

การพัฒนาการประเมิน INHOMESSS ในผู้ป่วย Palliative care ของ
โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

Development of INHOMESSS assessment in Palliative care patients at
Chumphon Khet Udomsak Hospital. Link from hospital to community

อมรพันธ์ อรุณโชติ

Amornphan Arunchote

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร

(Received: August 15, 2026; Revised: August 30, 2026; Accepted: October 2, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้การประเมิน INHOMESSS ในผู้ป่วย Palliative care ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการใช้การประเมิน และศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้นแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย Palliative care ของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จำนวน 35 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง และติดตามเป็นเวลา 4 สัปดาห์ เครื่องมือประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมิน INHOMESSS แบบประเมินคุณภาพชีวิต และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการใช้การประเมิน INHOMESSS ผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการสมส่วนเพิ่มจากร้อยละ 71.43 เป็น 74.29 สภาพบ้านสะอาดและเป็นระเบียบเพิ่มจากร้อยละ 94.29 เป็น 100.00 และการใช้ยาได้ถูกต้องครบถ้วนเพิ่มจากร้อยละ 82.86 เป็น 88.57 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการใช้การประเมินเท่ากับ 2.66 (SD = 0.18) และ 2.64 (SD = 0.21) ตามลำดับ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.29, p = .205$) ส่วนความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.20, SD = 0.12$) สรุปได้ว่า INHOMESSS เป็นกรอบที่ช่วยให้การประเมินผู้ป่วยมีความครอบคลุมและสนับสนุนความต่อเนื่องของการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน แม้ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง, INHOMESSS, คุณภาพชีวิต, ความพึงพอใจ, การดูแลต่อเนื่อง



Abstract

This study aimed to evaluate the use of the INHOMESSS assessment in palliative care patients after hospital discharge, compare quality of life before and after its use, and assess patient and family satisfaction. A pre-experimental one-group pretest-posttest design was conducted among 35 palliative care patients discharged from Chumphon Khet Udomsak Hospital. Participants were selected by purposive sampling and followed for four weeks. The instruments included a demographic questionnaire, the INHOMESSS assessment, a quality-of-life questionnaire, and a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired samples t-test at a significance level of .05.

After implementation, the proportion of patients with normal nutritional status increased from 71.43% to 74.29%, those with clean and orderly home environments increased from 94.29% to 100.00%, and those with correct medication use increased from 82.86% to 88.57%. Mean quality-of-life scores before and after the INHOMESSS assessment were 2.66 (SD = 0.18) and 2.64 (SD = 0.21), respectively, with no statistically significant difference ($t = 1.29$, $p = .205$). Overall satisfaction was high ($M = 4.20$, $SD = 0.12$). These findings suggest that INHOMESSS provides a structured framework for comprehensive patient assessment and supports continuity of palliative care from hospital to community, although no significant improvement in quality of life was demonstrated.

Keywords: Palliative Care, INHOMESSS, Quality Of Life, Patient Satisfaction, Continuity Of Care

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับปัญหาจากโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยมุ่งป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานผ่านการค้นหาและประเมินปัญหาอย่างเหมาะสม ครอบคลุมความเจ็บปวดและปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว องค์การอนามัยโลกระบุว่า ในแต่ละปีมีประชากรประมาณ 56.8 ล้านคนทั่วโลกที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง แต่มีเพียงประมาณร้อยละ 14 ที่สามารถเข้าถึงบริการดังกล่าว ขณะที่ความต้องการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากการสูงวัยของประชากรและภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น (World Health Organization, 2020)

การดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพควรเป็นการดูแลที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีความต่อเนื่อง และเชื่อมโยงบริการระหว่างระดับและสถานที่ให้บริการ โดยองค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับคุณภาพบริการในด้านประสิทธิผล ความปลอดภัย การยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ความทันเวลา ความเป็นธรรม การบูรณาการ และประสิทธิภาพของระบบบริการ (World Health Organization, 2021) สำหรับประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายให้ครอบคลุมการประเมินผู้ป่วย การจัดการอาการ การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามปัญหา ความต้องการ และเป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัว (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

เมื่อผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับบ้าน ความต่อเนื่องของการดูแลเป็นองค์ประกอบที่มีความจำเป็น เนื่องจากบริบทที่บ้านแตกต่างจากโรงพยาบาล ทั้งด้านความพร้อมของผู้ดูแล การจัดการอาการ การใช้ยา สภาพแวดล้อม ความปลอดภัย และการเข้าถึงบริการสุขภาพ การศึกษาของเพียกิมพ์ ปันระสี และภัทรานุรักษ์ นาคสุสุข (2565) พบว่า ผู้ป่วยระยะท้ายในระบบบริการปฐมภูมิมีข้อจำกัดในการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน ภายหลังการพัฒนารูปแบบที่ประกอบด้วย การเตรียมการดูแล การดูแลที่บ้าน และการติดตามประเมินผล พบว่าอัตราการเข้าถึงบริการดูแลประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านเพิ่มจากร้อยละ 51.39 เป็นร้อยละ 81.32 และความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสะท้อนว่าการมีระบบประเมิน ติดตาม และประสานการดูแลที่ชัดเจนมีส่วนสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการอย่างต่อเนื่องมากขึ้น

การเยี่ยมบ้านเป็นกลไกหนึ่งที่จะช่วยให้บุคลากรสุขภาพสามารถประเมินสภาพผู้ป่วยร่วมกับบริบทของครอบครัวและสิ่งแวดล้อมจริงได้อย่างครอบคลุม เครื่องมือ INHOMESSS เป็นแนวคิดที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่บ้าน ประกอบด้วย Immobility การเคลื่อนไหวและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน, Nutrition ภาวะโภชนาการ, Housing สภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม, Other people บุคคลและความสัมพันธ์ภายในครอบครัว, Medication การใช้ยา, Physical Examination การตรวจและประเมินสภาวะสุขภาพ, Spiritual health สุขภาวะด้านจิตวิญญาณ, Health services การเข้าถึงบริการสุขภาพ และ Safety ความปลอดภัย โดยข้อมูลจากการประเมินสามารถนำมาใช้ค้นหาความต้องการ ปัญหา และปัจจัยแวดล้อมที่มีผล

