

สมรรถนะ และบทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดการเบาหวานในชุมชน

ปกครอง พงษ์พัฒนพิสิฐ* ปรีชยา แจ้งทวี* นภัสวรรณ นามบุญศรี* เสาวรส มีกุล*
วรรณวิไล อุตริเชียร* เซนจ์ ปรีเปรม* เวหา เกษมสุข* เอกพัชร เสี่ยงเทียน**

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่รุนแรงและซับซ้อนขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคนี้เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต และสร้างภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในประเทศไทยพบความชุกเพิ่มขึ้นเช่นกัน จึงจำเป็นต้องพัฒนากลยุทธ์การจัดการโรคที่เน้นการป้องกันและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน รวมถึงแนวทางของโรคเบาหวานระยะสงบ ซึ่งมุ่งควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงปกติ โดยไม่ต้องมีการใช้ยา

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับสมรรถนะและบทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดการเบาหวานโดยชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ ศึกษาในผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 30 คน ผู้เข้าร่วมโครงการจัดการเบาหวานโดยชุมชน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สถาบันอุดมศึกษา หน่วยบริการปฐมภูมิ ประธานและกรรมการชุมชน และผู้เข้าร่วมโครงการ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย : ผลการวิจัยพบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินโครงการแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ชุมชน บุคลากรสุขภาพ วิชาการและประสานงาน และกลุ่มสนับสนุนด้านการเงิน ซึ่งแต่ละกลุ่มมีบทบาทแตกต่างกัน ในการขับเคลื่อนโครงการ ทั้งด้านการนำ การดูแลรักษา การอำนวยความสะดวก และการสนับสนุนงบประมาณ โดยสมรรถนะสำคัญที่เอื้อต่อความสำเร็จของโครงการ ได้แก่ ภาวะผู้นำ ทักษะการสื่อสาร ความเชี่ยวชาญในวิชาชีพ และศักยภาพด้านการสนับสนุนเงินทุน

สรุปผล : ปัจจัยสำคัญที่ทำให้โครงการจัดการโรคเบาหวานโดยชุมชนประสบความสำเร็จ เกิดจากการทำงานร่วมกันของทุกฝ่าย โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีบทบาทที่ต้องรับผิดชอบและสมรรถนะที่แตกต่างกัน ทำให้สามารถขับเคลื่อนโครงการได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : สมรรถนะ บทบาท ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การจัดการเบาหวาน เบาหวานระยะสงบ

* ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ศูนย์บริการสาธารณสุข 33 วัดหงส์รัตนาราม สำนักรอเนรมัย

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : ปรีชยา แจ้งทวี, E-mail: preechaya.jan@mahidol.ac.th

Stakeholders' Competencies and Roles of Diabetes Management in a Community

Pokkrong Pongpattanapisit* Preechaya Jangtawee* Napaswan Namboonsri*
Saovaros Meekusol* Wanwilai Outtarawichian* Change Preeprem*
Weha Kasemsuk* Eakapat Siangtian**

Abstract

Background: Diabetes mellitus is a serious and increasingly complex global public health issue. It is a major cause of mortality and imposes a substantial economic burden on health systems. In Thailand, the prevalence of diabetes continues to rise. Therefore, it is essential to develop disease management strategies that emphasize prevention and ongoing community-based care, including approaches for diabetes remission that aim to control blood glucose levels close to normal without medication.

Objectives: To conduct an in-depth study of the competencies and roles of stakeholders in community-based diabetes management.

Methods: This qualitative study involved 30 stakeholders participating in a community-based diabetes management program. Participants included representatives from higher education institutions, primary healthcare units, community leaders, committee members, and program participants. Data were collected through in-depth interviews and focus group discussions and analyzed using content analysis.

Results: The findings revealed that stakeholders involved in the program could be categorized into four groups: community members, healthcare personnel, academic and coordination personnel, and financial support groups. Each group played distinct roles in driving the program, including leadership, clinical care, facilitation, and financial support. Key competencies contributing to the success of the program included leadership, open-minded attitudes, professional expertise, and financial support capacity.

Conclusion: The success of community-based diabetes management programs is driven by collaborative efforts among all stakeholders. Each group holds specific roles and competencies, which collectively enable effective and sustainable program implementation.

Keywords: Competencies, roles, stakeholders, diabetes management, diabetes remission

* Public Health Nursing Department, Faculty of Nursing, Mahidol University

** Public Health Service Center 33 Wat Hong Rattanaram, Department of Health

Corresponding Author: Preechaya Jangtawee, E-mail: preechaya.jan@mahidol.ac.th

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่มีความรุนแรง และทวีความซับซ้อนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกได้เพิ่มขึ้นจาก 200 ล้านคนในปี พ.ศ. 2533 เป็น 830 ล้านคนในปี พ.ศ. 2565 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มสูงถึง 853 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2593 (World Health Organization [WHO], 2022) ซึ่งโรคเบาหวานเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตกว่า 2 ล้านรายทั่วโลก ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณร้อยละ 11 และนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงอื่น ๆ เช่น ปัญหาทางการมองเห็น โรคหลอดเลือดสมอง และการตัดอวัยวะส่วนล่าง (WHO, 2022) สถานการณ์เบาหวานในประเทศไทยจากการสำรวจสุขภาพประชากรไทย พ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2563 พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.90 เป็น 9.50 ในปี พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2563 (Aekplakorn et al., 2021) ขณะเดียวกันในประเทศไทย มีรายงานพบว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานมีอัตรา 24.55, 25.87 และ 22.03 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2564, 2565 และ พ.ศ. 2566 ตามลำดับ (Non-communicable Disease Bureau, 2025)

