

การพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยใช้แนวคิด IDEAL ตักผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง

The Development of a Discharge Planning System for Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes Using the IDEAL Model Framework in the Inpatient Ward, Thung Khao Luang Hospital

ยุพิน แสงสว่าง*

Yupin Sangsawang

Corresponding author: E-mail: yupin100917@gmail.com

(Received: June 6, 2025; Revised: June 12, 2025; Accepted: July 12, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบ และการประเมินระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยใช้แนวคิด IDEA model ตักผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Participatory Action Research: PAR)

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วย 8 คน (2) ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับวินิจฉัยว่ามีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่เข้าอนรรักษาในตักผู้ป่วยใน 20 ราย และผู้ร่วมวิจัย 24 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม แบบประเมินความเป็นไปได้ และแบบประเมินการปฏิบัติตามคู่มือฯ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย : 1) การศึกษาสถานการณ์ พบว่า ปัญหาทั้งด้านผู้ป่วยและญาติ ระบบบริการ ผู้ให้บริการและเครื่องมือ และวัสดุการแพทย์ 2) การพัฒนาระบบฯ พบว่า ได้จัดทำเป็นคู่มือการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ประกอบด้วยกระบวนการ 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การระบุผู้ดูแลหลัก (2) การพูดคุยปัญหาอย่างลึกซึ้ง (3) การให้ความรู้ (4) การประเมินความรู้ผู้ป่วย และ (5) การฟังปัญหาอย่างตั้งใจ และ 3) ผลลัพธ์การดำเนินงาน พบว่าการลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผนลงเหลือเพียงร้อยละ 15.0 ซึ่งถือเป็นผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ และสะท้อนถึงประสิทธิภาพของการวางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุมทั้งมิติด้านคลินิกและจิตสังคม

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้คุณภาพการดูแลและเข้าใจโรคได้ดียิ่งขึ้นอย่างชัดเจนในทุกมิติ ทั้งการสื่อสารและผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนกลับบ้าน ที่สำคัญคือ อัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญเหลือเพียงร้อยละ 15.0 และผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินครบทั้ง 5 องค์ประกอบไม่มีรายใดกลับมารักษาซ้ำเลย ซึ่งยืนยันประสิทธิภาพของโมเดลนี้

คำสำคัญ : แนวคิด IDEAL; โรคเบาหวานชนิดที่ 2; การวางแผนจำหน่าย; การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

Abstract

Purposes : This study aimed to investigate the situation, develop a system, and evaluate a discharge planning model for patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus (T2DM) using the IDEAL Model at the inpatient ward of Thung Khao Luang Hospital.

Study Design : Participatory Action Research (PAR).

Materials and Methods : The study included two groups of key informants: (1) eight registered nurses working in the inpatient ward, and (2) twenty patients with T2DM who were hospitalized due to hypoglycemia or hyperglycemia. Additionally, twenty-four participants were involved as co-researchers. Data collection tools included focus group discussion guides, a feasibility assessment form, and a discharge protocol compliance checklist. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and content analysis.

Main finding : 1) The situational analysis revealed several challenges across four areas: patients and caregivers, service systems, healthcare providers, and medical equipment and supplies. 2) The development process resulted in a discharge planning manual for patients with uncontrolled T2DM, comprising five key steps: (1) identifying a primary caregiver, (2) conducting in-depth discussion of problems, (3) providing targeted education, (4) assessing patient knowledge, and (5) active listening. 3) Regarding outcomes, the unplanned hospital readmission rate within 28 days was reduced to 15.0%, a statistically significant result, indicating the effectiveness of a discharge planning model that addresses both clinical and psychosocial aspects.

Conclusion and Recommendations : The findings demonstrate that the IDEAL Model significantly enhanced the quality of discharge planning and patient understanding across multiple dimensions, particularly in communication and preparedness for discharge. Notably, none of the patients who completed all five IDEAL components were readmitted, affirming the model's clinical utility. The study recommends its adoption as a standard discharge planning approach for patients with uncontrolled diabetes in community hospitals.

Keywords : IDEAL Model; Type 2 diabetes mellitus; Discharge planning; Unplanned readmission

บทนำ

สถานการณ์โรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก สมาคมเบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation : IDF) ประมาณการว่า ปี พ.ศ.2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 578 ล้านคนทั่วโลก¹ และคาดว่าอีก 20 ปีข้างหน้าจะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงถึง 642 ล้านคน โดยพบผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ร้อยละ 3-5 และเบาหวานชนิดที่ 2 สูงถึงร้อยละ 95 สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย มีผู้ป่วยเบาหวานโรคเบาหวาน มีกลุ่มเป้าหมายประชากร 35 ปีขึ้นไป จำนวน 22,678,756 คน ได้รับการคัดกรองเพื่อยืนยันวินิจฉัยโรคเบาหวาน ทั้งสิ้น 19,378,229 คน (ร้อยละ 85.4) เป็นกลุ่มสงสัยป่วย จำนวน 184,067 คน (ร้อยละ 1.0) และได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยจำนวน 130,142 คน คิดเป็นร้อยละ 70.7 ในจำนวนนี้มีเพียง 1 ใน 3 คนที่สามารถบรรลุเป้าหมายในการรักษาทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในเมืองไทยมีมากถึง 200 รายต่อวัน โรคเบาหวานเกิดจากความผิดปกติของทั้งการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อน และการเกิดภาวะดื้ออินซูลิน ทำให้ร่างกายไม่สามารถควบคุมกลไกต่าง ๆ ของร่างกายในการเผาผลาญสารอาหารได้ตามปกติ ในกรณีขาดอินซูลินในปริมาณน้อยอาจมีเพียงระดับน้ำตาลสูงหลังมื้ออาหารเนื่องจากตับและเนื้อเยื่อต่าง ๆ ไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้ได้ตามปกติ เมื่อขาดอินซูลินรุนแรงมากขึ้นนอกจากระดับน้ำตาลสูงหลังมื้ออาหารแล้วน้ำตาลช่วงอดอาหารก็จะเริ่มสูงขึ้นเพราะเซลล์ของตับมีการสร้างน้ำตาลมากขึ้นจากการสลายไกลโคเจนและการสร้างน้ำตาลจากกรดอะมิโน การใช้กลูโคสน้อยลงและมีการสร้างกลูโคสจากสารอื่น ๆ มากขึ้น มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงทั้งวัน² เมื่อน้ำตาลในกระแสเลือดสูงจะทำให้หลอดเลือดเกิดภาวะแข็งตัวและหนาขึ้นจนเกิดการตีบแคบหรืออุดตันของหลอดเลือด ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีทั้งแบบเรื้อรังและเฉียบพลันที่เป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต เช่น ระยะเวลา การสูญเสียจอประสาทตา ไตวาย เส้นประสาทส่วนปลายที่มีความเสี่ยงเกิดแผลทำเนือตาย มีอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นของโรค Stroke STEMI

