

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบ Homeward ในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง: กรณีศึกษา โรงพยาบาลโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู

Development of a Homeward Care Model for Patients with Chronic Diseases in a 30-Bed Community Hospital: A Case Study of Nonsang Hospital, Nong Bua Lamphu Province.

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

นิโลบล ช่วยแสง¹

Nilobon Chuaysaeng¹

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบ Homeward รวมทั้งศึกษาผลระยะขยายผลในโรงพยาบาลโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู ดำเนินการ 4 ระยะ ได้แก่ ศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ ทดลองใช้และประเมินผล และปรับปรุงขยายผล ใช้ข้อมูลเชิงปริมาณร่วมกับเชิงคุณภาพ ประเมินผลทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานกลุ่ม Homeward 303 คน และกลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาล 286 คน โดยไม่สุ่มจัดกลุ่ม ประเมินการดูแลตนเองและสุขภาพโดยรวมกลุ่มละ 110 คน และขยายผลในผู้ป่วยใหม่ 150 คน เครื่องมือประกอบด้วยแนวคำถามสัมภาษณ์ แบบบันทึกทางคลินิก SC-CII แบบประเมิน EQ-5D-5L และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ Welch's t-test, paired t-test การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเดินทางและต้องการการติดตามต่อเนื่อง รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินความพร้อม แผนดูแลรายบุคคล การเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแล การติดตามประสานงาน และการจัดการอาการ ผิดปกติและประเมินผล กลุ่ม Homeward มี HbA1c ลดลงเฉลี่ย 0.90 จุดร้อยละ ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น 0.32 จุดร้อยละ แต่เมื่อปรับค่าตั้งต้นไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ($p = .281$) กลุ่ม Homeward มีคะแนนการดูแลตนเองและความมั่นใจต่ำกว่า แต่มีความพึงพอใจสูงกว่า ($p < .001$) ส่วน EQ VAS ไม่แตกต่างกัน ($p = .235$) ระยะขยายผลติดตามครบตามแผนร้อยละ 92.7 ผู้ที่มีข้อมูลครบคู่มี HbA1c ลดลงเฉลี่ย 0.57 จุดร้อยละ ($p < .001$) ขณะที่ EQ VAS ไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ: การดูแลที่บ้าน; โรคเรื้อรัง; การพัฒนารูปแบบ; โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

This research and development study aimed to examine care needs, develop and evaluate a Homeward care model, and assess its expansion at Nonsang Hospital, Nong Bua Lamphu Province, Thailand. The study included four phases: situation analysis, model development, implementation and evaluation, and refinement and expansion. Quantitative and qualitative data were collected. Clinical outcomes were assessed in 303 patients with diabetes receiving Homeward care and 286 hospital inpatients, without random allocation. We assessed self-care and perceived health in 110 patients per group. The expansion phase included 150 new patients. Instruments included interview guides, clinical records, the Self-Care of Chronic Illness Inventory, EQ-5D-5L, and a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, Welch's t-tests, paired t-tests, analysis of covariance, and content analysis.

Patients experienced travel difficulties and needed continuous follow-up. The model comprised five components: readiness assessment, individualized care planning, patient and caregiver preparation, follow-up and coordination, and management of abnormal symptoms and outcome evaluation. Mean HbA1c decreased by 0.90 percentage points in the Homeward group and increased by 0.32 percentage points in the inpatient group. However,

¹ โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

the between-group difference was not significant after adjustment for initial HbA1c ($p = .281$). The Homeward group had lower self-care and confidence scores but higher satisfaction scores ($p < .001$). EQ VAS scores did not differ significantly ($p = .235$). During expansion, 92.7% completed scheduled follow-up. Among patients with paired measurements, mean HbA1c decreased by 0.57 percentage points ($p < .001$), whereas EQ VAS scores did not change significantly.

Keywords: Home-based care; Chronic diseases; Model development; Community hospital

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องอาศัยการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในสถานพยาบาลและที่บ้าน องค์การอนามัยโลกระบุในบทความเผยแพร่ พ.ศ. 2568 ว่า โรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศไทย สะท้อนภาระของโรคและความจำเป็นในการจัดการบริการที่สนับสนุนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการจัดการสุขภาพในระยะยาว¹ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงควรครอบคลุมการติดตามอาการ การใช้ยา พฤติกรรมสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเอง ควบคู่กับการรักษาตามแผนของทีมสุขภาพ

การเข้าถึงบริการและความต่อเนื่องของการดูแลเป็นประเด็นสำคัญของการจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเดินทางหรือต้องพึ่งพาครอบครัว การพัฒนาระบบดูแลจึงจำเป็นต้องเชื่อมโยงการทำงานระหว่างโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ และผู้ดูแล หลักฐานจากการศึกษาของสุรียรัตน์ ธนากิจ และคณะ² ที่โรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด พบว่ากระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้ความสำคัญกับการสร้างทีมสหวิชาชีพ การฝึกทักษะผู้ดูแล และการประสานเครือข่ายชุมชน โดยมีพยาบาลเป็นผู้ประสานการดูแล ข้อค้นพบดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การจัดการที่บ้านต้องอาศัยทั้งความร่วมมือของครอบครัวและระบบสนับสนุนจากหน่วยบริการ

อย่างไรก็ตาม การมีบริการเยี่ยมบ้านเพียงอย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอต่อการจัดระบบดูแลต่อเนื่อง วลัยรัตน์ สุวรรณหมัด และบุผา รักษานาม

³ ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่บ้านในเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง พบปัญหาด้านความเข้าใจของบุคลากร ความชัดเจนของบทบาท และการติดตามผู้ป่วย จึงพัฒนารูปแบบที่ครอบคลุมการจัดบริการ บุคลากร โครงสร้างการดำเนินงาน ระบบบันทึกข้อมูล และผลลัพธ์การดูแล ประเด็นเหล่านี้เป็นข้อพิจารณาสำคัญในการพัฒนาระบบที่กำหนดผู้รับผิดชอบ ขั้นตอนการติดตาม และการส่งต่อข้อมูลอย่างชัดเจน

สำหรับกรณีศึกษาโรงพยาบาลโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งกำหนดบริบทเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ข้อมูลสถานการณ์สมมติประกอบด้วยผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนจำนวน 4,300 คน และผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ตามเป้าหมายจำนวน 1,120 คน คิดเป็นร้อยละ 26.0 โดยกำหนดปัญหาบริการเบื้องต้นได้แก่ ข้อจำกัดในการเดินทาง การพึ่งพาผู้ดูแล ความไม่ต่อเนื่องของข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ และการขาดแนวทางร่วมในการติดตามและประสานส่งต่อสถานการณ์ดังกล่าวใช้เป็นฐานสำหรับศึกษาความต้องการและออกแบบบริการให้เหมาะสมกับทรัพยากรของโรงพยาบาลและเครือข่ายในพื้นที่