โรคเบาหวานเป็นสาเหตุของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั่วโลกประมาณ 1.01 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐในปี พ.ศ. 2567 (International Diabetes Federation, 2025) จากการสำรวจในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2561-2564 พบว่า ค่าใช้จ่ายในการจัดการโรคเบาหวานสำหรับบริการผู้ป่วยนอกในภาพรวมมีต้นทุนสูงถึง 1,344 ล้านบาท โดยมีต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้งอยู่ที่ 1,312.30 บาท (Khiaocharoen et al., 2023) จากสถิติชี้ให้เห็นว่าโรคเบาหวานถือเป็นโรคที่จะต้องดำเนินการแก้ไขปัญหามีการเปลี่ยนแปลงเชิงกลยุทธ์ไปสู่รูปแบบการดูแลที่เน้นการป้องกัน และการจัดการโรคอย่างต่อเนื่องในระดับชุมชนเพื่อลดภาระทั้งด้านสุขภาพและเศรษฐกิจตลอดจนลดอัตราผู้เสียชีวิต ประเทศไทยจึงได้พัฒนานโยบายและแนวทางการจัดการโรคเบาหวาน คือ “โรคเบาหวานระยะสงบ” (Diabetes Mellitus Remission: DM Remission) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ภาวะโรคสงบเป็นแนวทางที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษา โรคเบาหวานระยะสงบเป็นการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด (Department of Disease Control, 2023) ซึ่งโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับที่ใช้เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานและคงอยู่อย่างน้อย 3 เดือน โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งการดำเนินการควบคุมเบาหวานจะต้องอาศัยการสนับสนุนจากชุมชนและทีมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างต่อเนื่อง (Royal College of Family Physicians of Thailand, 2022; Phuwichai, 2022)

จากการทบทวนวรรณกรรมการจัดการจัดการเบาหวานให้อยู่ในระยะสงบในชุมชนจะต้องมีการประสานงานและได้รับความร่วมมือจากเครือข่าย ซึ่งจะต้องกำหนดบทบาทที่ชัดเจนในการดำเนินการ ทั้งด้านการจัดกิจกรรมให้ความรู้ และการติดตามระดับน้ำตาล (Poolngam, 2025) จากงานวิจัยของ Samakkarnthai and Khayadee (2025) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทเป็นคู่หูและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเบาหวานช่วยสนับสนุนให้ความรู้ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ร่วมกับการศึกษาของ Siripaopradit (2025) ได้พัฒนารูปแบบการควบคุมน้ำตาลโดยมีผู้นำชุมชนและตัวแทนเข้ามามีบทบาทในการพัฒนารูปแบบการจัดการเบาหวานในชุมชนเกิดเป็นคณะกรรมการควบคุมโรคเบาหวานระดับอำเภอ และ PHIMAI MODEL (Ritburi, 2023) ผู้นำชุมชนมีบทบาทในการวางแผนร่วมกับผู้ป่วยเบาหวานนำโครงการไปสู่ภาคปฏิบัติ บุคลากรด้านสุขภาพและแกนนำผู้ป่วยเบาหวานมีบทบาทหน้าที่ในการทำกิจกรรมพร้อมเชิญชวน

ผู้ป่วยเบาหวานเข้าร่วมโครงการเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ ซึ่งแต่ละภาคส่วนมีบทบาทหน้าที่สอดคล้องประสาน ร่วมกันไปจนทำให้เกิดเป็นรูปแบบการจัดการเบาหวานให้อยู่ในระยะสงบ

นอกจากนี้สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชนสัมพันธ์ เขตบางกอกใหญ่ จากการสำรวจของ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิชา ปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน ในปี พ.ศ. 2566 พบว่ามีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 61.46 เป็นผู้ป่วย โรคเบาหวาน ร้อยละ 26.04 โดยเป็น 1 ใน 3 ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากสถานการณ์ดังกล่าวทางชุมชน เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาโรคเบาหวานในชุมชนจึงเกิดแนวคิดโครงการจัดการเบาหวานโดยชุมชนจาก ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายขณะเดียวกันโครงการจัดการเบาหวานโดยชุมชน ชุมชนสัมพันธ์ เขตบางกอก ใหญ่ กรุงเทพมหานคร ซึ่งผลของโครงการก็ประสบผลสำเร็จในระดับหนึ่ง

โครงการจัดการเบาหวานโดยชุมชน ชุมชนสัมพันธ์ เขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร ดำเนิน โครงการภายใต้ความร่วมมือจาก 6 ภาคีหลัก คือ 1) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 2) ศูนย์บริการ สาธารณสุข 33 วัดหงส์รัตนาราม 3) มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย (สวณ.) 4) กองสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร 5) ชุมชนสัมพันธ์ เขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร และ 6) ผู้เข้าร่วม โครงการ ซึ่งใช้วิธีการดำเนินการจัดการเรียนรู้ในชุมชนในรูปแบบโรงเรียนเบาหวานชุมชนสัมพันธ์ ดำเนินการ ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่า ผู้เข้าร่วมมีระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ลดลงทุกคน และสามารถหยุด ยาเบาหวานหลังจบโครงการ จำนวน 7 คน (ร้อยละ 46.67) ซึ่งโครงการนี้เกิดขึ้นโดยความต้องการของคนใน ชุมชน สมาชิกในชุมชนที่เข้าร่วมโครงการมีบทบาทเป็นแกนนำ และผู้ดำเนินงานในทุกขั้นตอน ขณะที่ผู้มีส่วน ได้ส่วนเสียจาก 6 ภาคีเครือข่ายเป็นผู้สนับสนุนและอำนวยความสะดวก กล่าวได้ว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของ โครงการเกิดจากความร่วมมือของทุกภาคี ตลอดจนการทำหน้าที่ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดในโครงการซึ่ง แสดงบทบาทและสมรรถนะที่แตกต่างกัน

