชุมชน ให้กับ รพ.สต.
- การสนับสนุนงบประมาณตรวจสุขภาพประจำปี จัดบริการหน่วยกู้ชีพ 1669 ประจำ อบต. ตามมาตรฐานกำหนดของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- การประชาสัมพันธ์ข่าวให้คนในหมู่บ้าน

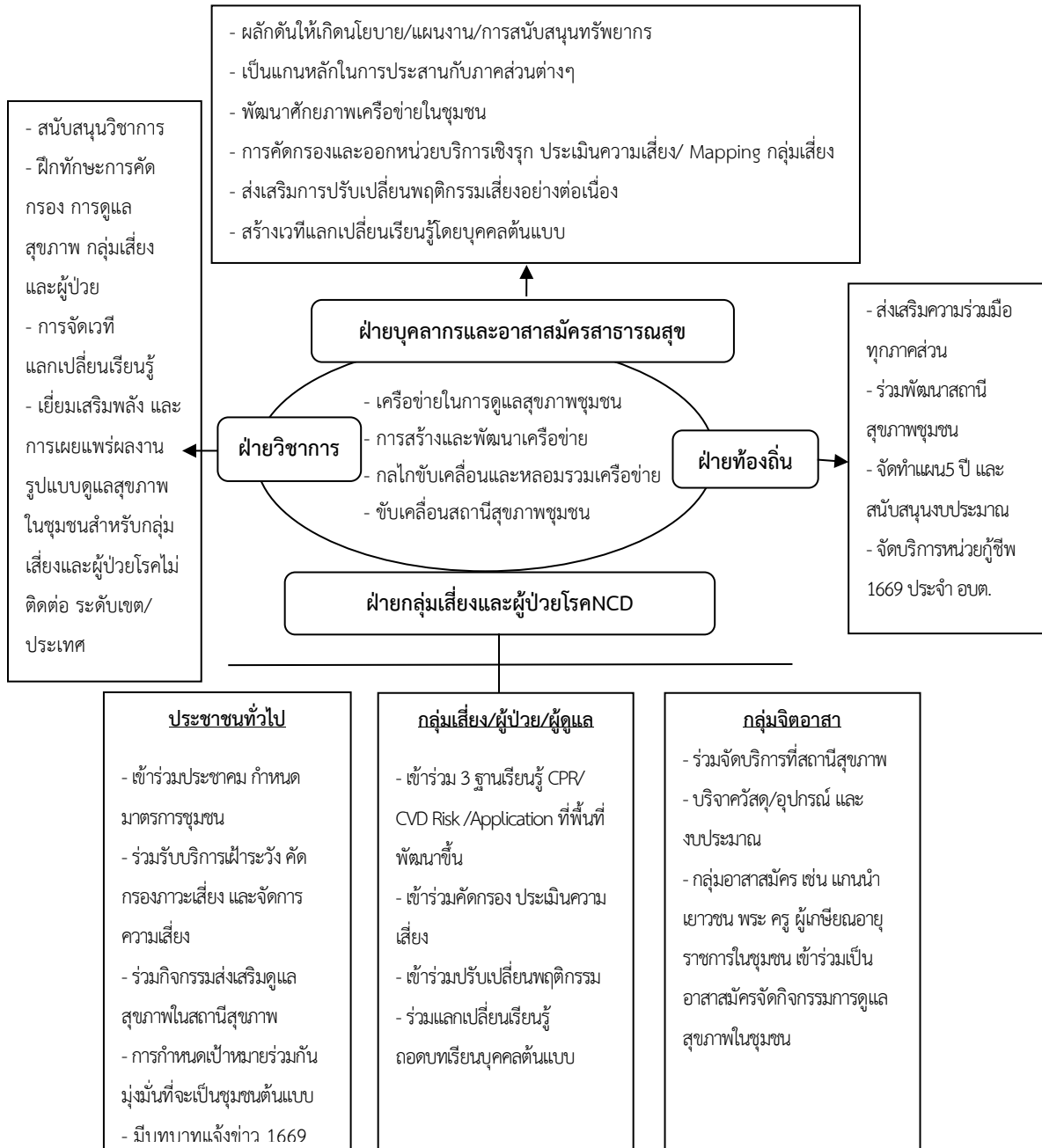
- การพัฒนาอาสาสมัครประจำชุมชน เพื่อเป็นผู้ประสานและดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินประจำหมู่บ้าน
- การทำแผนสนับสนุนงบประมาณให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

**4) ฝ่ายประชาชน** ได้แก่ กลุ่มเสียง/กลุ่มสงสัยป่วย และกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อ หรือผู้ดูแล มีบทบาท ดังนี้

- การเข้าร่วมประชาคมเพื่อสะท้อนความต้องการของประชาชน
- หน่วยงานท้องถิ่นสร้างมาตรการชุมชน
- การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง คัดกรอง สังเกตภาวะเสี่ยงเตือนภัย
- จัดการความเสี่ยงในส่วนบุคคล ครั้วเรือน รวมถึงชุมชน
- การจัดร่วมทำแผนแบบมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนและหลอมรวมเครือข่าย
- การดำเนินการคัดกรอง ดูแลสุขภาพในชุมชน

การสร้างระบบและกลไกให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงาน แบบมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ดังกล่าวจัดเป็นนวัตกรรมที่โดดเด่น ใช้แนวคิด "ใกล้บ้าน ใกล้ใจ" โดยจัดตั้งจุดบริการสุขภาพในชุมชนที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้สะดวก มีการให้บริการคัดกรองความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการบันทึกและติดตามข้อมูลสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาระบบ "เพื่อนช่วยเพื่อน" ผ่านกลุ่มแกนนำในชุมชน และ อสม. ที่ผ่านการอบรมให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น รวมถึงการสร้างเครือข่ายการดูแลฉุกเฉินในชุมชนที่เชื่อมโยงกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถอธิบายความเชื่อมโยงบทบาทหน้าที่ได้ดังภาพที่ 3

### ภาพที่ 3 บทบาทเครือข่ายในการจัดตั้งสถานีสุขภาพชุมชน



## 2.3 การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานแนวใหม่

**2.3.1 แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในยุคดิจิทัล** ในยุคดิจิทัลที่เทคโนโลยีมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบให้ทันสมัยและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานซึ่งต้องการการติดตามและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง แนวคิดสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพยุคดิจิทัลประกอบด้วย

1) การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก ผ่าน Digital Health Station, Mobile Health Applications และ Wearable Devices ช่วยในการเฝ้าระวัง คัดกรอง และติดตามสุขภาพในชุมชน

2) การบูรณาการแพลตฟอร์มออนไลน์ในการป้องกันโรค ใช้ Telemedicine, Line Official Account และ Health Chatbot เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ

3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยนวัตกรรมดิจิทัล ผ่าน Online Health Community, Gamification และ Personalized Health Recommendations เพื่อให้กลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้กำลังใจ สร้างแรงจูงใจ และแบ่งปันเทคนิคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งกันและกัน

4) การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพเพื่อการดูแลที่แม่นยำ ด้วยระบบ Health Data Sharing, Predictive Analytics และ Personal Health Records ช่วยให้การดูแลสุขภาพมีความต่อเนื่องและครอบคลุม

### 2.3.2 การบูรณาการระหว่างหน่วยงานในการดูแลกลุ่มเสี่ยง

การดูแลกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน และสถาบันการศึกษา ในรูปแบบความร่วมมือ "จตุรภาคี" เป็นรูปแบบความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน

### 2.3.3 กลยุทธ์หลักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในเขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย

#### 1) การเน้นลดคาร์บ (Low Carb) และหลักการทางโภชนาการ

(1) **แนวคิดและหลักการของอาหารลดคาร์บ (Low Carbohydrate Diet)** เป็นหนึ่งในกลยุทธ์สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโภชนาการสำหรับกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน แนวคิดนี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ว่า การลดปริมาณคาร์โบไฮเดรตในอาหารจะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดและลดการหลั่งอินซูลิน ซึ่งในระยะยาวจะช่วยเพิ่มความไวต่ออินซูลิน (Insulin Sensitivity) และช่วยชะลอหรือป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และยังช่วยลดน้ำหนักได้มากกว่าในระยะสั้นถึงปานกลาง ซึ่งการลดน้ำหนักเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน

(2) **แนวทางการปฏิบัติสำหรับกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน** ในบริบทของเขตสุขภาพที่ 10 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคแบบลดคาร์โบไฮเดรตได้รับการปรับให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมการบริโภคของคนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

- **การจำกัดปริมาณข้าวและแป้ง** โดยลดปริมาณข้าวเหนียวหรือข้าวเจ้าลงครึ่งหนึ่งจากที่เคยรับประทาน และเพิ่มสัดส่วนของโปรตีนและผักให้มากขึ้น
- **การเลือกคาร์โบไฮเดรตที่มีดัชนีน้ำตาล (Glycemic Index) ต่ำ** เช่น ข้าวกล้อง ข้าวไรซ์เบอร์รี่ หรือธัญพืชที่ไม่ขัดสี แทนข้าวขาวหรือข้าวเหนียว
- **การเพิ่มการบริโภคผักให้หลากหลายชนิดและในปริมาณมาก** โดยเน้นผักพื้นบ้านที่หาได้ง่ายในท้องถิ่น เช่น ผักหวาน ยอดมะม่วง ผักต้ว เป็นต้น
- **การเลือกโปรตีนที่มีคุณภาพและไขมันที่ดี** เช่น ปลา ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ถั่วเมล็ดแห้ง และน้ำมันจากพืช เช่น น้ำมันรำข้าว น้ำมันมะพร้าว

(3) **การติดตามและประเมินผล** ต้องมีการติดตามและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ โดยหมอคนที่ 1 และ 2

2) **การอดอาหารแบบ Intermittent Fasting (IF) และประโยชน์**

(1) **แนวคิดและหลักการของการอดอาหารแบบเป็นช่วง (Intermittent Fasting: IF)** เป็นรูปแบบการรับประทานอาหารที่เน้นการจำกัดช่วงเวลาในการรับประทานอาหาร มากกว่าการจำกัดชนิดหรือปริมาณอาหาร แนวคิดนี้อาศัยหลักการทางวิทยาศาสตร์ที่ว่า การงดอาหารเป็นระยะจะกระตุ้นกระบวนการ Autophagy (การกำจัดเซลล์ที่เสื่อมสภาพ) และปรับสมดุลฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการเผาผลาญ โดยเฉพาะการลดระดับอินซูลินและเพิ่มความไวต่ออินซูลิน ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน จากการศึกษาวิจัยพบว่า การอดอาหารแบบเป็นช่วงสามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด ระดับอินซูลิน และความต้านทานอินซูลิน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นอกจากนี้ ยังช่วยลดน้ำหนักและไขมันในร่างกาย ลดการอักเสบ และปรับปรุงสุขภาพของหัวใจและหลอดเลือด

(2) **รูปแบบของการอดอาหารแบบเป็นช่วงที่นำมาใช้ในเขตสุขภาพที่ 10** ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 10 ได้นำรูปแบบของการอดอาหารแบบเป็นช่วงมาประยุกต์ใช้ โดยคำนึงถึงวิถีชีวิตและการทำงานของประชาชนในพื้นที่ ดังนี้