การพัฒนารูปแบบในการศึกษานี้ประยุกต์แนวคิดการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) โดยเน้นการสนับสนุนการจัดการตนเอง การออกแบบระบบบริการ การใช้ข้อมูลทางคลินิก และการเชื่อมโยงทรัพยากรชุมชน การศึกษาของ Boocha และ Ploylearmsang⁴ ในประเทศไทยแสดงให้เห็นกระบวนการพัฒนารูปแบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ป่วย และผู้ดูแล

ภายหลังดำเนินงานพบว่าความรู้ของผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้แทนชุมชนเพิ่มขึ้น แต่ผลทางคลินิกไม่ได้ดีขึ้น ทุกตัวชี้วัด จึงสนับสนุนการออกแบบกิจกรรมที่ให้ ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม พร้อมประเมินผล การดูแลหลายด้านอย่างรอบคอบ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้กำหนด “การดูแลแบบ Homeward” ในเชิงปฏิบัติการเป็นการจัดระบบดูแล ต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง โดยเชื่อมโยงการประเมินความ พร้อม การจัดทำแผนดูแลรายบุคคล การเตรียม ผู้ป่วยและผู้ดูแล การติดตามอาการ และการประสาน ส่งต่อเมื่อพบความเสี่ยง ประเด็นที่ต้องพัฒนาคือการ ทำให้องค์ประกอบเหล่านี้เชื่อมต่อกันและดำเนินการ ได้ภายใต้ข้อจำกัดของโรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยจึงมุ่ง ศึกษาสถานการณ์และความต้องการ พัฒนารูปแบบ ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ทดลองใช้และประเมินผล ตลอดจนศึกษาการนำรูปแบบไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่ม เพิ่มเติม เพื่อให้ได้แนวทางจัดบริการที่เหมาะสมกับ บริบทโรงพยาบาลโนนสัง โดยพิจารณาทั้งผลลัพธ์ ทางคลินิก การดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และความพึง พอใจของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน ในพื้นที่ รับผิดชอบของโรงพยาบาลโนนสัง จังหวัด หนองบัวลำภู
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แบบ Homeward ที่เหมาะสมกับบริบทของ โรงพยาบาลโนนสัง โดยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบด้านผลลัพธ์ ทางคลินิก การดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และความพึง พอใจของผู้ป่วย เปรียบเทียบกับการดูแลใน โรงพยาบาล
4. เพื่อศึกษาผลการนำรูปแบบไปใช้ในผู้ป่วย กลุ่มใหม่ระยะขยายผล และปัญหาในการดำเนินงาน

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ใช้ข้อมูลเชิง ปริมาณร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการใน โรงพยาบาลโนนสังและพื้นที่รับผิดชอบ จังหวัด หนองบัวลำภู แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และความต้องการ ศึกษาปัญหาการเข้าถึงบริการ การดูแลต่อเนื่อง และ ความต้องการดูแลที่บ้านของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้ง ความพร้อมของบุคลากรและเครือข่ายบริการสุขภาพ

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ นำผลการศึกษา สถานการณ์และหลักฐานวิชาการมาพัฒนารูปแบบ ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง กำหนดเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วย ขึ้นตอนการดูแล บทบาทผู้รับผิดชอบ และระบบ ติดตาม พร้อมตรวจสอบความเหมาะสมและปรับปรุง ก่อนนำไปใช้

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผล ประเมินผลโดยเปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการ ดูแลแบบ Homeward กับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล ในโรงพยาบาล โดยไม่มีการสุมจัดผู้ป่วยเข้ากลุ่ม วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของ HbA1c จากข้อมูลการ ตรวจติดตาม และเปรียบเทียบการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจระหว่างกลุ่มตาม ข้อมูลที่มี

ระยะที่ 4 ปรับปรุงและขยายผล นำรูปแบบที่ ปรับปรุงแล้วไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มใหม่ ประเมินความ ครบถ้วนของกิจกรรมตามรูปแบบ ผลลัพธ์เบื้องต้น และปัญหาในการดำเนินงาน เพื่อนำมาปรับปรุง รูปแบบฉบับสมบูรณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือ โรคความดันโลหิตสูงที่รับบริการในโรงพยาบาล โนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู ผู้ดูแล บุคลากรสุขภาพ และเครือข่ายชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย กำหนดกลุ่มตัวอย่างตามระยะการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และความ ต้องการ กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณเป็นผู้ป่วยกลุ่ม Homeward และกลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาล กลุ่มละ

110 คน คัดเลือกแบบต่อเนื่องจากผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และสมัครใจเข้าร่วมจนได้จำนวนที่กำหนด ส่วนผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพคัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 32 คน ได้แก่ บุคลากรสุขภาพ 12 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 10 คน และผู้ป่วยกับผู้ดูแล 10 คน โดยพิจารณาจากประสบการณ์ในการรับบริการ การดูแล หรือการประสานงานผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบจำนวน 50 คน ประกอบด้วยบุคลากรทีมสหวิชาชีพ 20 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือตัวแทนชุมชน 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้มีบทบาทรับผิดชอบงานโรคเรื้อรัง งานดูแลต่อเนื่อง และการประสานบริการในชุมชน โดยสามารถเข้าร่วมประชุมและให้ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนารูปแบบได้

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผล กลุ่มผู้ป่วยสำหรับประเมินผลทางคลินิกได้จากทะเบียนบริการและเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวาน โดยคัดเลือกทุกรายที่เข้าเกณฑ์ในช่วงศึกษา ประกอบด้วยกลุ่ม Homeward จำนวน 303 คน และกลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาลจำนวน 286 คน จำแนกกลุ่มตามบริการที่ได้รับ โดยไม่มีการสุ่มจัดเข้ากลุ่ม

สำหรับการประเมินด้วยแบบสอบถาม คัดเลือกผู้ป่วยแบบต่อเนื่องจากแต่ละบริการ โดยมีผู้ตอบแบบประเมินคุณภาพชีวิตและการดูแลตนเองกลุ่มละ 110 คน ส่วนแบบประเมินความพึงพอใจมีผู้ตอบกลุ่ม Homeward จำนวน 111 คน และกลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาลจำนวน 112 คน จำนวนผู้ตอบกำหนดแยกตามเครื่องมือและไม่รวมกับจำนวนผู้ป่วยจากเวชระเบียนเป็นยอดผู้เข้าร่วมทั้งหมด

เกณฑ์คัดเข้าของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง สามารถสื่อสารและตอบแบบสอบถามได้ และสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์คัดออก ได้แก่ มีภาวะเจ็บป่วยหรือข้อจำกัดด้านการรู้คิดที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ สำหรับข้อมูลทางคลินิก คัดเฉพาะระเบียบผู้ป่วยเบาหวานที่

ระบุรูปแบบบริการและมีผลตรวจ HbA1c ตามช่วงการติดตามที่กำหนด โดยไม่นับทะเบียนซ้ำของผู้ป่วยรายเดียวกัน