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดร้อยเอ็ด พ.ศ.2565-2566 พบว่าอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่เท่ากับ 504.06, 597.44 ต่อแสนประชากรตามลำดับเพิ่มขึ้นทุกปี และในอำเภอทุ่งเขาหลวง ปี พ.ศ. 2565-2566 อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ เท่ากับ 309, 328 ตามลำดับ³ ต่อแสนประชากรตามลำดับ ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการรักษาและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 32.90 ผู้ป่วย โรคเบาหวานที่เป็นมานานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ดี และไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายระบบต่อร่างกายได้แก่ จอตาผิดปกติจากเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง ภาวะแทรกซ้อนที่เท้าและขา ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง เกิดความสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลทั้งทางตรงทางอ้อมโรคไตเรื้อรังซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยโรคเบาหวานสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย⁴ นอกจากนี้ยังพบว่า สถิติผู้ป่วยเบาหวานที่รับไว้ในโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง จัดลำดับเป็น 1 ใน 5 ลำดับโรคแรกที่รับไว้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โดยสาเหตุที่รับไว้ในโรงพยาบาลคือ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรงรวมทั้งยังพบอัตราการกลับมารักษาซ้ำเท่ากับ 16.21⁵ เมื่อวิเคราะห์สาเหตุแล้วพบว่า การประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายทั้งด้านความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ยังไม่ครบถ้วน เมื่อกลับบ้านผู้ป่วยขาดการสนับสนุนข้อมูลอย่างต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น ขาดคู่มือสำหรับบททวนความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ขาดทักษะการเจาะเลือดปลายนิ้วและการฉีดยาอินซูลินด้วยตนเองที่ถูกต้อง การจัดการอาหารเฉพาะโรค เป็นต้น นอกจากนี้หน่วยงานภาครัฐยังขาดการประสานงานกับหน่วยปฐมภูมิและหน่วยการพยาบาลต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยขาดแหล่งช่วยเหลือและไม่ได้รับการแก้ปัญหาทำให้ส่งผลลัพธ์ให้เกิดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือบางรายมีภาวะฉุกเฉินจากมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรงหรือมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

จากการทบทวนเอกสารชี้ให้เห็นว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานตามกรอบ IDEA⁶ ประกอบด้วยการวางแผน

จำหน่ายตามขั้นตอน วิธีการและเนื้อหาสาระสำคัญตามตัวอักษร 5 ตัว คือ I = Including คือ การกำหนดตัวผู้ดูแลขณะอยู่บ้าน D = Discussion คือ สนทนาตามประเด็นข้อคำถามของผู้ป่วยและครอบครัว ทวนสอบความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องของผู้ป่วย และครอบครัวในประเด็นที่สอนไป และสอนกลับ เสนอตารางนัดพบแพทย์เพื่อติดตามอาการ E = Education คือ การให้ความรู้โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วย การจำหน่าย ยาที่ได้รับ และขั้นตอนต่อไปในทุกโอกาส และเมื่อผู้ป่วยหรือครอบครัวต้องการ A = Assess คือ ประเมินผลในสิ่งที่แพทย์ และพยาบาลอธิบาย และ L = Listening คือ การฟังและให้โอกาสผู้ป่วยหรือครอบครัวสอบถามเกี่ยวกับสิ่งที่อยากรู้เพิ่มเติมรวมทั้งประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับบ้าน โดยมีแบบบันทึกและตรวจสอบ (Checklist) การปฏิบัติในทุกขั้นตอน ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการวางแผนส่งผลให้ผู้ดูแลมีความพร้อมที่จะกลับสู่บ้านและชุมชนได้ดียิ่งขึ้น

กล่าวได้ว่าจุดเด่นของกรอบ IDEAL คือ เป็นแนวคิดแบบองค์รวม (Holistic) ที่เน้นการมีส่วนร่วม การสื่อสารแบบสองทาง และการประเมินผลอย่างเป็นระบบซึ่งเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉพาะกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ยาก เพราะช่วยส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน และลดโอกาสการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล⁷ ดังนั้น แนวคิดดังกล่าว มีจุดเด่นและความเหมาะสมสำหรับการพัฒนาความรู้หรือทักษะการดูแลตนเองเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โดยใช้แนวคิด IDEAL ตีกลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีและดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบและการประเมิน

ระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยใช้แนวคิด IDEA model ตีกลุ่มผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Participatory Action Research: PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์พัฒนาระบบและการประเมินระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยใช้แนวคิด IDEA model ตีกลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง วิธีดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง จำนวน 8 คน (2) ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับวินิจฉัยโรคภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่เข้านอนรักษาในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง จำนวน 20 ราย

ผู้ร่วมวิจัย เป็น (1) บุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวงและเครือข่ายบริการ จำนวน 18 คน (2) ผู้ร่วมกิจกรรม ได้แก่ คณะกรรมการเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอทุ่งเขาหลวง คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และคณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาล จำนวน 24 คน

เครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) คู่มือการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตามกรอบแนวคิด IDEAL โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวงที่สร้างจากทีมพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย ตามกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภากาชาดไทยทางการแพทย์ และสาธารณสุขแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย⁸ และพรรณวรดา สุวัน และคณะ⁹ หาคุณภาพของเครื่องมือโดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน มีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.67-1.00 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

และ 2) แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ที่ใช้ในการวางแผน
จำหน่าย มีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.67-1.00

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- 1) แบบประเมินความเป็นไปได้ของระบบการวางแผน
จำหน่ายมีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.67-1.00 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -coefficient) เท่ากับ 0.80
- 2) แบบประเมินการปฏิบัติตามคู่มือการพัฒนาระบบ
การวางแผนจำหน่ายการประเมินตามองค์ประกอบ IDEAL
5 ด้าน มีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.67-1.00
ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -coefficient) เท่ากับ 0.84 และ
- 3) แบบบันทึกการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล
โดยไม่ได้วางแผนภายใน 28 วัน

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ (เดือนมกราคม
2567) ดำเนินการโดย 1) รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน
การกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผน
ภายใน 28 วัน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 2) สัมภาษณ์
ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือ
ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง จำนวน 7 คน และผู้ป่วยที่กลับมา
รับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผนภายใน
28 วัน จำนวน 5 คน และ 3) สทนากลุ่มในบุคลากร
ผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในตึกผู้ป่วยในของ
โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง จำนวน 10 คน ประกอบด้วย
แพทย์ 1 คน พยาบาล 3 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
1 คน และพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลในพื้นที่ จำนวน 5 แห่ง จำนวน 5 คน