- **การอดอาหาร 16/8 (16:8 Intermittent Fasting)** เป็นรูปแบบที่ได้รับความนิยมและปฏิบัติได้ง่ายที่สุด โดยงดอาหารเป็นเวลา 16 ชั่วโมง และรับประทานอาหารในช่วงเวลา 8 ชั่วโมงที่เหลือ
- **การอดอาหาร 5:2** คือ การรับประทานอาหารปกติ 5 วันต่อสัปดาห์ และจำกัดแคลอรี (ประมาณ 500-600 แคลอรี) ในอีก 2 วันที่ไม่ติดต่อกัน

➤ การงดอาหารในช่วงกลางคืน (Overnight Fasting) เป็นรูปแบบที่ง่ายที่สุดสำหรับผู้เริ่มต้น โดยรับประทานมื้อสุดท้ายก่อน 18.00 น. และไม่รับประทานอาหารใดๆ จนถึงอาหารเช้า

➤ การงดอาหาร 24 ชั่วโมง (Eat-Stop-Eat) โดยงดอาหารทั้งหมด 24 ชั่วโมง 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ เช่น รับประทานอาหารเช้าวันหนึ่ง แล้วงดอาหารจนถึงมื้อเย็นของวันถัดไป รูปแบบนี้เหมาะสำหรับผู้ที่มีประสบการณ์ในการอดอาหารมาระยะหนึ่งแล้ว

(3) ประโยชน์ที่พบในกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน ได้แก่ การลดลงของระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนักตัว และเส้นรอบเอว รวมถึงการเพิ่มความไวต่ออินซูลิน

### 2.3.4 กระบวนการสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing)

1) แนวคิดและหลักการของการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) เป็นเทคนิคการให้คำปรึกษาแบบมีทิศทาง ที่มุ่งเน้นการค้นหาและเสริมสร้างแรงจูงใจภายในของบุคคลเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งจะมีความยั่งยืนต้องเกิดจากความต้องการและแรงจูงใจภายในของบุคคลนั้นเอง ไม่ใช่จากการบังคับหรือสั่งสอนจากภายนอก

2) เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 10 ได้นำเทคนิค MI มาประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมของพื้นที่ โดยมีเทคนิคดังนี้

➤ การใช้คำถามปลายเปิด (Open-ended Questions) เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับบริการได้สำรวจความคิด ความรู้สึก และแรงจูงใจของตนเอง

➤ การรับฟังอย่างตั้งใจ (Active Listening) โดยให้ความสนใจทั้งคำพูดและภาษากาย แสดงท่าทีสนใจ และตอบสนองด้วยการทวนความหรือสะท้อนความรู้สึก

➤ การให้ข้อมูลแบบถาม-บอก-ถาม (Elicit-Provide-Elicit) คือการถามความรู้สึกหรือความเข้าใจของผู้รับบริการก่อน จากนั้นให้ข้อมูลที่จำเป็น แล้วถามความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อข้อมูลนั้น

➤ การสำรวจความขัดแย้งในใจ (Exploring Ambivalence) โดยช่วยให้ผู้รับบริการชั่งน้ำหนักระหว่างข้อดีของการเปลี่ยนแปลงกับข้อดีของการคงพฤติกรรมเดิม

➤ การกระตุ้นคำพูดแสดงความมุ่งมั่น (Evoking Change Talk) โดยพยายามให้ผู้รับบริการพูดถึงเหตุผล ความต้องการ ความพร้อม และความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลง

➤ การสรุปความและวางแผนร่วมกัน (Summarizing and Planning) โดยสรุปประเด็นสำคัญที่ได้พูดคุย และร่วมกันวางแผนการเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรมและเหมาะสมกับบริบทชีวิตของผู้รับบริการ

3) การประยุกต์ใช้ MI ในบริบทเขตสุขภาพที่ 10 คำนึงถึงวัฒนธรรมและบริบทของพื้นที่ เช่น การสอนทักษะ MI ให้กับทีมสุขภาพ การจัดกลุ่มสนทนาแบบ MI ในชุมชน (MI Group) การบูรณาการ MI กับ กิจกรรมชุมชน เช่น งานบุญประเพณี การประชุมหมู่บ้าน การใช้ MI ผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ เช่น Line Group หรือการโทรศัพท์ติดตาม สำหรับผู้ที่ไม่สะดวกเดินทางมาพบบุคลากรสาธารณสุขที่สถานพยาบาล เป็นต้น

### 2.3.5 แนวทางการให้คำปรึกษาและติดตามอย่างใกล้ชิด

ได้รับการพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทรัพยากรที่มีอยู่ และความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย โดยมีรูปแบบดังนี้

1) การเยี่ยมบ้านโดย อสม. ในฐานะ "Buddy Health Coach" ซึ่งเป็นอสม. ที่ผ่านการอบรม ด้านการดูแลกลุ่มเสี่ยงเบาหวานทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงสุขภาพ (Health Coach) ให้กับกลุ่มเป้าหมายในชุมชน และเยี่ยม บ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งในช่วง 3 เดือนแรก เพื่อให้คำแนะนำและกำลังใจ รวมถึงช่วยแก้ไขปัญหาเบื้องต้นที่ พบระหว่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2) การให้คำปรึกษารายบุคคลโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และนักจิตวิทยา ตามตารางนัดหมายที่เหมาะสม

3) การจัดกิจกรรมกลุ่มสนับสนุน (Support Group) สำหรับกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน โดยพบกันอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์

4) การติดตามผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล เป็นช่องทางในการติดตาม ให้คำแนะนำ และสร้าง แรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง

5) การใช้ Health Station ในการติดตาม กำหนดให้กลุ่มเป้าหมายตรวจวัดสุขภาพอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และบันทึกผลลงในระบบ เพื่อให้ทีมสุขภาพสามารถติดตามและให้คำแนะนำได้ทันทั่วทั้ง

## 2.4 การเชื่อมโยงในชุมชน

2.4.1 กระบวนการ "3 ถึง" (ถึงบ้าน ถึงคน ถึงชุมชน) เป็นแนวคิดการทำงานเชิงรุกในการดูแลกลุ่มสงสัยป่วย เบาหวานที่มุ่งเน้นการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างครอบคลุมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ได้แก่

1) ถึงบ้าน: การเยี่ยมบ้านเชิงรุก เป็นกลยุทธ์สำคัญในการเข้าถึงกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานในพื้นที่ เพื่อ ประเมินสภาพแวดล้อม บริบทครอบครัว และปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ (ธนวรรธน์ อิมสมบุรณ์, 2561)

2) ถึงคน: การดูแลเฉพาะบุคคล เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับความแตกต่างของแต่ละบุคคลในด้าน ปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมสุขภาพ ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง และบริบททางสังคมวัฒนธรรม ซึ่งจะนำมาเป็นข้อมูล สำคัญในการออกแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคล

3) ถึงชุมชน: การมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นแนวคิดสำคัญในการสร้างความยั่งยืนให้กับการดูแลกลุ่มเสี่ยง โดยอาศัยพลังและทรัพยากรในชุมชน เป็นแรงผลักดันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมในชุมชน กระบวนการ "3 ถึง" เป็นแนวทางการทำงานที่ผสมผสานการดูแลระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนเข้าด้วยกัน โดยมุ่งเน้นการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างครอบคลุมและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

2.4.2 การสร้างเครือข่ายผู้ดูแลในระดับท้องถิ่น เป็นกลยุทธ์สำคัญในการเพิ่มความครอบคลุมและประสิทธิภาพของการดูแลกลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวานในชุมชน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรจากหลากหลายสาขาและภาคส่วน (Fisher et al., 2017) ประกอบด้วย

1) บุคลากรหลัก: หมอครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการ นักวิชาการสาธารณสุข อสม. และนักกายภาพบำบัด

2) กลไกการประสานงาน: คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.), ทีมหมอครอบครัว, ระบบส่งต่อ, เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

3) ภาคิเครือข่ายนอกระบบสาธารณสุข: ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, ผู้นำชุมชน, กลุ่มจิตอาสา, ภาคเอกชน ซึ่งการมีความร่วมมือระหว่างเครือข่ายทั้งภาครัฐ ชุมชน และภาคเอกชนจะช่วยเพิ่มความยั่งยืนให้กับการดำเนินงาน

2.4.3 บทบาทของ อสม. และการทำงานเป็น "Buddy Health Coach" โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรสาธารณสุข อสม. มีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงบริการสุขภาพกับชุมชน และเป็นกำลังสำคัญในการดูแลกลุ่มเสี่ยงในชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) โดยการคัดเลือก อสม. ที่มีศักยภาพและฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เน้นการพัฒนาทักษะที่จำเป็น เช่น การประเมินความเสี่ยง การให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เป็นต้น การสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์ และการพัฒนาระบบพี่เลี้ยง

2.4.4 การสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนในการดูแลสุขภาพ เป็นแนวคิดสำคัญในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ WHO (2020) กล่าวว่า ชุมชนที่เข้มแข็งสามารถจัดการกับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน สำหรับกลยุทธ์การสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน ประกอบด้วย การพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ การพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรค การพัฒนาระบบอาหารชุมชน และการสร้างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ จากงานวิจัยของ วีระศักดิ์ พุทธาศรี และคณะ (2563) พบว่า ชุมชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมีความสามารถในการจัดการตนเองและดูแลกลุ่มเสี่ยงในชุมชนได้ดีกว่า

## 2.5 มาตรการและเครื่องมือสำคัญ

**2.5.1 การตรวจ DTX และการติดตามผล** เป็นมาตรการสำคัญในการคัดกรอง ติดตาม และประเมินความเสี่ยงของกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน โดยเป็นการตรวจที่สามารถทำได้ง่าย รวดเร็ว และให้ผลที่เชื่อถือได้ในระดับหนึ่ง (อภิชาติ วิชาญภรณ์ และคณะ, 2564) เขตสุขภาพที่ 10 ได้พัฒนาแนวทางการตรวจและติดตาม DTX สำหรับกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน ดังนี้

- 1) ใช้เพื่อคัดกรองเบื้องต้น ยืนยันการวินิจฉัย และติดตามกลุ่มสงสัยป่วย
- 2) ช่วยสร้างความตระหนัก ทดสอบผลของอาหารต่อระดับน้ำตาล หลังอาหาร 2 ชั่วโมง และติดตามความก้าวหน้าในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- 3) นวัตกรรม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจและติดตาม DTX มีการใช้อุปกรณ์เชื่อมต่อกับสมาร์ทโฟน, มีจุดตรวจ DTX ในชุมชน มีระบบบันทึกและติดตามผลแบบรายบุคคล

**2.5.2 การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมสุขภาพ** เขตสุขภาพที่ 10 ได้พัฒนาและนำเทคโนโลยีดิจิทัลหลายรูปแบบมาใช้ในการดูแลกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน ดังนี้

**1) ระบบ Smart Tele Health** เป็นระบบการให้บริการสุขภาพทางไกลที่ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการเชื่อมโยงผู้รับบริการกับผู้ให้บริการสุขภาพ สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดการเดินทางและค่าใช้จ่าย และเพิ่มความต่อเนื่องในการติดตามและประเมินผล นอกจากนี้ ระบบยังช่วยลดภาระงานของบุคลากรสาธารณสุข และเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร

**2) แอปพลิเคชัน Kindee** เป็นแอปพลิเคชันคำนวณและแจกแจงปริมาณอาหาร พัฒนาขึ้นเพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ การใช้ข้อมูลจากแอปพลิเคชันในการให้คำปรึกษาและปรับแผนการดูแลโดยทีมสุขภาพ

### 3) เครื่องมืออื่นๆ ได้แก่

- **Salt Meter** ใช้ในการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัย และกลุ่มป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง

- **Digital Health Station (สถานีสุขภาพดิจิทัล)** เป็นจุดบริการตรวจวัดสุขภาพด้วยตนเองที่ตั้งในพื้นที่สาธารณะหรือศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ และการติดตามต่อเนื่องในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรสาธารณสุข

- **Line Official Account และ Line Group** สำหรับให้ความรู้ ส่งข้อความแจ้งเตือน ส่งภาพถ่ายอาหารที่รับประทานประจำวัน และตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เพื่อติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

**2.5.3 การติดตามรายบุคคลและการวางแผนเฉพาะบุคคล** เป็นกลยุทธ์สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้นสำหรับกลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน โดยมุ่งเน้นการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการ ความพร้อม และบริบทของแต่ละบุคคล ประกอบด้วย ประเมินความเสี่ยงและความพร้อม การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน พัฒนาแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีนวัตกรรมคือ สมุดประจำตัวกลุ่มเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม

**2.5.4 นวัตกรรมการรณรงค์และสร้างความตระหนักรู้** เป็นกลยุทธ์สำคัญในการสร้างความเข้าใจและแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระดับประชากร เพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในชุมชน เขตสุขภาพที่ 10 ได้พัฒนานวัตกรรมการรณรงค์ สร้างความตระหนักรู้ที่สอดคล้องกับบริบท และวัฒนธรรมของพื้นที่ ดังนี้

#### 1) นวัตกรรมการรณรงค์ผ่านวัฒนธรรมท้องถิ่น

##### (1) นวัตกรรม "หมอลำ สร้างความรอบรู้สุขภาพ" ได้แก่

- "ลำเตี้ยนับคาร์บ" เป็นนวัตกรรมการรณรงค์ที่ผสมผสานการร้องเพลงแนวอีสาน เรียกว่า "ลำเตี้ย" โดยหมอลำพื้นบ้าน ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และสนุกสนาน ทำให้ผู้ฟังที่เป็นคนอีสานจำได้ง่าย และสามารถนำไปถ่ายทอดให้บุคคลอื่นได้

- "หมอลำกลอน สร้างความรอบรู้สุขภาพ" เป็นนวัตกรรมที่พัฒนาศักยภาพของหมอลำพื้นบ้านให้ร้องเพลงอีสานที่เกี่ยวกับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชน

(2) โครงการ "วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง" เป็นโครงการที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตามแนวทางวิถีไทยและหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงที่เน้นการใช้วัตถุดิบในท้องถิ่นและการปรุงอาหารที่เหมาะสมสำหรับการป้องกันโรคเบาหวาน

#### 2) นวัตกรรมการรณรงค์ผ่านกิจกรรมสร้างสรรค์

(1) กิจกรรม Park Run Thailand เป็นกิจกรรมวิ่งที่จัดขึ้นเป็นประจำทุกปี ไม่เน้นการแข่งขันแต่เน้นการมีส่วนร่วมและความสนุกสนาน

(2) รมรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบองค์รวม มีการจัดกิจกรรมรณรงค์ในรูปแบบต่างๆ เช่น การประกวดอาหารสุขภาพ การปั่นจักรยานเพื่อสุขภาพ การฝึกสมาธิและโยคะ การรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา

(3) การปั่นจักรยานสุขภาพ "ปั่นสองล้อ ต่อลมหายใจ" (Cycling for Life): เป็นกิจกรรมรณรงค์การออกกำลังกายด้วยการปั่นจักรยาน ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะผู้ที่มีข้อจำกัดด้านข้อต่อ

นวัตกรรมเหล่านี้ช่วยเพิ่มความตระหนัก ความรู้ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเบาหวานในชุมชน การสร้างเครือข่ายการทำงานที่หลากหลาย ส่งผลให้เพิ่มประสิทธิผลและความยั่งยืนของการรณรงค์และสร้างความตระหนักรู้ในการป้องกันโรคเบาหวานในชุมชน

### ส่วนที่ 3 การพัฒนาระบบและบุคลากร

**3.1 บทบาทของระบบ "3 หมอ" ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้นในกลุ่มสงฆ์ป่วยเบาหวาน** ต้องอาศัยการบูรณาการของเครือข่าย และทีมสหวิชาชีพ ดังนี้

1) **บทบาทของหมอกคนที่ 1: อสม. (หมอประจำบ้าน)** มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลกลุ่มสงฆ์ป่วยเบาหวานเนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชนมากที่สุด บทบาทหลัก คือ การค้นหา คัดกรองเบื้องต้น ติดตามเยี่ยมบ้าน ให้ความรู้และสร้างความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2) **บทบาทของหมอกคนที่ 2: บุคลากร รพ.สต. (หมอสถาพรณสุข)** มีบทบาทสำคัญด้านให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ การวิเคราะห์ ประเมินความเสี่ยง การวางแผนและจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้บริการด้านสุขภาพ ติดตามผล ให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพ อสม. และการประสานงานระหว่างหมอกคนที่ 1 และ 3

3) **บทบาทของหมอกคนที่ 3: แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว (หมอครอบครัว)** มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำทางวิชาการและให้การดูแลกรณีที่มีความซับซ้อน

โดยการพัฒนาระบบ 3 หมอที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้การดูแลกลุ่มสงฆ์ป่วยเบาหวานเป็นไปอย่างครอบคลุม ต่อเนื่อง และมีประสิทธิผล นำไปสู่การป้องกันการเกิดโรคเบาหวานและการลดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

### 3.2 การสร้างชุดความรู้และพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้น ประกอบด้วย

1) **การพัฒนาชุดความรู้เฉพาะบริบทชุมชน** วิเคราะห์บริบทและความต้องการ บูรณาการความรู้ทางวิชาการและภูมิปัญญาท้องถิ่น

2) **การออกแบบหลักสูตรที่เหมาะสมกับพื้นที่** กำหนดสมรรถนะที่จำเป็น ใช้วิธีการเรียนรู้ที่หลากหลาย และบูรณาการประสบการณ์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แล้วนำมาออกแบบหลักสูตรที่เหมาะสมกับพื้นที่

3) **การพัฒนาทักษะ Digital Literacy** ประกอบด้วย การประเมินระดับทักษะ อสม. จากการศึกษาของ Prasitwattanaseree และคณะ (2022) อธิบายว่า บุคลากรสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิของไทยมีระดับทักษะดิจิทัลที่แตกต่างกันอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่ม อสม. ที่มีความหลากหลายทั้งด้านอายุและพื้นฐานการศึกษา การประเมินทักษะก่อนการพัฒนาจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ส่วนการพัฒนาหลักสูตรด้านดิจิทัล ช่วยเพิ่มการยอมรับและการนำไปใช้จริงของบุคลากรในระบบบริการปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสร้างระบบที่เลี้ยงการศึกษาของ Ratana-ubol และคณะ (2021) พบว่า การมีระบบพี่เลี้ยงและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของ อสม. โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ

การสร้างชุดความรู้และพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระบบ 3 หมอเป็นกระบวนการสำคัญในการยกระดับการดูแลกลุ่มสงฆ์ป่วยเบาหวานในชุมชน ซึ่งความสำเร็จของการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระบบ 3 หมอขึ้นอยู่กับกระบวนการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน การสนับสนุนเชิงนโยบายและทรัพยากรที่เพียงพอ และการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามบริบทและความต้องการของพื้นที่ การถอดบทเรียนและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่จะเป็นกลไกสำคัญในการขยายผลและการพัฒนาต่อยอดในอนาคต

## ส่วนที่ 4 การประเมินผลและแนวทางการขยายผล

**4.1 การประเมินผล** กรอบการประเมินผลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งกระบวนการ ผลลัพธ์ และผลกระทบ ประกอบด้วย

1) การประเมินด้านกระบวนการ ได้แก่ ความครอบคลุมของกลุ่มเป้าหมาย คุณภาพของการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมและผู้ให้บริการ

2) การประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านความรู้และทัศนคติ พฤติกรรม ผลลัพธ์ทางคลินิก และคุณภาพชีวิต

3) การประเมินผลกระทบ ได้แก่ อัตราการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ ผลกระทบต่อระบบสุขภาพ ผลกระทบทางเศรษฐกิจ และผลกระทบต่อชุมชน

**4.2 แนวทางการขยายผล** การขยายผลรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่พื้นที่อื่นๆ ประกอบด้วย

1) การเตรียมความพร้อม ได้แก่ พัฒนาชุดความรู้และเครื่องมือ พัฒนาศักยภาพวิทยากรหลัก และจัดทำแผนการขยายผล

2) กลยุทธ์การขยายผล ได้แก่ ขยายผลแบบค่อยเป็นค่อยไป ประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบท และบูรณาการเข้ากับระบบปกติ

3) กลไกสนับสนุน ได้แก่ การสนับสนุนด้านนโยบาย ด้วยการผลักดันให้เป็นนโยบายระดับกระทรวงหรือเขตสุขภาพ การสนับสนุนด้านวิชาการ มีการพัฒนาระบบที่ปรึกษาและพี่เลี้ยง และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ทั้งงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และระบบฐานข้อมูล

4) การสร้างความยั่งยืน ด้วยการสร้างความเป็นเจ้าของในพื้นที่ จัดการความรู้และพัฒนาต่อยอด และสร้างแรงจูงใจและยกย่องเชิดชู

## ส่วนที่ 5 กรณีศึกษา

### 5.1 ด้านการดำเนินงานสถานีสุภาพชุมชน

การถอดบทเรียนและการจัดการความรู้เป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาการดำเนินงานสถานีสุภาพชุมชน ในเขตสุขภาพที่ 10 ให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยมีแนวทางดังนี้

1) **การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้** ในระดับต่างๆ ตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรียนรู้จากความสำเร็จและความล้มเหลว และร่วมกันค้นหาแนวทางการพัฒนา โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

2) **การถอดบทเรียนพื้นที่ต้นแบบ** ที่มีผลการดำเนินงานดีเด่น เพื่อค้นหาปัจจัยแห่งความสำเร็จและแนวปฏิบัติที่ดี (Best Practices) ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ โดยใช้กระบวนการถอดบทเรียนอย่างเป็นระบบ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ SWOT และการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงระบบ

3) **การจัดทำชุดความรู้และคู่มือการดำเนินงาน** ที่รวบรวมองค์ความรู้และแนวปฏิบัติที่ดีจากการถอดบทเรียน เพื่อเผยแพร่และใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานสำหรับพื้นที่ต่างๆ โดยจัดทำในรูปแบบที่เข้าใจง่าย มีภาพประกอบ และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

