

Effectiveness of the D-METHOD-P Discharge Plan Model for Palliative Care Patients on managing distressing symptoms in the In-Patient Department, Chiang Khan Hospital, Loei Province.

Khajornsri Sornmala
Chiang khan Hospital, Loei Province

ABSTRACT

The increasing elderly population and end-of-life patients in Thailand presents significant challenges for palliative care delivery. A contextual analysis of end-of-life care at Chiang Khan Hospital revealed that the existing discharge planning model lacked critical components for communicating disease understanding and prognosis. The researcher developed the D-METHOD-P discharge planning model by integrating the D: Diagnosis component into the original METHOD-P framework, creating a comprehensive 8-component approach. This study aimed to compare knowledge and behaviors in managing distressing symptoms among patients and caregivers before and after implementing the D-METHOD-P model, and to examine satisfaction with the care model. A quasi-experimental, one-group pretest-posttest design was conducted with 30 end-of-life patients and 30 caregivers in the inpatient department of Chiang Khan Hospital, Loei Province, between March and May 2025. Instruments included the D-METHOD-P model, knowledge and behavior questionnaires, and satisfaction assessment tools. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

The results showed that (1) end-of-life patients' mean knowledge scores for managing distressing symptoms increased from 9.37 ± 2.84 to 17.83 ± 1.66 ($t = 16.89$, $p < .001$, Cohen's $d = 3.91$), and behavior scores increased from 8.63 ± 3.12 to 18.27 ± 1.44 ($t = 18.42$, $p < .001$, Cohen's $d = 4.27$); (2) caregivers' mean knowledge scores increased from 10.23 ± 2.67 to 18.47 ± 1.28 ($t = 19.47$, $p < .001$, Cohen's $d = 4.52$), and behavior scores increased from 9.47 ± 2.95 to 18.90 ± 1.06 ($t = 20.18$, $p < .001$, Cohen's $d = 4.68$), with all variables demonstrating very large effect sizes; and (3) both patients and caregivers reported the highest level of satisfaction with the D-METHOD-P model (4.68 ± 0.34 and 4.73 ± 0.31 , respectively).

In conclusion, the D-METHOD-P discharge planning model demonstrated high effectiveness in improving knowledge and behaviors for managing distressing symptoms among end-of-life patients and their caregivers. The integration of disease understanding components with holistic care promoted patients' and families' readiness for continuous home-based care. This model can be adapted for implementation in community hospitals to enhance the quality of palliative care for end-of-life patients and improve their quality of life in the final stages of life.

Keywords: discharge planning, end-of-life patients, palliative care, D-METHOD-P model, distressing symptoms management

**Corresponding Author: khajornsri1775@gmail.com*

ประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประทับประคองโดยใช้รูปแบบ D-METHOD-P ต่อการจัดการอาการรบกวนในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย

ขจรศรี สอนมาลา

โรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย

บทคัดย่อ

การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะท้ายในประเทศไทยนำมาซึ่งความท้าทายในการดูแลแบบ
ประทับประคอง จากการศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลเชียงคาน พบว่ารูปแบบการ
วางแผนจำหน่ายเดิมยังขาดองค์ประกอบสำคัญในการเชื่อมโยงความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและพยาธิกำเนิด ผู้วิจัย
จึงพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P โดยเพิ่มองค์ประกอบ D: Diagnosis เข้ากับรูปแบบเดิม
METHOD-P ให้ครอบคลุม 8 องค์ประกอบ วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมในการจัดการ
อาการรบกวนของผู้ป่วยและผู้ดูแล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ D-METHOD-P และศึกษาความพึงพอใจต่อ
รูปแบบการดูแล ใช้การวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง กับผู้ป่วยระยะท้าย 30 ราย และผู้ดูแล 30 ราย
โรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย ระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2568 เครื่องมือประกอบด้วยรูปแบบ
D-METHOD-P แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรม และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ
เชิงพรรณนา และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า (1) ผู้ป่วยระยะท้ายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการจัดการอาการรบกวนเพิ่มขึ้นจาก
 9.37 ± 2.84 เป็น 17.83 ± 1.66 คะแนน ($t = 16.89, p < .001, \text{Cohen's } d = 3.91$) และคะแนนพฤติกรรม
เพิ่มขึ้นจาก 8.63 ± 3.12 เป็น 18.27 ± 1.44 คะแนน ($t = 18.42, p < .001, \text{Cohen's } d = 4.27$) (2) ผู้ดูแล
มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 10.23 ± 2.67 เป็น 18.47 ± 1.28 คะแนน ($t = 19.47, p < .001, \text{Cohen's } d = 4.52$) และคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 9.47 ± 2.95 เป็น 18.90 ± 1.06 คะแนน ($t = 20.18, p < .001, \text{Cohen's } d = 4.68$) โดยมีขนาดอิทธิพลระดับสูงมากทุกตัวแปร และ (3) ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจ
ต่อรูปแบบ D-METHOD-P อยู่ในระดับมากที่สุด (4.68 ± 0.34 และ 4.73 ± 0.31 ตามลำดับ)