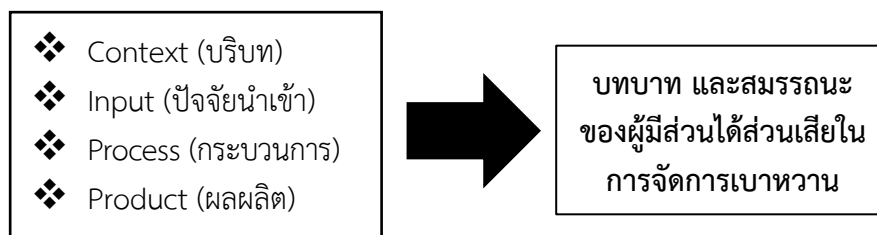
การศึกษานี้ใช้ CIPP Model ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam, 2003) เป็นกรอบแนวคิดเพื่อวิเคราะห์ บทบาทและสมรรถนะของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเชิงลึก โดยแบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ คือ การประเมินด้าน บริบท (Context: C) การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input: I) เช่น บุคลากร เป็นต้น การประเมินกระบวนการ (Process: P) และการประเมินผลผลิต (Product: P) จากการประเมินโครงการเบาหวานระยะสงบที่ผ่านมา มัก มุ่งเน้นผลลัพธ์ด้านระดับน้ำตาลในเลือดเป็นหลักซึ่งเป็นองค์ประกอบด้านผลผลิตแต่ยังขาดการประเมิน บทบาทและสมรรถนะของบุคคลเป็นสำคัญในการจัดการโรคเบาหวานในชุมชน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นไปที่ ปัจจัยนำเข้าในส่วนของบุคลากร ซึ่งจะนำไปประเมินจากโครงการจัดการเบาหวานโดยชุมชน ชุมชนสัมพันธ์ เขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร เพื่อทำความเข้าใจบทบาท สมรรถนะ และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียต่อความสำเร็จของโครงการและผลลัพธ์ด้านการควบคุมน้ำตาลในเลือด ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความจำเป็น ในการศึกษาสมรรถนะและบทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในโครงการจัดการเบาหวานโดยชุมชน ของชุมชน สัมพันธ์ เขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร เพื่อเพิ่มสมรรถนะและบทบาทในการดูแล เป็นแนวทางในการ ขยายผลการดำเนินโครงการไปเป็นต้นแบบในชุมชนอื่น ๆ ที่มีบริบท ทรัพยากร ปัญหา และความต้องการที่ คล้ายคลึงกัน ส่งผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับสมรรถนะและบทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดการเบาหวานโดย ชุมชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิด CIPP Model (Stufflebeam, 2003) เพื่อทำความเข้าใจบทบาทสมรรถนะ และระดับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อความสำเร็จของโครงการจัดการเบาหวานโดยชุมชนในเขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร กรอบแนวคิดจึงประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ 1) บริบท เป็นประเมินสถานการณ์ปัญหาเบาหวานในบริบทชุมชนเมือง ศักยภาพชุมชน และความพร้อมระบบสนับสนุนในพื้นที่ 2) ปัจจัยนำเข้า โดยการประเมินผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากแต่ละภาคีเครือข่าย 3) กระบวนการ เป็นการประเมินกระบวนการดำเนินงานของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในโครงการ และ 4) ผลผลิต เป็นการประเมินผลที่ได้จากโครงการดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของ “โครงการจัดการเบาหวานโดยชุมชน” ชุมชนสัมพันธ์เขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร จำนวน 53 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียของ “โครงการจัดการเบาหวานโดยชุมชน” ชุมชนสัมพันธ์เขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างจากบุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) สถาบันอุดมศึกษา (อาจารย์พยาบาล) จำนวน 2 คน 2) หน่วยบริการปฐมภูมิ (แพทย์และพยาบาล) จำนวน 3 คน 3) ประธานและกรรมการชุมชนสัมพันธ์ เขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร จำนวน 5 คน และ 4) ผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. อาจารย์พยาบาล ได้แก่ 1) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี 2) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และ 3) เป็นผู้อำนวยการความสะดวก โครงการ “การจัดการเบาหวานโดยชุมชน” ของชุมชนสัมพันธ์เขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร

2. แพทย์และพยาบาล ได้แก่ 1) ปฏิบัติงานที่ศูนย์บริการสาธารณสุขอย่างน้อย 1 ปี 2) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และ 3) เป็นผู้อำนวยการความสะดวก โครงการ “การจัดการเบาหวานโดยชุมชน” ของชุมชนสัมพันธ์ เขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร

3. ประธานชุมชนและกรรมการชุมชน ได้แก่ 1) ปฏิบัติหน้าที่เป็นประธานหรือกรรมการชุมชนสัมพันธ์เขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร 2) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และ 3) เคยเป็นผู้ดำเนินงานโครงการ “การจัดการเบาหวานโดยชุมชน” ของชุมชนสัมพันธ์ เขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร

4. ผู้เข้าร่วมโครงการ ได้แก่ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 1) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และ 2) เข้าร่วมโครงการ “การจัดการเบาหวานโดยชุมชน” ของชุมชนสัมพันธ์ เขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด
2. มีประวัติความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตที่ต้องเข้ารับการรักษารักษาหรือรับประทานยาควบคุมอาการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ
2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม โดยใช้คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับประสบการณ์ และมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อบทบาทและสมรรถนะของภาคีเครือข่ายตามกรอบแนวคิด CIPP Model (Stufflebeam, 2003) ได้แก่ ด้านบริบท เช่น “มีความจำเป็นในการดำเนินการโครงการหรือไม่ อย่างไร” ด้านปัจจัยนำเข้า เช่น “ผู้ให้บริการในโครงการควรประกอบด้วยใครบ้าง แต่ละบุคคล/หน่วยงานควรมีคุณสมบัติอย่างไร และทำหน้าที่ใดบ้าง” ด้านกระบวนการ เช่น “โครงการควรมีกิจกรรมอะไรบ้าง ขั้นตอนควรเป็นอย่างไร” ด้านผลผลิต เช่น “แกนนำหรือภาคีเครือข่ายที่ได้รับการพัฒนาตามโครงการ มีลักษณะที่เหมาะสมเพียงพอหรือไม่ อย่างไร”

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยการหาดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity index – CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเท่ากับ .98 และแบบสนทนากลุ่มเท่ากับ .97