4) **การพัฒนาศูนย์เรียนรู้และแหล่งศึกษาดูงาน** ในพื้นที่ต้นแบบที่มีผลการดำเนินงานดีเด่น เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้สำหรับพื้นที่อื่นๆ ที่ต้องการพัฒนางานสถานีสุภาพชุมชน โดยจัดให้มีการนำเสนอรูปแบบการดำเนินงาน ผลงานเด่น นวัตกรรม และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ตลอดจนเปิดโอกาสให้ผู้มาศึกษาดูงานได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริง

5) **การสร้างชุมชนนักปฏิบัติ** ในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสถานีสุภาพชุมชน เช่น CoP ด้านการคัดกรองโรคไม่ติดต่อ CoP ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ CoP ด้านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในงานสุขภาพชุมชน เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง

6) **การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดการความรู้** โดยพัฒนาระบบฐานข้อมูลความรู้ออนไลน์ เว็บไซต์ หรือแอปพลิเคชันสำหรับรวบรวมและเผยแพร่องค์ความรู้ แนวปฏิบัติที่ดี และนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสถานีสุภาพชุมชน รวมทั้งเปิดพื้นที่ให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านช่องทางออนไลน์ เช่น กลุ่ม Line หรือเพจ Facebook เป็นต้น

7) **การจัดทำวิจัยและพัฒนา** เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่และพัฒนาต่อยอดงานสถานีสุภาพชุมชน โดยส่งเสริมให้มีการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) หรือการวิจัยและพัฒนา (R&D) ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง เช่น การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในชุมชน การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในงานสุขภาพชุมชน การวิจัยประเมินผลการดำเนินงานสถานีสุภาพชุมชน เป็นต้น

8) การประชุมวิชาการและการนำเสนอผลงาน ในเวทีระดับต่างๆ ตั้งแต่ระดับพื้นที่ ระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับประเทศ เพื่อเผยแพร่ผลงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับพื้นที่อื่นๆ รวมทั้งสร้างแรงบันดาลใจและแรงจูงใจในการพัฒนางาน

9) การจัดทำเรื่องเล่าความสำเร็จ จากการดำเนินงานสถานีสุขภาพชุมชน ทั้งในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อสื่อสารคุณค่าและความสำคัญของงานสถานีสุขภาพชุมชน สร้างแรงบันดาลใจ และเผยแพร่ให้สังคมรับรู้ผ่านช่องทางต่างๆ

10) การติดตามและประเมินผลการจัดการความรู้ เพื่อให้ทราบว่าการจัดการความรู้บรรลุเป้าหมายหรือไม่ มีการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์มากน้อยเพียงใด และควรปรับปรุงกระบวนการจัดการความรู้อย่างไร โดยพิจารณาจากตัวชี้วัดต่างๆ เช่น จำนวนองค์ความรู้ที่ได้รับการพัฒนา จำนวนพื้นที่ที่นำความรู้ไปใช้ประโยชน์ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำความรู้ไปใช้ เป็นต้น

ตัวอย่างความสำเร็จในการดำเนินงานสถานีสุขภาพชุมชนในเขตสุขภาพที่ 10 ได้แก่

1. สถานีสุขภาพชุมชนบ้านชาติ อำเภอสรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี มีนโยบาย "สุขภาพดีมีความรู้ ดูแลใกล้บ้าน บริการใกล้ใจ" โดยมีแนวทางการดำเนินงาน คือ 1) ส่งเสริมและพัฒนาสถานีสุขภาพในชุมชน มีคณะกรรมการและทีมงานที่ชัดเจน และมีตารางเวลาให้ อสม.หมั่นเวียนปฏิบัติงาน 2) สร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมีแผนพัฒนาศักยภาพ อสม. เพื่อนำความรู้ไปสื่อสาร ส่งต่อให้ประชาชน ด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมและการจัดการสุขภาพชุมชน 3) สร้างเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสุขภาพอย่างหลากหลาย อสม.ให้บริการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น ส่งเสริมให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งการนัดหมายผู้ป่วยมารับบริการที่สถานีสุขภาพ เพื่อพบแพทย์ผ่านระบบ Telemedicine Telepharmacy นอกจากนี้ ยังมีนวัตกรรมระบบขอมคิงออนไลน์ เพื่อเฝ้าระวังสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วย และกลุ่มป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

ภาพที่ 4 การให้บริการคัดกรองในสถานีสุขภาพ อำเภอสรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี



2. บทเรียนจากอำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งเป็นพื้นที่ต้นแบบด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน โดยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 66.57 เป็นอันดับ 1 ของประเทศ ปัจจัยสำคัญของความสำเร็จ ได้แก่ การมีระบบการติดตามเยี่ยมบ้านที่เข้มแข็งโดย อสม. การนำเทคโนโลยี Telemedicine มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง และการสนับสนุนอย่างเข้มแข็งจากผู้บริหารและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ภาพที่ 5 แสดงการให้บริการในสถานีสภาพ รถคัดกรองเชิงรุก และ Telemedicine



3. ศูนย์สุขภาพชุมชนเด็ค้ายบดินทรเดชา จังหวัดยโสธร เป็นชุมชนที่มีวิสัยทัศน์การพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนทุกกลุ่มวัยอย่างรอบด้าน โดยเฉพาะการสร้างระบบสุขภาพที่เข้มแข็งผ่านกลไก “สถานีสภาพชุมชน” ซึ่งเป็นศูนย์บริการสุขภาพระดับชุมชนที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน องค์กรท้องถิ่น และหน่วยงานสาธารณสุข จากการจัดตั้งและขับเคลื่อนงานผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการหมู่บ้าน ทำให้เกิดการบูรณาการระหว่างภาคีเครือข่าย ทั้ง อสม. CG (Care Giver) เทศบาล โรงเรียนผู้สูงอายุ และหน่วยบริการสุขภาพต่าง ๆ โดยมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ถึงปัจจุบัน ทั้งการคัดกรองโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง รวมถึงการใช้เทคโนโลยี เช่น Application หมอพร้อม, Smart อสม. และเครื่อง Body Composition เพื่อประเมินสุขภาพและติดตามผลการดูแล Health Station

บ้านน้ำไผ่ หมู่ 15 ได้รับการคัดเลือกเป็นพื้นที่ต้นแบบ มีการแบ่งกลุ่มผู้รับบริการตามระดับสุขภาพ เช่น กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย พร้อมให้บริการตรวจวัดและประเมินสุขภาพเบื้องต้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้แนวทางโรงเรียนเบาหวานพิมาย และการดำเนินงานโดยอสม.และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้เข้ารับบริการมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพ เช่น น้ำหนักลดลง ระดับน้ำตาลและความดันดีขึ้น และมีการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ สถานีสุขภาพชุมชนตำบลเค็ดจึงเป็นต้นแบบของการสร้างระบบสุขภาพที่ยั่งยืน ผ่านการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนสุขภาพดี และเจ้าหน้าที่มีความสุข

#### ภาพที่ 6 การให้บริการในสถานีสภาพตำบลเค็ด ค่ายบดินทรเดชา



4. สถานีสภาพชุมชนบ้านยางซำ อำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ ถือเป็นต้นแบบของการจัดบริการสุขภาพในชุมชน โดยใช้ศาลาประชาคมหมู่บ้านเป็นศูนย์กลางในการให้บริการประชาชนทุกกลุ่มวัย ครอบคลุมด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากพฤติกรรมเสี่ยงและข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาล ด้วยข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ การเดินทาง และเทคโนโลยี ส่งผลให้ชุมชนต้องพัฒนารูปแบบบริการที่ตอบสนองต่อบริบทของพื้นที่ โดยใช้กลไก "หมอคนที่ 1" (อสม.) ร่วมกับทีมหมอคนที่ 2 และหมอคนที่ 3 จาก รพ.ลืออำนาจ ดำเนินการตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วย แบ่งกลุ่มตามระดับความเสี่ยง จัดเก็บข้อมูลผ่านแอปพลิเคชัน (EHP และหมอพร้อม) และให้บริการผ่านระบบ Telemedicine จนถึงการส่งยาถึงบ้านโดย อสม. Rider พร้อมทั้งการให้ความรู้สุขภาพในรูปแบบรายกลุ่มและรายบุคคล ผลการดำเนินงานพบว่าผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้นถึงร้อยละ 44.26 และผู้ป่วยความดันโลหิตสามารถควบคุมความดันได้ร้อยละ 79.65 รวมถึงสามารถลดค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อมของผู้ป่วยได้มากกว่า 300,000 บาทต่อปี และสร้างความพึงพอใจของประชาชนในระดับร้อยละ 100 นอกจากนี้ ยังมีการขยายผลการดำเนินงานสู่หมู่บ้านอื่น ๆ ในตำบลอำนาจ ครบทั้ง 11 หมู่บ้านภายในปี พ.ศ. 2567 และมีแผนขยายต่อเนื่องในพื้นที่

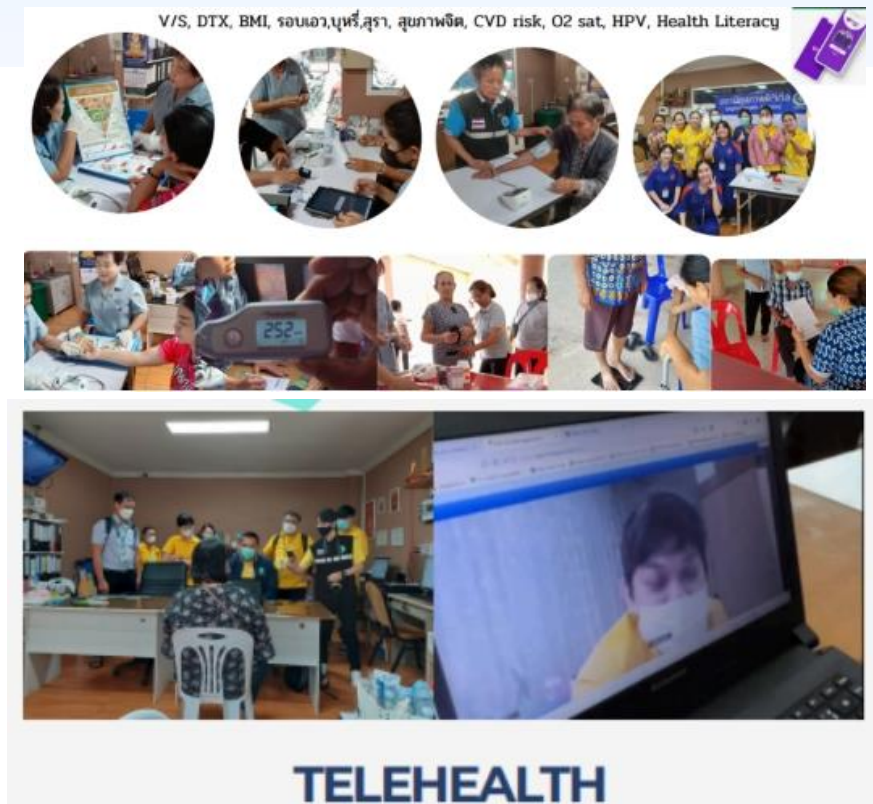
อำเภอสีอำนาจ ความสำเร็จของสถานีสุขภาพบ้านยางช้าเกิดจากความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วมของชุมชน และระบบการบริหารจัดการที่โปร่งใส เป็นรูปธรรม สามารถตรวจสอบได้ โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างยั่งยืน ลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ และสร้างชุมชนที่ดูแลกันเองได้