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้
(วงรอบที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2567 และวงรอบ
ที่ 2 เดือนมิถุนายน-กันยายน 2567) โดยนำประเด็นปัญหา
ที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวที
การประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ
ที่เกี่ยวข้องและทำการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไข
ปัญหา หลังจากนั้นดำเนินการวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต
และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกัน¹⁰ กับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย และ

ผู้ร่วมกิจกรรมมีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะ
เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาต่อไป

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ (ตุลาคม 2567)

ดำเนินการไปพร้อมกับพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่าย
ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้
โดยประเมินจาก 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 2) แบบประเมิน
การปฏิบัติตามคู่มือคู่มือการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
เบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตามกรอบ
แนวคิด IDEAL 3) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และ
4) แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วย
ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ
การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

วิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content
analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติ
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดเลขที่ COE 2452566
รับรองเมื่อวันที่ 29 เดือน ธันวาคม พ.ศ.2566 โดย
ได้คำนึงถึงถึงหลักความเป็นอิสระความเท่าเทียมและ
ความเป็นธรรมต่อผู้ร่วมโครงการ และได้รับมติตรง
ในการเก็บข้อมูลเป็นความลับโดยการให้รหัสแทนชื่อ
ผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

แบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ตามวัตถุประสงค์
การวิจัย ดังนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ สถานการณ์และสภาพ
ปัญหาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับ
น้ำตาลไม่ได้มีสภาพปัญหาและความท้าทายหลายด้าน
ที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสามารถ
วิเคราะห์แยกเป็นรายด้านดังนี้ (1) ด้านผู้ป่วยและญาติ
พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มักมี

ลักษณะเฉพาะคือส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (อายุเฉลี่ย 60.58 ปี) มีระดับการศึกษาต่ำ (ร้อยละ 75.76 จบเพียงประถมศึกษา) และประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 57.57) ซึ่งลักษณะเหล่านี้ส่งผลต่อความเข้าใจในการจัดการโรคโดยเฉพาะเมื่อต้องมีการวางแผนจำหน่าย พบว่า ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลตนเองที่บ้านอย่างเพียงพอ นอกจากนี้ยังมีปัญหาในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลเนื่องจากข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและสภาพร่างกาย หลังจำหน่ายแล้วผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่และมีแนวโน้มกลับมารักษาซ้ำ (2) ด้านระบบบริการ พบว่าระบบบริการในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กมักประสบปัญหาการจัดสรรทรัพยากรที่ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะพื้นที่บริเวณรอตตรวจที่มักแออัดและมีระยะเวลารอนาน ข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยไม่มีการเชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล และขาดระบบติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ การวางแผนจำหน่ายในปัจจุบันมักเป็นการพูดคุยสั้น ๆ ขาดการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ยังพบว่ามีการจัดบริการต่อเนื่องไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยขาดการติดตามรักษาอย่างเหมาะสม (3) ด้านผู้ให้บริการพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กมีจำนวนจำกัด แต่ต้องรับภาระงานที่เพิ่มขึ้น การวางแผนจำหน่ายมักถูกมองเป็นงานธรรมดา ขาดความตื่นตัวในการนำแนวทางใหม่ ๆ มาใช้ พบว่า บุคลากรบางส่วนขาดสมรรถนะในการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเอง นอกจากนี้ยังขาดผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) ที่สามารถเป็นที่ปรึกษาในการจัดการปัญหาที่ซับซ้อนได้ การสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพก็ยังไม่ทั่วถึง ทำให้การวางแผนจำหน่ายไม่ครอบคลุมทุกด้านที่จำเป็น และ (4) ด้านเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ พบว่า โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กมักขาดแคลนเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามผู้ป่วยเบาหวาน เช่น เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด (Glucose Meter) และเครื่องวัดความดันโลหิต (Blood Pressure Monitor)

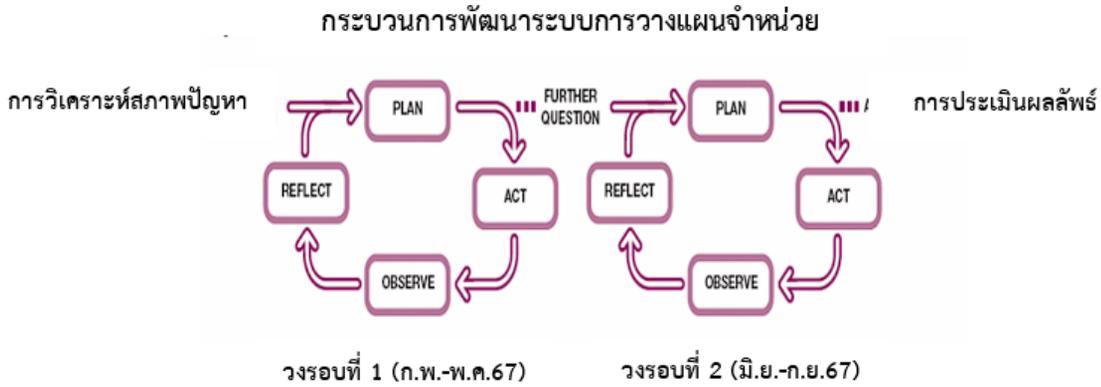
ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย นอกจากนี้ยังขาดวัสดุการแพทย์สำหรับการให้ความรู้ผู้ป่วย เช่น ชุดฝึกสอนการฉีดอินซูลินหรืออุปกรณ์ตรวจสอบระดับน้ำตาลที่บ้าน แม้ว่าจะมีนโยบาย Priority Track สำหรับสนับสนุนเครื่องมือแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรัง แต่โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กอาจยังไม่สามารถเข้าถึงเครื่องมือเหล่านี้ได้อย่างทั่วถึง

