ข้อเสนอการพัฒนาสถานีสุขภาพ (Health Station) ของประเทศไทย: กรณีศึกษาเปรียบเทียบกับต่างประเทศ

Recommendations for the Development of Health Stations in Thailand: A Comparative Study with International Models

ธาริณี พังจุนันท์, ราชันย์ มงคลทิพย์, บัณฑิตา ปี่แก้ว
กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

Tarinee Pangjunan, Rachan Mongkoltip, Buntita Peekaew
Division of non-communicable disease, Department of Disease Control

Corresponding Author: sendtokob@gmail.com

Received 2026 Mar 11, Revised 2026 Apr 4, Accepted 2026 Apr 8
DOI:

บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ โดยประชากรไทยจำนวนมากไม่ทราบว่าตนเองป่วยจนกระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง การตรวจพบโรคตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและการจัดการตนเองของผู้ป่วยมีความสำคัญต่อการควบคุมโรค สถานีสุขภาพ (Health Station) เป็นนวัตกรรมบริการสุขภาพที่ช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงสถานที่และอุปกรณ์ เพื่อประเมินสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามการดำเนินงานสถานีสุขภาพประเทศไทยยังมีความท้าทายหลายประการ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการดำเนินงานสถานีสุขภาพของประเทศไทยกับต่างประเทศ และนำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนา โดยการทบทวนวรรณกรรม และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กรณีศึกษารูปแบบการดำเนินงานสถานีสุขภาพในพื้นที่จาก 12 เขตสุขภาพ ผลจากการสืบค้นเอกสาร พบว่า หลายประเทศได้นำแนวคิดสถานีสุขภาพหรือสถานีบริการสุขภาพชุมชนมาใช้ในการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ จึงนำการวิเคราะห์เปรียบเทียบกับรูปแบบสถานีสุขภาพในต่างประเทศ ได้แก่ เวียดนาม จีน ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา อิสราเอล ฟิลิปปินส์ และบังกลาเทศ ผลพบว่าไทยมีจุดแข็ง คือโครงข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลผ่านระบบ 3 หมอ และแอปพลิเคชัน เช่น สมุดสุขภาพประชาชน (Health for You; H4U) และ Smart อสม. มีการดำเนินงานครอบคลุมทุกพื้นที่ มีเกณฑ์การยกระดับคุณภาพที่ชัดเจน เมื่อพิจารณารูปแบบ พบว่า สามารถจำแนกได้ 5 รูปแบบ ได้แก่ (1) สถานีสุขภาพในสถานพยาบาลปฐมภูมิ (2) สถานีสุขภาพดิจิทัลในชุมชน (3) สถานีสุขภาพในสถานประกอบการ (4) สถานีสุขภาพเอกชนร่วมบริการรัฐ และ (5) สถานีสุขภาพเฉพาะทาง นอกจากนี้ ต่างประเทศมีการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลและการเชื่อมโยงข้อมูลกับระบบบริการสุขภาพที่ก้าวหน้ากว่า อีกทั้งมีการประเมินผลจากการให้บริการของสถานีสุขภาพ ข้อเสนอสำคัญได้แก่ การพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลกลาง การสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การขยายช่องทางการเข้าถึงบริการในพื้นที่สาธารณะ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในการดำเนินงาน

คำสำคัญ: สถานีสุขภาพ, โรคไม่ติดต่อ, การตรวจพบโรคในระยะเริ่มแรก, การจัดการตนเอง

Abstract

Non-communicable diseases (NCDs) have become a major public health crisis both globally and nationally. Many people in Thailand are unaware that they are living with NCD. Early detection and effective self-management are essential for controlling these diseases. Health Stations represent an innovative health service model that enables individuals to access facilities and equipment for preliminary self-health assessment. However, the implementation of Health Stations in Thailand still faces several challenges. This study aims to compare the operational models of Health Stations in Thailand with those in other countries and to propose recommendations for further development. The study employed a literature review and knowledge exchange on case studies of Health Station operational models across 12 health regions. The comparative analysis included Health Station models from Vietnam, China, Australia, the United States, Israel, the Philippines, and Bangladesh. The findings indicate that Thailand has significant strengths, particularly the nationwide network of Village Health Volunteers (VHVs) and the integration of digital health technologies through the Three Doctors system and applications such as Health for You (H4U) and Smart VHV. These systems support nationwide service coverage and provide clear criteria for quality improvement. The operational models of Health Stations can be categorized into five types: (1) health stations within primary healthcare facilities, (2) digital health stations in communities, (3) workplace health stations, (4) public-private partnership health stations, and (5) specialized health stations. Compared with Thailand, several countries demonstrate more advanced integration of digital technologies and stronger linkage between health stations and national healthcare systems, along with systematic health impact evaluation. Key policy recommendations include the development of a centralized digital platform, strengthening collaboration with local administrative organizations, enhancing workforce capacity, and expanding access to health services in public spaces.

Keywords: Health Station, Non-communicable diseases, Early detection, Self-management

บทนำ

โรคไม่ติดต่อ (Non-communicable diseases: NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและประเทศไทย โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อถึง 43 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 75.0 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก[1] สำหรับประเทศไทย โรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุการเสียชีวิตถึง ร้อยละ 81.0 ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือประมาณ 400,000 รายต่อปี สร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจมูลค่าสูงถึง 1.6 ล้านล้านบาท คิดเป็น ร้อยละ 9.7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ[2] จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568 พบว่าความชุกของโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 10.6 และโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 29.5 ซึ่งสูงกว่าการสำรวจครั้งที่ผ่านมา และพบว่าผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 27.0 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ร้อยละ 47.8 ในประเทศไทยไม่ทราบว่าตนเองป่วย[3] สอดคล้องกับการศึกษาของ Ahmad และ

