

การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: การทบทวนอย่างเป็นระบบ

กษมล นิตโสมณ^{1*}, พรรณี บัญชรหัตถกิจ²

¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง จังหวัดระนอง

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องทั้งในระดับโลกและประเทศไทย ในบริบทประเทศไทย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน แต่ยังคงขาดการรวบรวมและสังเคราะห์องค์ความรู้อย่างเป็นระบบในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. การทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์รูปแบบ องค์ประกอบ กระบวนการ และผลลัพธ์ของการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีการศึกษา: การทบทวนอย่างเป็นระบบนี้ดำเนินการตามแนวทาง PRISMA 2020 สืบค้นจากฐานข้อมูล Google Scholar, PubMed และ ThaiJO ครอบคลุมงานวิจัยที่เผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ. 2563–2569 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยสืบค้นครั้งสุดท้ายเมื่อ 25 มิถุนายน 2569 คัดเลือกบทความตามกรอบ PICOS โดยผู้ทบทวน 2 คนอย่างอิสระ ประเมินคุณภาพงานวิจัยด้วยแบบประเมินของ Heller และคณะ (2008) และสังเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการพรรณนาเชิงเนื้อหา เนื่องจากงานวิจัยที่คัดเข้ามีความหลากหลายทั้งด้านรูปแบบการวิจัยและตัวชี้วัดผลลัพธ์ จึงไม่สามารถวิเคราะห์ห่อภิมาณได้ ทั้งนี้ การทบทวนครั้งนี้ไม่ได้ลงทะเบียนโปรโตคอล

ผลวิจัย: พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 1,403 เรื่อง มีงานวิจัยผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 21 เรื่อง ในจำนวนนี้มี 12 เรื่องที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพที่กำหนด โดยมีคะแนน 19–21 จากคะแนนเต็ม 22 คะแนน รูปแบบการพัฒนาศักยภาพ อสม. ประกอบด้วยโปรแกรมการฝึกอบรม ฐานการเรียนรู้ และกระบวนการแบบมีส่วนร่วม โดยมีกระบวนการพัฒนา ได้แก่ การสร้างความรู้ การเสริมทักษะ การสร้างเจตคติและแรงจูงใจ การสะท้อนผลการปฏิบัติ การใช้สื่อเทคโนโลยี/แอปพลิเคชัน การเยี่ยมบ้าน และระบบพี่เลี้ยงและการโค้ช ผลลัพธ์ที่พบคือ อสม. มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีทักษะการสื่อสาร มีความมั่นใจและเจตคติเชิงบวกในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น

บทสรุป: รูปแบบการพัฒนาศักยภาพ อสม. ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบอาจนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมตามบริบทของประเทศไทย เพื่อสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งนี้ ควรตีความและนำผลไปใช้โดยคำนึงถึงความแตกต่างและข้อจำกัดของการศึกษาที่นำมาทบทวน

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การพัฒนาศักยภาพ, การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, การทบทวนอย่างเป็นระบบ

*ผู้ให้การติดต่อ: กษมล นิตโสมณ

อีเมล: sp.sukumran@gmail.com

รับบทความ: 24 มิถุนายน 2569; ปรับปรุงแก้ไข: 16 กันยายน 2569; รับผิดชอบ: 17 กันยายน 2569



บทความนี้เผยแพร่ภายใต้สัญญาอนุญาต
Creative Commons Attribution-
NonCommercial-NoDerivatives 4.0
International License (CC BY-NC-ND 4.0)

Capacity Development of Village Health Volunteers in Caring for Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: A Systematic Review

Kotchamon Neetisophon^{1*}, Pannee Banchonhattakit²

¹Ranong Provincial Public Health Office, Ranong Province

²Faculty of Public Health, Walailak University, Nakhon Phanom Province

Abstract

Background: Type 2 diabetes mellitus (T2DM) is a major public health problem, with an increasing prevalence worldwide and in Thailand. Village health volunteers (VHVs) play an important role in supporting community-based diabetes care in Thailand. However, evidence regarding approaches to developing the capacity of VHVs to care for patients with T2DM has not been systematically synthesized. This systematic review aimed to synthesize the models, components, processes, and outcomes of capacity development for VHVs in caring for patients with T2DM.

Methods: This systematic review was conducted in accordance with the PRISMA 2020 guidelines. Google Scholar, PubMed, and ThaiJO were searched for studies published between 2020 and 2026 in Thai or English, with the final search conducted on June 25, 2026. Studies were selected according to the PICOS framework by two independent reviewers. Study quality was assessed using Heller's appraisal tool. Data were synthesized using descriptive content analysis. Meta-analysis was not performed because of substantial heterogeneity in study designs and outcome measures. The review protocol was not registered.

Results: A total of 1,403 records were identified. Of these, 21 studies met the eligibility criteria, of which 12 met the predefined methodological quality threshold, with scores ranging from 19 to 21 out of 22. Capacity development approaches included training programs, learning-based activities, and participatory processes. Key strategies comprised knowledge and skills development, attitudes and motivation strengthening, reflective practice, technology-assisted learning, home visits, mentoring, and coaching. These approaches improved VHVs' diabetes-related knowledge, communication skills, confidence, and positive attitudes toward patient care and were associated with improved patient self-care behaviors.

Conclusion: The capacity development approaches identified in this review may be adapted to the Thai context to strengthen VHVs' capacity to care for patients with T2DM. The findings should be interpreted and applied with consideration of the heterogeneity and methodological limitations of the included studies.

Keywords: Village Health Volunteer, Capacity Development, Type 2 Diabetes Mellitus Care, Systematic Review

*Corresponding Author: Kotchamon Neetisophon

E-mail: sp.suksumran@gmail.com

Received: 24 June 2026; Revised: 16 September 2026; Accepted: 17 September 2026



This article is licensed under the
Creative Commons Attribution-
NonCommercial-NoDerivatives 4.0
International License (CC BY-NC-ND 4.0).

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยองค์การอนามัยโลก [1] รายงานว่ามีผู้ป่วยเบาหวานมากกว่า 500 ล้านคนทั่วโลก และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเกิน 640 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2030 สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยประมาณ 6.5 ล้านคน โดยร้อยละ 40 ยังไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรค และเพียงร้อยละ 35 ของผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ [2] สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงภาระโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนและต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศ โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิที่มีทรัพยากรบุคคลจำกัด การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดภาระของระบบสุขภาพ วรรณกรรมที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่า อสม. มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยแบ่งเบาภาระของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนนั้น อสม. จำเป็นต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และทัศนคติที่เหมาะสมของ อสม. ในการส่งเสริมสุขภาพ การติดตาม และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในชุมชน [3–5] ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาศักยภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การปฏิบัติงานของ อสม. ซึ่งการพัฒนาศักยภาพดังกล่าวเกี่ยวข้องโดยตรงกับคุณภาพของการให้คำแนะนำ การติดตามเยี่ยมบ้าน และการประสานงานกับทีมสุขภาพ [6] ทั้งนี้ยังมีปัจจัยสนับสนุนอื่น ๆ เช่น รูปแบบการฝึกอบรม คู่มือการปฏิบัติงาน การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และระบบสนับสนุนจากชุมชน [7,8] ที่ล้วนมีบทบาทในการส่งเสริมการเรียนรู้และการปฏิบัติงานของ อสม. ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จึงมีความจำเป็นต้องเพิ่มศักยภาพให้ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน จากองค์ความรู้ที่เหมาะสมตามบริบทของประเทศไทย