สรุปได้ว่า รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P มีประสิทธิผลสูงในการเพิ่มความรู้และ
พฤติกรรมการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ดูแล การบูรณาการองค์ประกอบการทำความเข้าใจโรคเข้ากับการดูแลแบบองค์รวมช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลต่อเนื่อง
ที่บ้าน รูปแบบนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
แบบประทับประคอง และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิต

คำสำคัญ: การวางแผนจำหน่าย, ผู้ป่วยระยะท้าย, การดูแลแบบประทับประคอง, รูปแบบ D-METHOD-P, การจัดการอาการรบกวน

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลกในศตวรรษที่ 21 สะท้อนให้เห็นถึงความก้าวหน้าของระบบสาธารณสุขและการแพทย์ ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 พันล้านคนภายในปี พ.ศ. 2573 และ 2.1 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593 (World Health Organization [WHO], 2023) การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุนำมาซึ่งความท้าทายในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ซึ่งเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจในระดับนานาชาติ การบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่วินิจฉัยเริ่มต้นสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะลุกลามได้อย่างมีนัยสำคัญ (Higginson et al., 2022) สำหรับประเทศไทย ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว ในปี พ.ศ. 2566 โดยมีผู้สูงอายุจำนวน 13.26 ล้านคน ซึ่งร้อยละ 10 หรือประมาณ 1.375 ล้านคนอยู่ในภาวะพึ่งพิง (กรมอนามัย, 2567) สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (2568) รายงานว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยประคับประคองจำนวน 345,549 คน โดยมีการจัดการอาการด้วย Strong Opioid อย่างมีคุณภาพเพียงร้อยละ 26.49 และมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวร้อยละ 67.54 ตัวเลขเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่ายังมีช่องว่างในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างครอบคลุม

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองเป็นแนวทางที่มุ่งเน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานทางกายและจิตใจ โดยคำนึงถึงความต้องการทางจิตวิญญาณ ความเชื่อ และวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว (ฉันทชัย สิทธิพันธุ์, 2560) กระทรวงสาธารณสุขได้บรรจุการดูแลแบบประคับประคองไว้ในแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 2 บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพและเชื่อมโยงบริการแบบไร้รอยต่อ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) แนวคิดการดูแลที่มีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Patient- and Family-Centered Care) ได้รับการยอมรับว่าเป็นหลักการสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง (Kokorelias et al., 2019) การวางแผนจำหน่าย (discharge planning) เป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยครอบคลุมการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล การให้คำแนะนำเฉพาะราย และการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพ (รัตนภรณ์ แซ่ลิ้ม และคณะ, 2557) การวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ ภายใต้สัมพันธภาพที่ดี (กิ่งกาญจน์ ชุ่มจำรัส และพรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2561) ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า รูปแบบการวางแผนจำหน่าย METHOD-P ประกอบด้วย M: Medication (ความรู้เรื่องยา), E: Environment and Economic (สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ), T: Treatment (แนวทางการรักษา), H: Health (ภาวะสุขภาพ), O: Outpatient referral (ระบบการดูแลต่อเนื่อง), D: Diet (โภชนาการ) และ P: Psychological support (การดูแลด้านจิตใจ) ซึ่งเป็นรูปแบบที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม การศึกษาของกัมพล อินทรทะกุล และคณะ (2563) พบว่าการวางแผนจำหน่ายด้วยรูปแบบ METHOD-P สามารถเพิ่มคะแนนความรู้ในการจัดการอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม

จากการศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายพบว่า รูปแบบ METHOD-P ยังขาดองค์ประกอบสำคัญในการเชื่อมโยงความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและพยากรณ์โรค ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการตัดสินใจด้านการรักษาในระยะท้ายของชีวิต

โรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีจำนวนผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2565-2567) จำนวน 96, 137 และ 139 คนตามลำดับ โดยกลุ่มโรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคเรื้อรัง โรคมะเร็ง และโรคติดเชื้อ (หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงคาน, 2567) จากการศึกษาสภาพปัญหาพบว่า รูปแบบการวางแผนจำหน่ายเดิมมีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ การวางแผนจำหน่ายล่าช้าโดยให้ความรู้เฉพาะวันที่ผู้ป่วยกลับบ้าน ขาดความครอบคลุมในการให้ความรู้ ขาดการประเมินอาการรบกวนอย่างเป็นระบบ และขาดการติดตามดูแลต่อเนื่อง สภาพปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการจัดการอาการรบกวนที่บ้าน จากช่องว่างความรู้และสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P โดยผสมผสานแนวคิดจากรูปแบบ D-METHOD และ METHOD-P เข้าด้วยกัน โดยเพิ่มองค์ประกอบ D: Diagnosis ซึ่งเน้นการทำความเข้าใจโรค สถานะการดำเนินโรค และการพยากรณ์โรค เพื่อเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว รูปแบบ D-METHOD-P จึงประกอบด้วย 8 องค์ประกอบที่ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม ตั้งแต่การทำความเข้าใจโรค การจัดการยา สิ่งแวดล้อม การรักษา ภาวะสุขภาพ การส่งต่อ โภชนาการ และการดูแลด้านจิตใจ งานวิจัยล่าสุดยืนยันว่าการสื่อสารที่โปร่งใสเกี่ยวกับโรคเป็นหัวใจสำคัญของความพึงพอใจในบริการประคับประคอง (Weetman et al., 2025)

การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P มีความสำคัญทั้งในเชิงทฤษฎีและเชิงปฏิบัติ ในเชิงทฤษฎี การศึกษานี้มีส่วนเติมเต็มช่องว่างความรู้เกี่ยวกับการบูรณาการองค์ประกอบการทำความเข้าใจโรคเข้ากับรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่มีอยู่เดิม ในเชิงปฏิบัติ รูปแบบ D-METHOD-P สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงสุดท้ายของชีวิต ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลเชียงคานและโรงพยาบาลชุมชนอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมในการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของผู้ดูแล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมในการจัดการอาการรบกวนหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายด้วยรูปแบบ D-METHOD-P สูงกว่าก่อนได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายด้วยรูปแบบ D-METHOD-P สูงกว่าก่อนได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P อยู่ในระดับมากขึ้นไป