คณะที่พบว่าประชากรในชุมชนที่มีทรัพยากรจำกัดจำนวนมากไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้[4] การตรวจพบโรคเมื่อมีอาการผิดปกติชัดเจนมักหมายความว่าโรคได้ดำเนินไปสู่ระยะที่มีภาวะแทรกซ้อนแล้ว ซึ่งผลการศึกษาในต่างประเทศชี้ให้เห็นว่ามีความล่าช้าในการวินิจฉัยโรค (Diagnostic delay) เฉลี่ยถึง 7.6 เดือนในโรคความดันโลหิตสูง และ 8.3 เดือนในโรคเบาหวาน[5] การตรวจพบโรคในระยะเริ่มแรก (Early Detection) เป็นหัวใจสำคัญในการลดความรุนแรงของโรค ลดอัตราการตายก่อนวัยอันควร และลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศในระยะยาว[4,6] การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ (self-management) เป็นหัวใจสำคัญของการควบคุมโรค การศึกษาของ Cabezas และคณะพบว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการสุขภาพด้วยตนเองช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา ลดอัตราการนอนโรงพยาบาล และเพิ่มคุณภาพชีวิต[7] การศึกษาของ Huang และคณะยังยืนยันว่าการแทรกแซงเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความสามารถในการจัดการโรค[8] การวัดและทราบตัวเลขสุขภาพอย่างสม่ำเสมอเป็นเครื่องมือสำคัญในการเฝ้าระวังสุขภาพ เนื่องจากค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 25 kg/m^2 เส้นรอบเอวที่เกิน 90 เซนติเมตรในผู้ชายและ 80 เซนติเมตรในผู้หญิง ค่าความดันโลหิตที่สูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ล้วนเป็นภาวะเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ[9] แนวคิด “Know your numbers, know your risks” หรือ “รู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยงสุขภาพ” จึงเป็นหลักการสำคัญที่องค์การอนามัยโลกและกรมควบคุมโรคส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการรู้ค่าสุขภาพของตนเอง[10] สถานีสุขภาพ (Health Station) ตามนิยามของกรมควบคุมโรค หมายถึง สถานที่ให้บริการประเมินสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเอง เช่น การวัดส่วนสูง น้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด คัดกรองการสูบบุหรี่ คัดกรองการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และคัดกรองภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ประชาชนได้รับรู้สถานะสุขภาพและความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ[11] ในประเทศไทยมีการดำเนินงานสถานีสุขภาพมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 โดยกรมควบคุมโรคได้พัฒนาแนวทางการจัดบริการสถานีสุขภาพดิจิทัลในชุมชน[12-13]

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานสถานีสุขภาพของประเทศไทยยังมีความท้าทายหลายประการ เช่น ปัญหาการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างระบบที่แตกต่างกัน และการเข้าถึงบริการของประชาชนที่ยังไม่ทั่วถึง การศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการดำเนินงานสถานีสุขภาพกับต่างประเทศจะช่วยให้เห็นแนวทางการพัฒนาที่ยั่งยืนและเหมาะสมกับบริบทประเทศไทย

วิธีการศึกษา

การวิเคราะห์เอกสาร (Documentary analysis) ร่วมกับการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ (Comparative analysis) เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบรูปแบบการดำเนินงานสถานีสุขภาพของประเทศไทยกับต่างประเทศ

การทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรมดำเนินการโดยสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูล Google Scholar และเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่จุดเริ่มต้นของฐานข้อมูลจนถึง พ.ศ. 2569 เนื่องจากหัวข้อสถานีสุขภาพยังมีจำนวนการศึกษาค่อนข้างจำกัด และมีความหลากหลายในนิยามและรูปแบบการดำเนินงาน จึงจำเป็นต้อง

รวบรวมข้อมูลอย่างครอบคลุมเพื่อสะท้อนพัฒนาการของแนวคิดและหลักฐานที่เกี่ยวข้อง โดยมีคำค้นหาจะใช้คำสำคัญ ได้แก่ “health station”, “health kiosk”, “community health service”, “non-communicable diseases”, “screening” และ “self-management” รวมทั้งทบทวนเอกสารนโยบาย แนวทางการดำเนินงานและรายงานทางวิชาการของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้

1. เป็นการดำเนินงานในบริบทชุมชน สถานบริการปฐมภูมิ หรือพื้นที่สาธารณะ

2. เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ หรือเชิงคุณภาพ หรือการทบทวนวรรณกรรม (systematic/scoping review) หรือบทความฉบับเต็ม (full-text) ที่สามารถเข้าถึงได้

3. ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ รายงานวิชาการ หรือเอกสารนโยบายที่เชื่อถือได้ และเป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทย

นอกจากนี้ยังใช้ข้อมูลจากการติดตามผลการดำเนินงานในภารกิจประจำ และเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กรณีศึกษารูปแบบการดำเนินงานสถานีสุขภาพในพื้นที่จาก 12 เขตสุขภาพ เพื่อประกอบการวิเคราะห์บริบทของประเทศไทย ในช่วงการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2564-2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการทบทวนเอกสารถูกนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อจำแนกองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบสถานีสุขภาพ ได้แก่ รูปแบบการดำเนินงาน สถานที่ตั้ง อุปกรณ์ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ค่าทางสุขภาพที่ตรวจวัด การเชื่อมโยงข้อมูล กลุ่มผู้รับบริการ ผลการดำเนินงานและผลลัพธ์ จากนั้นนำข้อมูลดังกล่าวมาสังเคราะห์และเปรียบเทียบกับรูปแบบการดำเนินงานสถานีสุขภาพในต่างประเทศ ได้แก่ เวียดนาม จีน ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา อิสราเอล ฟิลิปปินส์ และบังกลาเทศ เพื่อสังเคราะห์บทเรียนและข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการพัฒนาสถานีสุขภาพของประเทศไทย

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสารและรายงานที่เผยแพร่สาธารณะ และในส่วนของข้อมูลที่ได้จากการแลกเปลี่ยนรู้รูปแบบการดำเนินงานใน 12 เขตสุขภาพ เป็นการนำเสนอผลการดำเนินงานตามกรอบการถอดบทเรียน ซึ่งนำเสนอเป็นภาพรวม ไม่มีข้อมูลส่วนบุคคลที่สามารถระบุตัวตนได้ จึงไม่เข้าข่ายการวิจัยในมนุษย์และไม่ต้องขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการศึกษา

รูปแบบสถานีสุขภาพของประเทศไทย

การดำเนินงานสถานีสุขภาพในประเทศไทยมีหลากหลายรูปแบบตามบริบทของพื้นที่ โดยสามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1) ค่าสุขภาพที่ตรวจวัด สถานีสุขภาพในประเทศไทยมีการตรวจวัดค่าสุขภาพพื้นฐาน 5-7 รายการ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับออกซิเจนในเลือด และอุณหภูมิร่างกาย รวมทั้งมีการคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และภาวะซึมเศร้า[11]

2) **รูปแบบการดำเนินงาน** มีบทบาททั้งการคัดกรอง ค้นหากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยป่วย การส่งเสริมสุขภาพและให้ความรู้ เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นสถานที่เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงอุปกรณ์วัดค่าสุขภาพสนับสนุนการจัดการตนเอง