บทสรุปและแนวทางแก้ไขได้ว่า สภาพปัญหาเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก โดยอาจนำแนวทาง IDEAL Model ที่ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การระบุผู้ดูแลหลัก 2) การพูดคุยปัญหาอย่างลึกซึ้ง 3) การให้ความรู้ 4) การประเมินความรู้ผู้ป่วย และ 5) การฟังปัญหาอย่างตั้งใจ ซึ่งมีผลการศึกษาชี้ว่าสามารถเพิ่มความรู้ผู้ป่วย ลดระดับน้ำตาลสะสม และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำได้ นอกจากนี้ควรพัฒนาระบบ Telemedicine เพื่อลดปัญหาการเดินทางของผู้ป่วย และส่งเสริมการทำงานเป็นทีมของบุคลากรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการวางแผนจำหน่ายการแก้ไขปัญหาย่างบูรณาการทั้ง 4 ด้านนี้จะช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จากปัญหาดังกล่าวได้มีการวางแผนตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหาโดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 เข้าสู่ที่ประชุมและร่วมกันระดมสมองเพื่อวางแผนร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย และผู้ร่วมกิจกรรม กำหนดเป้าหมายและกิจกรรมการพัฒนาแผนดำเนินการตัวชี้วัด และผลลัพธ์ร่วมกัน ในระยะนี้ได้ประเด็นการพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ได้แก่ 1) การระบุผู้ดูแลหลัก 2) การพูดคุยปัญหาอย่างลึกซึ้ง 3) การให้ความรู้ 4) การประเมินความรู้ผู้ป่วย และ 5) การฟังปัญหาอย่างตั้งใจ กล่าวคือ การพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เกิด

กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องภายใต้
วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จำนวน 2 วงจร ดังนี้

(ภาพประกอบที่ 1)



ภาพประกอบที่ 1 การพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

วงจรที่ 1 เป็นการสร้างพื้นฐานความรู้และระบบสนับสนุน (เดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2567) การดำเนินงานในวงจรแรกนี้มุ่งเน้นการวางรากฐานที่มั่นคงสำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยเริ่มจากการระบุผู้ดูแลหลักในเดือนกุมภาพันธ์ เนื่องจากจากการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง พบว่าผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ขาดระบบสนับสนุนที่เหมาะสมในบ้าน อันเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ การคัดเลือกผู้ดูแลหลักจะพิจารณาจากความใกล้ชิด และความพร้อมในการช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นหลัก ต่อมาในเดือนมีนาคม จะจัดกิจกรรมพูดคุยปัญหาอย่างลึกซึ้งผ่านกลุ่มสนทนา เนื่องจากพบว่า การ Consult แบบปกติในคลินิกมักไม่สามารถระบุปัญหาแท้จริงได้ เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาและสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการเปิดใจ โดยกิจกรรมนี้จะช่วยให้เข้าใจบริบทชีวิตจริงของผู้ป่วยทั้งในแง่เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ซึ่งล้วนส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งสิ้น

เมื่อเข้าสู่เดือนเมษายน ทีมสหวิชาชีพจะจัดกิจกรรมให้ความรู้แบบเข้มข้น เนื่องจากผลตรวจ HbA1c ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการจัดการโรค โดยเฉพาะในเรื่องโภชนาการและการใช้ยา ดังนั้น เนื้อหาการอบรมจึงออกแบบมาเฉพาะสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา โดยใช้

ภาษาง่ายๆ และสื่อ Visual aids ที่เข้าใจง่าย ปิดท้ายวงจรแรกในเดือนพฤษภาคมด้วยการประเมินความรู้ผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เนื่องจากประสบการณ์ในอดีตแสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่รับประกันว่าผู้ป่วยจะสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง การประเมินนี้จึงไม่เพียงวัดความเข้าใจทางทฤษฎี แต่ยังรวมถึงทักษะปฏิบัติที่จำเป็นต่อการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง

วงจรที่ 2 การแก้ปัญหาเชิงลึกและพัฒนาศักยภาพอย่างยั่งยืน (เดือนมิถุนายน - กันยายน 2567) วงจรที่สองนี้ได้รับการออกแบบมาเพื่อต่อยอดและแก้ไขจุดอ่อนที่พบจากวงจรแรก โดยเริ่มต้นในเดือนมิถุนายนด้วยกิจกรรมฟังปัญหาอย่างตั้งใจผ่านการปรึกษารายบุคคล เนื่องจากผลติดตามหลังวงจรแรกพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากไม่น้อยยังคงประสบปัญหาเฉพาะบุคคลที่ต้องการแนวทางแก้ไขที่แตกต่างกันไป การให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัวนี้จะช่วยให้เข้าใจอุปสรรคที่แท้จริงและออกแบบแผนช่วยเหลือที่เหมาะสมกับแต่ละกรณี

ในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงสิงหาคม จะมีการจัดกิจกรรมพูดคุยปัญหาอย่างลึกซึ้งซึ่งรอบสองผ่านการเยี่ยมบ้าน เนื่องจากข้อมูลจากวงจรแรกชี้ให้เห็นว่าสภาพแวดล้อมที่บ้านมีอิทธิพลอย่างมากต่อความสำเร็จในการควบคุมโรค การลงพื้นที่จริงนี้จะทำให้ทีมงานเข้าใจบริบทชีวิตประจำวัน

ของผู้ป่วยอย่างแท้จริง และสามารถให้คำแนะนำที่ปฏิบัติได้จริงในสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยแต่ละราย พร้อมกันนั้น จะมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้รอบสองในรูปแบบ Workshop ปฏิบัติการ เนื่องจากผลการประเมินทักษะหลังวงรอบแรกพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากยังขาดความชำนาญในการใช้เครื่องมือวัดระดับน้ำตาลและเตรียมอาหารสุขภาพ การเรียนรู้ผ่านการลงมือทำจริงนี้จะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและความแม่นยำในการดูแลตนเอง

สุดท้ายในเดือนกันยายนจะมีการประเมินความรู้ผู้ป่วยรอบสุดท้ายอย่างครบวงจร ทั้งนี้เพื่อวัดผลสัมฤทธิ์ของโครงการทั้งในแง่ความรู้ ทักษะและผลลัพธ์ทางคลินิก โดยจะนำข้อมูลที่ได้ไปเปรียบเทียบกับข้อมูล Baseline จากวงรอบแรก อันจะช่วยประเมินประสิทธิภาพของโครงการและเป็นแนวทางในการพัฒนาต่อไป

ทั้งสองวงรอบนี้เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ วงรอบแรกทำหน้าที่สร้างพื้นฐานความรู้และระบุปัญหา ในขณะที่วงรอบสองจะลงลึกในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าและพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยอย่างแท้จริง การออกแบบโครงการเช่นนี้ไม่เพียงช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ที่ถูกต้อง แต่ยังสร้างระบบสนับสนุนที่ยั่งยืนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนซึ่งจะเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

3. การประเมินผล (ตุลาคม 2567) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง

3.1 การประเมินผลการดำเนินงานตามองค์ประกอบ IDEAL Model ทั้ง 5 ด้าน ประเมินจากกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 20 ราย พบผลลัพธ์ที่น่าสนใจดังนี้ **ด้านแรก** คือ การระบุผู้ดูแลหลัก (I: Including) ซึ่งพบว่าสามารถระบุผู้ดูแลหลักได้ครบทั้ง 20 ราย โดยส่วนใหญ่เป็นบุตรหรือคู่สมรสของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่า หลังการจำหน่ายแล้ว ผู้ดูแลหลักกว่าร้อยละ 85.0 สามารถปฏิบัติตามบทได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการคัดเลือกผู้ดูแลตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม สำหรับการสนทนาตามประเด็น (D: Discussion) นั้น ผลการประเมินแสดงให้เห็นว่ามีพัฒนาการอย่างชัดเจน โดยเวลาเฉลี่ย

ในการสนทนาเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวจากเดิมเพียง 8 นาที เป็น 15 นาทีต่อราย อันเนื่องมาจากการใช้คำถามเจาะลึกที่ออกแบบมาเฉพาะสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งนี้เมื่อมีการทวนสอบความรู้พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวสามารถตอบคำถามได้ถูกต้องถึงร้อยละ 78.3 ของเนื้อหาทั้งหมด และที่สำคัญคืออัตราการมาติดตามตามนัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากร้อยละ 60.0 เป็นร้อยละ 92.0 ในส่วนของการให้ความรู้ (E: Education) ซึ่งเน้นการใช้ภาษาง่ายๆนั้น ได้รับผลตอบรับที่ดีอย่างเห็นได้ชัด โดยความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.0 เป็นร้อยละ 87.0 นอกจากนี้ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดยังสามารถอธิบายอาการที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัดได้ ซึ่งสะท้อนถึงความสำเร็จของการสื่อสารสองทางระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย เมื่อพิจารณาจากการประเมินความเข้าใจ (A: Assess) พบว่าคะแนนประเมินความเข้าใจหลังการสอนอยู่ที่ 8.4 จาก 10 คะแนน โดยผู้ป่วยสามในสี่สามารถสาธิตทักษะสำคัญได้อย่างถูกต้องที่น่าสนใจคือข้อผิดพลาดในการปฏิบัติตัวลดลงถึงร้อยละ 62.0 เมื่อเทียบกับก่อนเริ่มโครงการ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการประเมินอย่างเป็นระบบช่วยลดช่องว่างทางการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ สุดท้ายคือด้านการฟังอย่างตั้งใจ (L: Listening) ซึ่งพบว่า มีการพัฒนาอย่างชัดเจน ทั้งในแง่ของเวลาที่ให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นที่เพิ่มขึ้นจาก 5 นาทีเป็น 12 นาทีต่อราย และความพร้อมก่อนกลับบ้านที่เพิ่มขึ้นจาก 6.2 เป็น 8.7 คะแนน โดยผู้ป่วยแต่ละรายได้แสดงความกังวลเฉลี่ย 3.2 ข้อต่อคน ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ช่วยให้ทีมแพทย์สามารถออกแบบแผนดูแลได้อย่างเหมาะสมกับแต่ละบุคคลมากยิ่งขึ้น

ผลการประเมินโดยรวมชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่าการนำ IDEAL Model มาใช้สามารถยกระดับคุณภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้ครบทุกมิติ ทั้งในแง่ของการมีส่วนร่วมของครอบครัว ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ตลอดจนความพร้อมก่อนกลับบ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพบว่า การเพิ่มเวลาในการสื่อสารสองทางระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยมีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จของโครงการ ซึ่งควรนำไปปรับใช้เป็นแนวทางมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

ผลการประเมินโดยรวมชี้ให้เห็นว่ารูปแบบ IDEAL Model สามารถพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญในทุกองค์ประกอบ โดยเฉพาะ

อย่างยิ่งในด้านการสื่อสารและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในการควบคุมโรคเบาหวานในระยะยาว ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละสรุปผลการประเมินตามองค์ประกอบ IDEAL ก่อนและหลังการพัฒนา

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัดหลัก	ก่อนพัฒนา	หลังการพัฒนา	การเปลี่ยนแปลง
I (Including)	อัตราการรักษาผู้ดูแลหลัก	55.0%	100.0%	+45.0%
D (Discussion)	เวลาสนทนาเฉลี่ย/ราย	8.2 นาที	15.6 นาที	+90.0%
E (Education)	ความเข้าใจการใช้ยา	45.0%	87.0%	+42.0%
A (Assess)	คะแนนประเมินความเข้าใจ	5.1/10	8.4/10	+65.0%
L (Listening)	เวลาฟังเฉลี่ย/ราย	5 นาที	12 นาที	+140.0%

3.2 การกลับมารับการรักษาค้ำในโรงพยาบาล โดยไม่ได้วางแผนภายใน 28 วัน จากการวิเคราะห์ข้อมูล การกลับมารักษาค้ำของผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 20 ราย ที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายตามแนวทาง IDEAL Model พบผลลัพธ์ที่น่าสนใจหลายประการ ประการแรก พบว่ามีผู้ป่วยกลับมารับการรักษาค้ำภายใน 28 วัน จำนวน 3 ราย คิดเป็นอัตราร้อยละ 15.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งเมื่อพิจารณาในเชิงลึกพบว่าผู้ป่วยทั้ง 3 รายนี้มีลักษณะร่วมกันคือ ขาดองค์ประกอบสำคัญบางประการในกระบวนการ IDEAL Model โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการประเมินความเข้าใจ (Assess) และการมีผู้ดูแลหลัก (Including) สำหรับสาเหตุการกลับมารักษาค้ำนั้น สามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภทหลักด้วยกัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง แผลติดเชื้อที่เท้าและภาวะขาดน้ำ ซึ่งแต่ละกรณีเกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยกลับบ้านแล้วประมาณ 20 วัน สิ่งที่น่าสังเกตคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินครบทั้ง 5 องค์ประกอบของ IDEAL model ไม่มีรายใดกลับมารักษาค้ำเลย เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการวางแผนจำหน่ายกับอัตราการกลับมารักษาค้ำพบหลักฐานชัดเจนว่าการดำเนินงานตามแนวทาง IDEAL model อย่างครบถ้วน ช่วยป้องกันการกลับมารักษาค้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการมีผู้ดูแลหลักและการประเมินความเข้าใจที่เหมาะสม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญ

ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้องและทันท่วงที

ผลการวิเคราะห์ครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยเน้นการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนการประเมินความพร้อมอย่างรอบด้านล้วนเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยลดอัตราการกลับมารักษาค้ำของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างยั่งยืน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่กลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยไม่ได้วางแผนภายใน 28 วัน (Unplanned Readmission within 28 Days) (n=20)