ต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Ploylearmsang et al., 2021) การศึกษาของทรวงูฒิ สารจันท์ (2564) ซึ่งนำ INHOMESSS มาใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าสามารถใช้ประเมินปัญหาการใช้ยาและพฤติกรรม การดูแลตนเอง รวมทั้งทำให้เห็นปัจจัยจากการดำเนินชีวิตและบริบททางสังคมที่สัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้

โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ดำเนินการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและประสานการดูแลร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่ อย่างไรก็ตามจากการทบทวนการดำเนินงานพบว่า การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยแบบประคับประคองภายหลังจำหน่ายกลับบ้านยังไม่มีแนวทางการประเมินที่ชัดเจน ส่งผลให้การรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้วางแผนและติดตามการดูแลอาจไม่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในทุกมิติ โดยเฉพาะด้านความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ภาวะโภชนาการ การใช้ยา สภาพแวดล้อม ความปลอดภัย ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว จิตวิญญาณ และบริการสุขภาพที่ได้รับ การมีเครื่องมือประเมินที่เป็นระบบจึงอาจช่วยให้ทีมสุขภาพสามารถรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวได้ครอบคลุมมากขึ้น และสนับสนุนการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำการประเมิน INHOMESSS มาพัฒนาและประยุกต์ใช้ในการติดตาม

ผู้ป่วย Palliative care ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เพื่อให้การประเมินครอบคลุมสภาพผู้ป่วย ครอบครัว และบริบทการดูแลที่บ้าน ตลอดจนสนับสนุนการเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน พร้อมทั้งศึกษาคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแล เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการติดตามและดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้มีความต่อเนื่องและสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว

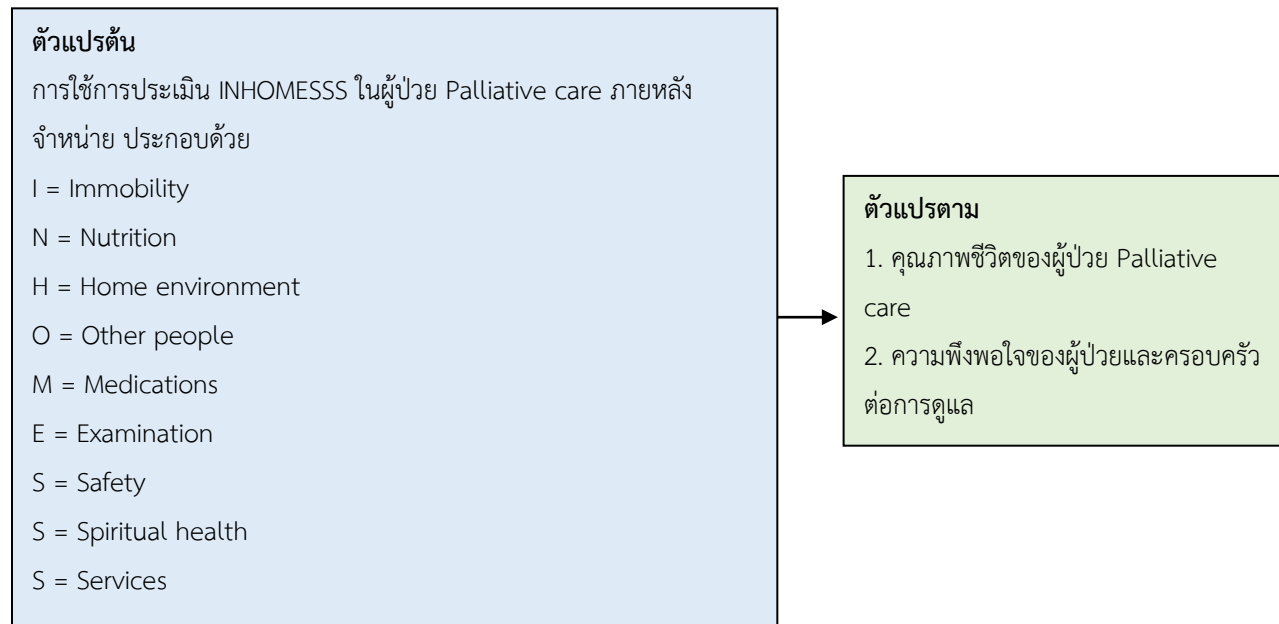
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการใช้การประเมิน INHOMESSS ในผู้ป่วย Palliative care ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เพื่อเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย Palliative care ก่อนและหลังการใช้การประเมิน INHOMESSS ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
3. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย Palliative care ต่อการใช้การประเมิน INHOMESSS ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้กำหนดกรอบแนวคิดโดยใช้การประเมิน INHOMESSS เป็นแนวทางในการประเมินผู้ป่วย Palliative care ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ซึ่งครอบคลุม 9 องค์ประกอบ ได้แก่ การเคลื่อนไหวและการช่วยเหลือตนเอง (Immobility) ภาวะโภชนาการ (Nutrition) สภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม (Home environment) บุคคลและความสัมพันธ์ภายในครอบครัว (Other people) การใช้ยา (Medications) การตรวจและประเมินสภาวะสุขภาพ (Examination) ความปลอดภัย (Safety) สุขภาวะด้านจิตวิญญาณ (Spiritual health) และบริการสุขภาพที่ได้รับ

(Services) โดยคาดว่าจะการประเมินที่ครอบคลุมดังกล่าวจะช่วยสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการดูแล ดังแสดงใน ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้น (pre-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผล ก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของการนำรูปแบบการประเมิน INHOMESSS มาใช้ในการติดตามผู้ป่วย Palliative care ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์สู่ชุมชน โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวภายหลังได้รับการดูแล

ดำเนินการศึกษาในผู้ป่วย Palliative care ของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ที่ได้รับการจำหน่าย กลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านในจังหวัดชุมพร ระบุเข้าร่วม การศึกษาตั้งแต่วันที่ 26 มิถุนายน ถึง 3 สิงหาคม พ.ศ.