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

ผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ IRB-NS 2024/64.0209 วันที่รับรอง 25 พฤษภาคม 2568 ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะแจ้งข้อมูล วัตถุประสงค์ รายละเอียดของการเก็บข้อมูลการวิจัย โดยข้อมูลจะถูกรักษาเป็นความลับเข้าถึงได้เฉพาะทีมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโดยปราศจากการบังคับหรือจูงใจ ในขั้นตอนการขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารชี้แจงการวิจัย และเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งขออนุญาตบันทึกการสนทนาโดยใช้เครื่องบันทึกเสียง ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลังการเผยแพร่เสร็จสิ้นแล้วภายใน 3 ปี

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ทีมวิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยสะดวกเข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกจะดำเนินการกับแพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาล จำนวน 2 คน อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 คน และประธานชุมชน จำนวน 1 คน ใช้เวลาในการสัมภาษณ์เชิงลึก ประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมงต่อคน การสนทนากลุ่มจะแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 20 คน บุคลากรสาธารณสุข (แพทย์ พยาบาลและอาจารย์พยาบาล) จำนวน 5 คน และกรรมการชุมชน จำนวน 5 คน ในสนทนากลุ่มใช้เวลา 2 ชั่วโมงต่อกลุ่ม จนกระทั่งข้อมูลมีความอิ่มตัวคือไม่มีข้อมูลใหม่หรือประเด็นเพิ่มเติมที่เกิดขึ้นจากการสัมภาษณ์หรือการสนทนาแล้ว ทั้งนี้ทีมวิจัยได้ใช้หลักการสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตรวจสอบข้อความจากการถอดเทปเพื่อยืนยันคำให้สัมภาษณ์ และการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ทั้งด้านข้อมูล

วิธีการ และผู้ให้ข้อมูล โดยภายหลังจากถอดคลิปเสียงแบบคำต่อคำที่มิวิจัยได้วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูล เพื่อให้มั่นใจในคุณภาพและความถูกต้องของข้อมูลที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ยังใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วม โดยเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเบาหวานในชุมชน เช่น กิจกรรมให้ความรู้ การคัดกรองสุขภาพ การประชุมคณะกรรมการชุมชน เพื่อทำความเข้าใจบริบทและเชื่อมโยงข้อมูลจากการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มถูกถอดคลิปเสียงแบบคำต่อคำ (Verbatim transcription) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม NVivo (Free trial version) เพื่อวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยตรง (Direct content analysis) เพื่อให้ได้แนวคิดจากเนื้อหาที่มีความเด่นชัดหรือข้อมูลที่มีอยู่โดยสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ผลการวิจัย

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 24 คน (ร้อยละ 80) และเป็นเพศชาย จำนวน 6 คน (ร้อยละ 20) อายุเฉลี่ย 65.37 ปี (Min=41, Max=82, SD=11.10) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 9 คน (ร้อยละ 30) รองลงมาคือ แม่บ้าน จำนวน 8 คน (ร้อยละ 26.67) และอาชีพอื่น ๆ จำนวน 13 คน (ร้อยละ 43.33) ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับ มัธยมศึกษา/ปวช. จำนวน 10 คน (ร้อยละ 33.33) รองลงมาคือระดับ ปริญญาตรี จำนวน 9 คน (ร้อยละ 30) และระดับ อนุปริญญา/ปวส. น้อยที่สุดจำนวน 2 คน (ร้อยละ 6.67)

การประเมินโครงการจัดการเบาหวานโดยชุมชนพบว่า ความสำเร็จของการดำเนินงานเกิดจากความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่มในพื้นที่ โดยแต่ละกลุ่มมีบทบาทเฉพาะด้านที่ส่งผลต่อคุณภาพของการดำเนินงาน ประกอบด้วย กลุ่มชุมชน บุคลากรสุขภาพ หน่วยงานวิชาการ และผู้สนับสนุนด้านทรัพยากร ซึ่งทั้งหมดสอดประสานกันเป็นโครงสร้างภาคีเครือข่ายของโครงการ

1. กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดการเบาหวานในบริบทชุมชนเมือง (Context)

การจัดการเบาหวานในชุมชนต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของ 4 กลุ่มหลัก ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มชุมชน กลุ่มบุคลากรสุขภาพ กลุ่มวิชาการและประสานงาน และกลุ่มสนับสนุนด้านการเงิน โดยแต่ละภาคีเครือข่ายมีความสำคัญแต่ละด้านแตกต่างกัน อีกทั้งยังต้องมีการสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกันจนโครงการประสบผลสำเร็จ

“คิดว่าเรื่องนี้ถ้าจะทำให้มันสำเร็จควรจะประกอบไปด้วย 4 กลุ่มที่ต้องทำงานร่วมกัน 1) กลุ่มชุมชน 2) กลุ่มบุคลากรสุขภาพ 3) กลุ่มวิชาการและประสานงาน และ 4) กลุ่มสนับสนุนด้านการเงิน” (พยาบาล 1)

“สถาบันการศึกษาที่ผลิตบุคลากรเป็นตัวหนุนหรือเป็นตัว Facilitator หลัก หรือ Mediator ในการประสานระหว่างชุมชนกับบุคลากร หน่วยงานสาธารณสุข” (อาจารย์พยาบาล 1)

“การอาศัยภาคีเครือข่ายร่วมกับแหล่งทุนสนับสนุน ช่วยให้การดำเนินงานมีความยั่งยืน” (อาจารย์พยาบาล 2)

2. ปัจจัยนำเข้าด้านบทบาทและสมรรถนะผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากแต่ละภาคีเครือข่าย (Input)

1. กลุ่มชุมชน สามารถแบ่งย่อยเป็นกลุ่มและบทบาทดังนี้ ประธานชุมชน เป็นผู้นำ (Leader) ผู้จัดการโครงการ (Project manager) ประสานงาน (Coordinator) และผู้จัดการความขัดแย้ง (Conflict manager)

ซึ่งมีความสำคัญในการดำเนินโครงการไปสู่ความสำเร็จ สำหรับสมาชิกโครงการมีบทบาทการจัดการปัญหา ร่วมกัน