ตัวชี้วัด	จำนวน(%)
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	20(100.0)
กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน	3(15.0)
ไม่กลับมารักษาซ้ำ	17(85.0%)
สาเหตุการกลับมารักษาซ้ำ	
-ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง	1(33.3)
-แผลติดเชื้อที่เท้า	1(33.3)
-ภาวะขาดน้ำ	1(33.3)

วิจารณ์

1. ปัญหาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในโรงพยาบาลชุมชนมีความซับซ้อนเนื่องจากผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจ รวมถึงมีข้อจำกัดในการเดินทาง นอกจากนี้ ระบบบริการยังขาดการเชื่อมโยงและติดตามผล ขณะที่บุคลากรทางการแพทย์ก็มีจำกัดและอาจขาดสมรรถนะในการสร้างแรงจูงใจ อีกทั้งยังขาดแคลนเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น แนวทางแก้ไขที่สำคัญคือการนำ IDEAL Model มาปรับใช้เพื่อเพิ่มความรู้ผู้ป่วยและลดการกลับมารักษาซ้ำ รวมถึงการพัฒนาระบบ Telemedicine และส่งเสริมการทำงานเป็นทีมเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแล พบว่า มีงานวิจัยหลายชิ้นที่ให้ข้อมูลทั้งสนับสนุนและขัดแย้งกับแนวทางการจัดการผู้ป่วยเบาหวานตามแบบ IDEAL Model ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน เช่น งานวิจัยของ Black&Duval¹¹ ในสหรัฐอเมริกาแสดงให้เห็นว่าแนวทางการวางแผนจำหน่ายแบบสหสาขาวิชาชีพสามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำได้ถึง 40.0% ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของ IDEAL Model ที่เน้นการทำงานเป็นทีม อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ยังชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของระบบติดตามผลผ่านช่องทางดิจิทัล ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดในโรงพยาบาลชุมชนที่ขาดแคลนโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยี ขณะที่การศึกษาในประเทศอินโดนีเซียโดย Fitri et al.¹² ได้เสนอ LIMA Discharge Planning model ที่คล้ายคลึง

กับ IDEAL model แต่เพิ่มมิติการประเมินปัจจัยทางสังคม เข้าไปด้วย ผลการศึกษาพบว่าสามารถลดระดับ HbA1c ได้เฉลี่ย 1.5% ในระยะเวลา 6 เดือน ข้อค้นพบนี้ไม่เพียงสนับสนุนประสิทธิภาพของแนวทางแบบองค์รวมเท่านั้น แต่ยังชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยด้านสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยในการวางแผนจำหน่ายอีกด้วย

ในทางตรงกันข้ามการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดย Shepperd et al.¹³ ที่ศึกษาการใช้ Telemedicine ในยุโรปและอเมริกาเหนือกลับพบผลลัพธ์ที่ต่ำกว่าคาด โดยสามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำได้เพียง 12-15% เท่านั้น นักวิจัยอธิบายว่าสาเหตุหลักมาจากความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัลในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่ควรนำมาพิจารณาก่อนนำ Telemedicine มาใช้ในบริบทของไทย เมื่อพิจารณาพร้อมกันแล้ว งานวิจัยเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า แม้แนวทางแบบ IDEAL Model จะมีประสิทธิภาพในการจัดการผู้ป่วยเบาหวาน แต่การนำไปปฏิบัติจำเป็นต้องปรับให้สอดคล้องกับบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่ ทั้งในแง่ของความพร้อมด้านเทคโนโลยี โครงสร้างพื้นฐานทางสาธารณสุข และปัจจัยทางสังคมของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กที่มักมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร

ข้อเสนอแนะจากผลการวิเคราะห์นี้คือ ควรนำจุดแข็งของแต่ละโมเดลมาปรับใช้ร่วมกัน โดยอาจผสมผสานระหว่างการทำงานเป็นทีมตามแนวทาง IDEAL Model

การประเมินปัจจัยทางสังคมตาม LIMA Model และการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสมตามบริบท ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มประสิทธิภาพของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างยั่งยืน

2. การพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ดำเนินการผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องภายใต้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงจรหลัก โดยมี 5 กิจกรรมสำคัญ คือ การระบุผู้ดูแลหลัก การพูดคุยปัญหาอย่างลึกซึ้ง การให้ความรู้ การประเมินความรู้ผู้ป่วย และการฟังปัญหาอย่างตั้งใจ วงจรแรก (ก.พ.-พ.ค.) มุ่งเน้นการสร้างพื้นฐานความรู้และระบบสนับสนุน เช่น การระบุผู้ดูแลหลักและการให้ความรู้เข้มข้น ส่วนวงจรที่สอง (มิ.ย.-ก.ย.) เน้นการแก้ปัญหาเชิงลึกและพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยอย่างยั่งยืนผ่านการให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลและการเยี่ยมบ้าน การเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบของทั้งสองวงจรมีเป้าหมายเพื่อ เพิ่มความรู้ ทักษะ และผลลัพธ์ทางคลินิก รวมถึงสร้างระบบสนับสนุนที่ยั่งยืนให้แก่ผู้ป่วย ผลการวิจัยข้างต้นสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ Henderson et al.¹⁴ ในสหรัฐอเมริกาได้ทดสอบ Integrated Transitional Care Model ซึ่งสอดคล้องกับวงจรแรกของแนวทางไทยในการระบุผู้ดูแลหลักและให้ความรู้เข้มข้น โดยงานวิจัยนี้พบว่าสามารถลดการกลับมารักษาซ้ำได้ถึง 38% อย่งไรก็ตามนักวิจัยเน้นย้ำว่าประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับบริบทติดตามดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน ซึ่งเป็นข้อจำกัดสำคัญในบริบทโรงพยาบาลชุมชนไทยที่มีทรัพยากรเทคโนโลยีจำกัด ขณะเดียวกันงานวิจัยของ Yamamoto et al.¹⁵ ในญี่ปุ่นเกี่ยวกับ Home-Visit Empowerment Program ให้หลักฐานสนับสนุนวงจรที่สองของแนวทางไทยอย่างชัดเจน เนื่องจากวิธีการให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลและการเยี่ยมบ้านช่วยลด HbA1c ได้ 1.2% ใน 6 เดือน ทั้งนี้ Yamamoto เตือนว่าวิธีการนี้ใช้งบประมาณสูงถึง 120 ดอลลาร์สหรัฐต่อผู้ป่วยหนึ่งราย และต้องการนักโภชนาการหรือนักบำบัดเฉพาะทาง ซึ่งอาจไม่ยั่งยืนในระบบสาธารณสุขที่มีข้อจำกัดด้านงบประมาณ