2567 และติดตามผู้เข้าร่วมแต่ละรายเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยสิ้นสุดการเก็บข้อมูลภายในวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2567

ประชากรที่ศึกษา

ประชากร คือ ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ และได้รับการจำหน่ายกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านในจังหวัดชุมพร

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วย Palliative care ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 35 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ป่วย ที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายและส่งต่อเข้าสู่ระบบการดูแลต่อเนื่องของหน่วย Palliative care

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของข้อมูลสองครั้งที่วัดจากกลุ่ม

ตัวอย่างเดียวกัน (two dependent means) ด้วยโปรแกรม n4Studies โดยกำหนดส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างเท่ากับ 1.89 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่ต้องการตรวจพบเท่ากับ 0.90 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 แบบสองทาง และอำนาจการทดสอบ .80 ได้ขนาดตัวอย่าง 34.57 ราย จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 35 ราย (Ngamjarus, 2016)

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยหรือประเมินจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระบบ Palliative care 3) ได้รับการจำหน่ายกลับไปดูแลต่อที่บ้านในจังหวัดชุมพร 4) รู้สึกตัว และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 5) มีโทรศัพท์หรือช่องทางที่สามารถติดต่อเพื่อติดตามการดูแลได้ และ 6) สมัยใจและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะทางคลินิกไม่คงที่จนไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการประเมินได้ มีความบกพร่องด้านการรับรู้หรือการสื่อสารที่ทำให้ไม่สามารถตอบแบบประเมินได้ และผู้ที่ขอถอนตัวระหว่างการศึกษ ส่วนผู้ที่มีข้อมูลก่อนหรือหลังการทดลองไม่ครบถ้วนจะไม่นำเข้าสู่วิเคราะห์เปรียบเทียบแบบจับคู่

รูปแบบการประเมิน INHOMESSS

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใช้ INHOMESSS เป็นกรอบสำหรับประเมินผู้ป่วยที่บ้านอย่างเป็นระบบ ครอบคลุม 9 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) I: Immobility การเคลื่อนไหวและความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง 2) N: Nutrition ภาวะโภชนาการ 3) H: Home environment สภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม 4) O: Other people บุคคลและความสัมพันธ์ภายในครอบครัว 5) M: Medications การใช้ยา 6) E: Examination การตรวจและประเมินภาวะสุขภาพ 7) S: Safety ความปลอดภัยภายในบ้าน 8) S: Spiritual health สุขภาวะ

ด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อ และสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และ 9) S: Services บริการสุขภาพและแหล่งสนับสนุนที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้

ข้อมูลที่ได้จากการประเมินแต่ละองค์ประกอบนำมาใช้กำหนดปัญหาและวางแผนการดูแลรายบุคคล เช่น การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและกิจกรรมประจำวัน การดูแลด้านโภชนาการ การจัดสิ่งแวดล้อม และป้องกันอุบัติเหตุ การทบทวนการใช้ยา การจัดการอาการไม่สบาย การสนับสนุนผู้ดูแล การดูแลด้านจิตวิญญาณ และการประสานส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้านตามปัญหาที่ตรวจพบ

เครื่องมือที่ใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ครอบครัว ที่อยู่อาศัย การวินิจฉัยโรค โรคร่วม แผนการรักษาที่ได้รับ บทบาทในครอบครัว และผู้ดูแลหลัก มีลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบประเมิน INHOMESSS ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวคิดการเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบตามกรอบ INHOMESSS ใช้บันทึกสภาพและปัญหาที่ตรวจพบในแต่ละด้าน รวมถึงการดำเนินการแก้ไขหรือการประสานบริการ เครื่องมือนี้ใช้เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยและบริบทการดูแล ไม่ได้นำคะแนนแต่ละองค์ประกอบมารวมเป็นคะแนนความรู้

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต จำนวน 27 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอาศัยกรอบองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้านของ Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) ฉบับภาษาไทย

ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกาย ด้านสังคมและครอบครัว ด้านอารมณ์และจิตใจ และด้านการปฏิบัติกิจกรรม (Ratanatharathorn et al., 2001) ใช้มาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด ถึง 5 คะแนน หมายถึง มากที่สุด โดยปรับทิศทางคะแนนของข้อคำถามเชิงลบก่อนคำนวณคะแนน เพื่อให้คะแนนสูงหมายถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า วิเคราะห์ทั้งคะแนนรายด้านและคะแนนเฉลี่ยรวม คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึงระดับต่ำ 2.34-3.66 หมายถึงระดับปานกลาง และ 3.67-5.00 หมายถึงระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมการได้รับข้อมูล การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ความสะดวกในการรับบริการ ความไว้วางใจต่อทีมสุขภาพ การจัดการอาการ การเตรียมก่อนจำหน่าย คำแนะนำในการดูแลที่บ้าน การตอบสนองต่อความเชื่อและศาสนา การตอบสนองต่อความต้องการในระยะท้าย และความพึงพอใจโดยรวม ใช้มาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึงพึงพอใจน้อยที่สุด ถึง 5 คะแนน หมายถึงพึงพอใจมากที่สุด แปลผลคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 ระดับน้อย 2.34-3.66 ระดับปานกลาง และ 3.67-5.00 ระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำรูปแบบการประเมิน INHOMESSS และเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วยแพทย์ที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลต่อเนื่อง และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความชัดเจนของภาษา และความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย พบค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามอยู่

ระหว่าง 0.67-1.00 และปรับแก้ข้อคำถามตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง

จากนั้นทดลองใช้เครื่องมือกับผู้ป่วย Palliative care ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างและไม่อยู่ในกลุ่มศึกษาจำนวน 30 ราย แบบประเมินคุณภาพชีวิตมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88 และแบบประเมินความพึงพอใจเท่ากับ 0.81 ส่วนแบบประเมิน INHOMESSS เป็นแบบประเมินหลายมิติที่มีลักษณะของข้อมูลแตกต่างกันในแต่ละด้าน จึงไม่ใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค แต่จัดทำคำจำกัดความและเกณฑ์การประเมินแต่ละองค์ประกอบให้ชัดเจน และเตรียมผู้เก็บข้อมูลให้ใช้แนวทางเดียวกัน

การรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก่อนเริ่มเก็บข้อมูล โดยดำเนินการดังนี้

ก่อนจำหน่าย ผู้วิจัยคัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์ชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและขอความยินยอม เก็บข้อมูลทั่วไป และประเมินคุณภาพชีวิตก่อนการใช้รูปแบบ