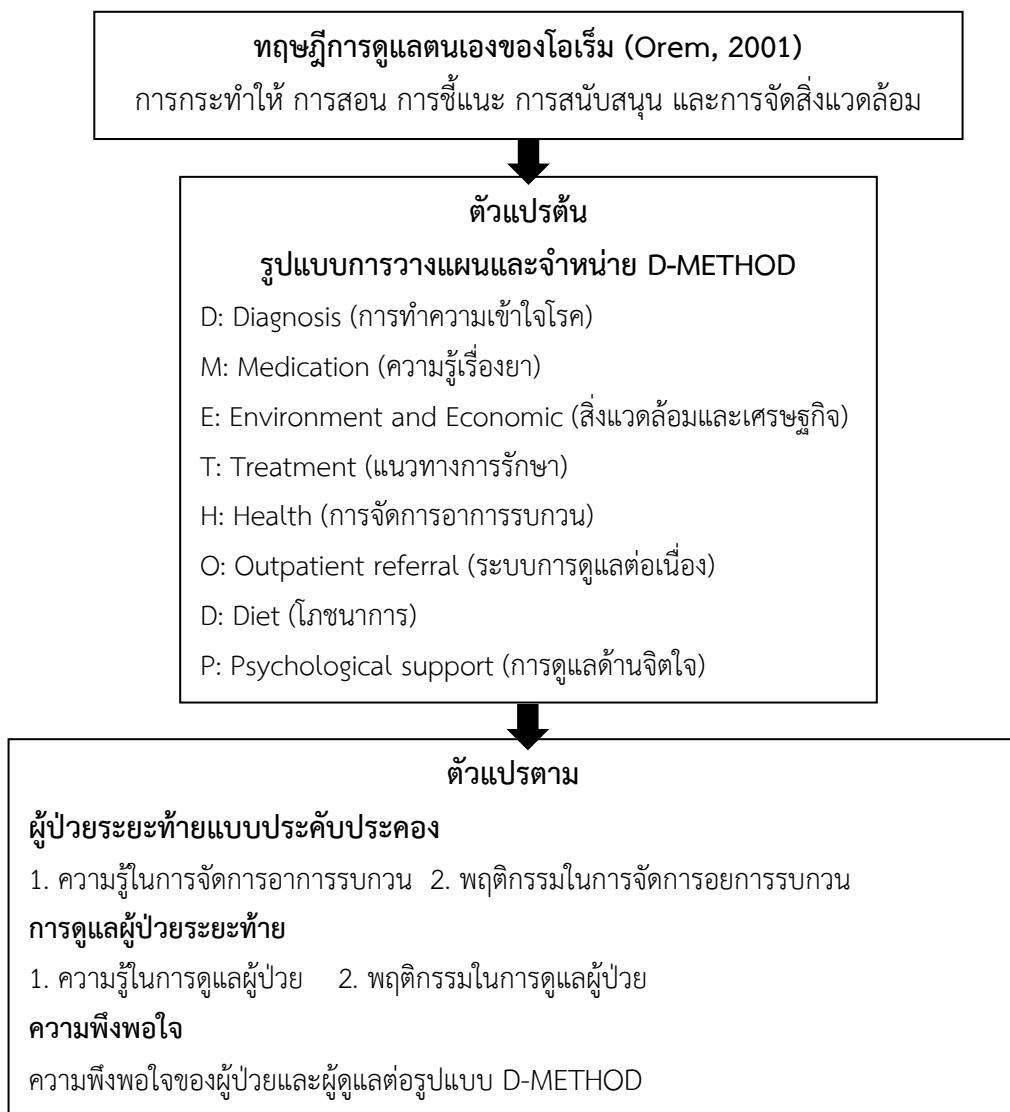
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้พัฒนากรอบแนวคิดจากการบูรณาการทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1: ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งเน้นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่านระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ประกอบด้วย การกระทำทำให้ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการจัดสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 2: รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P ที่พัฒนาขึ้นจากการผสมผสานรูปแบบ D-METHOD และ METHOD-P ครอบคลุม 8 องค์ประกอบ ได้แก่ D: Diagnosis (การทำความเข้าใจโรค), M: Medication (ความรู้เรื่องยา), E: Environment and Economic (สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ), T: Treatment (แนวทางการรักษา), H: Health (การจัดการอาการรบกวน), O: Outpatient referral (ระบบการดูแลต่อเนื่อง), D: Diet (โภชนาการ) และ P: Psychological support (การดูแลด้านจิตใจ)

ส่วนที่ 3: ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ตามแนวคิดการดูแลที่มีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Kokorelias et al., 2019) คาดว่าเมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการวางแผนจำหน่ายด้วยรูปแบบ D-METHOD-P จะส่งผลให้มีความรู้และพฤติกรรมในการจัดการอาการรบกวนเพิ่มขึ้น รวมถึงมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล



ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) ในลักษณะการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research: R2R) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้รูปแบบ D-METHOD-P ต่อการจัดการอาการรบกวน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2568

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (ICD-10: Z51.5, PPS $\leq$ 50) ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย และ 2) ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยระยะท้ายที่เป็นบุคคลในครอบครัว

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 62 คู่ ประกอบด้วยผู้ป่วยระยะท้าย 62 คน และผู้ดูแล 62 คน เกณฑ์การคัดเลือก: อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป รู้สึกรับรู้ตัว สามารถสื่อสารได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก: ไม่สามารถดำเนินการวิจัยจนสิ้นสุดได้ เกิดความวิตกกังวลหรือไม่สบายใจในการเข้าร่วม หรือมีปัญหาด้านจิตใจ เช่น ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการบูรณาการรูปแบบ D-METHOD และ METHOD-P ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่ D: Diagnosis (การทำความเข้าใจโรค), M: Medication (ความรู้เรื่องยา), E: Environment and Economic (สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ), T: Treatment (แนวทางการรักษา), H: Health (การจัดการอาการรบกวน), O: Outpatient referral (ระบบการดูแลต่อเนื่อง), D: Diet (โภชนาการ) และ P: Psychological support (การดูแลด้านจิตใจ) โดยบูรณาการกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ผ่านระบบการพยาบาล 5 ด้าน ได้แก่ การกระทำทำให้ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการจัดสิ่งแวดล้อม

