



ผลของรูปแบบผู้ป่วยในบ้านต่อการจัดการอาการรบกวนและคุณภาพการดูแลตาม
การรับรู้ของผู้ดูแลในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตที่บ้าน

Effects of the Home Ward Model on the Management of Distress Symptoms and the
Quality of Care as Perceived by Caregivers of Terminally Ill Patients Who Died at Home

พฤกษพร ธรรมโชติ^{1*}, อิศรียา เฉลียวศักดิ์¹, กัลยา แซ่ชิต²
Pruksaporn Thammachote^{1*}, Issariya Chaliewsak¹, Kalaya Sae-chit²

(Received: June 28, 2025; Revised: October 15, 2025; Accepted: December 24, 2025)

บทคัดย่อขยาย

ความเป็นมาและวัตถุประสงค์ ผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต ส่วนหนึ่งต้องการเสียชีวิตที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยในบ้านเป็นรูปแบบการดูแลที่มีคุณภาพเท่าเทียมกับการดูแลในโรงพยาบาล การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของรูปแบบผู้ป่วยในบ้านก่อนและหลังการจัดการอาการรบกวนและคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของผู้ดูแลในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตที่บ้าน รวมทั้งศึกษาความพึงพอใจของผู้ดูแล

วิธีการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวประเมินก่อนและหลัง ศึกษาในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสงขลา ระหว่างเดือนธันวาคม 2567 ถึงเมษายน 2568 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 30 ราย ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) ของกรมการแพทย์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประทับประคองฉบับใช้ถามผู้ดูแล (POS Carer-Questionnaire) ก่อนและหลังได้รับการดูแลวันที่ 4 และ 7 ดูแลต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยเสียชีวิต และแบบประเมินความพึงพอใจ FAMCARE-2 Scale วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและความพึงพอใจด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ดูแล ด้วยสถิติ Linear mixed model (LMM) และ Pairwise Comparisons

¹กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสงขลา

¹Social Medicine Department Songkhla hospital

¹ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลา

²Nursing Department Songkhla hospital

*Corresponding Author: pingping065@gmail.com



ผลการวิจัย ภายหลังจากใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในบ้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์การจัดการอาการรบกวนก่อนและหลังได้รับการดูแลรักษาในวันที่ 4 และ 7 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความพึงพอใจของผู้ดูแลอยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปและข้อเสนอแนะ ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในบ้านช่วยลดอาการรบกวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตที่บ้าน ซึ่งทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงคุณภาพการดูแลที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีระดับความพึงพอใจมากที่สุด ดังนั้นควรมีการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในบ้านไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มอื่นเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต ให้ได้รับบริการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมและยั่งยืนในอนาคต

คำสำคัญ: ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, อาการรบกวน, การเสียชีวิตที่บ้าน, รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในบ้าน, การรับรู้ของผู้ดูแล

Abstract

Background and Objectives Some terminally ill patients prefer to spend their final days at home. The home ward model provides care that is comparable in quality to inpatient services. This study aimed to compare the effects of the home ward model on disturbing symptom management and caregiver-perceived quality of care before and after the intervention among terminally ill patients who died at home, including an assessment of caregiver satisfaction.

Methods A quasi-experimental study with a single-group, pretest–posttest design was conducted in Mueang District, Songkhla Province, between December 2024 and April 2025. A purposive sample of 30 caregivers who met the inclusion criteria was recruited according to the Department of Medical Services' home ward model. Data were collected using the Palliative Care Outcome Scale (POS) Carer-Questionnaire before and after receiving care on days 4 and 7, and continued until the patient's death. Caregiver satisfaction was measured using the FAMCARE-2 Scale. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, were used to analyze general characteristics and satisfaction levels. Caregivers' perceptions of care quality were compared using the Linear Mixed model and pairwise comparison tests.

Results Following implementation of the home ward model, the mean outcomes of disturbing symptom management before and after receiving care on Days 4 and 7 were significantly different ($p < 0.05$). Overall, caregiver satisfaction was rated at the highest level.



Conclusion and Recommendation The study revealed that the home-ward care model was found to reduce disturbing symptoms among terminally ill patients who died at home, which enhanced caregivers' perception of the quality of care and resulted in the highest level of caregiver satisfaction. Therefore, the home ward care model should be extended to other patient groups to enhance quality of life and promote comprehensive, sustainable healthcare services in the future.

Keywords: Terminally ill patients, Disturbing symptoms, Dying at home, Home ward model, Caregiver perception

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคคุกคามต่อชีวิต มุ่งเน้นการจัดการอาการรบกวนที่เกิดขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความซับซ้อนและมีความละเอียดอ่อนในการดูแลความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ มีความต้องการการดูแลมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป (Boonariyatep & Intharawut, 2023) ซึ่งความทุกข์ทรมานด้านร่างกายที่พบบ่อยได้แก่ อาการปวด อ่อนเพลีย น้ำหนักลด หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก และภาวะซึมเศร้า โดยในช่วงก่อนเสียชีวิตมีอาการที่พบเพิ่มขึ้น คือ อาการหายใจเสียงดัง เพื่อ สับสนและกระสับกระส่าย (Bausewein & Schildmann, 2022) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ขัดขวางการตายอย่างสงบของผู้ป่วย เมื่อการรักษาดำเนินไปได้ระยะหนึ่งอาการของโรคทรุดลงและกลายเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยส่วนหนึ่งต้องการใช้เวลาที่บ้านท่ามกลางครอบครัวและคนที่รัก ดังนั้น การจัดบริการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้านและได้เสียชีวิตในสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการให้ประสบความสำเร็จจึงถือเป็นงานสำคัญหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Sribunlue et al., 2024) อย่างไรก็ตาม การดูแลที่บ้านอาจเป็นเรื่องท้าทายหากไม่ได้เตรียมการอย่างครอบคลุม เนื่องจากภาระการดูแลส่วนใหญ่ตกอยู่ที่ญาติผู้ดูแล (World Health Organization [WHO], 2021)