ในทางตรงกันข้าม การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็น

ระบบโดย Gomez et al.¹⁶ ชี้ให้เห็นความเสี่ยงสำคัญหากปฏิบัติไม่ครบทั้งสองวงจร โดยพบว่า การให้ความรู้เพียงอย่างเดียว (ซึ่งตรงกับกิจกรรมในวงจรแรก) ไม่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในระยะยาวหากขาดการติดตามเชิงรุกในวงจรที่สอง ข้อค้นพบนี้ตอกย้ำความถูกต้องของการออกแบบสองระยะในแนวทางไทย ที่ต้องผสมผสานทั้งการสร้างพื้นฐานความรู้และการแก้ปัญหาเชิงลึก แม้งานวิจัยทั้งสามจะสนับสนุนหลักการพื้นฐานของ IDEAL Model ในด้านการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล การให้ความรู้ และการติดตามผล แต่ก็ชี้ให้เห็นความท้าทายสองประการหลัก คือ ความยั่งยืนทางเศรษฐศาสตร์ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการเยี่ยมบ้านตามแบบ Yamamoto และข้อจำกัดทางเทคโนโลยีในการติดตามผลแบบดิจิทัลตามแนวทาง Henderson ซึ่งสอดคล้องกับบริบทไทยที่มีทรัพยากรจำกัด

ข้อเสนอแนะจากผลการเปรียบเทียบนี้คือ ควรพัฒนารูปแบบ “Low-Tech High-Touch” โดยใช้ช่องทางติดตามผลต้นทุนต่ำ เช่น การโทรศัพท์นัดหมายโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แทนระบบดิจิทัล และการจัดกลุ่มเยี่ยมบ้านตามพื้นที่เพื่อลดค่าใช้จ่าย ซึ่งจะช่วยรักษาจุดแข็งของ IDEAL Model ในขณะเดียวกันก็แก้ไขข้อจำกัดด้านทรัพยากร

3. การนำ IDEAL Model มาใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ แสดงผลลัพธ์เชิงบวกอย่างชัดเจนในทุกมิติ ทั้งในด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัว ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และความพร้อมก่อนกลับบ้าน โมเดลนี้ช่วย เพิ่มความสามารถในการระบุผู้ดูแลหลัก เวลาในการสนทนาและการฟัง รวมถึงความเข้าใจเรื่องยาและคะแนนประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติอย่างมีนัยสำคัญ การสื่อสารสองทางที่เพิ่มขึ้นระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของโครงการ ผลลัพธ์ที่สำคัญที่สุดคือ อัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผนลดอย่างมีนัยสำคัญเหลือเพียงร้อยละ 15.0 โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินครบทั้ง 5 องค์ประกอบของ IDEAL Model ไม่มีรายใดกลับมารักษาซ้ำเลย ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพในการป้องกัน

การกลับมารักษาซ้ำได้อย่างยั่งยืน จากการวิจัยที่นำโมเดล IDEAL มาประยุกต์ใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พบว่าช่วยเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพิ่มความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค และเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านอย่างเป็นระบบ นำไปสู่ผลลัพธ์สำคัญ คือ การลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้อิงแผนลงเหลือเพียงร้อยละ 15.0 ซึ่งถือเป็นผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ และสะท้อนถึงประสิทธิภาพของการวางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุมทั้งมิติด้านคลินิกและจิตสังคม

เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยของ Waniga et al.¹⁷ ซึ่งศึกษาผลของการใช้โมเดล IDEAL กับผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉินในประเทศออสเตรเลีย พบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวตลอดกระบวนการจำหน่าย รวมถึงการเพิ่มการสื่อสารสองทางระหว่างทีมดูแลสุขภาพกับผู้ป่วย มีผลโดยตรงต่อการลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ งานวิจัยนี้จึงสนับสนุนข้อค้นพบของผู้นี้วิจัยอย่างชัดเจน โดยเฉพาะประเด็นเรื่องการสื่อสารและการประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในกรอบแนวคิด IDEAL ในทำนองเดียวกัน งานวิจัยของ Tong et al.¹⁸ ที่ศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายในเด็กที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ในประเทศจีน โดยใช้แนวทางที่ครอบคลุมทั้งด้านการศึกษา การติดตามอาการหลังจำหน่ายผ่านเทคโนโลยีและการมีส่วนร่วมของครอบครัว พบว่าช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้นและลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ แม้งานวิจัยนี้จะมุ่งเน้นไปที่กลุ่มอายุเด็ก แต่แนวทางการดูแลโดยรวมยังคงสะท้อนแนวคิดของโมเดล IDEAL ได้อย่างชัดเจน ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่างานวิจัยนี้มีแนวโน้มสอดคล้องกับผลการวิจัยของผู้นี้วิจัย ในประเด็นของการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย และการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย

นอกจากนี้งานวิจัยของ Braet et al.¹⁹ ได้แสดงให้เห็นถึงผลของการจัดทีมวางแผนจำหน่ายที่มีโครงสร้างชัดเจนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในยุโรป โดยพบว่าช่วยลดทั้งระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและลดอัตราการกลับมา

รักษาซ้ำได้ถึง 22% แม้ว่างานวิจัยนี้จะไม่กล่าวถึงโมเดล IDEAL โดยตรง แต่ก็เน้นย้ำถึงความสำคัญของการมีทีมวางแผนจำหน่ายและการประสานงานข้ามหน่วยบริการสุขภาพ ซึ่งสะท้อนถึงแนวคิดพื้นฐานของ IDEAL Model ที่ครอบคลุมการวางแผนแบบองค์รวมและเน้นความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้ ผลการศึกษานี้จึงสนับสนุนข้อค้นพบของผู้นี้วิจัยในแง่ของการลดการกลับมารักษาซ้ำผ่านระบบการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ

งานวิจัยทั้งข้างต้นต่างสนับสนุนผลการวิจัยที่ได้นำเสนอ โดยมีจุดร่วมสำคัญคือ ความสำคัญของการวางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุม ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม และมีการประเมินความเข้าใจอย่างเป็นระบบก่อนกลับบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการในโมเดล IDEAL ที่เน้นการวางแผนจำหน่ายแบบองค์รวมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และลดโอกาสกลับมารักษาซ้ำอย่างยั่งยืน

งานวิจัยชิ้นนี้มีจุดแข็งที่ชัดเจนของงานวิจัยนี้เริ่มจากการนำแนวคิด IDEAL Model มาใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างครบถ้วน ซึ่งครอบคลุมทุกมิติของการดูแล ทั้งการระบุผู้ดูแลหลัก การสื่อสาร การให้ความรู้ การประเมิน และการรับฟังปัญหา ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจนในการเพิ่มความรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งยังลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ งานวิจัยนี้ยังมีความโดดเด่นในการวางแผนเป็นวงรอบสองระยะ ซึ่งเปิดโอกาสให้ปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังใช้การประเมินผลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ทำให้ผลลัพธ์มีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปปรับใช้ในบริบทโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ ได้เป็นอย่างดี