3) **สถานที่ตั้ง** สถานีสุขภาพสามารถจัดตั้งได้ในหลากหลายสถานที่ตามความเหมาะสมและบริบทของพื้นที่ เช่น ศาลาประชาคมหมู่บ้าน วัด ตลาด ห้างสรรพสินค้า สถานีขนส่ง สถานที่ท่องเที่ยว หน่วยงานราชการ สถานประกอบการ ร้านขายยา และบ้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)[11-12]

4) **อุปกรณ์ที่ใช้** แบ่งเป็น 4 ระดับ ตามเกณฑ์การยกระดับคุณภาพสถานีสุขภาพของกรมควบคุมโรค ได้แก่ (1) ระดับพื้นฐาน สายวัดรอบเอว เครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูง เครื่องวัดความดันโลหิต (2) ระดับดี เพิ่มเครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้วพร้อมแถบตรวจ (3) ระดับดีเยี่ยม เพิ่มเครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว และ (4) ระดับพรีเมียม มีการเชื่อมต่อข้อมูลสุขภาพด้วยระบบดิจิทัล[11]

5) **เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ** อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกำลังหลักในการให้บริการ โดยได้รับการสนับสนุนทางวิชาการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และโรงพยาบาลชุมชน โดยมีการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

6) **กลุ่มผู้รับบริการ** ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มวัย อายุ 18 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งประชาชนทั่วไปที่สนใจตรวจสุขภาพ

ทั้งนี้ ตามแนวคิดของการพัฒนาสถานีสุขภาพได้ให้ความสำคัญกับการเชื่อมโยงกับระบบฐานข้อมูลระบบ 3 หมอ โดยอสม. (หมอคนที่ 1) จะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลจากสถานีสุขภาพ เช่น เอกสาร, Smart อสม., R9 แล้วส่งให้บุคลากรสาธารณสุขในรพ.สต. (หมอคนที่ 2) เป็นผู้วิเคราะห์ และบันทึกผลในระบบของหน่วยบริการเพื่อส่งผลข้อมูลต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย (หมอคนที่ 3) แม้จะมีการใช้แอปพลิเคชันเพื่อจัดการข้อมูลในระบบดิจิทัล อย่างไรก็ตามยังมีความท้าทายในแง่ความแตกต่างของระบบสารสนเทศระหว่างโรงพยาบาล (HIS) และข้อมูลจากชุมชน

บริบทการดำเนินงานในต่างประเทศ

1) **เวียดนาม** พบว่า สถานีสุขภาพระดับตำบล (Commune Health Stations: CHSs) เป็นรากฐานสำคัญของระบบปฐมภูมิ แต่พบว่า สถานีสุขภาพชุมชนในเขตเมืองยังขาดความพร้อมในการตอบสนองต่อโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะด้านบุคลากร งบประมาณ และเวชภัณฑ์ สถานีสุขภาพส่วนใหญ่มีสภาพทรุดโทรม ขาดแคลนเวชภัณฑ์ และประชาชนเริ่มหันไปใช้บริการคลินิกเอกชนและโรงพยาบาลมากขึ้น ระบบข้อมูลส่วนใหญ่ยังเป็นแบบบันทึกด้วยกระดาษ ทำให้ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลอย่างเป็นระบบ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรประจำสถานี[14-15]

2) **จีน** นครเซี่ยงไฮ้ มีการพัฒนาสถานีสุขภาพอัจฉริยะ (Smart Health Station) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 โดยเชื่อมข้อมูลเข้ากับระบบ Healthcare Cloud ที่เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพกับโรงพยาบาลทุกระดับ นอกจากนี้ยังมีการส่งต่อข้อมูลกับแพทย์ประจำครอบครัวของผู้ใช้บริการ สามารถใช้บัตรประชาชนและบัตรประกันสังคมในการเข้าถึงบริการ โดยประชาชนสามารถตรวจวัดค่าสุขภาพ

ได้ด้วยตนเอง 22 รายการ เช่น การวัดระดับความดันโลหิต ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน อัตราการเต้นของหัวใจ/ชีพจร อุณภูมิ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับ Hemoglobin ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด และระดับ Cholesterol ในกลุ่มเสี่ยงสูง และประเมินความเสี่ยงด้วย AI เช่น การประเมินพฤติกรรม แล้วข้อมูลจะถูกต่อไปยังแพทย์ประจำครอบครัว เพื่อติดตามและให้คำแนะนำ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีระบบแจ้งเตือนเมื่อค่าสุขภาพผิดปกติ และสามารถนัดหมายแพทย์ผ่านระบบออนไลน์[17] สถานีสุขภาพแห่งแรก 85 แห่งเปิดให้บริการในปี พ.ศ. 2562 และขยายเป็น 219 แห่งในปี พ.ศ. 2563 ครอบคลุมทุกชุมชน พร้อมทั้งให้คำแนะนำสุขภาพเฉพาะบุคคล

3) **ออสเตรเลีย** ใช้ Digital Health Station (SiSU) เป็นตู้ KIOS หรือเครื่องตรวจสุขภาพอัจฉริยะในร้านยาและสถานที่ทำงาน ข้อมูลเชื่อมต่อกับแอพลิเคชั้นบนมือถือ พบว่าเทคโนโลยีดิจิทัลช่วยให้ประชาชนเห็นภาพรวมสุขภาพได้ดีขึ้น และกลุ่มผู้ใช้บริการซ้ำสามารถลดค่า BMI ได้เฉลี่ย 0.97 kg/m'/m^2 และลดค่าความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญ[18]

4) **สหรัฐอเมริกา** เน้นการติดตั้งสถานีสุขภาพในที่ทำงาน เพื่อประเมินความเสี่ยงค่าความดันโลหิตและภาวะอ้วน ผลการศึกษาในบริษัทบริการทางการเงินแห่งหนึ่งพบว่าพนักงาน ร้อยละ 21.7 ใช้สถานีสุขภาพอย่างน้อย 1 ครั้ง ในจำนวนนี้ ร้อยละ 52.5 ใช้บริการซ้ำ พบว่าช่วยเพิ่มผลิตภาพในการทำงาน (Productivity) และกลุ่มเสี่ยงสูงมีแนวโน้มใช้บริการบ่อยกว่า กลุ่มปกติ[19]

5) **อิสราเอล** ติดตั้งสถานีสุขภาพในโรงพยาบาลและศูนย์การแพทย์ของรัฐ ให้บริการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดแบบสุ่ม (random blood glucose) แก่ประชาชนทั่วไป การศึกษาพบว่าผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 140 mg/dL ร้อยละ 91.8 ไปตรวจยืนยันซ้ำที่คลินิก และร้อยละ 51.0 เริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือรับการรักษา โดยเฉพาะการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย[20]