ในหลายประเทศมีนโยบายให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถเลือกที่จะเสียชีวิตที่บ้านได้ จากการพัฒนาวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Pinto et al. (2024) พบว่า บ้านเป็นสถานที่ที่ต้องการมากที่สุดสำหรับการดูแลช่วงสุดท้ายของชีวิตทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว สำหรับในประเทศไทย ที่ผ่านมายังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการเสียชีวิตที่บ้านที่ชัดเจน กรมการแพทย์จึงได้ออกแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) พร้อมทั้งเพิ่มเติมแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกำลังเสียชีวิตที่บ้าน (Home ward for active dying patients) โดยเป็นการจัดบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมให้บริการการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในที่ใช้บ้านเป็นหอผู้ป่วยที่มีมาตรฐานการดูแลเทียบเคียง



กับผู้ป่วยในโรงพยาบาล (The Royal College of Family Physicians of Thailand, 2022) เพื่อสนับสนุนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใกล้เสียชีวิต ตลอดจนครอบครัวและทีมสุขภาพให้สามารถดำเนินการดูแลแบบประคับประคองระยะสุดท้ายที่บ้านได้ตามความประสงค์ตามแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning; ACP) ของผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้จัดทำไว้ ซึ่งเป็นไปตามสิทธิของบุคคลตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (Horrattanaruang, 2024) ซึ่งที่ผ่านมามีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในโรคอื่นและในผู้ป่วยระยะสุดท้ายแต่ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใกล้เสียชีวิตที่บ้าน โดยจากงานวิจัยในต่างประเทศของ Riolfi et al. (2014) ที่ศึกษาย้อนหลังถึงประสิทธิผลของบริการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ยืนยันประสิทธิผลของการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านในการทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่บ้านได้ และพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยใน

โรงพยาบาลสงขลา เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด มีศูนย์การดูแลแบบประคับประคองให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยทีมมีการสื่อสารการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยทุกรายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เพียงพอและสามารถตัดสินใจวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ด้วยตนเองก่อนที่จะถึงเวลาที่ไม่สามารถสื่อสารได้ ซึ่งผู้ป่วยส่วนหนึ่งแสดงเจตนาต้องการเสียชีวิตที่บ้านในวาระสุดท้ายของชีวิต จากข้อมูลของศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง พบว่า ในปี 2565 - 2567 มีผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 896, 995 และ 1,070 คน ตามลำดับ มีผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้าน ร้อยละ 45.16, 38.84 และ 38.52 ตามลำดับ ซึ่งที่ผ่านมาทางทีมประคับประคองได้ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่มีการนำรูปแบบการดูแลแบบผู้ป่วยที่บ้านไปใช้และติดตามประเมิน ผลลัพธ์คุณภาพการดูแลการจัดการอาการรบกวนตลอดถึงการประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลที่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน ดังนั้น เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายที่ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน ทีมการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลสงขลา จึงได้สนใจ ที่จะศึกษาผลของรูปแบบผู้ป่วยที่บ้านต่อการจัดการอาการรบกวนและคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของผู้ดูแลในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตที่บ้านและความพึงพอใจของผู้ดูแล เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาระบบการดูแลแบบผู้ป่วยที่บ้านของศูนย์การดูแลแบบประคับประคองต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบผลของรูปแบบผู้ป่วยที่บ้านก่อนและหลังการจัดการอาการรบกวนและคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของผู้ดูแลในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตที่บ้าน
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตที่บ้าน



กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการให้บริการตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มาใช้เป็นกรอบแนวคิด (The Royal College of Family Physicians of Thailand, 2022) ซึ่งมีมาตรฐานการดูแลเทียบเคียงผู้ป่วยในของโรงพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญตามมาตรฐานการรักษา โดยมีการตัดสินใจร่วมกันระหว่าง แพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัว ตามสถานะของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิตที่ต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้านซึ่งได้รับข้อมูลแนวทางการรักษาแบบประคับประคองที่บ้านอย่างครบถ้วนจากทีมประคับประคองแล้ว และครอบครัวรับทราบยอมรับถึงการเกิดอาการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น มีความร่วมมือของญาติหรือผู้ดูแลในการช่วยประเมินอาการผู้ป่วยและสื่อสารกับทีมแพทย์ รวมถึงให้การสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลรักษา การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ดูแลและที่พักอาศัยระหว่างการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Figure 1)

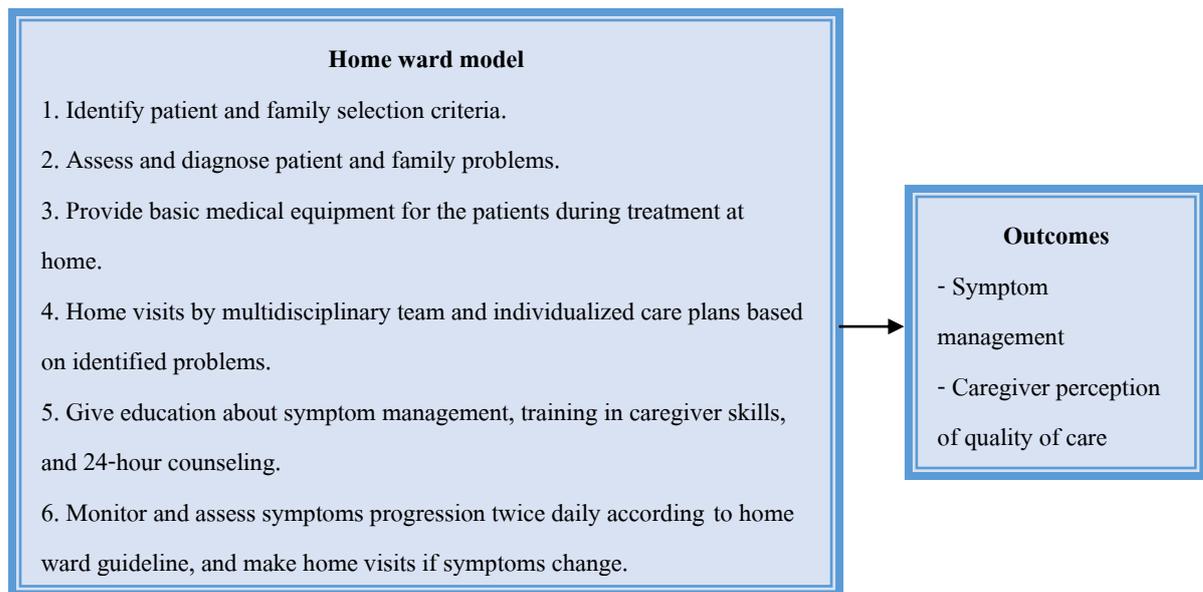


Figure1 Conceptual framework

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pre-post test design)