การพัฒนาศักยภาพของ อสม. ที่ปรากฏในงานวิจัยที่ผ่านมามีความหลากหลายทั้งในด้านรูปแบบและกระบวนการ แม้ว่าจะมีการศึกษาการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในหลายรูปแบบ แต่การศึกษาที่ผ่านมายังมีความแตกต่างกันทั้งด้านองค์ประกอบของโปรแกรม วิธีการพัฒนา ระยะเวลา ผู้ดำเนินการ และตัวชี้วัดผลลัพธ์ โดยบางการศึกษามุ่งเน้นการเพิ่มพูนความรู้และทักษะ ขณะที่บางการศึกษามุ่งเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ การสื่อสาร การติดตามผู้ป่วย และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล นอกจากนี้ ผลลัพธ์ของการพัฒนาศักยภาพยังมีการรายงานในหลายระดับ ตั้งแต่ความรู้ ทักษะ และสมรรถนะของ อสม. ไปจนถึงพฤติกรรม การดูแลและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม ยังขาดการสังเคราะห์หลักฐานอย่างเป็นระบบ [9] ที่อธิบายองค์ประกอบและกระบวนการของการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รวมทั้งความสอดคล้องระหว่างรูปแบบการพัฒนาและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ดังนั้น การทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้จึงมุ่งสังเคราะห์หลักฐานเกี่ยวกับรูปแบบ กระบวนการ และองค์ประกอบของการพัฒนาศักยภาพ อสม. ตลอดจนผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการออกแบบแนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม. ที่เหมาะสมกับบริบทการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในระดับปฐมภูมิ

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อสังเคราะห์รูปแบบ องค์ประกอบ กระบวนการ และผลลัพธ์ของการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

คำถามวิจัย

การพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีรูปแบบ องค์ประกอบและกระบวนการอย่างไร และส่งผลต่อความรู้ ทักษะ สมรรถนะ หรือพฤติกรรม การปฏิบัติงานของ อสม. รวมถึงผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยอย่างไร ตามหลักฐานจากการศึกษาที่เข้าเกณฑ์การทบทวนอย่างเป็นระบบ การทบทวนครั้งนี้ใช้กรอบคำถามวิจัยแบบ PICOS สำหรับคำถามเชิง Intervention ดังตาราง 1

ตาราง 1 กรอบคำถามวิจัย PICOS

องค์ประกอบ	รายละเอียด
Population (P)	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน
Intervention (I)	รูปแบบหรือแนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เช่น การฝึกอบรม ฐานการเรียนรู้ กระบวนการแบบมีส่วนร่วม
Comparator (C)	ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ / ไม่กำหนด
Outcomes (O)	ความรู้ ทักษะการดูแล ทักษะการสื่อสาร เจตคติและความมั่นใจของ อสม. รวมถึงพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวาน และความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชน
Study Design (S)	วิจัยกึ่งทดลอง วิจัยและพัฒนา วิจัยเชิงปฏิบัติการ และวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดำเนินการและรายงานผลตามแนวทาง PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses 2020) [10]

เกณฑ์การคัดเลือกบทความ

การศึกษาที่ได้รับการคัดเลือกต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ PICOS ดังตาราง 2

ตาราง 2 เกณฑ์การคัดเลือกบทความ

เกณฑ์การคัดเข้า	เกณฑ์การคัดออก
1. เป็นการศึกษาที่ดำเนินการในบริบทชุมชนระบบบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือหน่วยบริการสุขภาพที่มี อสม. หรืออาสาสมัครสุขภาพชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2	1. การศึกษาที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดูแล ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดอื่นโดยไม่ มีข้อมูลของโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. เป็นโปรแกรม รูปแบบ กิจกรรม หรือกระบวนการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาความรู้ ทักษะ สมรรถนะ ความสามารถในการดูแล หรือ ศักยภาพในการปฏิบัติงานของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2	2. การศึกษาที่ไม่รายงานผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพหรือ การดูแลผู้ป่วย
3. ความรู้ ทักษะ สมรรถนะ ความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง พฤติกรรมหรือการปฏิบัติงานของ อสม. และ/หรือผลลัพธ์ด้านการดูแล ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2	3. การศึกษาในรูปแบบบทความทบทวน บทบรรณาธิการ จดหมายถึง บรรณาธิการ บทความย่อการประชุม
4. การศึกษาที่มีการพัฒนาหรือประเมินผลโปรแกรมหรือรูปแบบการ พัฒนาศักยภาพตามขอบเขตของการทบทวน	4. บทความที่ไม่มีฉบับเต็ม
5. เป็นบทความวิจัยที่สมบูรณ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ	5. เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์เกินกว่า 5 ปี (ก่อน พ.ศ. 2563)

แหล่งข้อมูลและฐานข้อมูลที่ใช้สืบค้น

การศึกษานี้สืบค้นจากฐานข้อมูล Google Scholar, PubMed และ ThaiJO เมื่อวันที่ 1 กันยายน 2568–
มิถุนายน 2569 เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในช่วง พ.ศ. 2563–2569 ดังตาราง 3

ตาราง 3 แหล่งข้อมูลและฐานข้อมูลที่ใช้สืบค้น

แหล่งข้อมูล/ฐานข้อมูล	ช่วงปีที่สืบค้น	วันที่สืบค้นครั้งล่าสุด	หมายเหตุ/ข้อจำกัด
Google Scholar	พ.ศ. 2563–2569	1 กันยายน 2568–มิถุนายน 2569	พบ 1,388 เรื่อง
PubMed	พ.ศ. 2563–2569		พบ 1 เรื่อง
ThaiJO	พ.ศ. 2563–2569		พบ 14 เรื่อง

กลยุทธ์การสืบค้น

การศึกษาครั้งนี้ใช้คำสำคัญและคำศัพท์ควบคุมร่วมกับตัวดำเนินการทางตรรกศาสตร์ (Boolean Operators) โดยปรับรูปแบบคำค้นให้เหมาะสมกับแต่ละฐานข้อมูล ดังตาราง 4

ตาราง 4 กลยุทธ์การสืบค้น

ฐานข้อมูล	Search String ฉบับเต็ม	Filters/Limits	จำนวนที่พบ
PubMed	Village health volunteer and capacity development and diabetes mellitus care	ปีที่ตีพิมพ์ 2022 บทความงานวิจัย เป็นภาษาอังกฤษ	จำนวน 1 เรื่อง
Google Scholar	Village health volunteer and capacity development and diabetes mellitus care	ปีที่ตีพิมพ์ 2565–2569 บทความงานวิจัยทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ	จำนวน 1,388 เรื่อง
ThaiJO	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ การพัฒนาศักยภาพ และ การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน	ปีที่ตีพิมพ์ 2565–2569 บทความงานวิจัยเป็นภาษาไทย	จำนวน 14 เรื่อง

กระบวนการคัดเลือกบทความ

ผลการสืบค้นทั้งหมดถูกนำเข้าสู่โปรแกรมจัดการบรรณานุกรมเพื่อตรวจสอบและลบรายการซ้ำ (Duplicate Records) จากนั้นผู้วิจัยจำนวน 2 คน ดำเนินการคัดกรองบทความอย่างอิสระตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเริ่มจากการพิจารณาชื่อเรื่องและบทคัดย่อก่อนเข้าสู่การประเมินบทความฉบับเต็ม เพื่อพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก หากเกิดความไม่สอดคล้องในการพิจารณา จะมีการอภิปรายร่วมกันจนได้ข้อสรุป และในกรณีที่ยังไม่สามารถหาข้อยุติได้ จะให้ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่สามเป็นผู้ตัดสิน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสกัดข้อมูล ใช้แบบฟอร์มที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยผู้วิจัย 2 คน [11] เป็นอิสระต่อกัน และมีการตรวจสอบซ้ำ ประกอบด้วยข้อมูล ชื่อผู้แต่ง ปีที่ตีพิมพ์ ประเทศที่ศึกษา รูปแบบการวิจัย ลักษณะและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดของโปรแกรมหรือรูปแบบการพัฒนาศักยภาพ ระยะเวลาดำเนินการ เครื่องมือที่ใช้ ตัวชี้วัดผลลัพธ์ และผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รวมถึงประเมินคุณภาพบทความที่สืบค้น จะให้เหตุผลของการคัดเลือกและสกัดข้อมูลที่เกี่ยวข้อง หากพบข้อมูลไม่ตรงกัน ผู้วิจัยทั้ง 2 คนร่วมกันตรวจสอบข้อมูลจากบทความฉบับเต็มและอภิปรายเพื่อหาข้อสรุปร่วมกัน หากยังไม่สามารถหาข้อสรุปได้ ผู้วิจัยร่วมกันอภิปรายจนได้ข้อยุติ