ภายใน 7 วันหลังจำหน่าย ผู้วิจัยหรือทีมที่ได้รับมอบหมายเยี่ยมบ้านและประเมินผู้ป่วยตาม INHOMESSS ทั้ง 9 ด้าน นำผลที่ได้มาวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ พร้อมให้คำแนะนำหรือประสานการดูแลตามปัญหาที่พบ

ระหว่างสัปดาห์ที่ 1-4 มีการติดตามอาการและปัญหาผ่านโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชัน LINE อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และเยี่ยมบ้านเพิ่มเติมตามความจำเป็น หากพบปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรหรือหน่วยบริการอื่น ผู้วิจัยประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ

หรือหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง

เมื่อครบ 4 สัปดาห์ ประเมิน INHOMESSS และคุณภาพชีวิตซ้ำ รวมทั้งประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว จากนั้นตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและผลการประเมิน INHOMESSS นำเสนอด้วยความถี่และร้อยละ ส่วนคะแนนคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัววิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการใช้การประเมิน INHOMESSS ผู้วิจัยตรวจสอบการแจกแจงปกติของค่าความแตกต่างของคะแนนด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ($W = 0.97, p = .42$) จึงเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการใช้การประเมิน INHOMESSS ด้วยสถิติ Paired samples t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ หนังสือรับรองเลขที่ 061/2567 รหัสโครงการ CPH-EC-048/2566 อนุมัติเมื่อวันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2567 และมีระยะเวลารับรองถึงวันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมแล้วเท่านั้น

ผู้เข้าร่วมได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น มีสิทธิซักถาม ปฏิเสธ หรือถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อการรักษาและบริการที่ได้รับ ข้อมูลส่วนบุคคลถูกเก็บเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อในการบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย Palliative care จำนวน 35 ราย มีอายุเฉลี่ย 61.23 ปี ($SD = 10.01$) โดยส่วนใหญ่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 45.71 รองลงมา มีอายุน้อยกว่า 55 ปี ร้อยละ 42.86 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.29 และมีสถานภาพคู่ ร้อยละ 51.43 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 88.57 ประกอบอาชีพเกษตรกรและค้าขายในสัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 40.00 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 5,000–15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 51.43 และอาศัยอยู่ในบ้านของตนเอง ร้อยละ 94.29

เมื่อพิจารณาข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็ง ร้อยละ 60.00 มีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.86 และได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ร้อยละ 71.43 สำหรับบทบาทในครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 54.29 และมีบุตรหรือธิดาเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 54.29 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 35)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)	อายุเฉลี่ย 61.23 ปี, SD = 10.01	
< 55 ปี	15	42.86
55-64 ปี	4	11.43
≥ 65 ปี	16	45.71
เพศ		
ชาย	16	45.71
หญิง	19	54.29
สถานภาพสมรส		
โสด	3	8.57
คู่	18	51.43
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	14	40.00
ศาสนา		
พุทธ	31	88.57
คริสต์	1	2.86
อิสลาม	3	8.57
อาชีพ		
เกษตรกร	14	40.00
ค้าขาย	14	40.00
ข้าราชการ	5	14.29
รัฐวิสาหกิจ	0	0.00
รับจ้างทั่วไป	2	5.71
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
5,000-15,000	18	51.43
15,001-30,000	15	42.86
30,001-60,000	2	5.71
ที่อยู่อาศัย		
บ้านของตนเอง	33	94.29
บ้านเช่า/ห้องเช่า	2	5.71
การวินิจฉัยโรคหลัก		
มะเร็ง	21	60.00
โรคหลอดเลือดสมอง	9	25.71
โรคหัวใจ	3	8.57
โรคไตระยะท้าย	2	5.71

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคร่วม		
ไม่มีโรคร่วม	2	5.71
ความดันโลหิตสูง	15	42.86
เบาหวาน	6	17.14
โรคไต	2	5.71
อื่น ๆ	10	28.57
แผนการรักษาที่ได้รับ		
ผ่าตัด	2	5.71
เคมีบำบัด	7	20.00
รังสีรักษา	1	2.86
การรักษาแบบประคับประคอง	25	71.43
บทบาทในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	16	45.71
สมาชิกในครอบครัว	19	54.29
ผู้ดูแลหลัก		
สามี/ภรรยา	16	45.71
บุตร/ธิดา	19	54.29

2. ผลการประเมิน INHOMESSS ของผู้ป่วย Palliative care ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ผลการประเมิน INHOMESSS ของผู้ป่วย Palliative care จำนวน 35 ราย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่าผลการประเมินมีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันในแต่ละองค์ประกอบ ภายหลังจากใช้รูปแบบ ผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการสมส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.43 เป็นร้อยละ 74.29 สภาพแวดล้อมภายในบ้านที่สะอาดและเป็นระเบียบเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 94.29

เป็นร้อยละ 100.00 และผู้ป่วยที่ใช้จ่ายได้ถูกต้องครบถ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 82.86 เป็นร้อยละ 88.57 ขณะที่ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและสุขภาวะด้านจิตวิญญาณไม่มีการเปลี่ยนแปลง สำหรับด้านบริการสุขภาพ ภายหลังจากใช้รูปแบบพบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 2.86 ส่วนองค์ประกอบด้านการเคลื่อนไหว การตรวจประเมินภาวะสุขภาพ และความปลอดภัยภายในบ้านมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมิน INHOMESSS ของผู้ป่วย Palliative care ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n = 35)