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการเสียชีวิตที่บ้านและผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน

กลุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ 1) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย : เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีค่า PPS $\leq 30\%$ หรือ มีค่า PPS อยู่ระหว่าง $30 - 50\%$ ที่มีภาวะแทรกซ้อนและมีการเจ็บป่วยที่ต้องการติดตามใกล้ชิด 2) ผู้ดูแล: เป็นญาติที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ให้การดูแลผู้ป่วยติดต่อกัน ไม่น้อยกว่า 3 วัน, รับประทานจากแพทย์ว่า อยู่ในระยะสุดท้ายโดยผู้ป่วยและครอบครัวต้องการเสียชีวิตที่บ้าน ได้รับข้อมูลแนวทางการรักษาแบบประคับประคองแบบผู้ป่วยในที่บ้านอย่างครบถ้วนและได้รับการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ดูแล และที่พักอาศัย โดยมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์และสามารถสื่อสาร ฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้ในการให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย มีดังนี้ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่กลับเข้ามาเสียชีวิตในโรงพยาบาลและเสียชีวิตหลังได้รับการจัดการอาการก่อน 4 วัน, ผู้ดูแลที่บกพร่องทางสติปัญญา เช่น สมองเสื่อม มีประวัติโรคทางจิตเวช / ใช้สารเสพติด

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 30 ราย ตามเกณฑ์การวิจัยกึ่งทดลอง (Polit & Beck, 2008) เพื่อรองรับการสูญหายจากการเสียชีวิตก่อนวันที่ 7

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ผู้วิจัยใช้เครื่องมือส่วนหนึ่งของศูนย์การุณรักษ์ในการทำโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย” (Pairojkul et al., 2023) ในการประเมินอาการรบกวนทางกายจากปัญหาที่พบในการติดตามเยี่ยมบ้าน การโทรศัพท์เยี่ยม (Home & Telehealth visits) และข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล

1.2 แบบบันทึกคะแนนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ฉบับใช้ถามผู้ดูแล (Palliative Outcome Scale Carer-Questionnaire: POS Carer-Questionnaire) (Sapinan, 2013) แปลโดยฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ เป็นแบบสอบถามที่ได้รับการออกแบบเพื่อประเมินผลการปฏิบัติทางคลินิกอย่างมีแบบแผน ใช้ในบริบทการดูแลแบบประคับประคอง โดยการคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและครอบครัวครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับอาการรบกวนด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณของ



ผู้ป่วย รวมทั้งประเด็นเกี่ยวกับการปฏิบัติในการดูแลรักษา การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และความต้องการด้านจิตสังคมของครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ได้แก่ คำถามปลายเปิด 10 ข้อ และข้อที่ 11 เป็นคำถามปลายเปิด 1 ข้อ ซึ่งถามผู้ดูแลเรื่องปัญหาสำคัญของผู้ป่วยในช่วง 3 วันที่ผ่านมา ซึ่งคะแนนรวมทั้งหมด คือ ผลรวมของคะแนนรายข้อจากข้อคำถามที่นำมาคิดคะแนนทั้งหมด 10 ข้อ ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 40 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนยิ่งมาก แสดงว่า ผู้ป่วยมีอาการรบกวน ความทุกข์หรือปัญหาที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตมาก แต่หากคะแนนน้อยหรือลดลง แสดงว่าผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความทุกข์จากอาการรบกวนและได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ดีขึ้น โดยประเมินครั้งแรกก่อนการได้รับการดูแลเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน จากนั้นจะประเมินหลังได้รับการดูแลในวันที่ 4 และ 7 เพื่อจะได้ทราบผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง

1.3 แบบประเมินความพึงพอใจ (Family Satisfaction with the End-of-Life Care-2 scale : FAMCARE-2 Scale) (Oraikul et al., 2020) แปลโดย ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลในครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคองครอบคลุม 4 ด้านหลัก ได้แก่ การจัดการอาการทางกายและความสุขสบาย การให้ข้อมูล การสนับสนุนครอบครัว และการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย มี 17 ข้อคำถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 5 ระดับ ตั้งแต่ มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย และระดับน้อยที่สุด เกณฑ์ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด (Srisaat, 2017)

1.4 แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก (Palliative Performance Scale for adult Suandok : PPS Adult Suandok) (Chewaskulyong et al., 2012) แปลโดย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นแบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งประกอบด้วยการประเมิน 5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหารและระดับความรู้สึกตัว โดยคะแนนระดับความสามารถมีตั้งแต่ 0 ถึง 100 แปลผลแบ่งระดับความสามารถออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับ 70 % – 100 % ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มที่มีอาการคงที่ ระดับ 40 % - 60 % ผู้ป่วยอยู่ในระยะเปลี่ยนแปลง และ ระดับ 30 % - 0 % ผู้ป่วยอยู่ในระยะท้าย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในการจัดการอาการรบกวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตที่บ้าน ประกอบด้วย



2.1 การเยี่ยมบ้านโดยทีมประคับประคอง ประกอบด้วย 1) ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเป็นซึ่งเป็นแพทย์ที่มีประสบการณ์และเชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลสงขลา จำนวน 2 คน โดยแบ่งการลงเยี่ยมบ้านตามแพทย์เจ้าของไข้ มีการประเมิน ให้การจัดการอาการรบกวนทุกมิติตามแผนการรักษา ติดตามผลการรักษาและดูแลต่อเนื่องจนผู้ป่วยเสียชีวิต 2) พยาบาลผู้ร่วมวิจัย 1 คนเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและผ่านการอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคอง 1 ปี และพยาบาลประคับประคองประจำศูนย์การดูแลประคับประคอง โรงพยาบาลสงขลา จำนวน 2 คน โดยแบ่งการลงเยี่ยมบ้านตามพยาบาลเจ้าของไข้ ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน และดูแลต่อเนื่องจนผู้ป่วยเสียชีวิต ก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ประชุมชี้แจงวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใกล้เสียชีวิตที่บ้านแก่ผู้ร่วมวิจัยและพยาบาลประคับประคอง