รายการข้อมูล

ผู้วิจัยพัฒนาแบบฟอร์มการสกัดข้อมูลจากกรอบคำถามการวิจัยและเกณฑ์การคัดเลือกบทความ โดยกำหนดรายการข้อมูลที่ต้องการสกัดไว้ล่วงหน้า ครอบคลุมข้อมูลทั่วไปของการศึกษา ได้แก่ ผู้แต่ง ปีที่เผยแพร่ ประเทศหรือจังหวัดที่ศึกษา บริบทและสถานที่ดำเนินการศึกษา รูปแบบการวิจัย จำนวนและลักษณะของผู้เข้าร่วมวิจัย ตลอดจนรายละเอียดของกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพ ได้แก่ รูปแบบและองค์ประกอบของกิจกรรม เนื้อหา วิธีการดำเนินการ ระยะเวลาของโปรแกรม และความถี่ในการดำเนินกิจกรรม สำหรับผลลัพธ์ (Outcomes) ผู้วิจัยได้จากการสังเคราะห์จากรายงานในงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ โดยบันทึกนิยามหรือความหมายของ Outcomes ตามที่ผู้วิจัยแต่ละการศึกษากำหนด เครื่องมือและวิธีการวัดผล คะแนนหรือค่าที่ใช้รายงานผล

การประเมินความเสี่ยงต่ออคติหรือคุณภาพงานวิจัย

ประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยใช้แบบประเมินของ Heller และคณะ (2008) [12] ซึ่งใช้สำหรับ Methodological Quality Appraisal มากกว่าการประเมิน Risk of Bias โดยตรง จึงนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัยประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ ครอบคลุมประเด็น Research Question, Sampling, Exposures, Outcomes, Outcome Measures, Confounders, Internal Validity, Statistical Tests, Public Health Impact, Impact on Health Policy

และ Acceptable Results โดยผู้วิจัย 2 คนประเมินอย่างอิสระ แต่ละข้อให้คะแนน "มีและเหมาะสม" = 2 คะแนน "มีแต่ไม่เหมาะสม" = 1 คะแนน และ "ไม่พบในงานวิจัย" = 0 คะแนน (คะแนนเต็ม 22 คะแนน) งานวิจัยที่มีคุณภาพต้องมีคะแนนผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 หรือมีคะแนนตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป ทั้งนี้ เครื่องมือดังกล่าวไม่สามารถใช้ประเมินความเสี่ยงต่ออคติโดยตรงได้ ดังนั้นหากพบความเห็นไม่ตรงกันใช้วิธีอภิปรายร่วมกันจนได้ข้อยุติ

การคำนวณค่าอิทธิพล

เนื่องจากงานวิจัยที่คัดเข้ามีความหลากหลายของรูปแบบการวิจัยและตัวชี้วัด การสังเคราะห์จึงใช้การจัดกลุ่มประเด็นเชิงเนื้อหา ได้แก่ รูปแบบหรือกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพ องค์ประกอบของกระบวนการพัฒนา ผลที่ได้ต่อตัว อสม. และผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยและระบบสุขภาพชุมชน มากกว่าการใช้ค่าสถิติเชิงปริมาณ

วิธีการสังเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการสังเคราะห์เชิงเนื้อหา เนื่องจากงานวิจัยที่นำมาทบทวนมีความหลากหลายในด้านรูปแบบการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ ระยะเวลาดำเนินการ และตัวชี้วัดผลลัพธ์ จึงไม่สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ห่อหุ้มได้ ดำเนินการดังนี้ 1) จัดหมวดหมู่ข้อมูลตามลักษณะของการพัฒนาศักยภาพ อสม. ได้แก่ รูปแบบหรือกิจกรรมการพัฒนา องค์ประกอบของโปรแกรม วิธีการดำเนินงาน ระยะเวลา ผู้ดำเนินการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 2) วิเคราะห์และสังเคราะห์ประเด็นสำคัญด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เพื่อสรุปองค์ประกอบที่มีผลต่อการพัฒนาศักยภาพของ อสม. 3) นำเสนอผลการสังเคราะห์ด้วยการบรรยายเชิงพรรณนา จัดกลุ่มประเด็นตามกรอบแนวคิดการพัฒนาศักยภาพของ อสม. เพื่อให้เห็นภาพรวมขององค์ความรู้ แนวโน้มของผลการศึกษา และช่องว่างขององค์ความรู้ที่ควรได้รับการศึกษาต่อไป

การประเมินอคติจากการรายงานผลและความเชื่อมั่นของหลักฐาน

การทบทวนครั้งนี้พิจารณาความเสี่ยงของ Reporting Bias โดยการตรวจสอบลักษณะการรายงานผลของการศึกษาที่คัดเข้า รวมถึงความครบถ้วนของข้อมูลผลลัพธ์ที่รายงาน และความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ วิธีการประเมิน และผลลัพธ์ที่นำเสนอ การทดสอบทางสถิติที่เกี่ยวข้องไม่สามารถดำเนินการได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากการศึกษาที่นำมาสังเคราะห์มีความแตกต่างกันด้านรูปแบบการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวัด ผลลัพธ์ และลักษณะการรายงานผล ทำให้ไม่สามารถนำผลการศึกษามารวมกันเพื่อประเมิน Asymmetry ได้อย่างมีความหมาย อย่างไรก็ตาม Selective Outcome Reporting พบข้อจำกัดจากการศึกษาที่คัดเข้าบางส่วนไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับการลงทะเบียนโครงการวิจัยหรือ Protocol ที่ชัดเจน จึงไม่สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้ากับผลลัพธ์ที่รายงานจริงได้อย่างครบถ้วน ประเด็นดังกล่าวอาจทำให้ไม่สามารถตัดความเป็นไปได้ของ Selective Outcome Reporting ได้ทั้งหมด ดังนั้นผลการทบทวนจึงตีความโดยคำนึงถึงความไม่ครบถ้วนของข้อมูลที่รายงานร่วมด้วย ทั้งนี้ การประเมินดังกล่าวดำเนินการโดยผู้วิจัย 2 คนอย่างเป็นอิสระ และหากมีความเห็นไม่ตรงกันจะร่วมกันตรวจสอบข้อมูลและหาข้อสรุปร่วมกัน และด้านความเชื่อมั่นของหลักฐานในการทบทวนครั้งนี้ยังไม่ได้ดำเนินการประเมิน GRADE อย่างเป็นระบบ รวมถึงไม่สามารถให้ระดับความเชื่อมั่นสำหรับผลลัพธ์บางรายการได้ จึงไม่สามารถตีความข้อค้นพบว่าเป็นหลักฐานที่มีความเชื่อมั่นสูงได้