ระยะที่ 4 การขยายผล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกลุ่มใหม่จำนวน 150 คน คัดเลือกแบบต่อเนื่องจากผู้ผ่านเกณฑ์รับบริการ Homeward ได้แก่ มีความเหมาะสมทางคลินิกสำหรับการดูแลที่บ้าน มีความพร้อมของบ้านและผู้ดูแลตามความจำเป็น สามารถติดต่อเพื่อติดตามได้ และสมัครใจเข้าร่วม โดยตรวจสอบทะเบียนเพื่อไม่รับผู้ป่วยที่เข้าร่วมระยะทดลองใช้ซ้ำ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบ Homeward ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ การคัดเลือกและประเมินความพร้อม การจัดทำแผนดูแลรายบุคคล การเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแล การติดตามและประสานการดูแล และการจัดการอาการผิดปกติและประเมินผล โดยมีคู่มือดำเนินงาน แบบประเมินความพร้อม แผนดูแลรายบุคคล และแนวทางประสานส่งต่อเป็นเครื่องมือประกอบ

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย

2.1 แนวคำถามสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มสำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแล บุคลากรสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนชุมชน ครอบคลุมประสบการณ์รับบริการ ปัญหาการเข้าถึงบริการ ความต้องการดูแลที่บ้าน ความพร้อมของครอบครัว บทบาทของผู้เกี่ยวข้อง และข้อเสนอแนะต่อการพัฒนารูปแบบ

2.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและความต้องการของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย ผู้ดูแล การเดินทางและการเข้าถึงบริการ พฤติกรรมการติดตามสุขภาพ ตลอดจนความสนใจ ความต้องการ และความกังวลต่อการบริการ Homeward เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมข้อความ

2.3 แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก ใช้รวบรวมข้อมูลจากทะเบียนบริการและเวชระเบียน ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคร่วม รูปแบบบริการที่ได้รับ และระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) จากการตรวจติดตาม 3 ครั้ง เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยเบาหวาน

2.4 แบบประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ใช้แบบประเมิน Self-Care of Chronic Illness Inventory ฉบับภาษาไทย รุ่น 4c (SC-CII Thai version 4c) ชุดที่ใช้มีข้อคำถามลำดับที่ 1-29 ครอบคลุมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ การติดตามอาการ การรับรู้และจัดการอาการ รวมทั้งส่วนประเมินความมั่นใจในการดูแลตนเอง คำนวณคะแนนตามแนวทางของเครื่องมือและแปลงเป็นคะแนนมาตรฐานรายด้านตั้งแต่ 0-100 คะแนน โดยคะแนนสูงแสดงถึงการดูแลตนเองหรือความมั่นใจในด้านนั้นสูง และไม่รวมทุกด้านเป็นคะแนนเดียว

2.5 แบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย ประเมินสุขภาพ 5 มิติ ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ อาการเจ็บปวดหรือไม่สบายตัว และความวิตกกังวลหรือซึมเศร้า แต่ละมิติมี 5 ระดับ นำคำตอบมาคำนวณดัชนีอรรถประโยชน์ด้วยชุดค่าคะแนนของประเทศไทย (5) ร่วมกับแบบประเมินสุขภาพโดยรวม EQ VAS ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0-100 คะแนน โดยคะแนนสูงแสดงถึงการรับรู้สุขภาพโดยรวมที่ดีกว่า

2.6 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย จำนวน 18 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ กระบวนการให้บริการ บุคลากร คุณภาพการดูแล และผลลัพธ์ตามการรับรู้ของผู้ป่วย เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน สรุปเป็นคะแนนเฉลี่ยรายด้านและภาพรวม โดยคะแนนสูงแสดงถึงความพึงพอใจสูง

2.7 แบบบันทึกการดำเนินงานระยะขยายผล ใช้บันทึกการประเมินความพร้อม การจัดทำแผนดูแล การเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแล การติดตามตามแผน และผลการประเมิน HbA1c กับ EQ VAS ก่อนและหลัง

ติดตาม 3 เดือน รวมทั้งปัญหาและการแก้ไขระหว่างดำเนินงาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การพยาบาลชุมชนหรือการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และการวิจัยทางสุขภาพ ประเมินความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ครอบคลุมของเนื้อหา และความชัดเจนของภาษา โดยกำหนดเกณฑ์ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป และปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้

นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่รวมอยู่ในการศึกษาหลัก เพื่อตรวจสอบความเข้าใจข้อคำถามและระยะเวลาในการตอบ ประเมินความสอดคล้องภายในของแบบประเมินความพึงพอใจและแบบประเมินการดูแลตนเองด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยพิจารณาแยกตามองค์ประกอบของเครื่องมือและกำหนดเกณฑ์ตั้งแต่ .70 ขึ้นไป สำหรับ SC-CII และ EQ-5D-5L ใช้ฉบับภาษาไทยและวิธีให้คะแนนตามแนวทางของเครื่องมือ โดยไม่ดัดแปลงข้อคำถาม และไม่ใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาประเมิน EQ-5D-5L รวมทั้ง 5 มิติ เนื่องจากแต่ละมิติประเมินสุขภาพคนละด้าน

แนวคำถามสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มได้รับการปรับให้เป็นคำถามปลายเปิด เข้าใจง่าย และไม่ชี้นำคำตอบ ส่วนแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกและการดำเนินงานกำหนดนิยามตัวแปร หน่วยวัด และวิธีบันทึกให้ตรงกัน พร้อมตรวจสอบข้อมูลกับเอกสารต้นทาง สำหรับรูปแบบ Homeward และคู่มือประกอบให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความเหมาะสม ความชัดเจน และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ก่อนชักชวนการใช้งานและปรับปรุงร่วมกับทีมผู้ปฏิบัติงาน

ขั้นตอนดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และความต้องการ ผู้วิจัยประสานหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้อง ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการศึกษา พร้อมเตรียมผู้ช่วยวิจัยให้เข้าใจวิธีใช้เครื่องมือและการบันทึกข้อมูลตรงกัน จากนั้นทบทวนทะเบียนผู้ป่วยและกระบวนการดูแลเดิม เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะทั่วไป การเข้าถึงบริการ และความต้องการดูแลที่บ้าน ร่วมกับการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มผู้ป่วย ผู้ดูแล บุคลากรสุขภาพ และเครือข่ายชุมชน บันทึกเสียงเมื่อได้รับความยินยอมและจดบันทึกภาคสนาม เพื่อนำข้อมูลมาสรุปปัญหาและประเด็นสำหรับพัฒนารูปแบบ