2.2 การโทรศัพท์ติดตามทุกวัน วันละ 2 ครั้ง โดยพยาบาลผู้ร่วมวิจัย ให้ผู้ดูแลส่งข้อมูล รูป ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์

2.3 ระบบให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง เป็นการรับคำปรึกษาตลอดเวลา 24 ชั่วโมงโดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย

2.4 แบบบันทึกการให้ยาได้ผิวหนังที่บ้านและแผนพักการดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตที่บ้าน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) เนื่องจากเครื่องมือทั้งหมดที่ใช้เก็บข้อมูลผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิมาแล้ว ประกอบด้วย แบบบันทึกคะแนนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ฉบับใช้ถามผู้ดูแล (Palliative Outcome Scale Carer-Questionnaire) (Sapinan, 2013) แบบประเมินความพึงพอใจ (FAMCARE-2 Scale) (Oraikul et al., 2020) และแบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก (Palliative Performance Scale for adult Suandok) (Chewaskulyong et al., 2012)

การหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ฉบับใช้ถามผู้ดูแล และแบบสอบถาม FAMCARE ไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย นำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.77 และ 0.71 ตามลำดับ ซึ่งค่าความเชื่อมั่นที่มากกว่า 0.7 เป็นค่าความเชื่อมั่นในระดับที่ยอมรับได้ (Nunnally, 1978 as cited in Jantasang, 2024)



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงขลา หมายเลขรับรอง SKH IRB 2005-Md-J3-1009 ลงวันที่ 15 พฤศจิกายน 2567 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ อีกทั้งในระหว่างการวิจัยหากไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยจนครบกำหนดเวลา สามารถบอกเลิกได้ทันทีโดยไม่มีผลต่อการบำบัดรักษาที่ได้รับแต่อย่างใด ในกรณีกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลมีภาวะวิกฤติทางจิตอารมณ์ในขณะที่ให้ข้อมูล ผู้วิจัยให้ความช่วยเหลือโดยการทำการหยุดถามแบบสอบถาม และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกโดยรับฟังอย่างตั้งใจ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง จะนำเสนอในภาพรวม หากกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลเซ็นต์ยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ส่งปรึกษาศูนย์การดูแลประคับประคองและจากหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวมีความประสงค์ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน โดยประเมินการรับรู้ การยอมรับสภาพของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้น ความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ดูแล ที่พักอาศัย จัดเตรียมและแนะนำวิธีการใช้อุปกรณ์ที่จำเป็นเมื่อต้องดูแลที่บ้าน จากนั้นให้ข้อมูลแนวทางการรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้านอย่างครบถ้วน อธิบายถึงกระบวนการวิจัยและแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการวิจัย

หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรม ดังนี้

วันที่ 1 ผู้วิจัยลงเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสุขภาพ เริ่มจาก 1) ประเมินภาวะสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อน และความต้องการของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม 2) ประเมินความรู้ ทักษะของผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การเผชิญปัญหา การปรับตัวและของครอบครัว ความต้องการของผู้ดูแล 3) ให้การจัดการอาการรบกวนที่เกิดขึ้นทั้งร่างกายและจิตใจ 4) ให้ข้อมูลวิธีการดูแลอาการที่เกิดขึ้นและอาการอื่น ๆ ที่จะพบได้ในระยะใกล้เสียชีวิต พร้อมทั้งให้การประคับประคองจิตใจ ผู้ดูแลและครอบครัว 5) วางแผนการดูแลแบบมีส่วนร่วมกับพยาบาลหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ 6) พยาบาลผู้ร่วมวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามก่อนให้การดูแล (POS) และบันทึกคำสั่งการรักษา แผนการดูแล



วันที่ 2 – 3 ให้การดูแลต่อเนื่องดังนี้ 1) พยาบาลผู้ร่วมวิจัยติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลโดยโทรศัพท์ติดตามอาการจากผู้ดูแล 2 ครั้ง / วัน ประเมินข้ออย่างครอบคลุมทุกด้าน เพื่อวางแผนการดูแลเฉพาะราย 2) ผู้วิจัยปรับการจัดการอาการรบกวนที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ ในรายที่มีอาการเปลี่ยนแปลง ไม่สามารถจัดการด้วยขนาดเดิมได้ ผู้วิจัยหรือแพทย์ผู้ร่วมวิจัยปรึกษาระดับประคองร่วมกับทีมระดับประคองลงเยี่ยมที่บ้านแบบฉุกเฉินเพื่อปรับแผนการรักษา 3) พยาบาลผู้ร่วมวิจัยบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูล

วันที่ 4 จนถึงผู้ป่วยเสียชีวิต ให้การดูแลต่อเนื่อง พยาบาลผู้ร่วมวิจัยโทรศัพท์ติดตามอาการ ผลการดูแลรักษาจากผู้ดูแลและบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลทุกวัน จนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต ในรายที่มีอาการเปลี่ยนแปลง ไม่สามารถจัดการด้วยขนาดเดิมได้ ผู้วิจัยหรือแพทย์ผู้ร่วมวิจัยร่วมกับพยาบาลระดับประคองลงเยี่ยมที่บ้านเพื่อปรับแผนการรักษาทุกครั้ง พยาบาลผู้ร่วมวิจัยติดตามประเมิน POS หลังให้การดูแลครั้งที่ 2 ในวันที่ 4 และกรณีผู้ป่วยยังไม่เสียชีวิต พยาบาลผู้ร่วมวิจัยประเมิน POS ครั้งที่ 3 ในวันที่ 7

2 - 4 สัปดาห์ หลังผู้ป่วยเสียชีวิตติดตามประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (FAMCARE) และภาวะเศร้าโศกหลังการเสียชีวิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