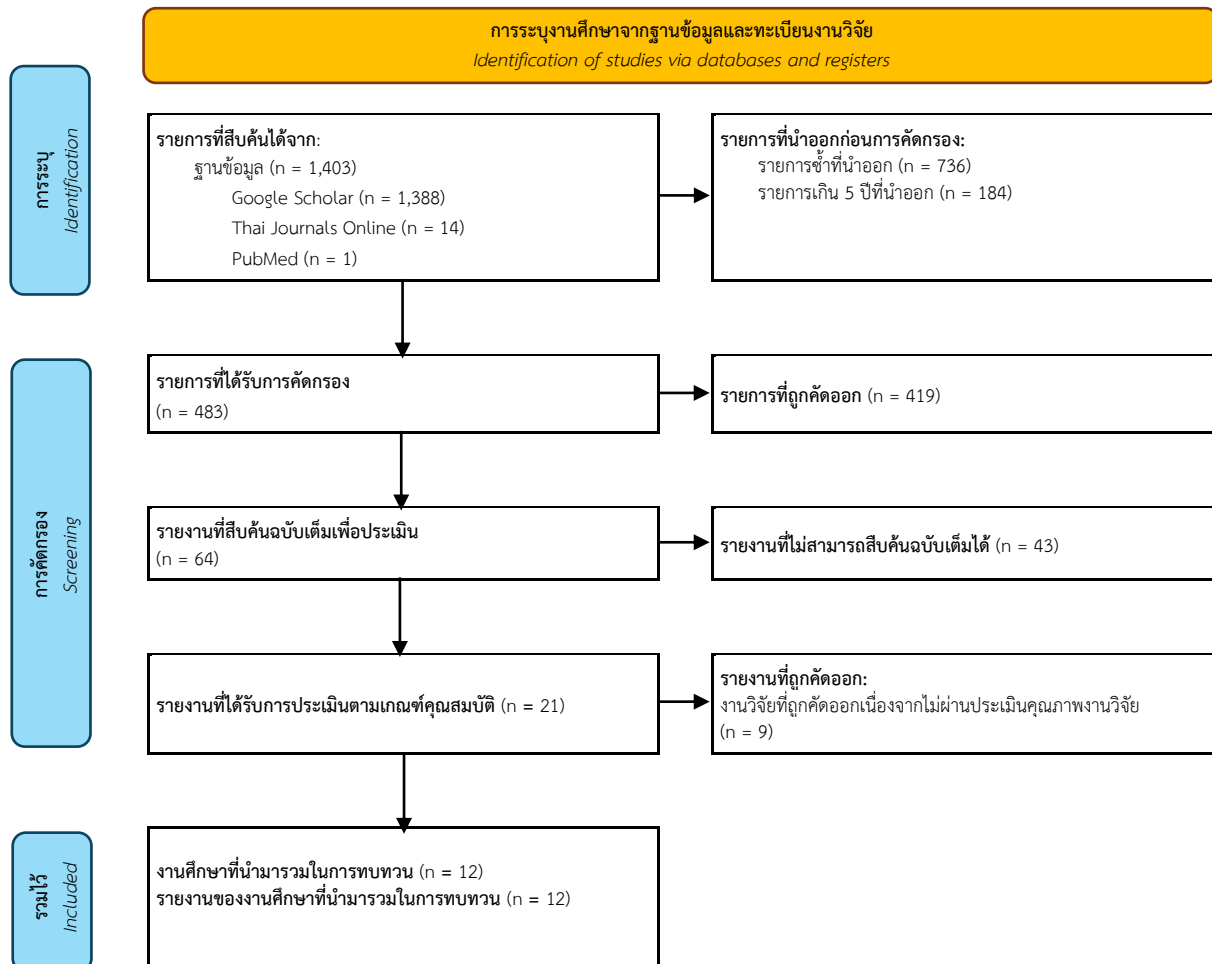
จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง (เลขที่ COE_No. 008/2568 ลงวันที่ 30 ธันวาคม 2568) เป็นการขอจริยธรรมการวิจัยแบบยกเว้น (Exemption Review) เนื่องจากเป็นการทบทวนงานวิจัยที่ตีพิมพ์แล้ว ไม่ได้เก็บข้อมูลจากมนุษย์โดยตรง

ผลวิจัย

ผลการสืบค้นและคัดเลือกบทความ

ผลการสืบค้นพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด จำนวน 1,403 เรื่อง (จาก Google Scholar จำนวน 1,388 เรื่อง ThaiJO จำนวน 14 เรื่อง และ PubMed จำนวน 1 เรื่อง) หลังพิจารณาตัดงานวิจัยและประเมินคุณภาพงานวิจัยสามารถนำงานวิจัยเข้าสู่การสังเคราะห์จำนวน 12 เรื่อง (Google Scholar 4 เรื่อง ThaiJO 7 เรื่อง และ PubMed 1 เรื่อง) รายละเอียดกระบวนการคัดเลือกแสดงดังภาพ 1



ภาพ 1 แผนภาพ PRISMA แสดงกระบวนการสืบค้นและคัดเลือกบทความ

ลักษณะของงานวิจัยที่คัดเข้า

งานวิจัยที่คัดเข้าทั้ง 12 เรื่องเป็นงานวิจัยที่ดำเนินการในประเทศไทย 12 เรื่อง จำแนกตามรูปแบบการวิจัยเป็น Research & Development (R&D) จำนวน 3 เรื่อง Participatory Action Research (PAR) จำนวน 2 เรื่อง Action Research จำนวน 3 เรื่อง และ Quasi-Experimental Design จำนวน 4 เรื่อง รายละเอียดแสดงดังตาราง 5

ตาราง 5 ลักษณะของงานวิจัยที่คัดเข้าในการทบทวน

ผู้แต่ง/ปี	ประเทศ/พื้นที่	รูปแบบวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	Intervention/Exposure	ผลลัพธ์หลัก
ศิริประภา และคณะ (2565) [13]	คลินิกหมอครอบครัว	R&D	อสม.-ผู้ป่วยเบาหวาน 102 คู่	ฐานการเรียนรู้ 5 ฐาน (ความรู้โรค/ยา อาหาร-ออกกำลังกาย ภาวะแทรกซ้อน 302ส การวัดสัญญาณชีพ/เจาะน้ำตาล)	ความรู้และการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ($p < 0.01$)
เพชรรัตน์ (2568) [14]	รพ.สต.บ้านดงกลาง จังหวัดกาฬสินธุ์	PAR	อสม. 45 คน	รูปแบบพัฒนาศักยภาพตามหลัก 302ส	พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น ($p < 0.05$)
บำรุง วงษ์นิม (2565) [15]	อำเภอท่าวุ้ง	PAR	อสม. 30 คน	กิจกรรมประสานการณ์การสื่อสาร ฝึกปฏิบัติ และสะท้อนผล	สมรรถนะการสื่อสารสุขภาพเพิ่มขึ้น ปรับใช้ตามบริบทได้
กิตติพงษ์ และคณะ (2567) [16]	จังหวัดบุรีรัมย์	Quasi-Exp.	อสม. 66 คน	โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะแห่งตน (ประสบการณ์สำเร็จ ตัวแบบ คำพูดชักจูง กระตุ้นอารมณ์)	สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ($p < 0.01$)
อมรรัตน์ จันทรเล็ก และอรุณี ชื่นขวา (2566) [17]	อำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น	Action Research	66 คน (จนท./อสม./ผู้ป่วย/ผู้ดูแล/ผู้นำชุมชน)	กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC)	อสม. มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น และมีการส่งเสริมและสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยโดยรวมและรายด้านดีขึ้น ($p < 0.001$)
อัจฉรา หงษ์ทอง (2568) [18]	ตำบลสันผีเสื้อ จังหวัดเชียงใหม่	Quasi-Exp.	อสม. 15 คน	ฝึกทักษะการสื่อสาร 4 สัปดาห์	อสม. ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และผู้ป่วยมีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดหลังการทดลองลดลง ($p < 0.001$)
สุชาดา สวนนุ่มและคณะ (2567) [19]	รพ.สต.บ้านเสาหิน จังหวัดพิษณุโลก	Quasi-Exp.	อสม. 70 คน	โปรแกรมพัฒนาศักยภาพคัดกรองเบาหวาน (บรรยาย สาธิต สะท้อนคิด ฝึกปฏิบัติ)	คะแนนการปฏิบัติคัดกรองเบาหวานเพิ่มขึ้น ($p < 0.01$)
นรานุช และคณะ (2566) [20]	รพ.สต.ท่าเรือ จังหวัดนครศรีธรรมราช	Action Research	อสม.-ผู้ดูแลหลัก 30 คน	ตัวแบบ 2AI (Assess-Analyze-Implement-Improve)	ทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ($p < 0.01$)
ธัญญรัตน์ และคณะ (2567) [21]	ตำบลท่าจิว จังหวัดนครศรีธรรมราช	Quasi-Exp.	แกนนำ อสม. 30 คน	กระบวนการ 4 ขั้น คือ ประสานการณ์ สะท้อนคิด ความคิดรวบยอด และการปฏิบัติ	อสม. มีทักษะการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรม การดูแลตนเองดีขึ้น ($p < 0.05$)
วุฒิชัย สิทธิโชค และคณะ (2569) [22]	ตำบลวังน้ำเย็น อำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง	R&D	อสม. 123 คน และผู้ป่วยโรคเบาหวาน 561 คน	โปรแกรมการฝึกอบรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ (1) เสริมความรู้ (2) พี่เลี้ยงลงได้ (3) คู่หูโค้ช (4) ร่วมเรียนรู้และเสริมพลังและ (5) ร่วมประเมินผลการเสริมความรู้	อสม. มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.080$, $p < 0.001$) และผู้ป่วยมีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น และมีความพึงพอใจต่อการดูแลของ อสม. ในระดับสูง