การประเมิน INHOMESSS	ก่อนใช้รูปแบบ จำนวน (คน)	ร้อยละ	หลังใช้รูปแบบ จำนวน (คน)	ร้อยละ
I: Immobility การเคลื่อนไหวและการช่วยเหลือตนเอง				
ภาวะพึ่งพิงสมบูรณ์/ติดเตียง	16	45.71	17	48.57
ภาวะพึ่งพิงรุนแรงถึงปานกลาง/ติดบ้าน	17	48.57	16	45.71
ไม่พึ่งพิง/มีศักยภาพ/ติดสังคม	2	5.71	2	5.71
N: Nutrition ภาวะโภชนาการ				
สมส่วน (BMI 17.5–25.0 kg/m ²)	25	71.43	26	74.29
ผอม (BMI < 17.5 kg/m ²)	4	11.43	5	14.29
อ้วน (BMI > 25.0 kg/m ²)	6	17.14	4	11.43
H: Home Environment สภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม				
สะอาด เป็นระเบียบ	33	94.29	35	100.00
ไม่สะอาด/แออัด	2	5.71	0	0.00
O: Other People ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายในบ้าน				
ครอบครัวรักใคร่สามัคคี	31	88.57	31	88.57
แตกแยก/ต่างคนต่างอยู่	4	11.43	4	11.43
M: Medications การใช้ยา				
ใช้ยาได้ถูกต้องและครบถ้วน	29	82.86	31	88.57
ใช้ยาไม่สม่ำเสมอ	6	17.14	4	11.43
ไม่ใช้ยาตามแผนการรักษา	0	0.00	0	0.00
E: Examination การตรวจและประเมินภาวะสุขภาพ				
รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด	7	20.00	6	17.14
รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน	16	45.71	17	48.57
อ่อนเพลีย ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	12	34.29	12	34.29
S: Safety ความปลอดภัยภายในบ้าน				
มีราวจับ	11	31.43	11	31.43
ไม่มีราวจับ	11	31.43	11	31.43
มีไม้กั้นเตียง	13	37.14	12	34.29
ไม่มีไม้กั้นเตียง	0	0.00	1	2.86
S: Spiritual Health สุขภาวะด้านจิตวิญญาณ				
มีกิจกรรมทางศาสนาที่เหมาะสม	23	65.71	23	65.71
มีความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ	12	34.29	12	34.29
S: Services บริการสุขภาพที่ได้รับ				
มีสิทธิการรักษาพยาบาล	20	57.14	19	54.29

การประเมิน INHOMESSS	ก่อนใช้รูปแบบ จำนวน (คน)	ร้อยละ	หลังใช้รูปแบบ จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีโรงพยาบาล/รพ.สต.ใกล้บ้าน	15	42.86	15	42.86
มี อสม. ให้การดูแล	0	0.00	1	2.86

3. คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วย และครอบครัวภายหลังการใช้การประเมิน INHOMESSS

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย Palliative care จำนวน 35 ราย พบว่า ก่อนการใช้การประเมิน INHOMESSS ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 2.66 (SD = 0.18) และภายหลังการใช้การประเมินมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.64 (SD = 0.21) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางทั้งก่อนและหลัง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้วยสถิติ Paired samples t-test พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.29, p = .205$)

สำหรับความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว ภายหลังการใช้การประเมิน INHOMESSS พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 4.20 (SD = 0.12) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ทีมแพทย์ และพยาบาลดูแลแบบประคับประคองมีความเป็นกันเอง ทำให้รู้สึกอบอุ่นและไว้วางใจ ($M = 4.66, SD = 0.48$) รองลงมา คือ การได้รับทราบข้อมูลและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ($M = 4.57, SD = 0.50$) และความพึงพอใจต่อการดูแลของทีมดูแลแบบประคับประคอง ($M = 4.51, SD = 0.51$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวภายหลังการใช้การประเมิน INHOMESSS ($n = 35$)

ผลลัพธ์	Mean	SD	t	p-value	ระดับ
คุณภาพชีวิต					
ก่อนการใช้การประเมิน INHOMESSS	2.66	0.18	1.29	.205	ปานกลาง
หลังการใช้การประเมิน INHOMESSS	2.64	0.21			ปานกลาง
ความพึงพอใจภายหลังการใช้การประเมิน INHOMESSS					
1. ได้รับทราบข้อมูลและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	4.57	0.50			มาก
2. ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย	4.49	0.51			มาก
3. ได้รับความสะดวกและสามารถอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย	4.29	0.46			มาก
4. ทีมแพทย์และพยาบาลดูแลแบบประคับประคองมีความเป็นกันเอง ทำให้รู้สึกอบอุ่นและไว้วางใจ	4.66	0.48			มาก

ผลลัพธ์	Mean	SD	t	p-value	ระดับ
5. ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการปวดและอาการ ไม่สุขสบายอย่างเหมาะสม	4.37	0.65			มาก
6. ได้รับการช่วยเหลือ แนะนำ และอำนวยความสะดวก สะดวกในขั้นตอนการนำผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย	3.63	0.60			ปานกลาง
7. ได้รับคำแนะนำในการจัดการอาการไม่สุข สบายของผู้ป่วยเพื่อนำไปปฏิบัติที่บ้าน	4.06	0.24			มาก
8. ได้รับการตอบสนองตามประเพณี ความเชื่อ และศาสนาอย่างเหมาะสม	3.71	0.46			มาก
9. ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความต้องการ ในช่วงท้ายของชีวิต	3.74	0.51			มาก
10. พึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยของทีมดูแลแบบ ประคับประคอง	4.51	0.51			มาก
ความพึงพอใจโดยรวม	4.20	0.12			มาก

หมายเหตุ: Mean = ค่าเฉลี่ย; SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน; เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังด้วย Paired samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วย Palliative care จำนวน 35 ราย มีอายุเฉลี่ย 61.23 ปี โดยเกือบครึ่งหนึ่งมีอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 45.71 เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.29 และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งร้อยละ 60.00 ขณะที่ ร้อยละ 71.43 ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง นอกจากนี้ ผู้ดูแลหลักมากกว่าครึ่งเป็นบุตรหรือธิดา ร้อยละ 54.29 ลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับบริบทของการดูแลแบบประคับประคองที่มักเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่คุกคามต่อชีวิต องค์การอนามัยโลกระบุว่าความต้องการการดูแลแบบประคับประคองทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามการสูงวัยของประชากรและการะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการดูแลควรครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงให้ความสำคัญกับครอบครัวและผู้ดูแล (World Health Organization,

2020) ขณะที่การศึกษาในประเทศไทยของไพรินทร์ ธิชาโชติสฤกษ์ และคณะ (2567) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองทั้งกลุ่มมะเร็งและไม่ใช่มะเร็งมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และผู้ดูแลมีภาระในการดูแลตั้งแต่ระดับปานกลางถึงมาก สะท้อนว่าครอบครัวและผู้ดูแลเป็นส่วนสำคัญของระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