1. ข้อมูลทั่วไปและความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตที่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การแจกแจงความถี่ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลของรูปแบบผู้ป่วยในบ้านต่อการจัดการอาการรบกวนและคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของผู้ดูแลในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตที่บ้านก่อนและหลังการได้รับการดูแลในวันที่ 4 และวันที่ 7 โดยทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วยสถิติทดสอบ Shapiro wilk test พบว่าเป็น โคน์ปกติ ค่า $P > 0.05$ จึงวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Linear mixed model (LMM) เนื่องจากเป็นการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน 3 ครั้ง ที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่เท่ากันและเป็นการวัดจากตัวอย่างกลุ่มเดียวกัน (Matched/ Paired Data) ซึ่งเกิดปัญหาข้อมูลสูญหาย (Missing Data) เนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิตในการวัดครั้งที่ 3 ในวันที่ 7 พบว่า มีผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่จำนวน 18 ราย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 30 ราย ร้อยละ 60 เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 72.6 ปี (S.D. = 11.96) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53.3 นับถือศาสนาพุทธ และสิทธิบัตรการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพ



ร้อยละ 73.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 50 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 50 และมีโรคร่วมร้อยละ 63.3 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งร้อยละ 83.3 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 60 ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ พบว่าร้อยละ 53.3 ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเอง รองลงมาคือคู่สมรสร้อยละ 30 และบุตรร้อยละ 13.3 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยมีระดับ PPS อยู่ที่ <math><30\%</math> ร้อยละ 66.7 ซึ่งพบว่า การให้การดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านครั้งนี้ ไม่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลระหว่างการดูแลรักษาที่บ้านจนผู้ป่วยเสียชีวิต ระยะเวลาที่ทีมประคับประคองให้การดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตเฉลี่ย 10.9 วัน (S.D. = 8.11)

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล จำนวน 30 ราย ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.7 อายุเฉลี่ย 50.4 ปี (S.D. = 13.02) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.7 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 46.7 โดยร้อยละ 70 ไม่มีปัญหาสุขภาพ ผู้ให้การดูแลเป็นบุตรมากที่สุดร้อยละ 43.3 รองลงมาเป็นเครือญาติร้อยละ 36.7 และคู่สมรส ร้อยละ 20 ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่า ผู้ดูแลเห็นว่า อาการหายใจลำบากเป็นปัญหาที่สำคัญในช่วง 3 วันก่อนการจัดการอาการมากที่สุด รองลงมาคืออาการปวดและอ่อนล้า ตามลำดับ ในส่วน 4 วันหลังการจัดการอาการ พบว่า อาการหายใจลำบากและอาการปวดลดลง แต่อาการอ่อนล้าเพิ่มขึ้น และอาการที่เป็นอาการรบกวนทางกายของผู้ป่วย 7 วันหลังการจัดการอาการ คือ อ่อนล้า หายใจลำบากและอาการปวดตามลำดับ ดังแสดงใน Table 1

Table 1 Frequency and Proportion of Major Distressing Symptoms among Terminally Ill Patients Who Died at Home

Disturbing symptoms	Before symptom management (n=30)		At 4 days after symptoms management (n=30)		At 7 days after symptoms management (n=18)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
	Dyspnea	13	43.3	10	33.3	5
Pain	12	40	4	13.3	3	16.67
Fatigue	2	6.7	11	36.7	8	44.44
Others *	3	10	5	16.5	2	11.11

*Others: Constipation nausea vomiting and confusion

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของผู้ดูแลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตที่บ้านก่อนและหลังได้รับการดูแลรักษาในวันที่ 4, ก่อนและหลังได้รับการดูแลรักษาในวันที่ 7 โดยใช้สถิติ Linear mixed model (LMM) พบว่า รูปแบบการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านมีผลต่อ



การบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยก่อนกับหลังได้รับการดูแลรักษาในวันที่ 4 โดยรวมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านผู้ป่วย ได้แก่ อาการปวด ($p < 0.01$) และความรู้สึกรำคาญ ($p < 0.05$) สำหรับด้านความรู้สึกรำคาญของผู้ดูแลที่พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ($p < 0.05$) การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา ($p < 0.01$) และการได้รับความช่วยเหลือแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วย ($p < 0.01$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลลัพธ์การจัดการอาการก่อนกับหลังการได้รับการดูแลรักษาในวันที่ 7 โดยรวม พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านผู้ป่วย ได้แก่ อาการปวด ($p < 0.001$) และด้านความรู้สึกรำคาญของผู้ดูแล ได้แก่ การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา ($p < 0.01$) และการได้รับความช่วยเหลือแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วย ($p < 0.05$) ดังแสดงใน Table 2

Table 2 Comparison of Mean Differences in Care Outcomes among Terminally Ill Patients Who Died at Home Before and After Symptom Management on Day 4 and Day

Outcome of care	Before symptoms management Compared with 4 days after symptoms management (n = 30)			Before symptoms management Compared with 7 days after symptoms management (n = 18)		
	Mean Diff	95%CI	p-value	Mean Diff	95%CI	p-value
	1.Pain control	.767	.265,1.268	0.001	1.028	.429,1.627
2.Other conditions effect feeling	.400	-.232,1.032	0.370	.676	-.06,1.42	0.084
3.Irritability related to illness	.400	-.051,.851	0.097	.461	-.077,1.00	0.116
4. Anxiety related to patient conditions	.667	.175,1.158	0.005	.184	-.406,.775	1.000
5.Perceive health information and care management	.600	.209,.991	.001	.706	.247,1.164	.001
6.Patient was able to express feelings	-.333	-1.045,.378	0.750	-.595	-1.44,.255	0.267
7.Patients exhibits depressed mood	.533	.055,1.011	0.024	.410	-.167,.987	0.252
8.Patients exhibits positive mood and self worth	.133	-.388,.654	1.000	.119	-.509,.748	1.000



Outcome of care	Before symptoms management Compared with 4 days after symptoms management (n = 30)			Before symptoms management Compared with 7 days after symptoms management (n = 18)		
	Mean	95%CI	p-value	Mean	95%CI	p-value
	Diff			Diff		
9.Patient express that the appointment was a waste of time	.467	-.074,1.007	0.112	.548	-.079,1.17	0.106
10.Support was provided according to the patient's specific illness condition	.933	.283,1.584	.002	.911	.160,1.662	.012
Overall symptom distress	4.667	1.70,7.63	0.001	4.529	1.02,8.03	0.007