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ นำผลการศึกษาศาสนการณ์ร่วมกับหลักฐานวิชาการเข้าสู่การประชุมเชิงปฏิบัติการกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วย องค์กรประกอบการดูแล บทบาทผู้รับผิดชอบ วิธีติดตาม และช่องทางประสานส่งต่อ จัดทำคู่มือและแบบบันทึกประกอบรูปแบบ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ก่อนชักชวนการใช้งานร่วมกับทีมผู้ปฏิบัติงานและปรับปรุงขั้นตอนให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผล นำรูปแบบไปใช้ในกลุ่ม Homeward โดยประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว จัดทำแผนดูแลรายบุคคล ให้คำแนะนำและฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยกับผู้ดูแล พร้อมกำหนดผู้ประสานงานและแผนติดตาม ทีมสุขภาพบันทึกกิจกรรมการดูแล ปัญหาที่พบ และการประสานส่งต่อ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามแนวทางปกติของโรงพยาบาล โดยไม่มีการสุ่มจัดผู้ป่วยเข้ากลุ่ม

เก็บข้อมูลทางคลินิกจากทะเบียนบริการและเวชระเบียน ได้แก่ ลักษณะพื้นฐาน โรคร่วม และผลตรวจ HbA1c จำนวน 3 ครั้งตามลำดับการติดตาม พร้อมตรวจสอบหน่วยวัดและความครบถ้วนของข้อมูล เก็บข้อมูลการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มด้วยเครื่องมือชุดเดียวกัน โดยผู้ช่วยวิจัยที่ไม่ได้ให้บริการแก่ผู้ตอบ

โดยตรง บันทึกวันที่ประเมินและรูปแบบบริการที่ได้รับ และตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบก่อนสิ้นสุดการเก็บข้อมูลแต่ละครั้ง

ระยะที่ 4 ปรับปรุงและขยายผล นำผลการประเมินและปัญหาจากระยะทดลองใช้มาทบทวนร่วมกับทีมผู้ปฏิบัติงาน ปรับปรุงแผนดูแล การเตรียมผู้ดูแล ระบบประสานงาน และการติดตามข้อมูล จากนั้นนำรูปแบบไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มใหม่จำนวน 150 คน ซึ่งไม่ซ้ำกับระยะทดลองใช้ ติดตามเป็นเวลา 3 เดือน บันทึกการได้รับกิจกรรมตามรูปแบบ และเก็บข้อมูล HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานกับคะแนน EQ VAS ก่อนและหลังการติดตาม พร้อมรวบรวมปัญหาและข้อเสนอแนะเพื่อนำมาปรับปรุงรูปแบบฉบับสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลเชิงกลุ่มด้วยการทดสอบไคแควร์ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม Homeward กับกลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาลด้วย Welch's t-test ได้แก่ คะแนนการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจ

2. เปรียบเทียบ HbA1c ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 ภายในกลุ่มด้วย paired t-test และเปรียบเทียบค่าการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มด้วย Welch's t-test รวมทั้งใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) เปรียบเทียบ HbA1c ครั้งที่ 3 โดยควบคุมค่าครั้งที่ 1

3. ระยะขยายผลรายงานการได้รับกิจกรรมตามรูปแบบด้วยจำนวนและร้อยละ และเปรียบเทียบ HbA1c กับคะแนน EQ VAS ก่อนและหลังติดตามด้วย paired t-test เฉพาะผู้ที่มีข้อมูลครบคู่ รายงานผลต่างเฉลี่ย ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่า p โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและสรุปเป็นประเด็นตามวัตถุประสงค์การวิจัย

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการภายหลังได้รับการรับรอง
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู เลขที่
รับรอง 28/2568 ลงวันที่ 24 กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์และความต้องการในการดูแล
ผู้ป่วย

การศึกษาข้อมูลผู้ป่วยกลุ่ม Homeward และ
กลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาล กลุ่มละ 110 คน พบว่า
กลุ่ม Homeward มีอายุเฉลี่ยสูงกว่าและมีระยะทาง
จากบ้านถึงโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยใน
โรงพยาบาล ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีปัญหาการเดินทาง
อย่างน้อยหนึ่งประการร้อยละ 63.6 และ 69.1
ตามลำดับ โดยกลุ่ม Homeward ใช้เวลาในการมารับ
บริการตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไปร้อยละ 82.7 และมีผู้ดูแล
หลักร้อยละ 74.5 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะผู้ป่วยและการเข้าถึงบริการ จำแนกตามกลุ่ม

ลักษณะ	Homeward (n = 110)	ผู้ป่วยในโรงพยาบาล (n = 110)
เพศหญิง, จำนวน (ร้อยละ)	64 (58.2)	105 (95.5)
อายุ, ปี, Mean $\pm$ SD	60.68 $\pm$ 7.80	57.88 $\pm$ 6.62
ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล, กิโลเมตร, Mean $\pm$ SD	11.66 $\pm$ 3.24	6.57 $\pm$ 2.69
ใช้เวลาบริการต่อครั้ง $\geq$ 4 ชั่วโมง, จำนวน (ร้อยละ)	91 (82.7)	63 (57.3)
มีปัญหาการเดินทาง $\geq$ 1 ประการ, จำนวน (ร้อยละ)	70 (63.6)	76 (69.1)
ไม่ได้ติดตามสุขภาพที่บ้าน, จำนวน (ร้อยละ)	8 (7.3)	19 (17.3)
มีผู้ดูแลหลัก, จำนวน (ร้อยละ)	82 (74.5)	75 (68.2)

ด้านความต้องการบริการ ผู้ป่วยกลุ่ม
Homeward สนใจหรือสนใจมากต่อการดูแลที่บ้าน
ร้อยละ 85.5 บริการที่ต้องการ ได้แก่ การติดตาม
อาการร้อยละ 85.5 การวัดความดันโลหิตหรือระดับ
น้ำตาลร้อยละ 82.7 และคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและ
ยาร้อยละ 76.4 ส่วนความกังวลสำคัญ ได้แก่ ความ
ปลอดภัยเมื่อเกิดอาการผิดปกติร้อยละ 35.5 และ
คุณภาพการดูแลที่บ้านร้อยละ 28.2

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 32
คน พบประเด็นที่ต้องพัฒนา 4 ด้าน ได้แก่ ความ
ต่อเนื่องของข้อมูลและแผนการดูแล ความพร้อมของ
ผู้ป่วยและผู้ดูแล ช่องทางติดต่อเมื่อเกิดอาการ
ผิดปกติ และความชัดเจนของบทบาทบุคลากรกับ
เครือข่ายชุมชน โดยผู้ปฏิบัติงานเสนอให้มีข้อมูลสรุป
ที่ใช้ร่วมกัน ผู้ประสานงานที่ติดต่อได้ และแผน
ติดตามตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบ
Homeward

การพัฒนารูปแบบร่วมกับผู้เกี่ยวข้องได้
องค์ประกอบการดูแล 5 ด้าน ได้แก่ 1) การคัดเลือก
และประเมินความพร้อม 2) การจัดทำแผนดูแล
รายบุคคล 3) การเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแล 4) การ
ติดตามและประสานการดูแล และ 5) การจัดการ
อาการผิดปกติและประเมินผล โดยกำหนดขั้นตอน
เชื่อมโยงตั้งแต่ก่อนรับเข้าระบบ ระหว่างดูแลที่บ้าน
และเมื่อสิ้นสุดการดูแล