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและความรู้และพฤติกรรมในการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะท้าย แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 7 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้ในการจัดการอาการรบกวน 20 ข้อ (ตอบถูก = 1 คะแนน, ตอบผิด = 0 คะแนน) และส่วนที่ 3 พฤติกรรมในการจัดการอาการรบกวน 20 ข้อ (ปฏิบัติ = 1 คะแนน, ไม่ปฏิบัติ = 0 คะแนน) แปลผลตามเกณฑ์ของ Best (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (13.35-20.00), ระดับปานกลาง (6.67-13.34) และระดับต่ำ (0.00-6.66)

ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและความรู้และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของผู้ดูแล แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 6 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย 20 ข้อ และส่วนที่ 3 พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลเช่นเดียวกับชุดที่ 1

ชุดที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ D-METHOD-P จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ตามแนวคิดของ Likert แปลผลเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด (4.21-5.00), มาก (3.41-4.20), ปานกลาง (2.61-3.40), น้อย (1.81-2.60) และน้อยที่สุด (1.00-1.80)

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) พบว่า รูปแบบ D-METHOD-P มีค่า CVI = 0.92 แบบสอบถามผู้ป่วยมีค่า CVI = 0.96 แบบสอบถามผู้ดูแลมีค่า CVI = 0.98 และแบบประเมินความพึงพอใจมีค่า CVI = 0.95

ความเที่ยง (Reliability) ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่าแบบสอบถามผู้ป่วยมีค่า $\alpha = 0.97$ แบบสอบถามผู้ดูแลมีค่า $\alpha = 0.73$ และแบบประเมินความพึงพอใจมีค่า $\alpha = 0.90$ สรุปคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ดังนี้

เครื่องมือ	CVI	Cronbach's α
รูปแบบ D-METHOD-P	0.92	-
แบบสอบถามผู้ป่วย	0.96	0.97
แบบสอบถามผู้ดูแล	0.98	0.73
แบบประเมินความพึงพอใจ	0.95	0.90

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

5.1 ขั้นตอนเตรียมการ ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงคาน ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยแก่ทีมพยาบาล และประชุมทบทวนรูปแบบการวางแผนจำหน่ายเดิม

5.2 ขั้นตอนดำเนินการ

- 1) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดและขอความยินยอม
- 2) ประเมินความรู้และพฤติกรรมก่อนการทดลอง (Pretest)
- 3) ดำเนินการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD-P จำนวน 4 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ตอนแรกรับครั้งที่ 2 ก่อนจำหน่าย ครั้งที่ 3 ติดตามอาการก่อนจำหน่าย และครั้งที่ 4 ติดตามทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย 14 วัน
- 4) ประเมินความรู้และพฤติกรรมหลังการทดลอง (Posttest) และประเมินความพึงพอใจ

5.3 ขั้นตอนประเมินผล

เฉลยแบบสอบถามและให้ความรู้เพิ่มเติมในข้อที่ตอบไม่ถูกต้อง

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

6.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

6.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ($p > 0.05$) จึงเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired sample t-test และคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size) ด้วยค่า Cohen's d กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

7. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI043/2568 ลงวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยใช้รูปแบบ D-METHOD-P ต่อการจัดการอาการรบกวนในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ดูแลจำนวน 30 คู่ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มีนาคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2568 สามารถสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง จำนวน 30 คน มีอายุเฉลี่ย 68.43 ปี (SD = 9.27, Min = 52, Max = 85) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 17 คน (ร้อยละ 56.7) สถานภาพสมรสแต่งงาน/อยู่ร่วมกัน จำนวน 22 คน (ร้อยละ 73.3) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 18 คน (ร้อยละ 60.0) อาชีพเกษตรกร จำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.3) รองลงมาคือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 10 คน (ร้อยละ 33.3) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,466.67 บาท (SD = 4,235.18, Min = 3,000, Max = 18,000) กลุ่มโรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคมะเร็ง จำนวน 14 คน (ร้อยละ 46.7) รองลงมาคือ โรคเรื้อรัง จำนวน 11 คน (ร้อยละ 36.7) และโรคติดเชื้อ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 16.6) ระยะเวลาที่รับการวินิจฉัยเฉลี่ย 8.73 เดือน (SD = 6.14, Min = 1, Max = 24)