“ประชาชนชุมชนต้องเป็นผู้นำ มองเห็นสถานการณ์ปัญหา และต้องรู้ว่าจัดการอย่างไร” (พยาบาล 1)

“ผู้นำชุมชนควรเป็นผู้จัดการระบบภายในชุมชน” (ประธานชุมชน)

“สมาชิกโครงการเห็นปัญหาและมีแรงบันดาลใจที่จะหาวิธีการจัดการปัญหาร่วมกัน” (อาจารย์พยาบาล 1)

2. กลุ่มบุคลากรสุขภาพ ประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลบทบาทหลักคือ ด้านคลินิกแพทย์เป็นผู้ วินิจฉัยและดูแลรักษาตลอดจนตัดสินใจในการปรับ ลด ยา สำหรับด้านการดำเนินโครงการแพทย์และ พยาบาลเป็นผู้สอนสุขศึกษา (Health Educator) และโค้ช (Coach) แก่ผู้เข้าร่วมโครงการ

“ हमोจะเป็นผู้วินิจฉัยกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเบาหวาน ท่านใดจะลดยาได้จนถึงไม่กินยา” (ประธานชุมชน)

“เราเอาบุคลากรสุขภาพเป็นศูนย์กลางการดูแลสุขภาพ ตอนนี้จะพลิกบทบาทให้ประชาชนจัดการ ตัวเองดูแลตัวเอง เพราะฉะนั้นบทบาทคือคอยดูแลและคอยแนะนำปรับบทบาทตัวเองเป็นโค้ชให้เขาทำเป็นได้ ทักษะบางอย่างก็จะต้องเป็นเจ้าของที่สาธารณสุขสอน” (แพทย์)

ด้านสมรรถนะของกลุ่มนี้นั้นแพทย์ต้องมีทัศนคติกว้างไกล (Visionary thinking) และสามารถในการ ตัดสินใจ (Decision making) เชื่อมโยงผู้ป่วยเบาหวานสามารถลดยาได้ พยาบาลวิชาชีพควรมีทักษะการดูแล เชิงรุก (Proactive care) เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง

“หมอมต้องมีทัศนคติก่อนว่าเบาหวานสามารถลดยาได้ ความรู้เดิมเดิมของหมอเหมือนกันในเรื่องของ DM remission มีความรู้ทางการแพทย์มาเกี่ยวข้อง แต่ว่าหมอหลาย ๆ คนก็ยังไม่รู้ว่าเบาหวานลดยาได้” (แพทย์)

“คนที่จะต้องวินิจฉัยและบอกว่าจะ Remission ได้คือหมอมต้องเป็นคนที่มีตัดสินใจ” (พยาบาล 1)

3. กลุ่มวิชาการและประสานงาน ประกอบด้วย สถาบันการศึกษา มีบทบาทสนับสนุน (Supporter) โดยตัวสถาบันการศึกษาทำหน้าที่หลักในการเป็น สื่อกลาง (Mediator) และ ผู้เอื้ออำนวย (Facilitator) รวมถึงการแนะนำการบริหารจัดการ ที่ปรึกษา (Consultor) คอยชี้แนะและให้คำแนะนำแก่ผู้ดำเนินโครงการ

“ต้องมีทีมวิชาการและทีมวิชาชีพเข้ามาสนับสนุนด้านวิชาการ” (พยาบาล 2)

“สถาบันการศึกษา ทำหน้าที่หลักในการที่เป็นผู้เอื้ออำนวยหรือสื่อกลาง” (อาจารย์พยาบาล 2)

“มีทีมอาจารย์พยาบาลสนับสนุน เป็นสองบทบาทคือการเป็นผู้เอื้ออำนวยความสะดวกทำกระบวนการ กลุ่มเอง ขณะเดียวกันก็ใช้ความรู้ในวิชาชีพด้วย และประสานดึงเครือข่ายเข้ามาช่วย” (กรรมการชุมชน 1)

“สถาบันการศึกษาจะเป็นผู้เอื้ออำนวยความสะดวกหลัก หรือผู้ประสานงานระหว่างตัวชุมชนเองกับ บุคลากรทางสาธารณสุขตลอดจนเรื่องของการให้คนที่เรากำลังจะผลิตมองเห็นสิ่งเหล่านี้ด้วย” (อาจารย์ พยาบาล 1)

“อาจารย์จะเป็นที่ปรึกษาทุกเรื่อง เวลามีปัญหาสมาชิกในโครงการไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงอาจารย์ก็จะ เป็นผู้ให้ข้อคิดให้ข้อคิดให้คำแนะนำแก่เรา” (ประธานชุมชน)

สมรรถนะกลุ่มวิชาการและประสานงานคือ สนับสนุนด้านวิชาการในชุมชนโดยใช้ความรู้เชิงวิชาชีพ โดยเฉพาะด้านพยาบาลชุมชน (Professional knowledge application) สมรรถนะด้านการสร้างปฏิสัมพันธ์ (Interpersonal skill) การสื่อสาร (Communication skill) และอาจมีสมาชิกในโครงการมีความเห็นไม่ ตรงกัน ซึ่งกลุ่มวิชาการสามารถจัดการความขัดแย้งในกลุ่ม (Conflict management) เพื่อให้นำไปสู่ เป้าหมายเดียวกัน

“คณะพยาบาลมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับชุมชนและนำความรู้วิชาชีพมาสนับสนุนในชุมชน” (กรรมการ ชุมชน 2)

“การจัดการความขัดแย้งในกลุ่มตอนนี้คืออาจารย์จะเป็นหลัก อาจารย์จะช่วยเป็นคนกลางเวลาที่มีความขัดแย้งหรือความต้องการที่ไม่ตรงกันอาจารย์สามารถสื่อสาร และช่วยแก้ไขทุกอย่าง” (ประธานชุมชน)

4. กลุ่มสนับสนุนด้านการเงิน มีบทบาทในการให้การสนับสนุนงบประมาณ (Financial supporter) ในการดำเนินงานโครงการ เพื่อให้การดำเนินโครงการสามารถต่อยอดได้อย่างยั่งยืน