Statistical significance at the 0.05 level, $p \leq 0.05$

หมายเหตุ: จำนวนผู้ป่วยลดลงในวันที่ 7 เนื่องจากเสียชีวิต จาก 30 คนเหลือ 18 คน

4. ความพึงพอใจของผู้ดูแลในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตที่บ้าน โดยรวม พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.69$, S.D. = .26) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 12 ข้อ โดยคะแนนความพึงพอใจรายด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ อาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วและความใส่ใจของแพทย์ต่ออาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย ($\bar{X} = 5.00$, S.D. = .00) รองลงมาคือ ความใส่ใจของทีมการดูแล ประคับประคองต่อลักษณะอาการต่างๆของผู้ป่วย, ความพร้อมของทีมที่จะให้คำปรึกษารอบครัวผู้ป่วย, ประสิทธิภาพของทีมในการจัดการบรรเทาอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย และการตอบสนองของทีมต่อความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในความต้องการดูแลของผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.90$, S.D. = .30) สำหรับความพึงพอใจที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดแต่อยู่ในระดับดี คือ การช่วยเหลือดูแลที่บ้านของทีมฯ เช่น การทำความสะอาด ($\bar{X} = 4.00$, S.D. = .63) รองลงมาคือ ความสุขสบายของผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.36$, S.D. = .50) ครอบครัวได้รับเชิญให้มีส่วนร่วมในการรักษาและการดูแลผู้ป่วย และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วย ($\bar{X} = 4.45$, S.D. = .52) ตามลำดับ

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 50.4 ปี (S.D. = 13.02) และเป็นบุตรมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากวัฒนธรรมของสังคมไทยกำหนดบทบาทให้เพศหญิงมีหน้าที่รับผิดชอบดูแล



คนในบ้านและบุตรเป็นคนในครอบครัวที่สามารถให้การดูแลได้ดีที่สุด เนื่องจากมีความใกล้ชิดผูกพัน และเป็นการตอบแทนพระคุณ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Biswas et al. (2022) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง เป็นสมาชิกในครอบครัวที่เป็นลูกหรือคู่สมรส ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตที่บ้านครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็ง มีระดับ PPS น้อยกว่า 30 % เป็นส่วนมาก โดยระยะเวลาที่ทีมประคับประคองให้การดูแลรักษาที่บ้านจนผู้ป่วยเสียชีวิตเฉลี่ย 10.9 วัน จัดว่าเป็นกลุ่มที่อยู่ในระยะเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตที่ร่างกายอ่อนล้ามาก นอนติดเตียง ต้องช่วยเหลือทุกอย่าง ซึ่ง PPS มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่สำคัญกับการอยู่รอด โดยที่คะแนน PPS ที่ต่ำลงมีความสัมพันธ์กับการอยู่รอดที่สั้นลง การประมาณอัตราการอยู่รอดมีตั้งแต่ 1 ถึง 3 วันสำหรับผู้ป่วยที่มีคะแนน PPS 10 % เทียบกับ 5 ถึง 36 วันสำหรับผู้ป่วยที่มีคะแนน PSS 30 % (Baik et al., 2018) ซึ่งผู้ป่วยระยะนี้มักมีอาการเปลี่ยนแปลงทุก ๆ ด้านทั้งร่างกายและจิตใจ การศึกษาครั้งนี้ พบว่า อาการทางกายที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุด คือ อาการปวด หายใจลำบากและอ่อนล้า ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่จะมีอาการปวด เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายแพทย์ประคับประคองจะปรับลักษณะการให้ยาแก้ปวดเป็นให้ได้ผิวหนังอย่างต่อเนื่องแทนและมีการติดตามเพื่อปรับขนาดยาทุกวันจึงทำให้ควบคุมอาการปวดได้ดี ส่วนอาการหายใจลำบากที่พบว่าลดลงไม่มากแม้จะได้รับการจัดการอาการที่ดี ทั้งนี้เนื่องจากอาการหายใจลำบากเป็นอาการที่พบได้มากขึ้นในช่วงใกล้เสียชีวิต (Taosan & Piasupan, 2017) เช่น อาการหายใจหิวอากาศ (air hunger) ส่งผลให้ผู้ดูแลประเมินว่า อาการหายใจลำบากไม่ค่อยลดลง สำหรับอาการอ่อนล้าที่พบว่าเพิ่มขึ้น เนื่องจากอาการนี้เป็นอาการของผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตจึงพบได้มากขึ้นกว่าช่วงระยะแรกที่ประเมิน สำหรับภาพรวมค่าเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลความทุกข์ทรมานจากอาการโดยรวม พบว่า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งภายหลังได้รับการดูแลรักษาในวันที่ 4 และวันที่ 7 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sribunlue et al. (2024) ที่พบว่า ภายหลังจากใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ค่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในวันที่ 3 และวันที่ 7 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายว่าทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในบ้านเป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมปัญหาและความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณทั้งผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแล ที่เน้นการบรรเทาและควบคุมอาการที่เกิดขึ้นทุกระยะอย่างต่อเนื่องจากทีมประคับประคองโดยตรงที่มีความเชี่ยวชาญด้วยความใส่ใจ จึงตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วเสมือนอยู่ใน โรงพยาบาลที่ใกล้ชิดกับทีมสุขภาพ ทำให้สามารถช่วยลดอาการรบกวนทั้งด้านร่างกาย จิตใจของผู้ป่วย ส่งผลให้การศึกษาครั้งนี้ไม่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลระหว่างการดูแลรักษาที่บ้านจนผู้ป่วยเสียชีวิตสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Feliciano and Reis-Pina (2024) ที่พบว่า การดูแลที่บ้านในผู้ป่วย