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 30 คน มีอายุเฉลี่ย 49.27 ปี (SD = 12.38, Min = 28, Max = 72) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 23 คน (ร้อยละ 76.7) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมากที่สุด คือ บุตร/ธิดา จำนวน 14 คน (ร้อยละ 46.7) รองลงมาคือ คู่สมรส จำนวน 11 คน (ร้อยละ 36.7) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา จำนวน 13 คน (ร้อยละ 43.3) อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอิสระ จำนวน 12 คน (ร้อยละ 40.0) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 12,733.33 บาท (SD = 6,428.51, Min = 5,000, Max = 28,000) ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่เป็นครั้งแรก จำนวน 22 คน (ร้อยละ 73.3) และมีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 7.83 เดือน (SD = 5.46, Min = 1, Max = 22)

2. การเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมในการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P

2.1 ความรู้ในการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะท้าย

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะท้าย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P ปรากฏดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะท้าย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ D-METHOD-P

การประเมิน	M±SD	ระดับ
ก่อนการทดลอง	9.37±2.84	ปานกลาง
หลังการทดลอง	17.83±1.66	สูง
t	16.89	
p-value	< .001	
Cohen's d	3.91	

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบ D-METHOD-P ผู้ป่วยระยะท้ายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการจัดการอาการรบกวนเท่ากับ 9.37 คะแนน (SD = 2.84) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการใช้รูปแบบ D-METHOD-P ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 17.83 คะแนน (SD = 1.66) อยู่ในระดับสูง คะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.89, p < .001$) โดยมีค่าขนาดอิทธิพล (Cohen's d) เท่ากับ 3.91 ซึ่งถือว่ามีความอิทธิพลระดับสูงมาก (large effect size) เมื่อวิเคราะห์รายข้อ พบว่าผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัดในทุกองค์ประกอบของ D-METHOD-P โดยเฉพาะ (1) ความรู้เกี่ยวกับโรค ภาวะการดำเนินโรค และพยากรณ์โรค (Diagnosis) ซึ่งเป็นองค์ประกอบใหม่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.3) สามารถอธิบายสภาวะโรคของตนเองและเข้าใจแนวโน้มการดำเนินโรคได้ถูกต้อง (2) ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการเจ็บปวดและอาการรบกวนอื่นๆ (Health) ผู้ป่วยสามารถระบุวิธีการจัดการอาการต่างๆ ได้ถูกต้อง (ร้อยละ 96.7) และ (3) ความรู้เกี่ยวกับยาและการใช้ยา (Medication) ผู้ป่วยทราบชื่อยา ขนาดยา เวลาให้ยา และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น (ร้อยละ 100.0) ซึ่งสะท้อนว่ารูปแบบ D-METHOD-P ที่ครอบคลุมทั้ง 8 องค์ประกอบ และเน้นการให้ความรู้อย่างเป็นระบบตั้งแต่ระยะแรกมีประสิทธิผลสูงในการเพิ่มความรู้ของผู้ป่วยระยะท้าย

2.2 พฤติกรรมในการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะท้าย

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะท้าย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะท้าย ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ D-METHOD-P

การประเมิน	M±SD	ระดับ
ก่อนการทดลอง	8.63±3.12	ปานกลาง
หลังการทดลอง	18.27±1.44	สูง
t	18.42	
p-value	< .001	
Cohen's d	4.27	

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะท้ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จาก 8.63 (SD = 3.12) เป็น 18.27 (SD = 1.44) ($t = 18.42, p < .001$) โดยมีขนาดอิทธิพลสูงมาก (Cohen's $d = 4.27$)

เมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมรายด้าน พบการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกอย่างชัดเจน

- 1) การบันทึกและรายงานอาการเพิ่มจากร้อยละ 23.3 เป็น 96.7
- 2) การใช้ยาตามเวลาเพิ่มจากร้อยละ 36.7 เป็น 100.0
- 3) การจัดท่านอนลดปวดเพิ่มจากร้อยละ 30.0 เป็น 93.3
- 4) การปรับสิ่งแวดล้อมเพิ่มจากร้อยละ 40.0 เป็น 90.0
- 5) การใช้เทคนิคผ่อนคลายเพิ่มจากร้อยละ 16.7 เป็น 86.7