“เราอาศัยภาคีเครือข่ายและแหล่งทุนต่อจะทำให้เกิดความยั่งยืนในการทำงานได้ โดยงบประมาณตอนนี้มาจาก สปสช. ที่กระจายลงมาสู่เขต ดังนั้นส่วนนี้จะสามารถสนับสนุนได้อย่างต่อเนื่อง” (อาจารย์พยาบาล 1)

กลุ่มสนับสนุนด้านการเงิน ต้องมีสมรรถนะในการวางแผนสร้างต้นแบบโครงการจัดการเบาหวานในชุมชน และดำเนินการเพื่อหาแหล่งเงินทุน (Strategic thinking competency) เพื่อให้ผู้ดำเนินโครงการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนด้านการเงินส่งผลให้เริ่มดำเนินงานได้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

“ผู้สนับสนุนทางการเงินของโครงการเราคือ สสส. สนับสนุนผ่านทาง สวน. แต่ว่าในอนาคตไม่ได้สนับสนุน ตรงนี้ไปตลอด แต่เป็นการสร้างต้นแบบโครงการ สร้างช่องทางในการหาแหล่งสนับสนุน” (พยาบาล 1)

3. บทบาทและสมรรถนะของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการดำเนินงาน (Process)

1. กลุ่มชุมชนในกระบวนการดำเนินงานนี้มีบทบาทดังนี้ ขณะที่กรรมการชุมชน/แกนนำ มีบทบาทเป็น กระบวนกร (Workshop facilitator) ติดตามงาน (Follower) เสริมสร้างพลังให้แก่สมาชิก (Inspirer) สมาชิกโครงการมีบทบาทเป็นเพื่อนร่วมประสบการณ์ (Peer supporter) เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนสู่เป้าหมายเดียวกัน

“แกนนำคอยติดตามและกระตุ้น ให้สมาชิกส่งข้อมูลด้านสุขภาพ” (แพทย์)

“แกนนำจะนำกลุ่มและกระตุ้นสมาชิกกลุ่มให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน” (อาจารย์พยาบาล 2)

2. กลุ่มบุคลากรสุขภาพ มีบทบาทหลัก พยาบาลเป็นผู้เจาะเลือดเพื่อติดตามระดับน้ำตาลในเลือด

“พยาบาลทำการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาน้ำตาลสะสม 3 เดือน” (อาจารย์พยาบาล 1)

ด้านสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ควรมีทักษะการดูแลเชิงรุก (Proactive care) เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง

“พยาบาลช่วยติดตามระดับน้ำตาลในเลือดโดยเข้าไปเจาะเลือดผู้เข้าร่วมโครงการ” (อาจารย์พยาบาล 1)

3. กลุ่มวิชาการและประสานงาน ประกอบด้วย สถาบันการศึกษาที่มีบทบาทแนะนำการบริหารจัดการที่ปรึกษา (Consultor) คอยชี้แนะและให้คำแนะนำแก่ผู้ดำเนินโครงการ

“รุ่นแรกที่ทีมอาจารย์พยาบาลเป็นผู้เฝ้าอำนวยความสะดวกกลุ่มในทุกสัปดาห์ ตลอด 3 เดือน แล้วก็ถอยตัวออกมาจนกระทั่งแกนนำทำได้แล้วก็ป็นหนึ่งเดือนครั้ง ขณะเดียวกันก็เป็นโค้ชอยู่เบื้องหลัง” (กรรมการชุมชน 2)

กลุ่มวิชาการยังต้องมีสมรรถนะในการจัดการความขัดแย้งในกลุ่ม (Conflict management) เพื่อนำไปสู่เป้าหมายเดียวกัน

“การจัดการความขัดแย้งในกลุ่มตอนนี้คืออาจารย์จะเป็นหลัก อาจารย์จะช่วยเป็นคนกลางเวลาที่มีความขัดแย้งหรือความต้องการที่ไม่ตรงกันอาจารย์สามารถสื่อสาร และช่วยแก้ไขทุกอย่าง” (ประธานชุมชน)

4. กลุ่มสนับสนุนด้านการเงิน มีบทบาทในการให้การสนับสนุนงบประมาณ (Financial supporter) เป็นผู้รับผิดชอบการดูแลสุขภาพของคนในพื้นที่เพื่อให้การดำเนินโครงการได้

“ทีมสนับสนุนด้านการเงินนี้เป็นทีมที่สำคัญมาก ต้องอนุมัติงบประมาณในการทำงาน” (พยาบาล 2)

4. ผลผลิตของโครงการ (Product)

การนำโดยชุมชนที่สร้างความสำเร็จในการควบคุมน้ำตาลจากการนำโดยสมาชิกที่เข้าร่วมโครงการ และประสบความสำเร็จในการจัดการเบาหวานเกิดเป็นบุคคลต้นแบบ (Role Model) ในชุมชน

“ผลน้ำตาลสะสมของสมาชิกในโครงการลดลงจริง” (ประธานชุมชน)

“อยากให้ชุมชนลุกขึ้นมาทำเอง ลงมือปฏิบัติเองและสามารถเป็นตัวอย่างให้คนอื่นได้” (สมาชิกโครงการ 1)

“ความรู้เราได้เรียนรู้จากวิทยากร เพื่อนำมาถ่ายทอดให้กับสมาชิก แก่นนำนอกจากมีความรู้แล้วยังต้องพัฒนาตัวอยู่เสมอ” (สมาชิกโครงการ 2)