ภาพที่ 7 การให้บริการในสถานีสุขภาพชุมชนบ้านยางช้า อำเภอสีอำนาจ



5. สถานีสุขภาพชุมชนเขตเมือง จังหวัดมุกดาหาร อำเภอเมืองมุกดาหารเป็นพื้นที่ที่มีประชากรมากกว่าแสนคน ครอบคลุม 13 ตำบล 156 หมู่บ้าน และ 34 ชุมชน ด้วยบริบทเมืองที่ประชาชนหลากหลายช่วงวัยมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โรงพยาบาลมุกดาหารจึงได้พัฒนา “สถานีสุขภาพชุมชนเขตเมือง” ด้วยระบบ Digital Health Station ภายใต้แนวคิด “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ใกล้บริการ” ขับเคลื่อนผ่านกลไก “3 หมอ” ได้แก่ อสม. บุคลากรสาธารณสุข และแพทย์ Telemedicine มีบริการ Check-in สุขภาพ ตรวจเบาหวาน ความดัน ดัชนีมวลกาย และพัฒนาเป็น “อสม. Grab Drug” เพื่อตรวจสุขภาพ ส่งยา ถึงบ้าน ปลายปี พ.ศ. 2567 ยกระดับเป็น Digital Health Station แบบครบวงจร ตรวจสุขภาพกาย จิต คัดกรอง HPV และโรค NCDs เชื่อมข้อมูลผ่านระบบดิจิทัล เช่น EHP Cloud, HIS, หมอพร้อม ใช้ Line BOT ให้คำแนะนำสุขภาพ และจ่ายยาใกล้บ้านผ่านร้านยาและ Health Rider ผลดำเนินงาน ต.ค. 66 – มิ.ย. 67 มีผู้ใช้บริการกว่า 8,900 ราย (36.77%) กลุ่มสุขภาพดี 91.9% ผู้ป่วย 8.1% มีระบบติดตามรักษาเป็นรายกลุ่ม ปัจจัยสำเร็จคือการบูรณาการทุกภาคส่วน ระบบใช้งานง่าย เหมาะกับผู้ป่วย และการส่งเสริมทักษะเทคโนโลยีให้ประชาชน สอดคล้องวิสัยทัศน์ “มีสุข @ มุกดาหาร”

## ภาพที่ 8 การให้บริการในสถานี่สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลมุกดาหาร



การติดตาม ประเมินผล และการพัฒนาคุณภาพในการดำเนินงานสถานี่สุขภาพชุมชนในเขตสุขภาพที่ 10 เป็นกระบวนการสำคัญที่ทำให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน สามารถบรรลุเป้าหมายในการดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในชุมชน ลดภาระของระบบบริการสุขภาพ และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระยะยาว ทั้งนี้ ความสำเร็จขึ้นอยู่กับความร่วมมือของทุกภาคส่วน การสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับ การพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง และการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

## 5.2 ด้านการดำเนินงาน DM Remission

### 5.2.1 การดำเนินงานโครงการเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ (DM Remission) จังหวัดอุบลราชธานี

1) **ความเป็นมา** เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 โดยเริ่มจากการนำเสนอแนวคิดต่อที่ประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) และประกาศเป็นนโยบายของจังหวัด จากนั้นในปีพ.ศ. 2566 ได้ทดลองนำร่องใน 6 อำเภอ ได้แก่ ศรีสะเกษ ม่วงสามสิบ ตรีการพิชผล ศรีเมืองใหม่ กุดข้าวปุ้น และน้ำยืน และขยายผลเป็น 20 อำเภอในไตรมาสที่ 3-4 ของปีเดียวกัน ก่อนที่จะขยายครอบคลุมทุกอำเภอและ รพ.สต. ทุกแห่งในปี พ.ศ. 2567

2) **วัตถุประสงค์** เพื่อการสนับสนุนให้หน่วยบริการสาธารณสุขดำเนินงานจัดการโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ ผ่านการจัดตั้ง "โรงเรียนเบาหวานวิทยา" เพื่อให้ความรู้และทักษะแก่ผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิตในอนาคต

3) **การดำเนินงาน** กำหนดเป้าหมายให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 5 ปี เข้าร่วมโครงการร้อยละ 10 กำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและการประเมินผล รวมถึงมีระบบการควบคุม กำกับ และติดตามผลที่ชัดเจน ทั้งการรายงานผ่าน Google Sheet การประชุมนำเสนอผลงาน การนิเทศติดตามระดับจังหวัด และการเยี่ยมเสริมพลังรายอำเภอ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการมีการพัฒนาให้มีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น จากเดิมในปี พ.ศ. 2565-2566 ที่เน้นผู้สมัครใจ อายุมากกว่า 18 ปี มีค่า HbA1C มากกว่า 7 อยู่ในระยะ CKD stage 1-3 และมีสมาร์ทโฟน มาเป็นเกณฑ์ที่ละเอียดยิ่งขึ้นในปี พ.ศ. 2567 คือ ต้องเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 5 ปี มีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร อายุระหว่าง 18-65 ปี และไม่มีโรคร่วมที่รุนแรง

รูปแบบการดำเนินงานใช้ทรัพยากร ทั้งบุคลากรที่เป็นทีมสหวิชาชีพ ระบบข้อมูลทั้งแบบคู่มือและดิจิทัล เครื่องมือและเทคโนโลยีทั้งพื้นฐานและขั้นสูง โดยใช้งบประมาณจากหน่วยงานและกองทุนสุขภาพต่างๆ มีการกำหนดโปรโตคอลการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มจากการตรวจเข้มข้นในเดือนแรก แล้วค่อยๆ ลดความถี่ลงในเดือนที่ 2 และ 3 พร้อมกับมีการให้คำปรึกษาทุกวันและใช้ระบบ Telehealth ตลอดโครงการ

4) **ผลการดำเนินงาน** เดือนกันยายน พ.ศ. 2567 พบว่ามีผู้เข้าร่วมโครงการ 3,774 คน (91.40 %) โดยมีผู้ครบการประเมิน จำนวน 3,388 คน (89.77 %) ในจำนวนนี้มีผู้ที่สามารถหยุดยาได้ จำนวน 979 คน (28.90 %) ลดยาได้ จำนวน 971 คน (28.66 %) ใช้ยาเท่าเดิม จำนวน 1,265 คน (37.34 %) และต้องเพิ่มยา จำนวน 173 คน (5.11 %) นอกจากนี้ ยังพบว่ามีผู้ที่มีค่า HbA1c ลดลง จำนวน 2,218 คน (65.47 %) โดยมีหน่วยบริการ รพ.สต. เข้าร่วมโครงการ จำนวน 329 แห่ง (94 %) จากเป้าหมาย 350 แห่ง กลไกสำคัญในการดำเนินงานคือระบบ "3 หมอ" ซึ่งประกอบด้วย หมอ 1 (อสม.) ทำหน้าที่ค้นหา เยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจ ติดตามการเจาะระดับน้ำตาล และส่งต่อผู้ป่วย หมอ 2 (เจ้าหน้าที่ รพ.สต.) ทำหน้าที่ค้นหา ติดตาม ให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และประสานกับหมอ 3 (แพทย์) ทำหน้าที่ดูแลรักษา ปรับยา ลดยา หรือหยุดยา ส่วนการดำเนินงานในระดับอำเภอ ให้มีการจัดทำข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล จัดตั้ง NCDs Remission Clinic หรือโรงเรียนเบาหวานวิทยาอำเภอละ 1 แห่ง ประสานงานกับเทศบาลเพื่อจัดตั้งศูนย์ห่างไกล NCDs

และพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขทุกคนให้สามารถนับคาร์บและประเมินการใช้พลังงานพื้นฐาน (BMR) และพลังงานรวมในแต่ละวัน (TDEE) ได้ โดยทำเป็น QR Code เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย

**5) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ** มาจากการมีนโยบายชัดเจน ระบบติดตามเข้มข้น ใช้ทีมสหวิชาชีพ และส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงความรู้ในการดูแลตนเอง เป้าหมายคือการขยายผลให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานในระยะยาว ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมากสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น โดยเฉพาะมีผู้ที่สามารถหยุดยาหรือลดยาได้รวมกันถึงร้อยละ 57.56 ของผู้ที่ครบการประเมิน ซึ่งนับเป็นความสำเร็จที่สำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้น

### 5.2.2 การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคไตติดต่อด้วย Digital Health Station รพ.ศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ

**1) ความเป็นมา** อำเภอศรีรัตนะตั้งอยู่ทางทิศใต้ของจังหวัดศรีสะเกษ ห่างจากตัวจังหวัด 38 กิโลเมตร เป็นเส้นทางผ่านสู่เขาพระวิหาร มีประชากรตามทะเบียนราษฎรประมาณ 53,086 คน แต่มีประชากรที่อยู่อาศัยจริงในพื้นที่ 36,753 คน โดยแบ่งตามช่วงวัยเป็นวัยเด็ก วัยทำงาน และวัยสูงอายุร้อยละ 16.45, 66.62 และ 16.93 ตามลำดับ ในช่วงปี พ.ศ. 2562-2565 พบปัญหาจากพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของกลุ่มผู้ป่วยโรคไตติดต่อเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจำนวนมาก ประกอบกับวิถีชีวิตการบริโภคอาหารประจำถิ่น เช่น ข้าวเหนียว ส้มตำ ปลา ร้า ปลาเค็ม เป็นต้น ซึ่งปัญหาสำคัญที่พบในระบบบริการคือ ไม่มีบุคลากรที่ดูแลคลินิกและระบบบริการที่ชัดเจน ไม่มีแนวทางการคัดกรองไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ชัดเจน ไม่มีแนวทางการดูแลรักษาที่ชัดเจน ตลอดจนขาดทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยและไม่มีผลการนำผล eGFR มาใช้ควบคู่กับการดูแลผู้ป่วย

**2) วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ในเกณฑ์ปกติ เข้าสู่เบาหวานระยะสงบได้ และชะลอการเกิดไตวายเรื้อรัง

**3) แนวทางและขั้นตอนการดำเนินงาน** เริ่มจากการสร้างนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมผ่านกลไก พขอ. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลโดยพัฒนาศักยภาพ อสม. และการปรับระบบบริการสาธารณสุขโดยจัดตั้งคลินิกชะลอไตเสื่อม จุดเด่นคือการจัดบริการ Digital Health ที่สถานีสุภาพชุมชน ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพด้วยเครื่องมือดิจิทัล โดยผู้ป่วยยื่นบัตรประชาชนให้ อสม. เพื่อที่จะถ่ายรูปส่งผ่าน LINE OA ใช้ลงทะเบียนตรวจ จากนั้น อสม. จะชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต เจาะเลือดปลายนิ้ว และส่งข้อมูลเข้าระบบ Hosp XP หลังจากนั้นแพทย์จะทำการ telemedicine กับผู้ป่วย ส่วนเภสัชกรจัดยาส่งผ่าน อสม. และให้คำแนะนำผ่าน tele-pharmacy