ผลการประเมิน INHOMESSS ก่อนและหลังการใช้รูปแบบพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงในบางองค์ประกอบ โดยผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการสมส่วนเพิ่มจากร้อยละ 71.43 เป็น 74.29 บำบัดและสิ่งแวดล้อมที่สะอาดเป็นระเบียบเพิ่มจากร้อยละ 94.29 เป็น 100.00 และการใช้ยาได้ถูกต้องครบถ้วนเพิ่มจากร้อยละ 82.86 เป็น 88.57 ขณะที่บางองค์ประกอบ เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวและสุขภาวะด้านจิตวิญญาณไม่เปลี่ยนแปลง ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้ว่า

INHOMESSS เป็นกรอบการประเมินที่ช่วยให้ทีมสุขภาพมองเห็นปัญหาของผู้ป่วยในบริบทที่บ้านอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมการเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการ สภาพบ้าน บุคคลในครอบครัว การใช้ยา การตรวจร่างกาย ความปลอดภัย จิตวิญญาณ และบริการสุขภาพ ทำให้สามารถค้นหาปัญหาที่อาจไม่ปรากฏชัดเจนผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลได้ (Ploylearmsang et al., 2021)

ผลด้านการใช้ยาที่ดีขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของทรงวุฒิ สารจันทิก (2564) ซึ่งนำ INHOMESSS มาใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังและพบว่า การประเมินในบริบทที่บ้านสามารถค้นหาปัญหาการใช้ยาได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยปัญหาที่พบมากคือการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอร้อยละ 45.98 ซึ่งสัมพันธ์กับวิถีชีวิตและบริบททางสังคมของผู้ป่วย การประเมินที่บ้านจึงเปิดโอกาสให้บุคลากรสุขภาพตรวจพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาและสามารถให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้มากกว่าการประเมินจากข้อมูลในโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว (ทรงวุฒิ สารจันทิก, 2564) อย่างไรก็ตาม ผลการประเมินไม่ได้ดีขึ้นในทุกด้าน โดยผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงสมบูรณ์เพิ่มจากร้อยละ 45.71 เป็น 48.57 และผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดลดลงจากร้อยละ 20.00 เป็น 17.14 การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวควรพิจารณาร่วมกับธรรมชาติของผู้ป่วย Palliative care ซึ่งโรคอาจดำเนินต่อเนื่องและมีความสามารถในการทำกิจวัตรลดลงตามความรุนแรงของโรค ดังนั้น เป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคองจึงไม่ได้หมายถึงการทำให้สภาวะทางกายทุกด้านกลับดีขึ้น แต่เป็นการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ ควบคุมอาการ สนับสนุนการดำรงชีวิต และรักษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวให้เหมาะสมที่สุดตามระยะของโรค (World Health Organization, 2020, 2021)

ผลการศึกษายังสะท้อนความสำคัญของการเชื่อมต่อการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยระยะประคับประคองมักมีปัญหามากมายด้านที่ต้องได้รับการติดตามหลังจำหน่าย กิตติกร นิลมานันต์ และคณะ (2562) ศึกษากระบวนการดูแลแบบประคับประคองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านในภาคใต้ของประเทศไทย พบว่าการประสานงานระหว่างหน่วยบริการ การสื่อสารข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ เครือข่ายชุมชน และการจัดการยาและอุปกรณ์อย่างเป็นระบบเป็นองค์ประกอบสำคัญของความต่อเนื่องในการดูแล ขณะที่เพียกพิมพ์ บัณเฑาะลี และภัทรานุรักษ์ นาคสุ่มสุข (2565) พบว่าภายหลังพัฒนารูปแบบการดูแลประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน การเข้าถึงบริการเพิ่มจากร้อยละ 51.39 เป็นร้อยละ 81.32 และความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสนับสนุนแนวคิดว่าการมีระบบประเมินและติดตามที่ชัดเจนสามารถช่วยให้การดูแลหลังจำหน่ายมีความต่อเนื่องมากขึ้น

หลักฐานจากต่างประเทศให้ผลในทิศทางเดียวกัน Morey et al. (2021) พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่การดูแลแบบประคับประคองที่บ้านให้ความสำคัญกับความต่อเนื่องของข้อมูล ความสอดคล้องของแผนการรักษา และการมีผู้ให้บริการที่สามารถติดต่อและดูแลได้ต่อเนื่อง ขณะที่ Saunders et al. (2021) รายงานว่าการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านของผู้ป่วย Palliative care มีความซับซ้อนและอาจเกิดปัญหาหลายด้านระหว่างการเปลี่ยนสถานที่ดูแล และ Marston et al. (2023) จากการทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่าผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญในการสนับสนุนการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน แต่ความต้องการของผู้ดูแลยังไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอในหลายระบบบริการ จึงควรให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการดูแลมากขึ้น

(Morey et al., 2021; Saunders et al., 2021; Marston et al., 2023)

สำหรับคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่าก่อนใช้การประเมิน INHOMESSS ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต 2.66 (SD = 0.18) และหลังใช้มีคะแนนเฉลี่ย 2.64 (SD = 0.21) โดยอยู่ในระดับปานกลางทั้งสองครั้ง และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.29$, $p = .205$) ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของไพรินทร์ นิชาโชติสุขัญ และคณะ (2567) ที่พบว่าผู้ป่วย Palliative care ทั้งกลุ่มมะเร็งและไม่ใช่มะเร็งมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของช่อทิพย์ พรหมมาร์ตัน (2563) ซึ่งพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย Palliative care ได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ได้แก่ ความวิตกกังวล ความรุนแรงของอาการ การมีผู้ดูแล และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยตัวแปรดังกล่าวร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 63 แสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ที่มีความซับซ้อนและไม่ได้ขึ้นอยู่กับการประเมินหรือกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งเพียงอย่างเดียว

การที่ คะแนนคุณภาพชีวิตภายหลังการใช้ INHOMESSS ไม่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติยังสอดคล้องกับหลักฐานเชิงสังเคราะห์บางส่วน Quinn et al. (2020) ทบทวนอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์ห่อถักนการทดลองแบบสุ่มในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ใช่มะเร็งพบว่า การดูแลแบบประคับประคองสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพเฉียบพลันที่ลดลงและการะอาการลดลงเล็กน้อย แต่ไม่พบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติ ขณะที่ Xu et al. (2022) วิเคราะห์การทดลองแบบสุ่ม 12 การศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่าเมื่อรวมผลทุกการศึกษา การดูแลแบบประคับประคองแบบบูรณาการยังไม่ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างจากการรักษา

ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ แต่พบผลเชิงบวกในช่วงการติดตามประมาณ 12–18 สัปดาห์ หลักฐานดังกล่าวสะท้อนว่าผลต่อคุณภาพชีวิตอาจขึ้นอยู่กับระยะเวลาการติดตาม ความเข้มข้นของการดูแล และลักษณะของผู้ป่วย (Quinn et al., 2020; Xu et al., 2022)

ในทางตรงกันข้าม งานที่มีองค์ประกอบของการดูแลเชิงรุกและติดตามอย่างต่อเนื่องมากขึ้นอาจพบการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิต ตัวอย่างเช่น พิมพ์ใจ เหลืองอ่อน และกัลยาณี นาคฤทธิ์ (2566) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยใช้ Tele-nursing พบว่าภายหลังใช้ระบบ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งได้รับการเยี่ยมบ้าน การประชุมครอบครัว และการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพิ่มขึ้น ผลที่แตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้อาจเกี่ยวข้องกับลักษณะของกิจกรรม ระยะเวลาการติดตาม และความเข้มข้นของการดูแลที่แตกต่างกัน จึงไม่ควรสรุปว่าการประเมิน INHOMESSS เพียงอย่างเดียวสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ (พิมพ์ใจ เหลืองอ่อน และกัลยาณี นาคฤทธิ์, 2566)

สำหรับความพึงพอใจ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจโดยรวมภายหลังการใช้การประเมิน INHOMESSS อยู่ในระดับมาก ($M = 4.20$, $SD = 0.12$) โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ความเป็นกันเองของทีมแพทย์และพยาบาลที่ทำให้รู้สึกอบอุ่นและไว้วางใจ ($M = 4.66$, $SD = 0.48$) การได้รับข้อมูลและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ($M = 4.57$, $SD = 0.50$) และความพึงพอใจต่อการดูแลของทีมประคับประคอง ($M = 4.51$, $SD = 0.51$) ผลดังกล่าวสะท้อนความสำคัญของสัมพันธภาพ การสื่อสาร และความต่อเนื่องของการดูแล ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของบริการสุขภาพที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง องค์การอนามัยโลกระบุว่าการ Palliative

care ที่มีคุณภาพควรคำนึงถึงประสิทธิผล ความปลอดภัย การยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ความทันเวลา ความเป็นธรรม การบูรณาการ และประสิทธิภาพของระบบบริการ (World Health Organization, 2021)

ผลด้านความพึงพอใจสอดคล้องกับการศึกษาของมะลิ เนื่องวงษา และคณะ (2567) ซึ่งพบว่าภายหลังพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลมหาสารคาม ความพึงพอใจของครอบครัวอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.66$, $SD = 0.715$) และสอดคล้องกับพิมพ์ใจ เหลืองอ่อน และกัลยาณี นาคฤทธิ์ (2566) ที่พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อระบบ Tele-nursing ในระดับมาก ($M = 4.37$, $SD = 0.64$) ข้อมูลดังกล่าวแสดงว่าระบบที่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถติดต่อทีมสุขภาพ ได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และได้รับการดูแลเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีแนวโน้มได้รับการยอมรับจากผู้รับบริการในระดับสูง ผลดังกล่าวยังสอดคล้องกับ Biswas et al. (2022) ซึ่งศึกษาผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านในประเทศไทย พบว่าร้อยละ 88.2 พึงพอใจต่อบริการ โดยประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ ได้แก่ การประเมินอาการ การให้ข้อมูลเรื่องการจัดการความปวด การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การประสานงานของทีม และความพร้อมของบุคลากร ส่วน Balasubramanian et al. (2022) ศึกษาการดูแลแบบ e-palliative home care ในผู้ป่วยมะเร็ง 120 ราย พบคะแนนความพึงพอใจโดยรวม 4.39 สะท้อนว่าการเข้าถึงทีมสุขภาพและการสื่อสารอย่างต่อเนื่องสามารถเป็นองค์ประกอบสำคัญของประสบการณ์ที่ดีของผู้ป่วย และครอบครัว (Biswas et al., 2022; Balasubramanian et al., 2022)

โดยสรุป การใช้ INHOMESSS ในการติดตามผู้ป่วย Palliative care ภายหลังจำหน่ายมีจุดเด่นในฐานะกรอบการประเมินที่ช่วยให้ทีมสุขภาพพิจารณาปัญหาของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมและเชื่อมโยงกับบริบทที่บ้าน ผลการศึกษาพบการเปลี่ยนแปลงที่ดีในบางองค์ประกอบ เช่น สภาพแวดล้อมและการใช้ยาขณะที่บางองค์ประกอบคงเดิมหรือเปลี่ยนแปลงตามสภาพของโรค คุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันสำคัญทางสถิติ แต่ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจในระดับมาก ดังนั้น ผลการศึกษาค้นนี้สนับสนุนการใช้ INHOMESSS เป็น กรอบสำหรับประเมินและประสานการดูแลอย่างต่อเนื่อง มากกว่าการสรุปว่าเป็นมาตรการที่เพิ่มคุณภาพชีวิตโดยตรง ทั้งนี้ เนื่องจากการศึกษาเป็นแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 35 ราย และไม่มีกลุ่มควบคุม จึงไม่สามารถระบุความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้อย่างชัดเจน การศึกษาครั้งต่อไปควรมีกลุ่มเปรียบเทียบ เพิ่มขนาดตัวอย่าง และติดตามผลในระยะเวลานานขึ้น เพื่อประเมินผลต่อคุณภาพชีวิต การควบคุมอาการ การใช้บริการสุขภาพ และผลลัพธ์ของผู้ดูแลได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพควรนำการประเมิน INHOMESSS มาใช้เป็นแนวทางในการติดตามผู้ป่วย Palliative care ภายหลังจำหน่าย เพื่อให้การประเมินครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ภาวะโภชนาการ สภาพแวดล้อม การใช้ยา ความปลอดภัย ความสัมพันธ์ในครอบครัว จิตวิญญาณ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ
2. ควรนำผลการประเมิน INHOMESSS มาใช้ประกอบการวางแผนการดูแลรายบุคคลและการประสานงานระหว่างโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และครอบครัว