“ได้แกนนำกลุ่ม ๆ ละ 5 คน รวมเป็น 10 คน” (สมาชิกโครงการ3)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าความสำเร็จของโครงการจัดการเบาหวานโดยชุมชนเกิดจากการบูรณาการบทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 4 กลุ่มตามกรอบ CIPP Model ได้แก่ บริบทชุมชนที่มีภาวะเบาหวานสูง (Context) ปัจจัยนำเข้าที่ประกอบด้วยภาคีทั้ง 4 กลุ่ม (Input) กระบวนการทำงานร่วมกันที่ชัดเจน (Process) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งระดับบุคคลและระดับระบบ (Product) ซึ่งสอดคล้องกับ PHIMAI Model (Ritburi, 2023) ที่กำหนดบทบาทผู้เกี่ยวข้องหลายระดับ ทั้งบุคลากรสุขภาพ และแกนนำ อย่างไรก็ตาม PHIMAI Model ยังขาดบทบาทแพทย์ด้านการปรับยา ในขณะที่งานวิจัยภูวดลโมเดลและโรงเรียนเบาหวานบ้านตาขุน (Oba et al., 2024; Panmung et al., 2024; Suksabai, 2024) จะเน้นทีมสุขภาพและผู้ป่วยเป็นหลัก แต่ยังไม่ครอบคลุมบทบาทของทีมวิชาการที่เป็นผู้ประสานงานหรือกลุ่มสนับสนุนด้านการเงินเช่นโครงการนี้ ทำให้โครงการชุมชนสัมพันธ์มีโครงสร้าง Input ที่ชัดเจนช่วยให้ชุมชนสามารถขับเคลื่อนโครงการได้อย่างมั่นคงและต่อเนื่อง

บทบาทของผู้นำชุมชนในโครงการนี้มีลักษณะเป็นผู้จัดการระบบภายใน ซึ่งสอดคล้องกับ PHIMAI Model (Ritburi, 2023) และการศึกษาของ Kwan et al. (2017) และ Mama (2020) ที่พบว่าผู้นำชุมชนมีบทบาทสำคัญในการจัดการสุขภาพเบาหวานระดับพื้นที่ นอกจากนี้ บุคลากรสุขภาพได้ปรับบทบาทจากศูนย์กลางการรักษาเป็นโค้ชสุขภาพที่คอยแนะนำและส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยให้ความสำคัญกับทีมสุขภาพซึ่งควรทำหน้าที่ชี้แนะมากกว่าการรักษาโดยตรง (Oba et al., 2024; Panmung et al., 2024, Suksabai, 2024; Haldane et al., 2019) ซึ่งสอดคล้องโดยตรงกับกระบวนการทำงานร่วมกันที่ชัดเจน (Process) ใน CIPP Model ที่ให้ความสำคัญกับการถ่ายโอนบทบาทจากผู้เชี่ยวชาญไปสู่ชุมชน

ในด้านสมรรถนะของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผลการวิจัยพบว่าสมรรถนะที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะผู้นำ การจัดการกระบวนการกลุ่ม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการโค้ช ทักษะการทำงานสหสาขาวิชาชีพ และการจัดการงบประมาณ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Brinzac et al. (2025) ที่เน้นความสำคัญของผู้นำชุมชนในฐานะผู้จัดการความขัดแย้ง และการศึกษาของ Arora et al. (2025) ที่ระบุว่าสมาชิกควรได้รับการเสริมศักยภาพเพื่อให้สามารถดูแลตนเองและทำหน้าที่เป็นแกนนำได้ สะท้อนผลผลิต (Product) ตามกรอบ CIPP Model ว่าการพัฒนาสมรรถนะของแต่ละภาคีเป็นตัวขับเคลื่อนผลลัพธ์ด้านความรู้สุขภาพและความมั่นใจของประชาชน รวมทั้งเสริมประสิทธิภาพระบบสนับสนุนด้านสุขภาพของชุมชนโดยรวม

ด้านความยั่งยืนและการถ่ายทอดผล ผลการวิจัยพบว่าโครงการสามารถสร้างระบบการมีส่วนร่วมที่ทำได้และถ่ายโอนบทบาทได้จริงเมื่อมีการฝึกแกนนำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโครงการสุขภาพชุมชนที่ระบุว่าความเป็นเจ้าของของชุมชนและการมีระบบสนับสนุนที่มั่นคงในช่วงเริ่มต้นเป็นเงื่อนไข

ของความยั่งยืน (Riley-Gibson et al., 2025) อย่างไรก็ตาม การขยายผลยังขึ้นอยู่กับความพร้อมของชุมชนใหม่ โดยเฉพาะด้านทุนทางสังคม แกนนำ และการสนับสนุนเชิงเทคนิคในระยะเริ่มต้น ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่พบในงานวิจัยชุมชนหลายชิ้นเช่นกัน ผลเหล่านี้สอดคล้องกับมิติความสามารถในการถ่ายโอนหรือประยุกต์ใช้ผลการวิจัย (Transferability) ที่ระบุว่า การขยายผลจะเกิดขึ้นได้เมื่อองค์ประกอบสำคัญ เช่น กระบวนการกลุ่ม การโค้ชสุขภาพ และระบบสนับสนุนรายภาคีที่ถูกจัดวางอย่างเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ใหม่

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ในการจัดการเบาหวานในชุมชน จะสำเร็จได้ควรประกอบไปด้วย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มชุมชน กลุ่มบุคลากรสุขภาพ กลุ่มวิชาการและประสานงาน และกลุ่มสนับสนุนด้านการเงิน ซึ่งแต่ละกลุ่มมีบทบาทและสมรรถนะที่โดดเด่นและแตกต่างกัน ทั้งนี้เมื่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดทำงานร่วมกันแล้ว สามารถเป็นพลังขับเคลื่อนให้โครงการจัดการเบาหวานในชุมชนประสบความสำเร็จในการป้องกันกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เป็นโรคเบาหวานและกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถเข้าสู่ระยะสงบ ตอบสนองเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ข้อที่ 3 การมีสุขภาพดี และความเป็นอยู่ที่ดี (Good Health and Well-being)

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาศักยภาพแกนนำและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมทักษะที่ยังเป็นข้อจำกัด เช่น ทักษะการจัดการกระบวนการกลุ่ม การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ และการติดตามผลสุขภาพสมาชิกในชุมชน
2. พัฒนาระบบสนับสนุนการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย สร้างรูปแบบการโค้ชโดยบุคลากรสุขภาพ ระบบติดตามข้อมูลสุขภาพ และคู่มือกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้การดำเนินงานเป็นมาตรฐานและสามารถทำซ้ำได้ในพื้นที่อื่น ๆ