หมายเหตุ: R&D = Research & Development; PAR = Participatory Action Research; Quasi-Exp. = Quasi-Experimental Design; AIC = Appreciation, Influence, Control; 2AI = Assess-Analyze-Implement-Improve

ตาราง 5 (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี	ประเทศ/พื้นที่	รูปแบบวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	Intervention/Exposure	ผลลัพธ์หลัก
สาโรจน์ तालผาด (2567) [23]	รพ.ห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์	Action Research	อสม. 60 คน	กิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพ	อสม. มีความสามารถในการ ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น ($p < 0.05$)
ฉัตรชัย กานท์ สุนทรินทร์ และรัศมี สุนทรินทร์ (2568) [24]	จังหวัดพิษณุโลก	R&D	อสม. 397 คน และผู้ป่วย เบาหวาน 407 คน	ดำเนินด้วยการเสริมพลังอำนาจ เชิงจิตวิทยาโดยการอบรมความรู้ การสร้างความรู้รอบรู้สุขภาพ และ การฝึกทักษะ	อสม.มีคะแนนความรอบรู้ ความรู้ และทักษะดีขึ้น ผู้ป่วย มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ค่าน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว ลดลง ($p < 0.001$)

ผลการประเมินคุณภาพของงานวิจัย

งานวิจัยทั้ง 12 เรื่องผ่านเกณฑ์คุณภาพตามแบบประเมินของ Heller และคณะ (2008) โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 19–21 คะแนน จากคะแนนเต็ม 22 คะแนน (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 หรือ ≥ 17 คะแนน) จุดอ่อนที่พบร่วมกันในงานวิจัยส่วนใหญ่ คือ ข้อ 2 (Sampling) และข้อ 6 (Confounders) ซึ่งส่วนใหญ่ได้คะแนน 1 (มีแต่ไม่เหมาะสม) รายละเอียดคะแนนรายข้อแสดงดังตาราง 6

ตาราง 6 การประเมินคุณภาพบทความตามเกณฑ์ 11 ข้อ

วิจัยเรื่อง	คะแนนการประเมินคุณภาพบทความ (ข้อที่)											คะแนนรวม
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
1. ประสิทธิภาพของการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในคลินิกหมอครอบครัว	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	19 ผ่าน
2. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	19 ผ่าน
3. การพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วย กระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอท่าม่วง	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	21 ผ่าน
4. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	19 ผ่าน
5. การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	19 ผ่าน
6. การพัฒนาประสิทธิภาพการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	19 ผ่าน
7. ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองโรคเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	19 ผ่าน

ตาราง 6 (ต่อ)

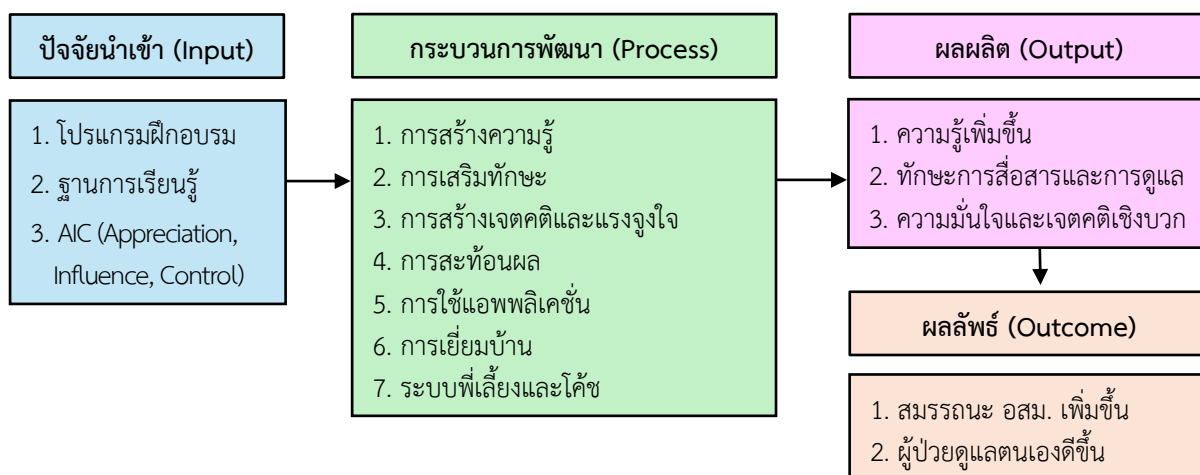
วิจัยเรื่อง	คะแนนการประเมินคุณภาพบทความ (ข้อที่)											คะแนนรวม
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
8. ผลของการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานของ อสม. และผู้ดูแลหลักโดยใช้ตัวแบบ 2AI	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	19 ผ่าน
9. การพัฒนาสมรรถนะแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลท่าจั่วอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	19 ผ่าน
10. ผลการพัฒนาความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยระบบโค้ชและพี่เลี้ยงเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนจังหวัดอ่างทอง	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	19 ผ่าน
11. การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลห้วยเม็ก	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	19 ผ่าน
12. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	20 ผ่าน

ผลการสังเคราะห์ข้อมูล

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ สามารถสรุปผลการสังเคราะห์ได้ 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

- 1) รูปแบบการพัฒนาศักยภาพ อสม. ประกอบด้วยโปรแกรมการฝึกอบรม ฐานการเรียนรู้ และกระบวนการแบบมีส่วนร่วม
- 2) กระบวนการพัฒนาศักยภาพ อสม. ประกอบด้วย การสร้างความรู้ การเสริมทักษะ การสร้างเจตคติและแรงจูงใจ การสะท้อนผล การใช้แอปพลิเคชัน/เทคโนโลยี และการเยี่ยมบ้าน
- 3) ผลที่ได้จากการพัฒนาศักยภาพ อสม. คือ อสม. มีความรู้เพิ่มขึ้น มีทักษะการสื่อสารและการดูแลดีขึ้น และมีความมั่นใจและเจตคติเชิงบวกมากขึ้น
- 4) ผลลัพธ์ที่ได้จากการพัฒนาศักยภาพ อสม. คือ สมรรถนะของ อสม. เพิ่มขึ้น และผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบทั้ง 12 เรื่อง สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิด (Input-Development Process-Output-Outcome) การพัฒนาศักยภาพของ อสม.ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในบริบทประเทศไทย ได้ดังภาพ 2