โดยเฉพาะประเด็นที่สามารถปรับแก้ได้ในชุมชน เช่น
การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน การใช้ยาอย่างถูกต้อง
ภาวะโภชนาการ และความปลอดภัยของผู้ป่วย

3. ควรพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลและติดตาม
ผู้ป่วย Palliative care จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนให้มี
รูปแบบที่ชัดเจนและต่อเนื่อง รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วม
ของผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนการดูแล
เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความ
พึงพอใจต่อการดูแลในระดับมาก โดยเฉพาะด้าน
สัมพันธภาพกับทีมสุขภาพและการได้รับข้อมูลอย่าง
ต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). <https://dmta.dms.go.th/wp-content/uploads/sites/8/2025/10/.pdf>
- กิตติกร นิลมานัต, มลธิรา อุดชุมพิสัย, ภัทรสิริ พจมานพงศ์, และนิภา นิยมไทย. (2562). การดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านในบริบทภาคใต้. *วารสารสภาการพยาบาล*, 34(2), 76–93.
- ช่อทิพย์ พรหมมาร์ตน์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยประคับประคองที่มารับการรักษาที่คลินิกประคับประคอง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 16(1), 70–81.
- ทรงวุฒิ สารจันทิก. (2564). ผลการประเมินปัญหาการใช้ยาและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการเยี่ยมบ้านแบบ INHOMESSS ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ*, 7(2), 233–247.
- เพ็ญพิมพ์ ปันระสี, และภัทราบุลย์ นาคสุสุข. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 32(1), 40–55.
- พิมพ์ใจ เหลืองอ่อน, และกัลยาณี นาคฤทธิ. (2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้ Tele-nursing โรงพยาบาลระนอง. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 6(2), e265471.
- ไพรินทร์ ณิชโชติสฤษฎ์, ชุติกร ปัญญา, ศิริพรรณ นาคน้อย, ศศิธร โทมมอญ, วุฒิพงษ์ เชื้อมนอก, และธันยนันท์ พุฒิวัฒนธราดล. (2567). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาด้วยรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองหรือการทดลองที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อให้สามารถประเมินผลของการใช้ INHOMESSS ได้ชัดเจนยิ่งขึ้นและลดข้อจำกัดของการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง
2. ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและศึกษาในโรงพยาบาลหรือพื้นที่หลายแห่ง เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการศึกษาไปยังผู้ป่วย Palliative care ในบริบทที่หลากหลาย



ประคับประคองที่เป็นมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง ในชุมชนพื้นที่เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลเกื้อการุณย์*, 31(1), 174–187.

มะลิ เนื่องวงษา, นิธมา แสนศรี, อภิษฐ์รา กะการดี, และนันท์ชญาณ์ นฤนาทธนาเสฏฐ์. (2567). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 21(1), 216–230.

Balasubramanian, S., Biji, M. S., Ranjith, M. K., & Abhina, S. S. (2022). Patient satisfaction in home care services through e-palliative care: An experience of tertiary cancer centre from Kerala. *Indian Journal of Palliative Care*, 28(3), 250–255. https://doi.org/10.25259/IJPC_36_2021

Biswas, J., Faruque, M., Banik, P. C., Ahmad, N., & Mashrek, S. R. (2022). Satisfaction with care provided by home-based palliative care service to the cancer patients in Dhaka City of Bangladesh: A cross-sectional study. *Health Science Reports*, 5(6), e908. <https://doi.org/10.1002/hsr2.908>

Marston, C., Morgan, D. D., Philip, J., & Agar, M. (2023). Supporting carers as patients move between hospital and home: A systematic review of interventions to support these transitions in care. *Journal of Palliative Medicine*, 26(2), 270–298. <https://doi.org/10.1089/jpm.2022.0221>

Morey, T., Scott, M., Saunders, S., Varenbut, J., Howard, M., Tanuseputro, P., Webber, C., Killackey, T., Wentlandt, K., Zimmermann, C., Bernstein, M., Ernecoff, N., Hsu, A., & Isenberg, S. (2021). Transitioning from hospital to palliative care at home: Patient and caregiver perceptions of continuity of care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 62(2), 233–241. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.12.019>

Ngamjarus, C., Chongsuvivatwong, V., & McNeil, E. (2016). n4Studies: Sample size calculation for an epidemiological study on a smart device. *Siriraj Medical Journal*, 68(3), 160–170.

Ploylearmsang, C., Tongsir, S., Pirikannont, M., & Srisaknok, T. (2021). Effects of home-based care inter-professional education on students' outcomes: Mahasarakham University experiences. *Medical Science Educator*, 31(2), 677–685. <https://doi.org/10.1007/s40670-021-01244-8>

Quinn, K. L., Shurrab, M., Gitau, K., Kavalieratos, D., Isenberg, S. R., Stall, N. M., Stukel, T. A., Goldman, R., Horn, D., Cram, P., Detsky, A. S., & Bell, C. M. (2020). Association of receipt of palliative care interventions with health care use, quality of life, and symptom burden among adults with chronic noncancer illness: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 324(14), 1439–1450. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.14205>

- 
- Ratanatharathorn, V., Sirilertrakul, S., Jirajarus, M., Silpakit, C., Maneechavakajorn, J., Sailamai, P., & Sirisinha, T. (2001). Quality of life, functional assessment of cancer therapy-general. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 84(10), 1430–1442.
- Saunders, S., Weiss, M. E., Meaney, C., Killackey, T., Varenbut, J., Lovrics, E., Ernecoff, N., Hsu, A. T., Stern, M., Mahtani, R., Wentlandt, K., & Isenberg, S. R. (2021). Examining the course of transitions from hospital to home-based palliative care: A mixed methods study. *Palliative Medicine*, 35(8), 1590–1601. <https://doi.org/10.1177/02692163211023682>
- World Health Organization. (2020, August 5). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- World Health Organization. (2021). *Quality health services and palliative care: Practical approaches and resources to support policy, strategy and practice*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240035164>
- Xu, S., Wang, X., & Wang, R. (2022). The effects of integrated palliative care on quality of life and psychological distress in patients with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Palliative Medicine*, 11(8), 2586–2599. <https://doi.org/10.21037/apm-22-162>