ช่วงใกล้เสียชีวิตโดยที่ทีมการดูแลแบบประคับประคอง ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพิ่มความมั่นใจในการเสียชีวิตที่บ้านลดการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลและแผนกฉุกเฉินและการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยที่บ้านและที่โรงพยาบาลไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อเปรียบเทียบพิจารณารายข้อ ก่อนและหลังได้รับการดูแลรักษาในวันที่ 4 และ ก่อนและหลังได้รับการดูแลรักษาในวันที่ 7 พบว่า คะแนนเฉลี่ยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาการปวดของผู้ป่วย การรับทราบข้อมูลของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลรักษาและการได้รับความช่วยเหลือแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วย อธิบายได้ว่า รูปแบบการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านจะมีทีมการดูแลประคับประคองลงประเมิน ให้การจัดการอาการปวดและอาการรบกวนอื่น ๆ มีการปรับยาทุกวันทำให้สามารถควบคุมอาการปวดได้ดีและผู้ดูแลจะได้รับข้อมูลในส่วนของความเจ็บป่วย อาการที่จะเกิดขึ้น แผนการดูแลรักษา เป็นระยะอย่างครบถ้วน ช่วยเหลือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น มีการรับปรึกษาทางโทรศัพท์ ทำให้เพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สำหรับรายข้อที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อนและหลังได้รับการดูแลรักษาในวันที่ 4 แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อนและหลังได้รับการดูแลรักษาในวันที่ 7 คือ ความวิตกกังวลของผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและความรู้สึกเศร้าของผู้ป่วย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งจากการศึกษาของ Walbaum et al. (2024) พบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยพบได้ถึงร้อยละ 75 ของผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นเพศหญิง เมื่อทีมการดูแลประคับประคองให้การดูแลจัดการอาการของผู้ป่วยและให้คำแนะนำผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลคลายความกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยลง และจากการศึกษาของ Wattanasit et al. (2025) พบว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลสำหรับญาติผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้เสียชีวิตสามารถลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของญาติผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการประเมินผลในวันที่ 7 เป็นช่วงที่ผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต ส่งผลให้ญาติมีความกังวลกับอาการรบกวนช่วงก่อนเสียชีวิต การเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญกับการจากไปของผู้ป่วย จึงไม่พบความแตกต่างกับก่อนได้รับการดูแลรักษา ในส่วนของผู้ป่วยอธิบายว่า หลังจากผู้ป่วยได้รับการประเมินก่อนได้รับการดูแล ทางทีมได้ให้คำแนะนำและจัดการสาเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกเศร้า ประคับประคองด้านจิตใจ ส่งผลให้ความรู้สึกเศร้าของผู้ป่วยลดลง สำหรับการประเมินผลในวันที่ 7 ผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถเผชิญกับความตายที่กำลังจะเกิดขึ้นได้ ยังคงมีความวิตกกังวลเรื่องเวลาที่เหลืออยู่ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเศร้าเพิ่มขึ้น จึงไม่พบความแตกต่างกับก่อนได้รับการดูแลรักษา

จากการติดตามประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแล พบว่า มีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมากที่สุด อธิบายว่าจากการที่ทีมประคับประคองมีปฏิสัมพันธ์การสื่อสารที่ดี มีความพร้อมที่จะให้คำปรึกษารอบครัว สามารถจัดการอาการรบกวนด้านร่างกาย การสนับสนุนทางจิตวิญญาณ ตามสภาพปัญหา



ของผู้ป่วยที่บ้านได้ตลอด 24 ชั่วโมงส่งผลให้ครอบครัวผู้ดูแลมีความมั่นใจในการจัดการอาการรบกวนหรือลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเบื้องต้นได้ ลดความวิตกกังวลลง ส่งผลดีทำให้เกิดความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Biswas et al. (2022) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้านพึงพอใจมากกับการประเมินอาการทางกาย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวด และความพร้อมของแพทย์ พยาบาล ในการให้การตอบสนองต่อการจัดการอาการรบกวนอย่างรวดเร็วในเวลาที่ต้องการ นอกจากนี้ Siriket et al. (2024) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมาก ดังนั้นการวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลมีความสำคัญต่อการประเมินผลลัพธ์และการปรับรูปแบบของการให้บริการดูแลที่บ้าน จากการศึกษาของ Introntakun and Thanasilp (2025) พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโดยใช้บ้านเป็นฐาน ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน การเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล การสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การประเมินและปรับปรุงการดูแลและการสนับสนุนทางการเงินและนโยบาย ดังนั้น รูปแบบการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน คือ อนาคตของบริการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุม เป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืน ลดต้นทุนและมีคุณภาพ การดูแลรูปแบบนี้เป็นการดูแลทางการแพทย์ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และไม่ต้องเผชิญภาวะแทรกซ้อน (Patel & Jr, 2021) แต่การดูแลมีการพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัวที่บ้านอย่างมาก จึงควรใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ เพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าและภาวะหมดไฟของผู้ดูแลในอนาคต (Kanagala et al., 2023)

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว เปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับการดูแลรักษา อาจจะส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย (Internal Validity) เนื่องจากไม่มีกลุ่มควบคุม เช่น กลุ่มที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบกับการดูแลในโรงพยาบาลได้
2. การสอบถามอาการรบกวนด้านต่าง ๆ จากผู้ดูแลซึ่งเป็นการประมาณการ อาจจะมีคลาดเคลื่อนกับการสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยโดยตรง
3. ระยะเวลาในการดูแลค่อนข้างสั้น เนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิต อาจส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพการดูแลในรูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน



สรุป

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการเสียชีวิตที่บ้านในรูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนทางกาย เพิ่มคุณภาพการดูแลให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจสูงสุดในผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยที่ได้เป็นแนวทางพื้นฐานและเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการเสียชีวิตที่บ้านในรูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตที่บ้านในรูปแบบของการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านในมิติและองค์ประกอบต่าง ๆ เช่น ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยสนับสนุน ระบบบริการทางการแพทย์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด

รายการอ้างอิง (References)

- Baik, D., Russell, D., Jordan, L., Dooley, F., Bowles, K. H., & Creber, R. M. (2018). Using the Palliative Performance Scale to Estimate Survival for Patients at the End of Life: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Palliat Med*, 21(11), 1651 - 1661. <http://doi.org/10.1089/jpm.2018.0141>
- Bausewein, C., & Schildmann, E. (2022). Symptom Control at the End of Life. *Therapeutische Umschau.Revue therapeutique*, 79(1), 45 - 51. <http://doi.org/10.1024/0040-5930/a001327>
- Biswas, J., Faruque, M., Banik, P. C., Ahmad, N., & Mashreky, 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), <http://doi.org/10.1002/hsr2.908>
- Boonariyatep, T., & Intharawut, T. (2023). The Effect of Home Palliative Care Program on Patients's Symptom-Induced Suffering, Care Outcome and Care givers' s Stress *Journal of the Phrae Hospital*, 31(1), 99 - 113. <https://thaidj.org/index.php/jpph/article/view/14018>