ภาพ 2 แสดงกรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ จำนวน 12 เรื่อง

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการศึกษิตตามวัตถุประสงค์การศึกษา สามารถอธิบายได้ในประเด็นรูปแบบการพัฒนากระบวนการพัฒนา ผลที่เกิดขึ้นต่อ อสม. และผลลัพธ์ต่อการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการทบทวนพบว่า รูปแบบการพัฒนาศักยภาพ อสม. ส่วนใหญ่ประกอบด้วยโปรแกรมการฝึกอบรม ฐานการเรียนรู้ และกระบวนการมีส่วนร่วม โดยมีลักษณะสำคัญร่วมกันคือ การพัฒนาไม่ได้มุ่งเพิ่มพูนความรู้เพียงด้านเดียว แต่ผสมผสานการเรียนรู้เชิงทฤษฎีกับการฝึกปฏิบัติและการนำความรู้ไปใช้ในบริบทจริงของชุมชน ลักษณะดังกล่าวอาจอธิบายได้ด้วยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ ซึ่งการเรียนรู้จะมีความหมายมากขึ้น เมื่อผู้เรียนได้เชื่อมโยงความรู้กับปัญหาที่พบจริงและได้ทดลองปฏิบัติด้วยตนเอง ขณะเดียวกัน การมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนายังเปิดโอกาสให้ อสม. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์ปัญหา และร่วมกำหนดแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เมื่อพิจารณาร่วมกับองค์ประกอบของรูปแบบที่พบในภาพรวม สามารถมองได้ว่าโปรแกรมการฝึกอบรมทำหน้าที่เป็นกลไกในการเพิ่มองค์ความรู้ ฐานการเรียนรู้ช่วยเปลี่ยนความรู้ไปสู่การฝึกทักษะ และกระบวนการมีส่วนร่วมช่วยเชื่อมโยงทักษะดังกล่าวกับบริบทการปฏิบัติงานจริง จึงมีความเป็นไปได้ที่การออกแบบการพัฒนาในลักษณะหลายองค์ประกอบจะสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติของ อสม. มากกว่าการอบรมที่เน้นการถ่ายทอดความรู้เพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับการศึกษาของศิริประภา สิทธานิช และคณะ [13] ที่ใช้ฐานการเรียนรู้ 5 ฐาน ซึ่งมีลักษณะเน้นการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม ความสอดคล้องของผลดังกล่าวควรพิจารณาภายใต้ความแตกต่างของบริบทและรูปแบบการวิจัย เนื่องจากแต่ละการศึกษามีจำนวนผู้เข้าร่วม ระยะเวลาการพัฒนา ความเข้มข้นของกิจกรรม และวิธีประเมินผลแตกต่างกัน นอกจากนี้ กระบวนการแบบมีส่วนร่วมตามแนวคิด AIC (Appreciation, Influence, Control) อาจมีบทบาทในการส่งเสริมให้ อสม. มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทาง และรับผิดชอบต่อการนำแนวทางไปใช้ ซึ่งเป็นกลไกที่สอดคล้องกับลักษณะการทำงานของ อสม. ที่ต้องอาศัยความสัมพันธ์กับครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพ ดังนั้น รูปแบบการพัฒนาศักยภาพที่เหมาะสมจึงอาจไม่ใช่รูปแบบที่มีเนื้อหามากที่สุด แต่ควรเป็นรูปแบบที่สามารถเชื่อมโยงความรู้ ทักษะ และการมีส่วนร่วม

2. กระบวนการพัฒนาศักยภาพ อสม. จากการสังเคราะห์พบว่า กระบวนการพัฒนาประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ การสร้างความรู้ การเสริมทักษะ การสร้างเจตคติและแรงจูงใจ การสะท้อนผล การใช้เทคโนโลยี การเยี่ยมบ้าน และระบบพี่เลี้ยงและโค้ช โดยแต่ละองค์ประกอบมีบทบาทแตกต่างกันและสามารถเชื่อมโยงกันเป็นกระบวนการเรียนรู้ต่อเนื่อง มากกว่าการเป็นกิจกรรมที่แยกออกจากกัน ในระยะเริ่มต้นการสร้างความรู้ช่วยให้ อสม. มีพื้นฐานเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การดูแล การใช้ยา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ขณะที่การเสริมทักษะช่วยให้สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ เช่น การประเมินสุขภาพ การสื่อสาร การให้คำแนะนำ และการติดตามผู้ป่วย กลไกสำคัญในส่วนนี้จึงอาจเป็นการเปลี่ยนจาก “รู้ว่าต้องทำอะไร” ไปสู่ “สามารถทำได้” ส่วนการสร้างเจตคติและแรงจูงใจ รวมถึงการสะท้อนผล อาจช่วยให้ อสม. ทบทวนประสบการณ์จากการปฏิบัติงาน เห็นปัญหาและข้อจำกัดของตนเอง และปรับวิธีการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การใช้เทคโนโลยีเป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งที่ปรากฏในหลายการศึกษา โดยมีศักยภาพในการสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร และการติดตามผู้ป่วยระหว่างการปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตาม ประโยชน์ของเทคโนโลยีไม่ได้เกิดจากการมีเครื่องมือเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับความง่ายในการใช้งาน ความพร้อมของ อสม. การสนับสนุนจากทีมสุขภาพ และการนำข้อมูลไปใช้ต่อในกระบวนการดูแล ดังนั้น เทคโนโลยีจึงควรถูกมองเป็นเครื่องมือสนับสนุนกระบวนการดูแล มากกว่าการเป็นองค์ประกอบที่สามารถทดแทนการฝึกปฏิบัติหรือการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพได้ สำหรับการเยี่ยมบ้านและระบบพี่เลี้ยงหรือโค้ช มีความแตกต่างจากการฝึกอบรมในห้องเรียน เนื่องจากเปิดโอกาสให้ อสม. นำความรู้และทักษะไปใช้กับสถานการณ์จริง และได้รับข้อเสนอแนะจากบุคลากรที่มีประสบการณ์ กระบวนการดังกล่าวอาจช่วยลดช่องว่างระหว่างความรู้ที่ได้รับจากการอบรมกับการปฏิบัติงานจริง สอดคล้องกับการศึกษาของนรานุช ชะระเชื่อน [20] ที่เน้นการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ผ่านกระบวนการที่เชื่อมโยงการเรียนรู้กับการประเมินและการดูแลจริง อย่างไรก็ตาม ผลจากการทบทวนควรตีความด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

มีความแตกต่างกันทั้งด้านรูปแบบการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาของโปรแกรม และความเข้มข้นของกิจกรรม บางการศึกษาเป็นการวิจัยกึ่งทดลองหรือการศึกษากลุ่มเดียว จึงยังไม่สามารถแยกได้อย่างชัดเจนว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นผลจากองค์ประกอบใดของโปรแกรมโดยเฉพาะ ดังนั้นข้อค้นพบจึงสนับสนุนแนวโน้มขององค์ประกอบที่ควรมีในกระบวนการพัฒนา มากกว่าการยืนยันว่าองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งเป็นสาเหตุโดยตรงของผลลัพธ์