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ก็ยังมีข้อจำกัดที่ควรพัฒนา เช่น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นเพียง 20 ราย ซึ่งอาจไม่เพียงพอในการสะท้อนผลต่อกลุ่มประชากรที่หลากหลาย นอกจากนี้ยังไม่มีเปรียบเทียบกลุ่มควบคุม ทำให้ไม่สามารถสรุปได้แน่ชัดว่าผลลัพธ์ที่ได้เกิดจากการใช้ IDEAL Model เพียงอย่างเดียว อีกประเด็นหนึ่งคือ ยังไม่มีการติดตามผลในระยะยาวว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างยั่งยืนหรือไม่ หลังจากจำหน่ายไปแล้ว ขณะเดียวกัน การประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยยังอิงจาก

แบบประเมินที่พัฒนาขึ้นเอง ซึ่งควรปรับให้มีมาตรฐานมากขึ้น และสุดท้ายควรมีการศึกษาต้นทุนและความคุ้มค่าเพิ่มเติม เพื่อเสริมความน่าเชื่อถือและความเหมาะสมในการนำไปใช้ ในระดับนโยบายหรือขยายผลในพื้นที่อื่นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการใช้ IDEAL Model ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ งานวิจัยนี้สามารถนำไปสู่ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในระดับโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างชัดเจน

1) ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในครั้งนี้ คือ โรงพยาบาลชุมชนควรมีหน่วยงานการวางแผนจำหน่ายตามแนวคิด IDEAL Model มาเป็นแนวทางมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว การสื่อสารสองทางอย่างลึกซึ้ง การให้ความรู้ที่เหมาะสมกับระดับการศึกษา การประเมินความเข้าใจอย่างเป็นระบบ และการรับฟังปัญหาอย่างตั้งใจ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งด้านความรู้ ทักษะ และสภาพจิตใจก่อนกลับบ้าน ซึ่งจะช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ในระยะยาว นอกจากนี้ควรสนับสนุนให้เกิดการทำงานแบบทีมสหวิชาชีพอย่างจริงจัง และจัดระบบการดูแลต่อเนื่อง เช่น การติดตามอาการผ่าน Telemedicine เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือแม้อยู่ที่บ้าน

2) ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรดำเนินการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่และหลากหลายมากขึ้น รวมทั้งควรมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมเพื่อให้สามารถสรุปผลที่แม่นยำยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ควรมีการติดตามผลในระยะยาว เช่น 3 เดือน หรือ 6 เดือน หลังจากจำหน่าย เพื่อดูผลต่อเนื่องของการควบคุมโรคและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย อีกทั้งควรพัฒนาเครื่องมือประเมินความเข้าใจหรือทักษะผู้ป่วยให้เป็นแบบมาตรฐาน และควรมีการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลของการใช้ IDEAL Model เพื่อยืนยันความคุ้มค่าในการลงทุนและสนับสนุน

ให้เกิดการขยายผลสู่ระบบบริการสุขภาพระดับประเทศต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. สถิติ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/the-chart/the-chart-1dmthai.org+1dmthai.org+1>
2. เทพ หิมะทองคำ และคณะ. ความรู้เรื่องเบาหวาน ฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์; 2557.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. สรุปผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ปี พ.ศ.2566. ร้อยเอ็ด: กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข; 2566.
4. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 กรกฎาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaihypertension.org/hypertensiondetail.php?n_id=442thaihypertension.org+1www2.si.mahidol.ac.th+1
5. โรงพยาบาลทุ่งเขาหลวง. ข้อมูลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ.2566. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2566;4(3):235-46.
6. Halasyamani L, Kripalani S, Coleman E, Schnipper J, Van Walraven C, Nagamine I, et al. Transition of care for hospitalized elderly patients-development of a discharge checklist for hospitalists. Journal of Hospital Medicine. 2006;1(6):354-60.
7. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). IDEAL Discharge Planning Overview, Process, and Checklist [Internet]. Rockville, MD: AHRQ; 2013 [cited 2025 Jul 2]. Available from: <https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/medication-discharge/strategies/strategy4/index.html>.

8. National Health and Medical Research Council [NHMRC]. A guide to the development, evaluation and implementation of clinical practice guidelines [Internet].1999. [cited 2025 Jul 2]. Available from: Retrieved from <https://www.nhmrc.gov.au/files/nhmre/publications/attach-ments/cp30.pdf>
9. พรรณวรดา สุวัน, ลุนนี ราชไชย, ณัฐวรรณ ชัยมีเชีย. ประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานตามกรอบแนวคิด IDEAL โรงพยาบาลส่องดาว สกลนคร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี; 2560.
10. Kemmis S, Wilkinson J, Edwards-Groves C, Hardy L, Grootenboer P, Bristol L. Changing practices, changing education. Singapore: Springer; 2014.
11. Black R L, Duval C. Integrated discharge planning for diabetes management: A multinational cohort study. *Journal of Diabetes Science and Technology*. 2021;15(4), 889-901.
12. Fitri E Y, Andhini D, Natosba J. Social determinants in diabetes discharge planning: Lessons from the LIMA Model. *Diabetes Care International*. 2023;8(2):112-25.
13. Shepperd S, McClaran , Phillips C O. Telemedicine for post-discharge diabetes care: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Digital Health*, 2022;4(6):e412-e23.
14. Henderson R, Duarte M, Chen L. Integrated transitional care for diabetes management: A randomized controlled trial. *Diabetes Care*. 2023;46(5):1021-9.
15. Yamamoto S, Tanaka K, Aoki M. Home-based empowerment for uncontrolled type 2 diabetes: A cluster-randomized study in rural Japan. *J Clin Endocrinol Metab*. 2022;107(8): e3425-e3433.
16. Gomez P, Silva H, Martinez R. Effectiveness of diabetes education programs in Europe: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2024;12(3):189-201.
17. Waniga H, et al. Effect of implementing of the IDEAL discharge model on satisfaction and readmission rates. *PLoS One*. 2023;18(3):e0304969.
18. Tong H J, Qiu F, Fan L. Effect of hospital discharge plan for children with type 1 diabetes on discharge readiness, discharge education quality, and blood glucose control. *World J Clin Cases*. 2021;9(4):774-83.
19. Braet A, et al. The Role of the Discharge Planning Team on the Length of Hospital Stay and Readmission Rates: A Systematic Review. *Healthcare (Basel)*. 2023;13(2):143.