**4) ผลการดำเนินงาน** ผลการดำเนินงานพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 5 สามารถลดระดับความรุนแรงของโรคเป็น Stage 4 จำนวน 95 ราย, Stage 3 จำนวน 35 ราย, Stage 2 จำนวน 38 ราย และ Stage 1 จำนวน 4 ราย มีผู้ป่วย DM Remission 34 คน (หยุดยาได้ 10 คน, ลดยาได้ 7 คน, กินยาสม่ำเสมอขึ้น 17 คน) ประชาชนพึงพอใจกับการรับยาที่บ้าน และโรงพยาบาลลดความแออัดได้มากกว่าร้อยละ 20

5) **ปัจจัยแห่งความสำเร็จ** ได้แก่ การขับเคลื่อนด้วยข้อมูล การใช้หลักวิชาการเป็นฐาน การยึดหลักการมีส่วนร่วม "5 ร่วม 5 วาระ" การพัฒนาระบบบริการไร้รอยต่อ และการใช้กลไก พขอ. ในการสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็ง กำหนดมาตรการที่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย และพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุม เชื่อมโยง ยืดหยุ่น ต่อเนื่อง และผสมผสาน โดยเน้นหลักการ "ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ และแก้ไขปัญหา" เพื่อสร้างความรู้สึกผูกพันและนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

### 5.2.3 การดำเนินงานติดตามกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน จังหวัดยโสธร

1) **ความเป็นมา** โครงการติดตามกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานภายใต้งบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากโครงการ PPA เขตสุขภาพที่ 10 โดยมีการศึกษาดูงานจากโรงเรียนเบาหวานวิทยา อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา และนำมาพัฒนาครู ข ในพื้นที่ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่อำเภอทรายมูล เป็นพื้นที่นำร่องในการดำเนินงาน โดยมีบริบทเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีประชากรที่ขึ้นทะเบียนบัตร UC 16,385 ราย ประชากรตามทะเบียนราษฎร์ 30,630 คน ซึ่งการดำเนินงานอยู่ภายใต้คณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD Board) ของอำเภอทรายมูล และมีระบบจัดการดูแลด้วยระบบเครือข่าย คปสอ. และ PCC รวมถึงการบริหารจัดการโรคและภัยสุขภาพสำคัญผ่านระบบ พขอ.

2) **วัตถุประสงค์** เพื่อติดตามกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานให้ได้รับการตรวจยืนยันการวินิจฉัย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง ลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ และสร้างระบบเฝ้าระวังและติดตามที่มีประสิทธิภาพ

3) **ขั้นตอนการดำเนินงาน** แบ่งเป็น 6 ขั้นตอนหลัก เริ่มจากการเจาะ HbA1C และปรับพฤติกรรมในเดือนแรก ตามด้วยการเจาะ DTX และปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องในเดือนถัดไป จนถึงการสรุปและรายงานผลในเดือนสุดท้าย การดำเนินงานมีกระบวนการสำคัญ ได้แก่ การประชุมเตรียมทีมทำงาน การวางแผนร่วมกัน การติดตามกลุ่มเป้าหมาย การใช้ Digital Health Station และการสื่อสารผ่านระบบออนไลน์

4) **ผลการดำเนินงาน** ผลการดำเนินงานพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเป้าหมายลดลงอย่างต่อเนื่อง จาก 168 mg/dL ในครั้งแรก เป็น 116 mg/dL ในการติดตามครั้งสุดท้าย ผู้ที่ผ่านเกณฑ์ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) เพิ่มขึ้นจาก 42 คน เป็น 60 คน

5) **ปัจจัยความสำเร็จ** ประกอบด้วย การมีทีมทำงานที่เข้มแข็ง การวางแผนร่วมกัน การใช้เทคโนโลยีสนับสนุน การลงพื้นที่อย่างต่อเนื่อง การบูรณาการกับระบบสุขภาพที่มีอยู่ และการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบการดำเนินโครงการนี้ถือเป็นต้นแบบที่ดีในการพัฒนาระบบการดูแลและติดตามกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ เพื่อลดอัตราการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่และส่งเสริมสุขภาพประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## 5.2.4 การดำเนินงานส่งเสริมป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มสงสัยป่วยด้วยรูปแบบ DM Remission อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ

1) **ความเป็นมา** จังหวัดอำนาจเจริญดำเนินโครงการส่งเสริมป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มสงสัยป่วยด้วยรูปแบบ DM Remission ประจำปีงบประมาณ 2567 ภายใต้ความท้าทายด้านสาธารณสุขที่สำคัญคือการเพิ่มขึ้นของโรคเบาหวานทั่วโลก ส่งผลให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายมหาศาล โดยจังหวัดอำนาจเจริญ มีค่ารักษาเบาหวาน ประมาณ 692,636,000 บาทต่อปี จากข้อมูลกลุ่มเป้าหมายประชาชนกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานในจังหวัดอำนาจเจริญ ปี พ.ศ. 2567 พบว่ามีจำนวน 1,162 คน กระจายอยู่ใน 7 อำเภอ ซึ่งถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่

2) **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ประชาชนกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม ลดการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ และพัฒนาระบบบริการและสร้างนวัตกรรม

3) **ขั้นตอนการดำเนินงาน** เริ่มจากการพัฒนาศักยภาพบุคลากร และใช้กลยุทธ์ "3 ถึง" (ถึงบ้าน ถึงคน ถึงชุมชน) โดยมีการตรวจวัดระดับน้ำตาลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง จัดระบบบริการเชื่อมโยง 3 หมอ และใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตาม

4) **ผลการดำเนินงาน** ในภาพรวมของจังหวัดอำนาจเจริญสามารถบรรลุเป้าหมายได้ 1,000 คน (ร้อยละ 100) โดยมีผลลัพธ์ HbA1C ลดลง ร้อยละ 71 มีบางส่วนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 21.2 และผลเท่าเดิม ร้อยละ 7.8 สำหรับอำเภอหัวตะพาน ซึ่งเป็น Best Practice มีผลการดำเนินงานที่โดดเด่น คือ HbA1C ลดลง ร้อยละ 85.96 (สูงที่สุดในจังหวัด) และมี HbA1C เพิ่มขึ้น ร้อยละ 14.04 สามารถลดการเกิดเบาหวานรายใหม่ได้ โดยมีผู้ป่วยรายใหม่เพียง 28 คน จาก 1,000 คน (ร้อยละ 2.8)

5) **ปัจจัยความสำเร็จ** มีทั้งด้านนโยบายที่ชัดเจน การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และกลยุทธ์การดำเนินงานอย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตาม ยังมีปัญหาและอุปสรรคที่ต้องได้รับการแก้ไข เช่น ข้อจำกัดของกลุ่มเป้าหมาย งบประมาณที่จำกัด และภาระงานที่หลากหลายของผู้รับผิดชอบโครงการ

## 5.2.5 การดำเนินงาน Health Literacy ใน Digital Health Station จังหวัดมุกดาหาร

1) **ความเป็นมา** จังหวัดมุกดาหารเผชิญความท้าทายในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยเบาหวานควบคุมได้ดีเพียงร้อยละ 13.89 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมได้ดีร้อยละ 42.84 จึงพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้นโดยใช้ Digital Health Station

จากการวิเคราะห์ปัญหา (Pain Point) ที่สำคัญพบว่า

1. บุคลากรทางการแพทย์ต้องรับภาระงานมากเกินไป โดยเฉพาะแพทย์ในระบบปฐมภูมิ
2. ขาดความเข้าใจในบทบาทและการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพต่างๆ
3. การคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงยังทำได้น้อย และการควบคุมโรคยังไม่มีประสิทธิภาพ
4. ขาดระบบที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วย

ด้วยเหตุนี้ ทางจังหวัดมุกดาหารจึงได้พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้นสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ผ่านการจัดตั้ง Digital Health Station เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว

2) **วัตถุประสงค์** เพื่อพัฒนาระบบบริการ เพิ่มการเข้าถึงบริการ ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ลดความแออัดในโรงพยาบาล และพัฒนาโปรแกรมจัดการโรคเบาหวาน

3) **ขั้นตอนการดำเนินงาน** ประกอบด้วย

3.1) **การปรับโครงสร้างการทำงาน** เป็นการกำหนดบทบาทหน้าที่ (Job Description) ของบุคลากรแต่ละวิชาชีพใหม่แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (1) **Avenger Team**: รับผิดชอบจัดการกลุ่มเสี่ยง ทำงานคัดกรองต่างๆ ในชุมชน (2) **Angel Team**: ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่อาการคงที่ (NCD ที่ Stable เสียข/เหลือข) และช่วยวิเคราะห์ข้อมูลระดับชุมชน (3) **5 Star Doctor**: ทำหน้าที่เป็นผู้นำในการสร้างระบบปฐมภูมิ วางแผนการดูแลผู้ป่วย และให้คำปรึกษากรณีซับซ้อน

3.2) **การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามสี** แบ่งผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของโรคและความเสี่ยง ดังนี้

- (1) กลุ่มสีเขียว (HbA1C  $\leq$ 7, BP  $<$ 130/85): ควบคุมได้ดี
- (2) กลุ่มสีเหลือง (HbA1C 7-10, BP 130/85-140/90): ควบคุมได้ปานกลาง
- (3) กลุ่มสีแดง (HbA1C  $>$ 10, BP  $\geq$ 160/100): ควบคุมไม่ได้

3.3) **การพัฒนา Digital Health Station** ได้แก่

- (1) นำร่อง 3 ชุมชนในเขตเทศบาลเมืองมุกดาหาร โดยเลือกสถานที่ที่เป็นตลาด วัด ชุมชน
- (2) กลุ่มเป้าหมาย คนในชุมชนใกล้เคียง พ่อค้าแม่ค้าที่ไม่มีเวลามาโรงพยาบาล
- (3) จัดบริการร่วมกับชุมชน เจ้าของตลาด และ อสม.
- (4) ดำเนินงานตามขั้นตอน เริ่มด้วยงาน PP (คัดกรองเบาหวาน ความดัน) และตรวจ Lab คัดกรอง ตามด้วยพัฒนาต่อยอดเป็นการให้การปรึกษา (สำหรับผู้ป่วย Clinical stable) เชื่อมโยงกับระบบ OPD online, Telehealth และ PHR (หมอพร้อม) และเชื่อมระบบรับยาผ่านร้านยาที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.