References

- Aekplakorn, W., Puckcharern, H., & Satheannoppakao, W. (2021). *Thailand national health examination survey VI, 2019-2020*. Aksorn graphic and design publishing. (in Thai)
- Arora, M., Chopra, M., Shrivastav, R., Srinivasapura Venkateshmurthy, N., Oli, N., Rao, N., Gupta, M., Cassambai, S., Highton, P., Vaidya, A., Singh, K., Crompton, A., Mohan, S., Khunti, K., & Prabhakaran, D. (2025). Co-creating community engagement and involvement strategies: Understanding challenges and needs of people living with multiple long-term conditions and stakeholders' perspectives in India and Nepal. *BMJ Global Health*, 10(9), 1–10. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2025-018968>
- Brinzac, M. G., Verschuuren, M., Leighton, L., & Otok, R. (2025). Public health competencies: What does the next generation of professionals deem important. *European Journal of Public Health*, 35(2), ii11–ii16. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae201>
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2023). Clinical practice guideline for diabetes mellitus in Thailand. <https://thaipedendo.org/wp-content/uploads/2023/08/Clinical-Practice-Guideline-for-Diabetes-2023.pdf> (in Thai.)

- Haldane, V., Chuah, F. L. H., Srivastava, A., Singh, S. R., Koh, G. C. H., Seng, C. K., Legido-Quigley, H. (2019). Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. *PLOS ONE*, 14(5), e0216112. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216112>
- International Diabetes Federation. (2025). *IDF diabetes atlas*. <https://diabetesatlas.org/resources/idf-diabetes-atlas-2025/>
- Khiaocharoen, O., Prasertworakul, C., Khatiyod, T., Siewongchai, C., Srisirianun, T., Lampu, P., Pannarunothai, P., Zungsontiporn, C., & Pannarunothai, S. (2023). Outpatient cost by disease: Outputs from the first phase cost per disease project. *HISPA Compendium*, 1(7), 100–12. <https://doi.org/10.14456/hispa.2023.7> (in Thai)
- Kwan, B. M., Jortberg, B., Warman, M. K., Kane, I., Wearner, R., Koren, R., Carrigan, T., Martinez, V., Nease, D. E. (2017). Stakeholder engagement in diabetes self-management: Patient preference for peer support and other insights. *Family Practice*, 34(3), 358–65. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw127>
- Mama, W. (2020). Development of Care Model for type 2 diabetes patients with who be treated at Dong Mun Lek Health Promoting hospital, Muang district, Phetchabun province. *Journal of Health Science and Community Public Health*, 3(2), 93–110. (in Thai)
- Non-communicable Disease Bureau, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2025). *Data, statistics of mortality/morbidity from non-communicable diseases*. <https://ddc.moph.go.th/dncd/news.php%3Fnews%3D39911> (in Thai)
- Oba, N., Newbood, S., Rithpho, P., & Panyam, S. (2024). Lessons learned from the initial stages of the Bang Rakam PUWADOL Model diabetes academy : A qualitative research. *Journal of disease prevention and control: DPC 2 Phitsanulok*, 11(2), 60–77. (in Thai)
- Panmung, N., Srisawat, K., Jaroenkrung, P., & Sansang, S. (2024). Factors for successful operations for diabetic remission. *Department of Health Service Support Journal*, 20(2), 17–26. (in Thai)
- Phuwichai, Y. (2024). Model of care for patients with type 2 diabetes with community participation in the Kham Yai Subdistrict Municipality Huai Mek district Kalasin province. *Journal of Environmental and Community Health*, 9(4), 630–42. (in Thai)
- Poolngam, D. (2025). A community participation model for preventing complications among patients with type 2 diabetes at Na Pho Tai health promoting hospital, Khong Chiam district, Ubon Ratchathani province. *Journal of Environmental Health and Community Health*, 10(3), 267–75. (in Thai)
- Riley-Gibson, E., Hall, A., Shoesmith, A., Wolfenden, L., Shelton, R. C., Pascoe, W., Peden, B., Doherty, E., Pollock, E., Booth, D., Salloum, R. G., Laur, C., Powell, B. J., Kingsland, M., Lane, C., Hailemariam, M., Sutherland, R., & Nathan, N. (2025). A systematic review to determine the effect of strategies to sustain chronic disease prevention interventions

- in clinical and community settings. *Translational behavioral medicine*, 15(1), ibae070.
<https://doi.org/10.1093/tbm/ibae070>
- Ritburi, K. (2023). Strategies in driving the work for diabetic patients to enter the state of “Remission”: A case study of the driving strategy in Phimai district, Nakhon Ratchasima province. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office*, 5(1), 123–36. (in Thai)
- Royal College of Family Physicians of Thailand. (2022). *Guideline for management of type 2 diabetes mellitus remission with intensive lifestyle modification*. https://thaigpfm.org/wp-content/uploads/2025/05/Diabetes-remission-in-type-2_web.pdf (in Thai)
- Samakkarnthai, T., & Khayadee, A. (2025). Enhancing health literacy through a Community Participation Model for patients with uncontrolled type 2 Diabetes in Uthai Thani province. *Primary Health Care Journal (Northern Edition)*, 35(1), 86–101. (in Thai)
- Siripaopradit, P. (2025). Development of Blood Sugar Control Model in Diabetic Mellitus Type II patients through community participation in the Pueinoi district of Khon Kaen province. *Journal of Environmental Education Medical and Health*, 10(2), 309–16. (in Thai)
- Stufflebeam, D. L. (2003). The CIPP Model for evaluation. In T. Kellaghan & D. L. Stufflebeam (Eds.), *International Handbook of Educational Evaluation* (pp. 31–62). Springer Netherlands.
- Suksabai, P. (2024). Effectiveness of caring for type 2 diabetic patients to diabetes remission with intensive lifestyle modification, Suratthani Province. *Region 11 Medical Journal*, 38(1), 27–43. (in Thai)
- World Health Organization. (2022). *Global report on diabetes*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565257>