แพทย์รับผิดชอบประเมินความเหมาะสมทาง
คลินิกและปรับแผนรักษา พยาบาลเป็นผู้
ประสานงานและติดตามแผนดูแล ทีมสหวิชาชีพและ
หน่วยบริการปฐมภูมิร่วมดูแลตามปัญหาของผู้ป่วย
ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสนับสนุน
การติดต่อและรายงานปัญหาตามขอบเขตที่ได้รับ
มอบหมาย โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกำหนดเป้าหมาย
และปฏิบัติตามแผน

การซักซ้อมก่อนนำรูปแบบไปใช้พบว่า แบบ
บันทึกบางส่วนซ้ำซ้อน ผู้ป่วยยังไม่ทราบผู้

ประสานงานในบางช่วงเวลา และผู้ดูแลต้องการฝึกทักษะเพิ่มเติม จึงปรับแบบสรุปข้อมูลให้กระชับ ระบุผู้ประสานงานหลักและสำรอง เพิ่มการตรวจสอบความเข้าใจด้วยการอธิบายและปฏิบัติกลับ และกำหนดความถี่ในการติดตามเป็นรายบุคคล

3. ผลการทดลองใช้รูปแบบ

3.1 ผลลัพธ์ทางคลินิก

ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่ม Homeward จำนวน 303 คน มีอายุเฉลี่ย 60.85 ± 10.51 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 62.7 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาลจำนวน 286 คน มีอายุเฉลี่ย 57.95 ± 6.26 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 96.5 ค่า HbA1c ครั้งที่ 1 ของกลุ่ม

Homeward สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยมีค่าเฉลี่ย $10.82 \pm 2.54\%$ และ $8.93 \pm 2.11\%$ ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 กลุ่ม Homeward มี HbA1c ลดลงเฉลี่ย 0.90 จุดร้อยละ ขณะที่กลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.32 จุดร้อยละ ผลต่างของการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มเท่ากับ -1.23 จุดร้อยละ อย่างไรก็ตาม เมื่อควบคุมค่า HbA1c ครั้งที่ 1 ด้วย ANCOVA ไม่พบความแตกต่างของค่า HbA1c ครั้งที่ 3 ระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับ HbA1c และการเปลี่ยนแปลง จำแนกตามกลุ่ม

ตัวแปร	Homeward (n = 303), Mean $\pm$ SD	ผู้ป่วยในโรงพยาบาล (n = 286), Mean $\pm$ SD	ผลต่างระหว่างกลุ่ม (95% CI)	p
HbA1c ครั้งที่ 1 (%)	10.82 ± 2.54	8.93 ± 2.11	—	—
HbA1c ครั้งที่ 2 (%)	10.67 ± 2.65	8.75 ± 2.30	—	—
HbA1c ครั้งที่ 3 (%)	9.91 ± 2.84	9.26 ± 2.48	—	—
การเปลี่ยนแปลงครั้งที่ 3 - ครั้งที่ 1 (จุดร้อยละ)	-0.90 ± 3.19	0.32 ± 2.13	$-1.23 (-1.66, -0.79)$	<.001
p ภายในกลุ่ม	<.001	.011	—	—
HbA1c ครั้งที่ 3 ปรับด้วยค่าครั้งที่ 1	—	—	$-0.23 (-0.66, 0.19)$	.281

หมายเหตุ: ผลต่างระหว่างกลุ่มคำนวณจากกลุ่ม Homeward ลบกลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยใช้ค่าก่อนปรับเพศ เปรียบเทียบภายในกลุ่มด้วย paired t-test เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มด้วย Welch's t-test และเปรียบเทียบค่าครั้งที่ 3 ที่ปรับแล้วด้วย ANCOVA

3.2 การดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจ

คะแนนมาตรฐานการดูแลตนเองของกลุ่ม Homeward ต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั้งด้านการคงภาวะสุขภาพ การติดตามอาการ และการจัดการอาการ รวมถึงคะแนนความมั่นใจในการดูแลตนเอง โดยแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน

ส่วนคะแนนสุขภาพโดยรวม EQ VAS ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่ม Homeward มีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาลทุกด้าน โดยคะแนนภาพรวมเท่ากับ 4.49 ± 0.40 และ 4.13 ± 0.14 คะแนน ตามลำดับ ด้านบุคลิกภาพมีผลต่างเฉลี่ยระหว่างกลุ่มมากที่สุด รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนการดูแลตนเอง สุขภาพโดยรวม และความพึงพอใจ จำแนกตามกลุ่ม

ผลลัพธ์	Homeward, Mean $\pm$ SD	ผู้ป่วยในโรงพยาบาล, Mean $\pm$ SD	ผลต่างเฉลี่ย (95% CI)	p
การดูแลตนเอง (0-100 คะแนน)	n = 110	n = 110		
การคงภาวะสุขภาพ	56.30 ± 9.90	89.61 ± 5.88	$-33.31 (-35.48, -31.15)$	<.001

ตารางที่ 3 คะแนนการดูแลตนเอง สุขภาพโดยรวม และความพึงพอใจ จำแนกตามกลุ่ม

ผลลัพธ์	Homeward, Mean $\pm$ SD	ผู้ป่วยในโรงพยาบาล, Mean $\pm$ SD	ผลต่างเฉลี่ย (95% CI)	p
การติดตามอาการ	59.23 $\pm$ 10.65	88.73 $\pm$ 6.89	-29.50 (-31.89, -27.12)	<.001
การจัดการอาการ	59.00 $\pm$ 10.64	83.82 $\pm$ 10.56	-24.82 (-27.64, -22.00)	<.001
ความมั่นใจในการดูแลตนเอง ^a	50.55 $\pm$ 9.86	85.23 $\pm$ 8.28	-34.68 (-37.11, -32.26)	<.001
สุขภาพโดยรวม	n = 110	n = 110		
EQ VAS (0-100 คะแนน)	71.91 $\pm$ 12.00	74.09 $\pm$ 14.98	-2.18 (-5.79, 1.43)	.235
ความพึงพอใจ (1-5 คะแนน)	n = 109	n = 112		
กระบวนการให้บริการ	4.45 $\pm$ 0.43	4.19 $\pm$ 0.29	0.26 (0.16, 0.36)	<.001
บุคลากร	4.49 $\pm$ 0.46	4.05 $\pm$ 0.33	0.44 (0.34, 0.55)	<.001
คุณภาพการดูแล	4.51 $\pm$ 0.46	4.11 $\pm$ 0.29	0.40 (0.30, 0.50)	<.001
ผลลัพธ์ตามการรับรู้ของผู้ป่วย	4.54 $\pm$ 0.49	4.17 $\pm$ 0.43	0.37 (0.25, 0.50)	<.001
ภาพรวม	4.49 $\pm$ 0.40	4.13 $\pm$ 0.14	0.37 (0.29, 0.45)	<.001