- Chewaskulyong, B., Sapinun, L., Downing, G.M., Intaratat, P., Lesperance, M., Leautrakul, S., Somwangprasert, A., & Leerapun, T. (2012). Reliability and validity of the Thai translation (Thai PPS Adult Suandok) of the Palliative Performance Scale (PPSv2). *Palliative medicine*, 26(8), 1034 - 1041. <http://doi.org/10.1177/0269216311424633>
- Feliciano, D. R., & Reis-Pina, P. (2024). Enhancing End-of-Life Care With Home-Based Palliative Interventions: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptoms Management*, 68(5), 356 - 372. <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2024.07.005>
- Horrattanaruang, D. (2024). Home ward for active dying patients. In P. Hansomboon (Ed.), *Guidelines and standards Home ward care version 2 Department of Medical Services, Ministry of Public Health* (p. 7-14). Ministry of Public Health.
- Introntakun, K., & Thanasilp, S. (2025). Home-based Palliative Care for Patients with Terminal Cancer *Royal Thai Navy Medical Journal*, 52(1), 187 - 198. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nmdjournal/article/view/278805>
- Jantasang, S. (2024). Development and Validation of Questionnaires for Research. *CUAST Journal*, 13(3), 1 - 15. <https://search.tci-thailand.org/article.html?b3BlbkFydGljbGUmaWQ9NzU4NTAx>
- Kanagala, S. G., Gupta, V., Kumawat, S., Anamika, F., McGillen, B., & Jain, R. (2023). Hospital at home: emergence of a high-value model of care delivery. *The Egyptian Journal of Internal medicine*, 35(1), 21. <http://doi.org/10.1186/s43162-023-00206-3>
- Ooraikul, L., Wirojratana, V., Phuackchantuck, R., Chompukeaw, P., & Khaisuwan, C. (2020). Reliability and Validity Testing of the FAMCARE-2 Scale: Thai Translation. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 7(3), 280 - 286. http://doi.org/10.4103/apjon.apjon_5_20
- Pairojkul, S., Raksasataya, A., Sribunlue, P., Sirikate, R., Thangsuk, P., Ingkasakulroj, C., Thipprasert, W., Saengchalin, P., Pornprasert, P., Tawta, S., Chaliewsak, I., Iatprap, A., Thunyawan, S., Santisant, B., Kulasutthichai, C., Patchawong, M., Kuhirunyaratn, P., Boonthan, N., & Kannakham, V. (2023). *Developing of Hospital in the Home Program for end-of-life care patients*. Basic Research. Faculty of Medicine, Khon Kaen University.
- Patel, H. Y., & Jr, D. J. W. (2021). Hospital at Home: An Evolving Model for Comprehensive Healthcare. *Global Journal on Quality and Safety in Healthcare*, 4(4), 141 - 146. <http://doi.org/10.36401/JQSH-21-4>.



- Pinto, S., Lopes, S., Sousa, A.B., Delalibera, M., & Gomes, B. (2024). Patient and Family Preferences About Place of End-of-Life Care and Death: An Umbrella Review. *Journal of Pain and Symptoms Management*, 67(5), 439 - 452. <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2024.01.014>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (8th ed.). Williams & Wilkins.
- Riolfi, M., Buja, A., Zanardo, C., Marangon, C. F., Manno, P., & Baldo, V. (2014). Effectiveness of palliative home-care services in reducing hospital admissions and determinants of hospitalization for terminally ill patients followed up by a palliative home-care team: a retrospective cohort study. *Palliative Medicine*, 28(5), 403 - 411. <http://doi.org/10.1177/0269216313517283>
- Sapinan, L. (2013). *Manual for Palliative care outcome scale: POS*. Klang Veing Publisher.
- Siriket, R., Piasupun, P., Pairojkul, S., & Raksasataya, A. (2024). Outcomes of Palliative Care Program on Caregiver's Burden and Satisfaction in End-of Life Care among the Late Stage - Dementia Patients *Srinagarind Medical Journal*, 39(5), 529 - 536. <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/263907>
- Sribunlue, P., Kaennakum, V., Siriket, R., & Pairojkul, S. (2024). Effects of a Home-Based Palliative Care Model on Patient Outcomes and Caregiver Burden at a Tertiary Hospital *Journal of Nursing and Therapeutic Care*, 42(3), 1 - 12. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnatned/article/view/272904>
- Srisaat, B. (2017). *Basic research* (10th ed.). Suwiryasarn.
- Taosan, P., & Piasupan, P. (2017). Module 4 Final Hours of Life and Subcutaneous Administration. In Pairojkul, S., & Limrat, N. (Eds.), *Training of the Trainers in Palliative Care*. (pp. 115 - 125). Khlangnavittaya Printing House.
- The Royal College of Family Physicians of Thailand. (2022). Assessing the readiness of the patient, family, living conditions, and home care team. In P. Hansomboon (Ed.), *Guidelines and Standards for Home Care for Inpatients (Home Ward)*, (pp. 4 - 5). Department of Medical Services Ministry of Public Health.
- Wattanasit, S., Khiawchaam, R., Wongprakot, S., Jittham, S., & Kulrungruang, P. (2025). *Results of an information program for relatives of patients near death*. Phra Pok Klao Hospital.



- Walbaum, C., Philipp, R., Bokemeyer, C., H€arter, M., Junghans, J., Koch, U., Koch, U., Oechsle, K., Schilling, G., & Vehling, S. (2024). Death Anxiety in Patients With Advanced Cancer and Their Family Caregivers. *Journal of Pain and Symptoms Management*, 68(6), 622 - 631. <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2024.08.027>
- World Health Organization. (2021). *Quality health services and palliative care: practical approaches and resources to support policy, strategy and practice*. <http://apps.who.int/iris>