3. ผลที่ได้จากการพัฒนาศักยภาพ อสม. ผลจากการสังเคราะห์สะท้อนการเปลี่ยนแปลงของ อสม. ใน 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ ทักษะการสื่อสารและการดูแล และความมั่นใจหรือเจตคติเชิงบวก การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า การพัฒนาศักยภาพที่ประกอบด้วยทั้งการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ และการสะท้อนผล มีลักษณะครอบคลุมองค์ประกอบของสมรรถนะมากกว่าการเพิ่มความรู้เพียงอย่างเดียว กล่าวคือ ความรู้เป็นพื้นฐานสำหรับการตัดสินใจ ขณะที่ทักษะเป็นความสามารถในการนำความรู้ไปใช้ และความมั่นใจหรือเจตคติเป็นปัจจัยภายในที่อาจสนับสนุนการนำความสามารถดังกล่าวไปใช้ในการปฏิบัติงาน ประเด็นที่น่าสนใจคือ ทักษะการสื่อสารปรากฏเป็นส่วนหนึ่งของผลที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาศักยภาพ เนื่องจากบทบาทของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้จำกัดอยู่ที่การให้ข้อมูลสุขภาพ แต่ยังเกี่ยวข้องกับการสร้างความสัมพันธ์ การรับฟังปัญหา การให้คำแนะนำ และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ การพัฒนาทักษะการสื่อสารจึงอาจเป็นกลไกเชื่อมโยงระหว่างสมรรถนะของ อสม. กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา หงส์ทอง [18] ซึ่งเน้นการพัฒนาประสิทธิภาพการสื่อสารของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างไรก็ตาม การเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้ ทักษะ หรือความมั่นใจภายหลังการพัฒนาไม่ควรตีความว่าเป็นหลักฐานยืนยันถึงการเปลี่ยนแปลงของสมรรถนะในการปฏิบัติงานในระยะยาว เนื่องจากการประเมินของหลายการศึกษาอยู่ในช่วงก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรม และบางการศึกษาไม่มีการติดตามผลในระยะยาว ดังนั้น ผลที่พบจึงสะท้อนการเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาที่ศึกษาเป็นหลัก ขณะที่การคงอยู่ของสมรรถนะและการนำไปใช้จริงในระยะยาวยังจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม

4. ผลลัพธ์ของการพัฒนาศักยภาพ อสม. ต่อการดูแลผู้ป่วย ผลลัพธ์ที่ปรากฏจากการสังเคราะห์ ได้แก่ แนวโน้มของสมรรถนะ อสม. ที่เพิ่มขึ้น และการดูแลตนเองของผู้ป่วยดีขึ้น โดยสามารถอธิบายความเชื่อมโยงของผลลัพธ์ได้ในลักษณะของห่วงโซ่การพัฒนา คือ การพัฒนาความรู้และทักษะของ อสม. อาจเพิ่มความสามารถในการให้คำแนะนำและติดตามผู้ป่วย ขณะที่การเยี่ยมบ้าน การสื่อสารและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องเปิดโอกาสให้ อสม. เข้าใจปัญหาและข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละรายมากขึ้น กระบวนการดังกล่าวจึงอาจสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีโอกาสนำคำแนะนำไปปรับใช้กับการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ข้อค้นพบนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของเพชรรัตน์ วงศ์ไชยชาญ [14] ที่ศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาศักยภาพ อสม. กับผลลัพธ์ของผู้ป่วยควรพิจารณาว่าเป็นกระบวนการที่มีหลายปัจจัยร่วมกัน เนื่องจากพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไม่ได้ขึ้นอยู่กับการสนับสนุนจาก อสม. เพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับความรู้ ความเชื่อ แรงจูงใจ ครอบครัว เศรษฐกิจ การเข้าถึงบริการ และการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ ดังนั้น การที่บางการศึกษาพบผลลัพธ์ของผู้ป่วยดีขึ้น จึงอาจสะท้อนผลร่วมจากหลายองค์ประกอบของระบบการดูแล มากกว่าผลจากการพัฒนา อสม. เพียงปัจจัยเดียว นอกจากนี้ ความแตกต่างด้านระยะเวลาของการติดตามมีความสำคัญต่อการตีความผลลัพธ์ หากการศึกษาใช้ระยะเวลานาน การเปลี่ยนแปลงที่พบอาจสะท้อนผลในระยะเริ่มต้นของโปรแกรม ขณะที่ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพหรือผลทางคลินิก เช่น HbA1c อาจต้องอาศัยระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลงและติดตามอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น แม้ผลการทบทวนจะสนับสนุนแนวโน้มว่าการพัฒนาศักยภาพ อสม. มีความเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของการดูแลผู้ป่วย แต่ยังไม่เพียงพอที่จะสรุปถึงผลเชิงสาเหตุหรือความยั่งยืนของผลลัพธ์ในระยะยาว โดยเฉพาะเมื่อหลักฐานส่วนใหญ่เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก และไม่มีการติดตามผลในระยะยาวจำกัด

ข้อจำกัดของวิจัย

1. การศึกษาที่นำมาสังเคราะห์มีความแตกต่างกันทั้งด้านลักษณะประชากร บริบทของพื้นที่ รูปแบบและองค์ประกอบของโปรแกรม ระยะเวลา ความถี่และความเข้มข้นของกิจกรรม รวมถึงเครื่องมือที่ใช้ประเมินผล ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบขนาดของผลหรือระบุได้อย่างชัดเจน

2. เครื่องมือและเกณฑ์การประเมินผลของแต่ละการศึกษาแตกต่างกัน ทั้งด้านความรู้ ทักษะ เจตคติ ความมั่นใจ สมรรถนะของ อสม. และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ความแตกต่างของเครื่องมือและนิยามผลลัพธ์อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเปรียบเทียบผลระหว่างการศึกษา และทำให้ไม่สามารถสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่พบมีขนาดหรือความสำคัญทางคลินิกในระดับเดียวกัน

3. การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินของ Heller et al. (2008) เพื่อประเมินคุณภาพเชิงระเบียบวิธีของงานวิจัย ซึ่งไม่ใช่เครื่องมือประเมิน Risk of Bias โดยตรง และอาจไม่ครอบคลุมแหล่งความเสี่ยงต่ออคติทุกด้านของงานวิจัยที่มีรูปแบบแตกต่างกัน ดังนั้น ผลการประเมินควรใช้ประกอบการพิจารณาจุดแข็งและข้อจำกัดของหลักฐาน โดยไม่ตีความคะแนนรวมเป็นระดับความเสี่ยงต่ออคติหรือระดับความเชื่อมั่นของหลักฐานโดยตรง

4. ข้อจำกัดด้านฐานข้อมูลและกลยุทธ์การสืบค้น การศึกษาครั้งนี้สืบค้นจากฐานข้อมูลที่กำหนด ได้แก่ Google Scholar, PubMed และ ThaiJO ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมฐานข้อมูลสหสาขาวิชาชีพ หรือฐานข้อมูลเฉพาะทางอื่น ๆ จึงมีความเป็นไปได้ที่การศึกษาบางส่วนอาจไม่ถูกค้นพบ

ด้วยข้อจำกัดดังกล่าว ข้อค้นพบจากการทบทวนครั้งนี้ควรตีความในลักษณะของแนวโน้มและองค์ประกอบที่พบจากหลักฐานที่มีอยู่ มากกว่าการยืนยันประสิทธิผลหรือความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพ อสม.