หมายเหตุ: เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วย Welch's t-test ผลต่างเฉลี่ยคำนวณจากกลุ่ม Homeward สบกลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยใช้ค่าก่อนปิดเคส^a
กลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีข้อมูลความมั่นใจครบ 109 คน

4. ผลการปรับปรุงและขยายผลรูปแบบ

ก่อนขยายผลได้ปรับปรุงการดำเนินงาน 4 ประเด็น ได้แก่ การระบุเป้าหมายและกิจกรรมรายบุคคลให้ชัดเจน การเตรียมผู้ดูแลสำรอง การตรวจสอบความเข้าใจและทักษะของผู้ป่วยกับผู้ดูแล และการกำหนดผู้รับผิดชอบติดตามข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน

การขยายผลในผู้ป่วยกลุ่มใหม่ 150 คน พบว่าผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความพร้อมก่อนเข้ารับระบบ มีแผนดูแลรายบุคคล 146 คน คิดเป็นร้อยละ

97.3 ได้รับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล 142 คน คิดเป็นร้อยละ 94.7 และได้รับการติดตามครบตามแผน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 92.7

หลังติดตาม 3 เดือน ผู้ที่มีข้อมูล HbA1c ครบคู่จำนวน 138 คน มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก $9.65 \pm 1.81\%$ เป็น $9.08 \pm 2.20\%$ ส่วนผู้ที่มีข้อมูล EQ VAS ครบคู่จำนวน 143 คน มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 72.14 ± 13.24 เป็น 72.90 ± 15.44 คะแนน โดยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ก่อนและหลังติดตามในระยะขยายผล

ผลลัพธ์	จำนวนข้อมูล ครบคู่	ก่อนติดตาม, Mean $\pm$ SD	หลังติดตาม, Mean $\pm$ SD	การเปลี่ยนแปลงเฉลี่ย (95% CI)	p
HbA1c (%)	138	9.65 $\pm$ 1.81	9.08 $\pm$ 2.20	-0.57 (-0.79, -0.35)	<.001
EQ VAS (0-100 คะแนน)	143	72.14 $\pm$ 13.24	72.90 $\pm$ 15.44	0.76 (-0.62, 2.14)	.277

หมายเหตุ: เปรียบเทียบด้วย paired t-test การเปลี่ยนแปลงคำนวณจากค่าหลังติดตามลบก่อนติดตาม
ปัญหาที่พบระหว่างขยายผล ได้แก่ ผู้ดูแลบางรายไม่สามารถเข้าร่วมตามเวลานัด และข้อมูลติดตามบางส่วนไม่ครบถ้วน ทีมจึงปรับเวลานัดให้เหมาะสม
ประสานผู้ดูแลสำรอง และมอบหมายผู้รับผิดชอบติดตามข้อมูลแต่ละรายการ

5. รูปแบบฉบับสมบูรณ์และบทเรียนจากการดำเนินงาน

รูปแบบฉบับสมบูรณ์คงองค์ประกอบหลัก 5 ด้าน โดยเพิ่มข้อกำหนดเรื่องผู้ประสานงานหลักและสำรอง ผู้ดูแลสำรอง การตรวจสอบความเข้าใจด้วย

การอธิบายและปฏิบัติกลับ และทะเบียนติดตามที่
ระบุวันที่ สถานะ และการดำเนินการต่อเนื่อง
กำหนดให้ส่งต่อข้อมูลสำคัญใน 3 ช่วง ได้แก่ ก่อน
เริ่มดูแลที่บ้าน ระหว่างการติดตาม และเมื่อสิ้นสุด
การดูแลหรือส่งต่อกลับโรงพยาบาล

บทเรียนจากการดำเนินงานพบว่า ความพร้อม
ของผู้ป่วยและผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงได้ระหว่างติดตาม
แผนดูแลจึงต้องปรับตามปัญหารายบุคคล การ
กำหนดผู้รับผิดชอบและข้อมูลที่ต้องส่งต่อให้ชัดเจน
ช่วยให้ทีมปฏิบัติงานต่อเนื่องกันได้ ส่วนการ
ประเมินผลควรพิจารณาผลทางคลินิก การดูแล
ตนเอง และประสบการณ์รับบริการร่วมกัน เนื่องจาก
ผลลัพธ์แต่ละด้านมีทิศทางแตกต่างกัน

สรุปและอภิปรายผล

1. สถานการณ์และความต้องการในการดูแล ผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่ม Homeward
มีข้อจำกัดด้านระยะทางและเวลาที่ใช้ในการรับ
บริการ โดยส่วนใหญ่สนใจการดูแลที่บ้านและ
ต้องการการติดตามอาการ การตรวจวัดสุขภาพ และ
คำแนะนำเกี่ยวกับ โรคและยา ขณะเดียวกันยังม
ีความกังวลเรื่องความปลอดภัยเมื่อเกิดอาการผิดปกติ
สะท้อนว่าการจัดบริการที่บ้านต้องพิจารณาทั้งความ
สะดวกในการเข้าถึงและระบบสนับสนุนที่ผู้ป่วย
ติดต่อได้ ทั้งนี้ ข้อมูลเชิงคุณภาพยังพบความต้องการ
ด้านการส่งต่อข้อมูลและความชัดเจนของ
ผู้รับผิดชอบ ซึ่งสอดคล้องกับวลีรัตน์ สุวรรณหมัด
และบุบผา รักษานาม³ ที่พบปัญหาความเข้าใจของ
บุคลากร บทบาทหน้าที่ และการติดตามต่อเนื่องใน
เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง ข้อค้นพบนี้
สนับสนุนการกำหนดขั้นตอนและผู้ประสานงานให้
ชัดเจนตั้งแต่ก่อนรับผู้ป่วยเข้าสู่บริการ

ผู้ป่วยกลุ่ม Homeward ส่วนใหญ่มีผู้ดูแล
หลัก แต่การมีผู้ดูแลอาจไม่ได้หมายถึงความพร้อมใน
การดูแลทุกด้าน เนื่องจากยังเกี่ยวข้องกับเวลา
ความรู้ และทักษะในการปฏิบัติ สอดคล้องกับญา
นันท์ ใจอาจหาญ⁶ ซึ่งให้ความสำคัญกับการสนับสนุน

ครอบครัวและการประสานเครือข่ายในการจัดระบบ
ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ดังนั้น การประเมินความพร้อมคว
ครอบคลุมบทบาทและข้อจำกัดของผู้ดูแล เพื่
อกำหนดกิจกรรมที่สามารถดำเนินการได้ใน
ชีวิตประจำวัน