6) **ฟิลิปปินส์** ติดตั้งสถานีสุขภาพชุมชน (Community Health Stations) ในเขตเมือง เน้นงานแม่และเด็ก และรักษาโรคไม่ติดต่อเบื้องต้น แต่การจัดการ NCDs ยังทำได้ในระดับปานกลางเนื่องจากข้อจำกัดด้านยาและบุคลากรทางการแพทย์[21]

7) **บังกลาเทศ** มีการจัดตั้ง NCD Corners ในโรงพยาบาลระดับอำเภอ พบว่ามีส่วนช่วยในการสร้างความตระหนักรู้และให้บริการโรคไม่ติดต่อ แต่ยังขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน การขาดแคลนบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรม การขาดแคลนอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ และมีระบบระบบบันทึกข้อมูลที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ[22]

โดยสามารถสังเคราะห์รูปแบบสถานีสุขภาพของประเทศไทยและต่างประเทศทั้ง 7 ประเทศ ได้แก่ เวียดนาม จีน ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา อิสราเอล ฟิลิปปินส์ และบังกลาเทศ นำมาจัดระบบตามกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพบริการสุขภาพของ Donabedian ใน 3 มิติ ได้แก่ ด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ดังนี้

1) **ด้านโครงสร้าง** (Structure) โครงสร้างของสถานีสุขภาพครอบคลุมองค์ประกอบด้านสถานที่ตั้ง อุปกรณ์ตรวจวัด และบุคลากรผู้ให้บริการ ซึ่งสะท้อนถึงความพร้อมของระบบในการให้บริการ ดังตารางที่ 1 และมีรายละเอียดดังนี้

สถานที่ตั้ง ประเทศไทยมีความหลากหลายของสถานที่ตั้งสูงที่สุด ครอบคลุมศาลาประชาคมหมู่บ้าน วัด ตลาด สถานีขนส่ง ห้างสรรพสินค้า สถานประกอบการร้านขายยา และบ้าน อสม. ทำให้การเข้าถึงบริการครอบคลุมทุกบริบทของพื้นที่ ในขณะที่ประเทศจีน (นครเซี่ยงไฮ้) ติดตั้งสถานีสุขภาพในชุมชนทุกเขต ออสเตรเลียเน้นร้านขายยาและสถานที่ทำงาน สหรัฐอเมริกาและอิสราเอลจำกัดอยู่ที่สถานประกอบการและโรงพยาบาลตามลำดับ ส่วนเวียดนาม ฟิลิปปินส์ และบังกลาเทศดำเนินการในระดับตำบลและโรงพยาบาลระดับอำเภอ

อุปกรณ์ตรวจวัด ประเทศไทยกำหนดอุปกรณ์เป็น 4 ระดับตามเกณฑ์การยกระดับคุณภาพของกรมควบคุมโรค ตั้งแต่ระดับพื้นฐาน (เครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดค่าความดันโลหิต สายวัดรอบเอว) ไปจนถึงระดับพรีเมียมที่เชื่อมต่อข้อมูลด้วยระบบดิจิทัล จีนมีอุปกรณ์ครบถ้วนที่สุด สามารถตรวจวัดได้ถึง 22 รายการ พร้อมระบบประเมินความเสี่ยงด้วยปัญญาประดิษฐ์ (AI) ส่วนออสเตรเลียใช้เครื่อง KIOSK อัจฉริยะที่สามารถวัดองค์ประกอบร่างกาย ในขณะที่เวียดนาม ฟิลิปปินส์ และบังกลาเทศมีอุปกรณ์พื้นฐานแต่ประสบปัญหาการขาดแคลน

บุคลากร ประเทศไทยใช้ อสม. เป็นกำลังหลักในฐานะ หมอคนที่ 1 ที่ใกล้ชิดชุมชน โดยได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จีนใช้แพทย์ประจำครอบครัวผ่านระบบดิจิทัล ออสเตรเลียพึ่งพาพนักงานร้านขายยา สหรัฐอเมริกาใช้บุคลากรที่ได้รับการอบรมเฉพาะ อิสราเอลใช้บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล ส่วนเวียดนามและบังกลาเทศมีแพทย์และพยาบาล แต่ประสบปัญหาขาดแคลน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบด้านโครงสร้าง (Structure) ของสถานีสุขภาพในประเทศไทยและต่างประเทศ

ประเทศ	รูปแบบการดำเนินงาน	สถานที่ตั้ง	อุปกรณ์	เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ
ไทย	ดำเนินการโดยชุมชนเป็นฐาน มีรพ.สต. เป็นผู้ดำเนินงานร่วมกับ อสม.	ศาลาหมู่บ้าน วัด ตลาด สถานีขนส่ง และ บ้าน อสม.	4 ระดับ ตามเกณฑ์การยกระดับคุณภาพ เครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เครื่องวัดความดันโลหิต รอบเอว, ชุดอุปกรณ์ตรวจวัดค่าสัญญาณชีพต่าง ๆ (Health go box)	อสม. เป็นหลัก รพ.สต. สนับสนุน มีการพัฒนาศักยภาพต่อเนื่อง

ประเทศ	รูปแบบการดำเนินงาน	สถานที่ตั้ง	อุปกรณ์	เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ
เวียดนาม	ดำเนินงานโดยรัฐบาลระดับตำบล (Commune Health Stations) เป็นการตรวจสุขภาพเบื้องต้นพร้อมให้คำปรึกษา และการปฐมพยาบาล	ระดับตำบลครอบคลุมทุกพื้นที่	เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องตรวจน้ำตาล เครื่องชั่งน้ำหนัก แต่ขาดแคลน	แพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์ เภสัชกร แต่ขาดแคลน
จีน	รัฐบาลร่วมกับระบบ Healthcare Cloud โดยใช้การประเมินผ่านระบบดิจิทัล	ชุมชน เขตต่าง ๆ ของนครเซี่ยงไฮ้	อุปกรณ์อัจฉริยะเชื่อมต่อระบบคลาวด์ 22 รายการ	แพทย์ประจำครอบครัวติดตามผ่านระบบ
ออสเตรเลีย	ดำเนินการโดยเอกชน (SiSU Health) เป็นการติดตั้ง KIOS ในพื้นที่สาธารณะ เช่น ร้านขายยา	ร้านขายยา Priceline Pharmacy เป็นหลัก	เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดองค์ประกอบร่างกาย	พนักงานร้านขายยาให้คำแนะนำเบื้องต้น
สหรัฐอเมริกา	ดำเนินการโดยเอกชน เป็นการตรวจสุขภาพเบื้องต้น โดยติดตั้งเครื่องวัดสถานะสุขภาพ (Self-testing) ด้วยตนเองในสถานที่ทำงาน	สถานที่ทำงานของบริษัท	เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก	พนักงานบริษัทหรือบุคลากรที่ได้รับการอบรม
อิสราเอล	ดำเนินการโดยรัฐบาล ติดตั้งในพื้นที่สาธารณะ/โรงพยาบาล เน้นการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน และคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต	โรงพยาบาล ศูนย์การแพทย์ของรัฐ	เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องตรวจน้ำตาล ปลายนิ้ว	บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล

ประเทศ	รูปแบบการดำเนินงาน	สถานที่ตั้ง	อุปกรณ์	เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ
ฟิลิปปินส์	ดำเนินงานโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ด้วยองค์กรท้องถิ่น เน้นการตรวจคัดกรองเบื้องต้นและบริการแม่และเด็ก	ชุมชน 30 แห่งในเขตเมืองสูง	เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องตรวจน้ำตาล เครื่องชั่งน้ำหนัก	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผดุงครรภ์ อสม.
บังกลาเทศ	ดำเนินการโดยรัฐบาลระดับอำเภอ (NCD corners) เน้นการตรวจคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	โรงพยาบาลระดับอำเภอ	เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องตรวจน้ำตาล เครื่องชั่งน้ำหนัก แต่ขาดแคลน	แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ขาดแคลน

2) **ด้านกระบวนการ** (Process) กระบวนการครอบคลุมขั้นตอนการให้บริการตรวจวัด การเชื่อมโยงข้อมูล และการส่งต่อผู้รับบริการเข้าสู่ระบบการดูแลต่อเนื่อง ดังตารางที่ 2 และมีรายละเอียดดังนี้

ค่าสุขภาพที่ตรวจวัดและการคัดกรอง ประเทศไทยตรวจวัดค่าสุขภาพพื้นฐาน 5-7 รายการ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และค่าออกซิเจนในเลือด รวมถึงการคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยง 3 ด้าน ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และภาวะซึมเศร้า ซึ่งครอบคลุมมิติทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต จีนมีการตรวจวัดมากที่สุดถึง 22 รายการรวมถึง Hemoglobin ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด และระดับ Cholesterol ในกลุ่มเสี่ยงสูง ส่วนประเทศอื่น ๆ ส่วนใหญ่สามารถตรวจวัดเฉพาะค่าพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนักและส่วนสูง

การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ นี่คือมิติที่แตกต่างกันมากที่สุดระหว่างประเทศ จีนมีระบบ Healthcare Cloud ที่เชื่อมข้อมูลสถานีสุขภาพกับโรงพยาบาลทุกระดับและแพทย์ประจำครอบครัวแบบอัตโนมัติ ถือเป็นระบบที่สมบูรณ์ที่สุด ออสเตรเลียเชื่อมต่อกับแอปพลิเคชัน SiSU บนมือถือเพื่อให้ผู้ใช้ติดตามแนวโน้มสุขภาพของตนเอง สหรัฐอเมริกาและอิสราเอลบันทึกข้อมูลภายในระบบขององค์กร แต่ยังไม่เชื่อมโยงกับระบบสุขภาพระดับชาติ ประเทศไทยมีช่องทางการส่งข้อมูลผ่านแอปพลิเคชัน H4U, Smart อสม. และ R9 Health Station ภายใต้ระบบ 3 หมอ แต่ยังมีความท้าทายด้านความแตกต่างของระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) กับข้อมูลจากชุมชน ส่วนเวียดนาม ฟิลิปปินส์ และบังกลาเทศยังใช้การบันทึกด้วยกระดาษเป็นหลัก ทำให้ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลอย่างเป็นระบบ

การให้คำแนะนำและส่งต่อ ประเทศจีนมีระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติเมื่อค่าสุขภาพผิดปกติและสามารถนัดหมายแพทย์ออนไลน์ได้ทันที อิสราเอล พบว่าผู้รับบริการที่มีระดับน้ำตาลผิดปกติ ร้อยละ 91.8 ไปตรวจยืนยันซ้ำที่คลินิก สะท้อนประสิทธิภาพของกระบวนการส่งต่อ ในขณะที่ประเทศไทยมีแนวทางการส่งต่อผ่านบุคลากร รพ.สต. (หมอคนที่ 2) ซึ่งต้องอาศัยความสัมพันธ์ระหว่าง อสม. กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นสำคัญ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบด้านกระบวนการ (Process) ของสถานีสุขภาพในประเทศไทยและต่างประเทศ

ประเทศ	ค่าที่ตรวจวัดและการคัดกรองพฤติกรรม	การเชื่อมโยงข้อมูล	ระบบส่งต่อ/ติดตาม
ไทย	น้ำหนัก ส่วนสูง BMI รอบเอว ค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาล O2 saturation อุณหภูมิคัดกรองบุหรี่ แอลกอฮอล์ ซึมเศร้า	เชื่อมโยงผ่าน H4U, Smart อสม., R9 Health Station เริ่มมีการบูรณาการ, ระบบ 3 หมอ	ส่งต่อจากอสม. ไปยัง รพ.สต. และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย
เวียดนาม	ค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาล น้ำหนัก ส่วนสูง BMI	มีระบบข้อมูลสุขภาพระดับตำบล แต่ยังจำกัดและล้าสมัย (บันทึกกระดาษ)	ส่งต่อโรงพยาบาล (ไม่เป็นระบบ)
จีน	22 รายการ และประเมินพฤติกรรมด้วย AI	เชื่อมโยงกับ Healthcare Cloud โรงพยาบาลทุกระดับและแพทย์ประจำครอบครัว	แจ้งเตือนอัตโนมัติและนัดหมายออนไลน์
ออสเตรเลีย	ความดัน BMI เปอร์เซ็นต์ไขมัน อัตราการเต้นหัวใจ	เชื่อมต่อกับแอปพลิเคชัน SiSU บนมือถือ ติดตามแนวโน้มสุขภาพ	แนะนำพบแพทย์ผ่านแอป
สหรัฐอเมริกา	ค่าความดันโลหิต BMI	บันทึกข้อมูลในระบบของบริษัท แต่ไม่เชื่อมโยงกับระบบสุขภาพ	แนะนำพบแพทย์ (ไม่เป็นทางการ)
อิสราเอล	ระดับน้ำตาลในเลือดแบบสุ่ม	บันทึกข้อมูลในระบบของโรงพยาบาล	แนะนำตรวจยืนยันที่คลินิก
ฟิลิปปินส์	ค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนัก ส่วนสูง BMI	บันทึกข้อมูลด้วยสมุดและรายงานส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	ส่งต่อโรงพยาบาล (แม่และเด็ก/NCDs)
บังกลาเทศ	ค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด BMI การคัดกรองความเสี่ยง	มีระบบบันทึกข้อมูลแต่ยังไม่มีประสิทธิภาพ ขาดระบบดิจิทัล	ไม่ชัดเจน ขาดแนวปฏิบัติ