3.4) **การพัฒนาโปรแกรม NCDx Clinic และ DM Remission** ดังนี้

(1) **โปรแกรม NCDx Clinic** ได้แก่ 1) คัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานที่มี HbA1C สูง ( $>$ ร้อยละ 10) 2) จัดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มข้น 8 ครั้ง ประกอบด้วย การประเมินความรู้ด้านสุขภาพและองค์ประกอบร่างกาย การให้ความรู้เรื่องสารอาหาร น้ำตาลหลังอาหาร การนับคาร์บในอาหารแต่ละประเภท การใช้อาหาร Low carb และการเลือกอาหาร ความรู้เรื่อง Carb และ IF (Intermittent Fasting) ความรู้เรื่องไขมันและพลังงานสะสมในร่างกาย และ 3) ตรวจติดตาม HbA1C และติดตามผู้ป่วยผ่าน Telehealth

(2) โปรแกรม DM Remission ได้แก่ 1) กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยเบาหวานที่มีศักยภาพในการฟื้นฟูสภาวะโรค 2) จัดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้น 3) ติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง

### 3.5) การใช้เทคโนโลยีสนับสนุน ได้แก่

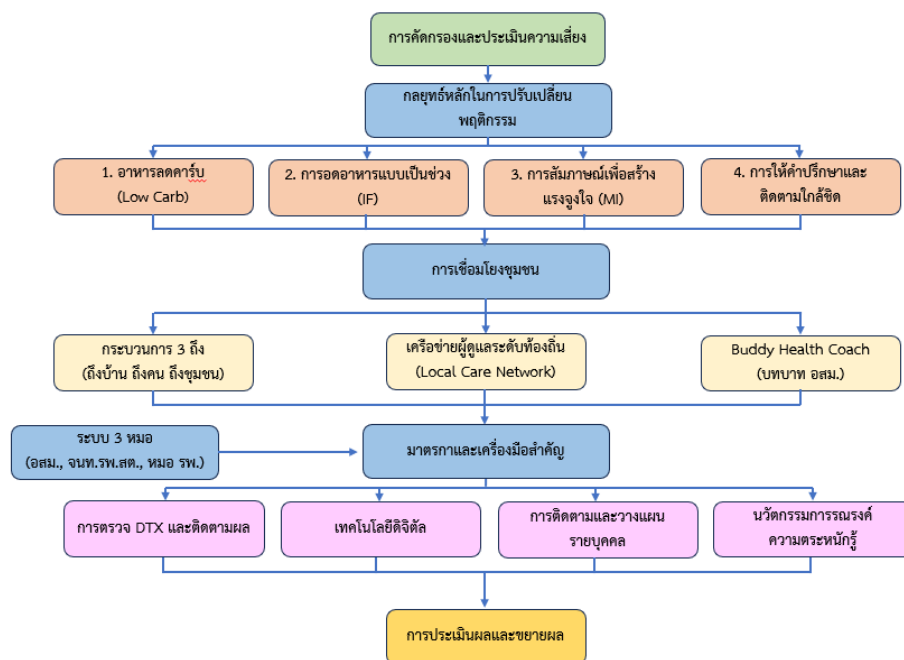
- (1) พัฒนาระบบ Telehealth และ OPD online ในการดูแลผู้ป่วยทางไกล
- (2) ใช้แอปพลิเคชัน "หมอพร้อม" ในการนัดหมาย ดูประวัติการรักษา และวินิจฉัยเบื้องต้น
- (3) ใช้กลุ่มไลน์ในการติดตามผู้ป่วยและการส่งการบ้าน (บันทึกอาหาร การออกกำลังกาย)

4) ผลการดำเนินงาน พบว่า Digital Health Station ช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลร้อยละ 20.86 ลดอัตราการไม่มาตามนัดจากร้อยละ 12 ในปี พ.ศ. 2566 เหลือร้อยละ 4.7 ในปี พ.ศ. 2567 และลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการลดลงจาก 533 บาท/ครั้ง/ราย เหลือ 156 บาท/ครั้ง/ราย สำหรับโปรแกรม NCDx Clinic พบว่า ค่าเฉลี่ย HbA1C ลดลงร้อยละ 0.80 และสัดส่วนผู้ป่วยกลุ่มสีแดงลดลงจากร้อยละ 70 เหลือร้อยละ 50 ส่วนโปรแกรม DM Remission พบการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญของ HbA1C, BMI และ FBS โดยผู้ป่วยร้อยละ 20 สามารถหยุดยาได้

5) ปัจจัยความสำเร็จ ได้แก่ การกำหนดบทบาทที่ชัดเจนของบุคลากร การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามความรุนแรง การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์ใช้พัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล เพิ่มการเข้าถึงบริการ การนำบริการเข้าสู่ชุมชน การมีโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นระบบ และการบูรณาการความร่วมมือ

จากการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวานแนวใหม่ในเขตสุขภาพที่ 10 มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้น การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ และส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในสถานี่สุขภาพชุมชน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ครบวงจร ลดการเกิดโรค ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

ภาพที่ 9 รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้นในกลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวาน เขตสุขภาพที่ 10



ภาพที่ 10 รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้นในกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานรายจังหวัด  
เขตสุขภาพที่ 10



## เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม. 4.0. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- ธนวรรณ อิ่มสมบูรณ์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จของการเยี่ยมบ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 32(3), 120-135.
- วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรอคเจริญ และ วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. (2564). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วีระศักดิ์ พุทธาศรี และคณะ. (2563). การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในชุมชน. วารสารสาธารณสุขชุมชน.
- อภิชาติ วิษณุวัฒน์, พรทิพย์ วชิรติลก, และสมจิตร เมืองพิล. (2564). แนวทางการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) ในการคัดกรองและติดตามกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด, 33(1), 103-115.
- Fisher, E. B., Boothroyd, R. I., Elstad, E. A., Hays, L., Henes, A., Maslow, G. R., & Velicer, C. (2017). Peer support of complex health behaviors in prevention and disease management with special reference to diabetes: Systematic reviews. *Clinical Diabetes and Endocrinology*, 3(1), 1-23. <https://doi.org/10.1186/s40842-017-0042-3>
- Prasitwattanaseree, P., Kanchanachitra, M., & Archawanitkul, K. (2022). Digital literacy assessment among health personnel in primary care of Thailand. *Journal of Health Science*, 31(3), 505-517.
- Ratana-ubol, A., Kaewpradit, K., & Thaikla, K. (2021). A mentoring system to enhance digital technology use among elderly community health volunteers. *Journal of Gerontology and Social Research*, 5(1), 58-70.
- World Health Organization. (2020). Community engagement for quality, integrated, people-centred and resilient health services. World Health Organization.

ภาคผนวก ก  
แบบประเมินสมรรถนะสถานีสุภาพ

แบบประเมินการดำเนินงานสถานีสุขภาพชุมชน ประจำปีงบประมาณ 2567

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

ชื่อสถานีสุขภาพ.....

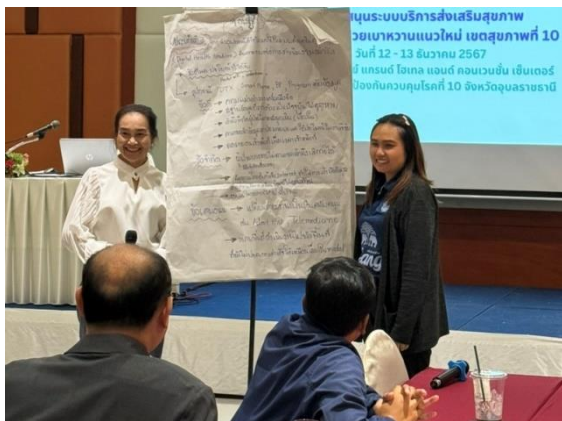
ที่ตั้งสถานีสุขภาพ (เลขที่ หมู่บ้าน ตำบล).....

ส่วนที่ 1 รายละเอียดเนื้อหา

รายการ	รายละเอียดเกณฑ์	คะแนน
1. มีนโยบายของผู้บริหารในการดำเนินงานสถานีสุขภาพชุมชน	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี แต่ยังไม่เป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน <input type="checkbox"/> มี ประกาศเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน	0 1 2
2. มีโครงสร้างคณะทำงาน ภาควิชาหรือข่ายภายนอก ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ร่วมดำเนินงาน ประกอบด้วย <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับจังหวัด <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล <input type="checkbox"/> ตัวแทน อปท. <input type="checkbox"/> ผู้นำชุมชน/แกนนำ <input type="checkbox"/> อสม. <input type="checkbox"/> ชมรมสุขภาพ <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี 1 – 2 หน่วยงาน <input type="checkbox"/> มี 3 – 4 หน่วยงาน <input type="checkbox"/> มี 5 หน่วยงานขึ้นไป	0 1 2 3
3. มีการให้บริการคัดกรองสุขภาพ <input type="checkbox"/> คัดกรองเบื้องต้น (น้ำหนักและส่วนสูง) <input type="checkbox"/> คัดกรองเบื้องต้น (รอบเอว) <input type="checkbox"/> คัดกรองเบื้องต้น (ดัชนีมวลกาย) <input type="checkbox"/> คัดกรองเบื้องต้น (ความดันโลหิต) <input type="checkbox"/> คัดกรองปัจจัยเสี่ยง (การสูบบุหรี่) <input type="checkbox"/> คัดกรองปัจจัยเสี่ยง (การดื่มสุรา) <input type="checkbox"/> คัดกรองปัจจัยเสี่ยง (การประเมินสุขภาพจิต, CVD Risk) <input type="checkbox"/> ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด <input type="checkbox"/> ตรวจจวัดออกซิเจนในเลือด	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี 1 – 3 กิจกรรม <input type="checkbox"/> มี 4 – 6 กิจกรรม <input type="checkbox"/> มี 7 กิจกรรมขึ้นไป	0 1 2 3
4. มีการใช้แอปพลิเคชันหรือระบบออนไลน์ที่นำมาใช้ในสถานีสุขภาพ <input type="checkbox"/> Google form <input type="checkbox"/> มีแอปพลิเคชันที่พัฒนาโดยพื้นที่ <input type="checkbox"/> smart อสม. <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) ..... <input type="checkbox"/> Line <input type="checkbox"/> Telemedicine	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี 1 – 2 แอปพลิเคชัน <input type="checkbox"/> มี 3 แอปพลิเคชันขึ้นไป	0 1 2

รายการ	รายละเอียดเกณฑ์	คะแนน
5. การประมวลผลและเชื่อมโยงข้อมูล : มีการประเมินสุขภาพและสื่อสารความเสี่ยงในสถานี่สุขภาพ <input type="checkbox"/> ประมวลผลและให้คำแนะนำโดยผู้ให้บริการ	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	0 1
<input type="checkbox"/> ผู้รับบริการสามารถประมวลผลเองได้ผ่านแอปพลิเคชัน	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	0 1
<input type="checkbox"/> ผู้รับบริการสามารถประมวลผลเองได้ และได้รับคำแนะนำในการจัดการความเสี่ยงสุขภาพผ่านแอปพลิเคชัน หรือสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	0 1
6. มีสื่อให้ความรู้ สร้างความตระหนักรู้ สร้างแรงบันดาลใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนที่เข้ามาใช้บริการในสถานี่สุขภาพ	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	0 1
7. การสรุปผลการดำเนินการ : สรุปจำนวนการให้บริการคัดกรองสุขภาพ <input type="checkbox"/> คัดกรองเบื้องต้น (น้ำหนักและส่วนสูง) <input type="checkbox"/> คัดกรองเบื้องต้น (รอบเอว) <input type="checkbox"/> คัดกรองเบื้องต้น (ดัชนีมวลกาย) <input type="checkbox"/> คัดกรองเบื้องต้น (ความดันโลหิต) <input type="checkbox"/> คัดกรองปัจจัยเสี่ยง (การสูบบุหรี่) <input type="checkbox"/> คัดกรองปัจจัยเสี่ยง (การดื่มสุรา) <input type="checkbox"/> คัดกรองปัจจัยเสี่ยง (การประเมินสุขภาพจิต, CVD Risk) <input type="checkbox"/> ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด <input type="checkbox"/> ตรวจจาวัดออกซิเจนในเลือด	<input type="checkbox"/> ไม่มีการสรุป <input type="checkbox"/> มีการสรุป 1 – 3 กิจกรรม <input type="checkbox"/> มีการสรุป 4 – 6 กิจกรรม <input type="checkbox"/> มีการสรุป 7 กิจกรรมขึ้นไป	0 1 2 3
<input type="checkbox"/> ทะเบียนการจำแนกกลุ่มผู้รับบริการ กลุ่มปกติ/เสี่ยง/สงสัย/ป่วย	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	0 1
<input type="checkbox"/> มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ วางแผนการรักษา และประมวลผล	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	0 1
8. มีระบบการกำกับติดตาม ประเมินผลตามแนวทางการดำเนินงานโดยทีมสหวิชาชีพ	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	0 1
9. มีการประชาสัมพันธ์เข้าร่วมกิจกรรมในสถานี่สุขภาพอย่างทั่วถึง หลากหลายช่องทาง	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	0 1
10. มีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ขับเคลื่อนการดำเนินงาน	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	0 1
คะแนน		22
คะแนนรวม		22