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบ Homeward

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยการประเมิน
ความพร้อม การจัดทำแผนรายบุคคล การเตรียม
ผู้ป่วยและผู้ดูแล การติดตามประสานงาน และการ
จัดการอาการผิดปกติ องค์ประกอบดังกล่าวเชื่อมโยง
การดูแลในสถานพยาบาลกับการปฏิบัติที่บ้าน และ
สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังที่เน้นการ
สนับสนุนการจัดการตนเอง การออกแบบบริการ และ
การใช้ทรัพยากรชุมชน งานของ Boocho และ
Ploylearmsang⁴ แสดงให้เห็นการประยุกต์แนวคิดนี้
ผ่านความร่วมมือของหน่วยบริการ ผู้ป่วย ผู้ดูแล และ
เครือข่ายชุมชน โดยพบผลด้านความรู้และการมีส่วนร่วม
หลังดำเนินงาน จึงสนับสนุนการพัฒนารูปแบบที่
ให้ผู้เกี่ยวข้องร่วมกำหนดวิธีดูแลตามบริบทพื้นที่

การกำหนดพยาบาลเป็นผู้ประสานงาน การ
ฝึกทักษะผู้ดูแล และการเชื่อมหน่วยบริการปฐมภูมิ มี
ความสอดคล้องกับสุริย์รัตน์ ธนากิจ และคณะ² ซึ่ง
พบว่าการสร้างทีม การเตรียมผู้ดูแล และการ
ประสานเครือข่ายเป็นส่วนสำคัญของระบบดูแล
ผู้ป่วยที่บ้านโรงพยาบาลคลองใหญ่ รวมทั้งสอดคล้อง
กับภมณญาณี โชติการณ์ และคณะ⁷ ที่พัฒนาระบบ
Home Ward โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการ
สุขภาพในจังหวัดกาฬสินธุ์ ความสอดคล้องนี้สะท้อน
ความสำคัญของการจัดระบบงานร่วมกัน อย่างไรก็ตาม
รายละเอียดด้านความถี่ในการติดตามและการ
แบ่งหน้าที่ต้องปรับให้เหมาะกับกำลังคนและความ
จำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย

3. ผลต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซี

กลุ่ม Homeward มี HbA1c ลดลงเฉลี่ย 0.90
จุดร้อยละ ขณะที่กลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น
เฉลี่ย 0.32 จุดร้อยละ แม้ผลต่างของการเปลี่ยนแปลง
ระหว่างกลุ่มมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อปรับด้วยค่า

HbA1c ครั้งแรก ไม่พบความแตกต่างของค่าครั้งที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลนี้ชี้ว่าความแตกต่างตั้งต้นมีความสำคัญต่อการตีความ และยังไม่สนับสนุนข้อสรุปว่า Homeward ควบคุมระดับน้ำตาลได้เหนือกว่าการดูแลในโรงพยาบาล ทั้งนี้ การปรับค่าตั้งต้นเพียงตัวแปรเดียวยังไม่ครอบคลุมความแตกต่างด้านอายุ เพศ การรักษา และความรุนแรงของโรคระหว่างกลุ่ม

ทิศทางการลดลงภายในกลุ่ม Homeward สอดคล้องกับอมรธีร์ ศรีสะอาด⁸ ที่ศึกษาผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลพนาและพบว่า HbA1c ลดลงภายหลังเข้าร่วม Home Ward โดยค่า HbA1c ตั้งต้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีสัมพันธ์กับการตอบสนอง อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวเป็นการเปรียบเทียบก่อนและหลังในกลุ่มเดียว จึงใช้สนับสนุนแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงได้ แต่ไม่ยืนยันความเหนือกว่าของรูปแบบบริการ การลดลงในการศึกษานี้ อาจเกี่ยวข้องกับการติดตาม การทบทวนยา และการสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งยังไม่ได้แยกประเมินผลของแต่ละกิจกรรมโดยตรง

แม้ค่าเฉลี่ย HbA1c ของกลุ่ม Homeward ลดลง แต่ค่าครั้งที่ 3 ยังอยู่ที่ 9.91% จึงสะท้อนว่ายังคงมีความจำเป็นในการดูแลต่อเนื่อง สอดคล้องกับศรีนรัตน์ ธนขจิระพงศ์⁹ ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานในระบบ Home Ward มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น แต่ผู้ป่วยจำนวนมากยังมีระดับน้ำตาลสูงหลังดำเนินงาน ข้อค้นพบทั้งสองจึงสนับสนุนการติดตามผลรายบุคคล มากกว่าการพิจารณาเฉพาะการลดลงของค่าเฉลี่ยกลุ่ม

4. การดูแลตนเองและสุขภาพโดยรวม

คะแนนการดูแลตนเองและความมั่นใจของกลุ่ม Homeward ต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาลทุกด้าน ผลนี้แสดงถึงความแตกต่างระหว่างผู้ตอบแบบสอบถามสองกลุ่ม แต่ยังไม่แสดงว่า Homeward ทำให้การดูแลตนเองลดลง เนื่องจากไม่มีคะแนนก่อนเข้ารับบริการที่ใช้เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงรายบุคคล ความแตกต่างอาจเกี่ยวข้องกับความสามารถเดิม ภาวะสุขภาพ การพึ่งพาผู้ดูแล

หรือช่วงเวลาประเมินผลดังกล่าวแตกต่างจากทิพวรรณ ชมบุญ และคณะ¹⁰ ที่พบความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม Home Ward ที่มีกิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างเป็นขั้นตอน อย่างไรก็ตาม งานดังกล่าวใช้เครื่องมือและแบบแผนการประเมินต่างจากการศึกษาครั้งนี้ จึงไม่ควรเปรียบเทียบขนาดคะแนนโดยตรง ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นประเด็นที่ควรทบทวนในรูปแบบ ได้แก่ การฝึกปฏิบัติ การตรวจสอบความเข้าใจ และการติดตามความสามารถของผู้ป่วยในการนำคำแนะนำไปใช้จริง

ด้านสุขภาพโดยรวม คะแนน EQ VAS ของสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะการรับรู้สุขภาพได้รับอิทธิพลจากหลายด้าน และการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลอาจยังไม่สะท้อนเป็นคะแนนสุขภาพโดยรวมในช่วงประเมิน ทั้งนี้ เป็นข้ออธิบายที่ยังไม่ได้ทดสอบโดยตรง ผลมีทิศทางการสอดคล้องกับการทบทวนของ Edgar และคณะ¹¹ ซึ่งพบว่า Hospital at Home อาจให้ผลด้านภาวะสุขภาพที่ผู้ป่วยรายงานแตกต่างจากการรักษาในโรงพยาบาลเพียงเล็กน้อยหรือไม่แตกต่าง