1) **ด้านผลลัพธ์** (Outcome) ผลลัพธ์สะท้อนทั้งผลการดำเนินงานในระดับระบบ (coverage) และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้รับบริการ ดังตารางที่ 3 และมีรายละเอียดดังนี้

การครอบคลุมและการเข้าถึง ประเทศไทยมีสถานีสุขภาพครอบคลุมทั่วประเทศ 8,861 แห่ง โดยมีสถานีที่ผ่านเกณฑ์ยกระดับคุณภาพ 1,312 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 83.6 อัตราการเข้าถึงบริการโดยรวมอยู่ที่ร้อยละ 63.6 และบางพื้นที่สามารถคัดกรองได้มากกว่า ร้อยละ 90.0 เวียดนามมีสถานีสุขภาพครบทุกตำบล แต่ครึ่งหนึ่งมีสภาพทรุดโทรมและคุณภาพต่ำ จีนขยายสถานีสุขภาพอัจฉริยะจาก 85 แห่ง (ปี พ.ศ. 2562) เป็น 219 แห่ง (ปี พ.ศ. 2563) ครอบคลุมทุกชุมชนในนครเซี่ยงไฮ้ภายในเวลาเพียง 1 ปี

ผลลัพธ์ทางสุขภาพและพฤติกรรม ออสเตรเลีย พบว่า กลุ่มผู้ใช้บริการซ้ำสามารถลดค่า BMI ได้เฉลี่ย 0.97 kg/m^2 และลดค่าความดันโลหิตได้ สหรัฐอเมริกาพบว่าพนักงาน ร้อยละ 21.7 ใช้บริการอย่างน้อย 1 ครั้ง และในจำนวนนี้ ร้อยละ 52.5 ใช้บริการซ้ำ โดยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมีแนวโน้มกลับมาใช้บริการถี่กว่ากลุ่มปกติ อิสราเอล พบว่าร้อยละ 51.0 ของผู้มีน้ำตาลในเลือดสูงเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือรับการรักษา บังกลาเทศช่วยเพิ่มการตระหนักรู้แต่ยังขาดประสิทธิภาพในการให้บริการเนื่องจากขาดยาและบุคลากร ส่วนจีนพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการติดตามต่อเนื่อง และลดภาวะแทรกซ้อนได้

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบด้านผลลัพธ์ (Outcome) ของสถานีสุขภาพในประเทศไทยและต่างประเทศ

ประเทศ	กลุ่มผู้รับบริการ	ผลการดำเนินงาน	ผลลัพธ์ทางสุขภาพและพฤติกรรม
ไทย	ประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยเรื้อรัง อายุ 18 ปีขึ้นไป	8,861 แห่งทั่วประเทศ / ผ่านเกณฑ์ยกระดับ 1,312 แห่ง (ร้อยละ 83.6)	เข้าถึงบริการ ร้อยละ 63.6 บางพื้นที่คัดกรองมากกว่าร้อยละ 90.0
เวียดนาม	ประชาชนทั่วไปครอบคลุม 8,000 คนต่อสถานี	ครบทุกตำบล แต่ครึ่งหนึ่งมีสภาพทรุดโทรม	ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นหลังพัฒนา (ใกล้บ้าน ค่าใช้จ่ายต่ำ) คุณภาพแตกต่างกันมาก
จีน	ประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง	219 แห่ง ครอบคลุมทุกชุมชนในเซี่ยงไฮ้ (ขยายจาก 85 แห่งใน 1 ปี)	ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการติดตามต่อเนื่อง / ลดภาวะแทรกซ้อน
ออสเตรเลีย	ประชาชนทั่วไป อายุ 16 ปีขึ้นไป เพศหญิงร้อยละ 55.9	ติดตั้งในร้านขายยาและสถานที่ทำงาน	ผู้ใช้ซ้ำลด BMI เฉลี่ย 0.97 kg/m^2 ลดค่าความดันโลหิตได้

ประเทศ	กลุ่มผู้รับบริการ	ผลการดำเนินงาน	ผลลัพธ์ทางสุขภาพและพฤติกรรม
สหรัฐอเมริกา	พนักงานบริษัท อายุ 20-69 ปี	ใช้บริการ ร้อยละ 21.7 ใช้ซ้ำ ร้อยละ 52.5	- พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.7 อ้วน ร้อยละ 38.0 - กลุ่มเสี่ยงสูงใช้บริการซ้ำมากกว่าปกติ - ผลิตภาพการทำงานเพิ่มขึ้น
อิสราเอล	ประชาชนทั่วไป	ค้นพบผู้ป่วยรายใหม่จากการคัดกรองสุ่ม	- น้ำตาลสูงสามารถตรวจยืนยัน ร้อยละ 91.8 - เริ่มปรับพฤติกรรม ร้อยละ 51.0
ฟิลิปปินส์	ประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะแม่และเด็ก	ผลการดำเนินงานระดับดี (mean 4.47/5)	ประชากรเพิ่มขึ้น สะท้อนการลดอัตราตายของเด็ก
บังกลาเทศ	ประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ	มี NCD Corners ในโรงพยาบาลอำเภอ แต่ขาดประสิทธิภาพ	เพิ่มการตระหนักรู้ แต่ยังขาดประสิทธิภาพ เนื่องจากขาดยาพื้นฐานและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน

อภิปรายผล

โดยสรุปสามารถจำแนกได้ 5 รูปแบบ ได้แก่ (1) สถานีสุขภาพในสถานพยาบาลปฐมภูมิ (2) สถานีสุขภาพดิจิทัลในชุมชน (3) สถานีสุขภาพในสถานประกอบการ (4) สถานีสุขภาพเอกชนร่วมบริการรัฐ และ (5) สถานีสุขภาพเฉพาะทางซึ่งการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าสถานีสุขภาพของประเทศไทยมีจุดแข็งสำคัญคือการมีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เข้มแข็ง ครอบคลุมทุกพื้นที่ นอกจากนี้ อสม. ยังมีบทบาทเป็นหมอคนที่ 1 ซึ่งใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน ทำให้สามารถให้บริการถึงระดับชุมชนได้อย่างทั่วถึง สอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวาที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน[23] และสอดคล้องกับทฤษฎีการประเมินคุณภาพบริการสุขภาพของ Donabedian ที่ชี้ว่าปัจจัย 1) ด้านโครงสร้าง (structure) เช่น สถานที่ตั้งที่เข้าถึงง่าย และมีอุปกรณ์ตรวจวัดสถานะสุขภาพเบื้องต้น สามารถทำให้ประชาชนสนใจ เข้ามารับบริการโดยไม่เพิ่มค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เช่น ประเทศฟินแลนด์ 2) ด้านกระบวนการ (process) ในสถานีสุขภาพมีแนวทางการติดตั้งบริการในสถานีสุขภาพที่ชัดเจน เช่น ประเทศไทย และประเทศออสเตรเรีย ส่งผลต่อ 3) ผลลัพธ์ (outcome) ทางสุขภาพ รวมทั้งความพึงพอใจของประชาชนที่เข้ามาใช้บริการสถานีสุขภาพ เช่น ในประเทศฟิลิปปินส์ และออสเตรเรีย[24] นอกจากนี้ การมีคณะดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ตามเกณฑ์การยกระดับคุณภาพสถานีสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ[11]

เมื่อเปรียบเทียบกับต่างประเทศ พบว่าสถานีสุขภาพของไทยยังมีข้อจำกัดด้านการเชื่อมโยงข้อมูลกับระบบบริการสุขภาพ ซึ่งแตกต่างจากประเทศจีนที่มีระบบ Healthcare Cloud ที่เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างสถานีสุขภาพ โรงพยาบาล และแพทย์ประจำครอบครัวอย่างเป็นระบบ[17] หรือประเทศออสเตรเลียที่ให้เอกชนร่วมลงทุนพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลที่ทันสมัยและเชื่อมต่อกับผู้ใช้ผ่านแอปพลิเคชันบนมือถือ[18] ปัญหานี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเวียดนามที่พบว่าระบบข้อมูลสุขภาพยังไม่ได้รับการพัฒนาให้เชื่อมโยงระหว่างสถานีสุขภาพกับโรงพยาบาลระดับเหนือขึ้นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ[15] โดยประเด็นสำคัญที่ควรนำมาพิจารณาพัฒนาสถานีสุขภาพของไทย ได้แก่

1) ด้านเทคโนโลยีดิจิทัลและการเชื่อมโยงข้อมูล การพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลกลางที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างสถานีสุขภาพกับระบบบริการสุขภาพทุกระดับ จะช่วยให้การส่งต่อผู้ป่วยและการดูแลต่อเนื่องมีประสิทธิภาพมากขึ้น การศึกษาการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการบันทึกและติดตามข้อมูลสุขภาพ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการตนเองของผู้ป่วย และลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์[18]

2) การจัดการข้อมูล (Data Integration) ช่วยเพิ่มความแม่นยำในการประเมินผลสุขภาพรายบุคคล ทั้งนี้จากผลการศึกษาจุดอ่อนที่พบในในจีนและเวียดนาม คือการขาดมาตรฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงกัน[25-27] สำหรับประเทศไทย แม้จะมีการใช้แอปพลิเคชันเพื่อจัดการข้อมูลในระบบดิจิทัล แต่ยังพบความท้าทายในเรื่องความแตกต่างของระบบสารสนเทศระหว่างโรงพยาบาล (HIS) และข้อมูลจากชุมชน

3) การปรับพฤติกรรมอย่างทันท่วงที (Prompt Intervention) ผลการศึกษาจากออสเตรเลียและสหรัฐอเมริกาสะท้อนว่า การที่ประชาชนทราบ "ตัวเลขสุขภาพ" ที่ผิดปกติเป็นแรงจูงใจสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม[18-19] โดยการมี Health Coach ที่มีทักษะการให้คำปรึกษา ให้ความรู้ด้านสุขภาพได้เพื่อช่วยให้ประชาชนสามารถได้รับคำแนะนำในจัดการตนเอง เช่นที่ปรากฏในประเทศเวียดนาม[17]

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. พัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลกลางระดับประเทศ เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพระหว่างสถานีสุขภาพกับระบบบริการสุขภาพทุกระดับ เพื่อติดตามแนวโน้มทางสุขภาพของผู้ใช้บริการ โดยมีมาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ชัดเจนและระบบรักษาความปลอดภัยของข้อมูลที่ได้มาตรฐาน เช่นที่ปรากฏในประเทศออสเตรเรียและจีน เพื่อแก้ไขปัญหาความแตกต่างระหว่างระบบ HIS ของโรงพยาบาลกับข้อมูลชุมชน

2. จัดบริการให้ครอบคลุมหลายมิติ นอกจากการคัดกรองโรคไม่ติดต่อ ควรขยายขอบเขตบริการให้ครอบคลุมการดูแลแม่และเด็ก การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน และการดูแลหลังคลอด เช่นเดียวกับแนวทางของจีน เวียดนาม และฟิลิปปินส์ เพื่อให้สถานีสุขภาพเป็นจุดบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย

3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างเป็นระบบ พัฒนาทักษะ อสม. ในฐานะหมอคนที่ 1 ให้ครอบคลุมการให้คำแนะนำด้านการจัดการตนเอง (Self-management) รวมทั้งการจัดการเมื่อพบผู้ที่มีค่าสุขภาพที่มีความเสี่ยง การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และการให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะบทบาทในการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ตามแนวทางของประเทศเวียดนาม

4. ขยายช่องทางการเข้าถึงบริการ โดยติดตั้งสถานีสุขภาพในพื้นที่สาธารณะเพิ่มขึ้น เช่น ในสถานที่ทำงาน ร้านขายยา และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในการดำเนินงาน รวมถึงลดระยะทางและเวลาเดินทางของผู้ใช้บริการ เช่นเดียวกับแนวทางของประเทศฟินแลนด์ สหรัฐอเมริกา เป็นต้น

การพัฒนาสถานีสุขภาพของประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน การบูรณาการจุดแข็งของไทยเข้ากับเทคโนโลยีดิจิทัลที่ทันสมัยและการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นจะช่วยยกระดับสถานีสุขภาพให้เป็นกลไกสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศต่อไป

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

ธาริณี พังจุนันท์, ราชันย์ มงคลทิพย์, บัณฑิตา ปี่แก้ว. ข้อเสนอการพัฒนาสถานีสุขภาพ (Health Station) ของประเทศไทย: กรณีศึกษาเปรียบเทียบกับต่างประเทศ. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2569;11(2):117-132.