การนำผลวิจัยไปใช้

สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลสำหรับการออกแบบและพัฒนา รูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยควรพิจารณาองค์ประกอบที่พบจากหลักฐาน ได้แก่ การเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การพัฒนาทักษะในการติดตามและดูแลผู้ป่วย การเสริมสร้างแรงจูงใจและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง การฝึกทักษะการสื่อสารและการให้คำปรึกษา ตลอดจนการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการติดตามผู้ป่วยและการสื่อสารระหว่าง อสม. กับบุคลากรสุขภาพ หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถนำองค์ประกอบดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการจัดทำหลักสูตรหรือโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยปรับเนื้อหา วิธีการเรียนรู้ ระยะเวลา และรูปแบบการติดตาม ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และความต้องการของ อสม. ทั้งนี้ ควรมีการติดตามและประเมินผลทั้งด้านความรู้ ทักษะ สมรรถนะ และการปฏิบัติงานของ อสม. รวมถึงผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วย เพื่อประเมินความเหมาะสมและประสิทธิผลของการนำรูปแบบไปใช้จริง

ข้อเสนอแนะวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยติดตามผลระยะยาว และศึกษารูปแบบการพัฒนา อสม. ในบริบทต่าง ๆ
2. ควรมีการออกแบบและทดสอบต้นแบบของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. เช่น การฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม การเรียนรู้ผ่านเทคโนโลยี และการเยี่ยมบ้าน เพื่อศึกษาผลในบริบทที่แตกต่างกัน
3. ควรมีการวิจัยและพัฒนา โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ตามองค์ประกอบที่ค้นพบ เพื่อวัดผลลัพธ์การพัฒนาศักยภาพของ อสม.

การใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้แต่งใช้ ChatGPT (OpenAI, GPT-5.6) เพื่อสนับสนุนการตรวจสอบและปรับปรุงการใช้ภาษาและการเรียบเรียงเนื้อหาบางส่วนของต้นฉบับ โดยไม่ได้ใช้ปัญญาประดิษฐ์เป็นผู้สร้างข้อมูลการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล หรือกำหนดผลการวิจัย รวมถึงไม่ได้นำมาใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการคัดเลือกบทความ การประเมินคุณภาพ การสกัด

ข้อมูล หรือการสังเคราะห์ผล โดยผู้แต่งได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสม และความสอดคล้องของเนื้อหาที่ได้รับ ความช่วยเหลือจากปัญญาประดิษฐ์กับข้อมูลและหลักฐานจากแหล่งอ้างอิงต้นฉบับทั้งหมด และรับผิดชอบ ต่อเนื้อหาความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของบทความฉบับนี้ทั้งหมด

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ผู้แต่งทุกคนรับรองว่าไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย การเขียน หรือการตีพิมพ์บทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Diabetes [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2025 Sep 2]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. กรมควบคุมโรค. ข้อมูล สถิติการตาย/ป่วย โรคไม่ติดต่อ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 2 กันยายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911>
3. ขวัญเรือน ชัยนันท์, เจตต์ชัยญา บุญเฉลี่ย, ทิพย์สุคนธ์ ศรีลาธรรม, ณฐา เมธาบุษยาร. ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภออุ้มทอง สุพรรณบุรี. วารสารสหศาสตร์การพัฒนาลังคม. 2568;3(2):104–24. เข้าถึงได้จาก: <https://so12.tci-thaijo.org/index.php/JISDIADP/article/view/2065>
4. ปภากร เผ่าเวียงคำ, ศรีสุรางค์ เคหะนาค. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคเบาหวานตามบทบาท ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอสามชูก จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2565;18(2):116–28. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/article/view/259719>
5. วัลลภา อุตเสน, น้ำเงิน จันทรมณี. ปัจจัยทำนายประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2568;11(1):135–48. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/271019>
6. ทรงศักดิ์ เทเสนา. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีม หมอครอบครัว. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2563;23(2):70–82.
7. คอลิต ครุพันธ์, พชนีย์ ใจจง, ณัฐวุฒิ สุริยะ, สาคร อินโทโล. การพัฒนาแอปพลิเคชันการคัดกรองสุขภาพ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่จังหวัดของภาคใต้. วารสารพยาบาล. 2566;72(3):55–62. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJN/article/view/262735>
8. ฟาดิละ ดอเลาะ, นวพล แก้วสุวรรณ, วันพิชิต ศรีสุข. การฝึกอบรมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน. วารสารพัฒนสังคม. 2568;2(2):53–68. เข้าถึงได้จาก: <https://so15.tci-thaijo.org/index.php/jsdrp/article/view/1000>
9. Sataloff RT, Bush ML, Chandra R, Chepeha D, Rotenberg B, Fisher EW, et al. Systematic and other reviews: Criteria and complexities. J Otolaryngol Head Neck Surg. 2021;50(1):41. doi: 10.1186/s40463-021-00527-9

10. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71
11. สิริยากร ธนะสิทธิชัย, ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์. การประเมินคุณภาพเอกสารงานวิจัยประกอบการทบทวนอย่างเป็นระบบ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2566;32(5):778–80. เข้าถึงได้จาก: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/14681>
12. Heller RF, Verma A, Gemmell I, Harrison R, Hart J, Edwards R. Critical appraisal for public health: a new checklist. *Public health*. 2008;122(1):92–8. doi: 10.1016/j.puhe.2007.04.012
13. ศิริประภา สิทธานิช, จิราภรณ์ ขอสุข, กาญจนา ไชยมาตย์, มาตี ชันสัมฤทธิ์. ประสิทธิภาพของการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในคลินิกหมอครอบครัว. *ยโสธรเวชสาร*. 2565;24(2):36–48. เข้าถึงได้จาก: <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/hciyasohos/article/view/312>
14. เพชรรัตน์ วงศ์ไชยชาญ. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมลดตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*. 2568;10(1):141–50. เข้าถึงได้จาก: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/3817>
15. บำรุง วงษ์นิม. การพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอท่าอุ้ง. *วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี*. 2565;31(2):54–67. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/258027>
16. กิตติพงษ์ เรือนเพชร, วาสุกรี สายเพชร. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนจังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารพยาบาล*. 2567;73(4):11–20. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJN/article/view/267051>
17. อมรรัตน์ จันทรเล็ก, อรุณี ชันขวา. การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*. 2566;8(1):303–12. เข้าถึงได้จาก: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/262586>
18. อัจฉรา หงษ์ทอง. การพัฒนาประสิทธิภาพการสื่อสารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*. 2568;10(2):275–88. เข้าถึงได้จาก: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/4267>
19. สุชาดา สนวนุ่ม, วิภาพร สิทธิศาสตร์, ธิติรัตน์ ราศิริ. ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรอง โรคเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี*. 2567;7(1):51–67. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/269589>
20. นรานุช ชะระเชื่อน, รัชยานภิศ รัชตะวรรณ, ดลปภัฏ ทรงเลิศ, สุวิษฐา วิริยะศิริกุล, ธนาภรณ์ ดารากัย. ผลของการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานของ อสม.และผู้ดูแลหลักโดยใช้ตัวแบบ2AI. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*. 2566;12(3):102–12. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ubruphjou/article/view/265415>

21. ธัญญรัตน์ ศุภการนเรศวร, สรรปกรณ ศุภการนเรศวร. การพัฒนาสมรรถนะแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลท่าจั่ว อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(6):384–403. เข้าถึงได้จาก: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/3599>
22. วุฒิชัย สิทธิโชค, ไพรัตน์ แก้วรัตนศรีโพธิ์, สุทธิโชค ดีเสมอ. ผลการพัฒนาความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยระบบโค้ชและพี่เลี้ยงเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนจังหวัดอ่างทอง. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2569;8(2):e281056. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkkpho/article/view/281056>
23. สาโรจน์ ตาลผาด. การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลห้วยเม็ก. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(5):891–9. เข้าถึงได้จาก: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/3488>
24. ฉัตรชัยกานท์ สุขนรินทร์, รัชมี สุขนรินทร์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ). 2568;35(3):104–17. เข้าถึงได้จาก: <https://thaidj.org/index.php/NRTC/article/view/16842>