5. ความพึงพอใจต่อบริการ

กลุ่ม Homeward มีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาลทุกด้าน โดยด้านบุคลากรมีผลต่างเฉลี่ยมากที่สุด อาจเกี่ยวข้องโอกาสในการสื่อสาร การได้รับคำแนะนำรายบุคคล และความสะดวกในการรับบริการที่บ้าน แต่การศึกษานี้ไม่ได้วิเคราะห์ปัจจัยกำหนดความพึงพอใจ จึงยังไม่สามารถระบุสาเหตุของความแตกต่างได้ ผลนี้สอดคล้องกับชัชวาล ต้นคำ และคณะ¹² ที่พบความพึงพอใจต่อบริการ Home Ward โรงพยาบาลพนาอยู่ในระดับมากที่สุด และสอดคล้องกับ Edgar และคณะ¹¹ ที่รายงานว่า การดูแลที่บ้านอาจเพิ่มความพึงพอใจ แม้ความเชื่อมั่นของหลักฐานด้านนี้ยังมีข้อจำกัด ดังนั้น ความพึงพอใจควรใช้สะท้อนประสิทธิภาพรับบริการควบคู่กับผลทางคลินิก โดยไม่ใช้แทนผลด้านความปลอดภัยหรือประสิทธิผลการรักษา

6. การปรับปรุงและขยายผลรูปแบบ

ระยะขยายผลพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการกิจกรรมตามรูปแบบ โดยมีแผนดูแลรายบุคคลร้อยละ 97.3 และได้รับการติดตามครบตามแผนร้อยละ 92.7 สะท้อนความสามารถในการดำเนินกิจกรรมภายในกลุ่มที่เข้าร่วม แต่ยังไม่ใช่ความครอบคลุมของผู้ป่วยที่มีสิทธิรับบริการทั้งหมดในพื้นที่ ส่วนผู้ที่มีข้อมูลครบคุ่มี HbA1c ลดลง ขณะที่ EQ VAS ไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากระยะนี้ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงยังแยกผลของรูปแบบออกจากการปรับยา การรักษาตามปกติ และปัจจัยอื่นไม่ได้

การเพิ่มผู้ดูแลสำรองและผู้รับผิดชอบติดตามข้อมูลเป็นการปรับระบบให้ตอบปัญหาที่พบระหว่างดำเนินงาน สอดคล้องกับภานุพงศ์ มูลสาร และไชยณรงค์ วาปี¹³ ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน และการสังเคราะห์หลักฐานของ Wallis และคณะ¹⁴ ซึ่งพบว่าความร่วมมือ การสื่อสาร บุคลากรที่มีทักษะ และผลกระทบต่อผู้ดูแลเป็นประเด็นสำคัญของการนำ Hospital at Home ไปใช้ การขยายผลจึงควรพิจารณาความพร้อมของทีมและครอบครัวควบคู่กับจำนวนผู้ป่วย เพื่อให้กิจกรรมที่กำหนดสามารถดำเนินการได้ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลควรใช้รูปแบบ Homeward โดยประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล จัดทำแผนดูแลรายบุคคล และกำหนดผู้ประสานงานกับช่องทางติดต่อเมื่อเกิดอาการผิดปกติให้ชัดเจน

2. ทีมสุขภาพควรเพิ่มการฝึกทักษะการดูแลตนเองและตรวจสอบความเข้าใจด้วยการอธิบายหรือปฏิบัติกลับ พร้อมติดตามปัญหาการนำคำแนะนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

3. ควรจัดระบบบันทึกข้อมูลให้เชื่อมโยงผลทางคลินิกกับผลประเมินของผู้ป่วย และขยายบริการตามความพร้อมของบุคลากร ผู้ดูแล และเครือข่ายในพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเก็บข้อมูลการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วม พร้อมพิจารณาความแตกต่างพื้นฐานของผู้ป่วยในการเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่ม

2. ควรติดตามผลระยะยาวขึ้น เพื่อศึกษาความต่อเนื่องของการควบคุมโรค การกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และภาระของผู้ดูแล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Thailand's leadership in the fight against obesity [Internet]. 2025 Mar 7 [cited 2026 Sep 28]. Available from: <https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/thailand-s-leadership-in-the-fight-against-obesity>
2. สุริยรัตน์ ธนากิจ, สมสมัย รัตนกริชากุล, นิสากร กรุงไกรเพชร, อริสรา ฤทธิงาม. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน: กรณีศึกษานวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2561;26(1):79-90.
3. วลัยรัตน์ สุวรรณหมัด, บุษผา รักษานาม. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงที่บ้าน (Home Ward) เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2568;18(1):e275068.
4. Boocho K, Ploylearmsang C. Development and implementation of diabetes care by a community network based on a chronic care model. J Prim Care Community Health. 2023;14:21501319231181874. doi:10.1177/21501319231181874.
5. Pattanaphesaj J, Thavorncharoensap M, Ramos-Goñi JM, Tongsiri S, Ingsrisawang L, Teerawattananon Y. The EQ-5D-5L valuation study in Thailand. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. 2018;18(5):551-8. doi:10.1080/14737167.2018.1494574.

6. ญานันท์ ใจอาจหาญ. การพัฒนาระบบจัดการการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในยุคดิจิทัล โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย จังหวัดลพบุรี. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3. 2569;23(2):235-45.
7. ฌมณัญญ์ โชติการณ, อีรศักดิ์ ภูจอมแจ้ง, วิภาวี เหล่าจตุรพิศ. การพัฒนารูปแบบระบบการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(4):654-64.
8. อมรธีร์ ศรีสะอาด. ผลการศึกษาของกระบวนการ Home Ward ต่อการเปลี่ยนแปลงค่า HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาล จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข. 2568;3(2):417-30.
9. ศรีนรินทร์ ธนขจิระพงศ์. ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยระบบ Home ward ในอำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2568;10(3):853-9.
10. ทิพวรรณ ชมบุญ, วิณา อิศรางกูร ณ อยุธยา, อิตารัตน์ เลิศวิทยากุล. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รูปแบบผู้ป่วยในบ้าน โรงพยาบาลแวงใหญ่ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครพนม. 2568;3(2):e275208.
11. Edgar K, Iliffe S, Doll HA, Clarke MJ, Gonçalves-Bradley DC, Wong E, et al. Admission avoidance hospital at home. Cochrane Database Syst Rev. 2024;3(3):CD007491. doi:10.1002/14651858.CD007491.pub3.
12. ชัชวาล ต้นคำ, ปุณณณิน เชื้อนเพ็ชร, วุฒิชัย ก้อนแปง. การประเมินผลการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน แบบผู้ป่วยในบ้านโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร. 2568;17(2):11-33.
13. ภาณุพงศ์ มูลสาร, ไชยณรงค์ วาปี. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการติดตามดูแลผู้ป่วยรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home ward) โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2568;10(6):95-101.
14. Wallis JA, Shepperd S, Makela P, Han JX, Tripp EM, Gearon E, et al. Factors influencing the implementation of early discharge hospital at home and admission avoidance hospital at home: a qualitative evidence synthesis. Cochrane Database Syst Rev. 2024;3(3):CD014765. doi:10.1002/14651858.CD014765.pub2.