Suggested citation for this article

Pangjunan T, Mongkoltip R, Peekaew B. A study of work burnout among personnel at Institute for Urban Disease Control and Prevention 2025. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal. 2026;11(2):117-132.

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [Internet]. Geneva: World Health Organization; c2025. Noncommunicable diseases; 2025 [cited 2026 Apr 3]; [about 1 screen]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases
2. นันท์นภัส ภูมิถาวร, อรรถกร บุตรชุมแสง, สุพิน รุ่งเรือง, บรรณาธิการ. รายงานประจำปี 2568 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. นนทบุรี: กลุ่มยุทธศาสตร์ แผนและประเมินผล กองโรคไม่ติดต่อ; 2569.
3. เริงฤดี ปธานวนิช, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2568.
4. Ahmad MS. Evaluation of Primary Health Care Services in Early Detection and Management of Hypertension and Diabetes in Low-Resource Communities. Journal of Pioneering Medical Sciences. 2025 Jul;14(S2):146-152.
5. นิตยา ชุดไธสง. การพัฒนาสถานีรักษ์สุขภาพ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2569;35 (ฉบับเพิ่มเติม1):S166-S182.
6. Marshall SM, Flyvbjerg A. Prevention and early detection of vascular complications of diabetes. BMJ. 2006 Sep 2;333(7566):475-80. doi: 10.1136/bmj.38922.650521.80.
7. Cabezas MF, Nazar G, Ranchor AV, Annema C. The Effect of Health Literacy Interventions on Self-management in Chronic Diseases: A Systematic Review. Ann Behav Med. 2025 Jan 4;59(1):kaaf073. doi: 10.1093/abm/kaaf073.

8. Huang Y, Li S, Lu X, Chen W, Zhang Y. The Effect of Self-Management on Patients with Chronic Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis. Healthcare (Basel). 2024 Oct 29;12(21):2151. doi: 10.3390/healthcare12212151.
9. Budreviciute A, Damiati S, Sabir DK, Onder K, Schuller-Goetzburg P, Plakys G, et al. Management and Prevention Strategies for Non-communicable Diseases (NCDs) and Their Risk Factors. Front Public Health. 2020 Nov 26;8:574111. doi: 10.3389/fpubh.2020.574111.
10. กรมควบคุมโรค. Know Your Numbers & Know Your Risks รู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยงสุขภาพ. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน; [ม.ป.ป.].
11. กองโรคไม่ติดต่อ. แนวทางการดำเนินงานสถานีสุขภาพ (Health station). นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ; 2568.
12. กองโรคไม่ติดต่อ. แนวทางการจัดบริการสถานีสุขภาพดิจิทัล (Digital Health Station) ในชุมชน. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ; 2565.
13. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน; 2568.
14. Positive Impact on Public Perception toward Commune Health Stations (CHSs) in Rural Areas of Tyuen Quang Province, Vietnam, Following the Application of the Development Program for the Capacity-Building of CHSs. Int J Environ Res Public Health. 2022 Dec 31;20(1):754. doi: 10.3390/ijerph20010754.
15. Kien VD, Van Minh H, Giang KB, Ng N, Nguyen V, Tuan LT, et al. Views by health professionals on the responsiveness of commune health stations regarding non-communicable diseases in urban Hanoi, Vietnam: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2018 May 31;18(1):392. doi: 10.1186/s12913-018-3217-4.
16. Ngo AD, Hill PS. Quality of reproductive health services at commune health stations in Viet Nam: implications for national reproductive health care strategy. Reprod Health Matters. 2011 May;19(37):52-61. doi: 10.1016/S0968-8080(11)37555-6.
17. Tu S-J, Jin C, Wang X-H, Wang B-Y. Shanghai Smart Health Station Research Application in Fusion of Sports and Medicine Community Health Service. Engineering Proceedings. 2023;55(1):8. https://doi.org/10.3390/engproc2023055008.
18. Flitcroft L, Chen WS, Meyer D. The Demographic Representativeness and Health Outcomes of Digital Health Station Users: Longitudinal Study. J Med Internet Res. 2020 Jun 26;22(6):e14977. doi: 10.2196/14977.
19. Kelly JT. Evaluating employee health risks due to hypertension and obesity: self-testing workplace health stations. Postgrad Med. 2009 Jan;121(1):152-8. doi: 10.3810/pgm.2009.01.1964.

20. Elman K, Wainstein J, Boaz M, Jakubowicz D, Bar-Dayan Y. Random blood glucose screening at a public health station encouraged high risk subjects to make lifestyle changes. Int J Clin Pract. 2017 Aug;71(8). doi: 10.1111/ijcp.12984. Epub 2017 Jul 30.
21. Gella HB, Caelian MV. Implementation of primary healthcare services in community health stations in highly urbanized city Philippines. Philipp Soc Sci J. 2021;4(3):124-32. ttps://doi.org/10.52006/main.v4i3.385.
22. Rawal LB, Kanda K, Biswas T, Tanim MI, Poudel P, Renzaho AMN, et al. Non-communicable disease (NCD) corners in public sector health facilities in Bangladesh: a qualitative study assessing challenges and opportunities for improving NCD services at the primary healthcare level. BMJ Open. 2019 Oct 7;9(10):e029562. doi: 10.1136/bmjopen-2019-029562.
23. World Health Organization [Internet]. Geneva: World Health Organization; c2025. Ottawa Charter for Health Promotion; 2025 [cite 2025 Dec 1]; [about 1 screen]. Available from: https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference
24. Chen CM, Hong MC, Hsu YH. Administrator self-ratings of organization capacity and performance of healthy community development projects in Taiwan. Public Health Nurs. 2007 Jul-Aug;24(4):343-54. doi: 10.1111/j.1525-1446.2007.00643.x.
25. Thi Thuy Nga N, Thi My Anh B, Nguyen Ngoc N, Minh Diem D, Duy Kien V, Bich Phuong T, et al. Capacity of Commune Health Stations in Chi Linh District, Hai Duong Province, for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Asia Pac J Public Health. 2017 Jul;29(5_suppl):94S-101S. doi: 10.1177/1010539517717020.
26. Hou W, Fan H, Xu J, Wang F, Chai Y, Xu H, et al. Service functions of private community health stations in China: A comparison analysis with government-sponsored community health stations. J Huazhong Univ Sci Technolog Med Sci. 2012 Apr;32(2):159-66. doi: 10.1007/s11596-012-0029-3. Epub 2012 Apr 20.
27. Qiu L, Yang L, Li H, Wang L. The productive efficiency of community health service stations in China: Taking Shandong province as a case. Int J Health Plann Manage. 2022 May;37(3):1477-91. doi: 10.1002/hpm.3409. Epub 2022 Jan 6.