ภาคผนวก ข  
ภาพกิจกรรม





ภาคผนวก ค  
รายชื่อคณะทำงาน

## ภาคผนวก 1 รายชื่อร่วมถอดบทเรียนการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 10

### รายชื่อทีมพัฒนาคู่มือจาก สคร.10 จังหวัดอุบลราชธานี

- |                                |                           |
|--------------------------------|---------------------------|
| 1. นางเกศรา แสนศิริทวีสุข      | สคร.10 จังหวัดอุบลราชธานี |
| 2. นายณัฏฐิ ชื่นบาล            | สคร.10 จังหวัดอุบลราชธานี |
| 3. นางวิไลวัล ศรีเชียงสา       | สคร.10 จังหวัดอุบลราชธานี |
| 4. นางสาวจินทกา อ้นพิมพ์       | สคร.10 จังหวัดอุบลราชธานี |
| 5. นายภูมิพัฒน์ นริษที่ภูวพงษ์ | สคร.10 จังหวัดอุบลราชธานี |
| 6. นายณัฏฐพัชร ยอดผา           | สคร.10 จังหวัดอุบลราชธานี |
| 7. นางสาวจิราพร คำพะธิก        | สคร.10 จังหวัดอุบลราชธานี |
| 8. นางสาวธนิษฐา ทิพยมงคลกุล    | สคร.10 จังหวัดอุบลราชธานี |

### รายชื่อตัวแทนจาก Best Practice DM Remission

- |                             |                 |
|-----------------------------|-----------------|
| 1. นางสาวอลิษา สุพรรณ       | สสจ.อุบลราชธานี |
| 2. นางปรัชญาณี คำเหลือ      | รพ.ศรีรัตน      |
| 3. นางมรกต มูลสาร           | รพ.ทรายมูล      |
| 4. นางสาวกาญจนารัตน์ ทองบุญ | รพ.หัวตะพาน     |
| 5. นายแพทย์นารท เจนประวิทย์ | รพ.มุกดาหาร     |

### รายชื่อตัวแทนจาก Best Practice Health Station

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| 1. นายอภิชาติ พันผา            | รพ.สต.บ้านนาทอย                         |
| 2. นายแพทย์จิระวัตร วิเศษสังข์ | รพ.เมืองจันทร์                          |
| 3. นางสาวดารุณี ศรีวะโสภา      | ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเดิดค้ายบนดินทรเดชา |
| 4. นายชาญชัย บุตรเวียงพันธ์    | รพ.ลืออำนาจ                             |
| 5. นางสาวนัชชกัญญา ทาระสาร     | รพ.ลืออำนาจ                             |
| 6. นางรวีวรรณ ห้วยทราย         | รพ.มุกดาหาร                             |

## รายชื่อผู้เข้าร่วมกระบวนการถอดบทเรียนในการพัฒนาคู่มือ

### จังหวัดอุบลราชธานี

1. ผศ.ดร.นิยม จันทร์นวล	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
2. นายชัยยะ เผ่าผา	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
3. นางอุมาพร สังข์ฤกษ์	ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
4. นางสุภาภรณ์ เพ็ญวงค์	สสจ.อุบลราชธานี
5. นายชัยรัตน์ สุบิน	สสอ.นาจะหลวย
6. นางวัฒนา สายเนตร	สสอ.สิรินธร
7. นายกิตติศักดิ์ พรหมดาว	รพ.พิบูลมังสาหาร
8. นางสาววิภาดา กองทูล	รพ.โขงเจียม
9. นายอาทร กันยาบัตร	รพ.วารินชำราบ
10. นางสาวกรรณิการ์ จันภูษา	สสอ.ศรีเมืองใหม่
11. นางสาวปราง ทศน์สีมา	รพ.ศรีเมืองใหม่
12. นางสาวสุวรรณี กันยา	รพ.ร.เดชอุดม
13. นางรัชนิพร เข้มเพชร	สสอ.กุดข้าวปุ้น
14. นางสาวจิราภรณ์ อุไรสาย	สสอ.สว่างวีระวงศ์
15. นางสาวปาณิศรา ยานิพันธ์	สสอ.น้ำยืน
16. นายกฤตกร ฤชากุล	สสอ.ตาลชุม
17. นางสาวอุบลรัตน์ ปามุทา	รพ.น้ำยืน
18. นางศิริประภา เดชพันธ์	รพ.เซื่องใน
19. นางสาวจารุวรรณ บุตรสิงห์	รพ.บุญทริก
20. นางสาวตุ๊กตา โตนันต์	สสอ.นาเยีย
21. นางสาวศรัญรัตน์ ธานี	สสอ.เซื่องใน
22. นายเฉลิมชัย โตสงค์	รพ.โพธิ์ไทร
23. นางสาวจันทร์สุดา สุดใจ	สสอ.เขมราฐ
24. นางสาวรัตนภรณ์ พุ่มจันทร์	สสอ.พิบูลมังสาหาร
25. นางแวมณี บรรพตาทิ	รพ.สว่างวีระวงศ์
26. นางวิไล คงมี	รพ.สำโรง
27. นางปวีณา จึงสุวดี	รพ.ตาลชุม
28. นางสาวรุ่งลาวัลย์ รินชาติ	รพ. ๕๐ พรรษาฯ

29. นางกัญยวีตรา หิรัญเชวงศักดิ์	สสอ.เมืองอุบลฯ
30. นางสาวพิชญสุดา เชิดสกุล	สสอ.เมืองอุบลฯ
31. นายพงศ์ดิษฐา มรดก	สสอ.เดชอุดม
32. นางสินีนาฏ ประกอบแสง	รพ.ม่วงสามสิบ
33. นางสาวธิดากาญจน์ ศรีคุณ	รพ.ดอนมดแดง
34. นางสาวนันทิยาภรณ์ เสนาอาจ	สสอ.ทุ่งศรีอุดม

### จังหวัดศรีสะเกษ

1. นายแพทย์นพพล บัวสี	รพ.ศรีสะเกษ
2. นางมะลิ สุปัตติ	สสจ.ศรีสะเกษ
3. นางเกณิกา สงวนสัตย์	สสจ.ศรีสะเกษ
4. นางสุมิตรา ศรีนาม	รพ.ยางชุมน้อย
5. นายธนากร เทาศิริ	รพ.ภูสิงห์
6. นางสาวนภัสภรณ์ บุญใหญ่	รพ.น้ำเกลี้ยง
7. นางสาวสาลินี โคตรเจริญ	รพ.ราชไศล
8. นางสาวญาณิศา มุขิตาสกุล	รพ.ขุนหาญ
9. นางวนิดา อินรัสพงศ์	รพ.ศรีรัตนะ
10. นางสาวอรยา ใจชื่น	รพ.โนนคูณ
11. นางสาวสุดารัตน์ สถานพงษ์	รพ.บึงบูรพ์
12. นางศิริปทุม เพชรล้วน	รพ.ขุขันธ์
13. นางสาวสุอาภา สายสังข์	รพ.ไพรบึง
14. นางวิมล สังข์ทอง	รพ.กันทรารมย์
15. นางสาวอรุรา อาสาราช	รพ.โพธิ์ศรีสุวรรณ
16. นางสาวศิรินภา ไชยรักษ์	รพ.ห้วยทับทัน
17. นางสาวพัชนี ศิริจันทร์	รพ.เมืองจันทร์
18. นางสาวสรัญญา พลจันทร์	รพ.พยุห์

### จังหวัดยโสธร

1. นางสงศรี มูลสาร	สสจ.ยโสธร
2. นางสมกิจ ลากวงษ์	สสจ.ยโสธร
3. นางพรพีไล วรรณสัมพันธ์	สสอ.ป่าดัว

4. นางสาวนิรมล กุบแก้ว	สสอ.เมืองยโสธร
5. นางสาวอังศุมาลิน โคตรสมบัติ	รพ.ยโสธร
6. นางสาวชลธิชา นาคโนนหัน	สสอ.ไทยเจริญ
7. นายอรชุน มาลาพันธ์	สสอ.เลิงนกทา
8. นางสาวศิราณี โพธิ์ศรี	รพ.คำเขื่อนแก้ว
9. นายนคร ผิวอ่อน	สสอ.ทรายมูล
10. นางวัชรภรณ์ สถิตพิยายุทธ์	รพ.มหาชนะชัย
11. นางจิตรลดา พิมพ์พรหม	รพ.กุดชุม
12. นางมุนินทร์รัตน์ ศิรินิธิวารกุล	รพ.มหาชนะชัย
13. นางสาวอังศุมาลิน โคตรสมบัติ	รพ.ยโสธร
14. นางเยาวภา สุภาพพัฒน์	รพ.สต.บ้านหนองคู
15. นายชัยยศ ศรีรักษ์	รพ.สต.บ้านห้องแซง
16. นางวาสสิฎฐิ์ ศิริชัย	รพ.มหาชนะชัย
17. นางสาวชัตติยา มีไชยยา	รพ.มหาชนะชัย
18. นางสุภาวดี เสริมศรี	รพ.ค้อวัง

#### จังหวัดอำนาจเจริญ

1. นางนุชจรีพร ทองวรรณ	สสจ.อำนาจเจริญ
2. นายเกรียงไกร ไชยพิมพ์	สสจ.อำนาจเจริญ
3. นายชัยวัฒน์ เจริญชัยสงค์	สสอ.เมืองอำนาจเจริญ
4. นางวิสิฐศนีย์ บุญศักดิ์	สสอ.พนา
5. นางสาวศรุตยา หวางษ์	รพ.เสนางคนิคม
6. นางนิลวรรณ คณาบุตร	สสอ.ลืออำนาจ
7. นางสาวปนิดา ปันธพันธ์	รพ.ชานุมาน
8. นางสาวณัฐนิชา วะยะลุน	รพ.ปทุมราชวงศา
9. นางอรวรรณ ยอดมงคล	รพ.หัวตะพาน

#### จังหวัดมุกดาหาร

1. นายธีระศักดิ์ เชื้อคำจันทร์	สสจ.มุกดาหาร
2. นางสาวนันทน์ภัส แสนสุข	รพ.หนองสูง
3. นางจินตนา รัชอินทร์	รพ.คำชะอี
4. นางสาวศรัญญา กลางประพันธ์	รพ.หว้านใหญ่