การเปลี่ยนแปลงนี้สะท้อนประสิทธิผลของ D-METHOD-P ที่ไม่เพียงเสริมความรู้ แต่ยังส่งเสริมการลงมือปฏิบัติผ่านการให้ความรู้อย่างเป็นระบบ การสาธิต และการฝึกทักษะในแต่ละองค์ประกอบ ซึ่งช่วยเพิ่ม self-efficacy และความมั่นใจในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัยยิ่งขึ้น

3. การเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของผู้ดูแล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P

3.1 ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เท่ากับ 10.23 คะแนน (SD = 2.67, ระดับปานกลาง) หลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพิ่มขึ้นเป็น 18.47 คะแนน (SD = 1.28, ระดับสูง) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 19.47, p < .001$) โดยมีค่าขนาดอิทธิพล (Cohen's d) เท่ากับ 4.52 ซึ่งถือว่ามีความอิทธิพลอยู่ในระดับสูงมาก (large effect size)

3.2 พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของผู้ดูแล

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ D-METHOD-P

ตัวแปร	ก่อน $M \pm SD$	หลัง $M \pm SD$	t (p-value)
ความรู้	10.23 $\pm$ 2.67	18.47 $\pm$ 1.28	19.47 (<.001)
พฤติกรรม	9.47 $\pm$ 2.95	18.90 $\pm$ 1.06	20.18 (<.001)

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จาก 9.47 (SD = 2.95) เป็น 18.90 (SD = 1.06) ($t = 20.18, p < .001$) โดยมีขนาดอิทธิพลสูงมาก (Cohen's $d = 4.68$) — แม้แต่สูงกว่าผลลัพธ์ด้านความรู้ ($d = 4.52$) — ซึ่งว่ารูปแบบนี้ไม่เพียงเสริมความรู้ แต่ส่งเสริมการแปลงความรู้สู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ พฤติกรรมผู้ดูแลพัฒนาอย่างเด่นชัดในทุกด้าน

- 1) การสังเกตและประเมินอาการเพิ่มจากร้อยละ 26.7 เป็น 100.0
- 2) การให้ยาตามเวลาเพิ่มจากร้อยละ 43.3 เป็น 100.0
- 3) การเปลี่ยนท่านอนป้องกันแผลกดทับเพิ่มจากร้อยละ 33.3 เป็น 96.7
- 4) การจัดเตรียมอาหารเหมาะสมเพิ่มจากร้อยละ 40.0 เป็น 93.3
- 5) การสื่อสารและให้กำลังใจเพิ่มจากร้อยละ 50.0 เป็น 96.7
- 6) การประสานงานกับทีมสุขภาพเพิ่มจากร้อยละ 20.0 เป็น 90.0

การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้สอดคล้องกับองค์ประกอบหลักของ D-METHOD-P โดยเฉพาะ D (Diet) และ P (Psychological support) ซึ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม การฝึกปฏิบัติทักษะร่วมกับการนิเทศโดยพยาบาลช่วยเสริมสร้าง self-efficacy ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจหลักการ เช่น การให้ opioid ตามเวลาเพื่อรักษาระดับยาคงที่, การเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชม., หรือการสื่อสารด้วยความเห็นอกเห็นใจ และสามารถนำไปใช้ได้อย่างมั่นใจ ความพร้อมของผู้ดูแลส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะท้าย และยังช่วยลดภาระและความวิตกกังวลของผู้ดูแลเอง ทำให้การดูแลที่บ้านมีความยั่งยืน และผู้ป่วยสามารถใช้ช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีและสุขสงบ

4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P

4.1 ความพึงพอใจของผู้ป่วยระยะท้าย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยระยะท้ายมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.68$, $SD = 0.34$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องยาและการใช้อย่างถูกต้อง ($M = 4.83$, $SD = 0.38$) การให้คำแนะนำในการจัดการอาการเจ็บปวดและอาการรบกวนอื่นๆ ($M = 4.77$, $SD = 0.43$) และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ภาวะการดำเนินโรค และการพยากรณ์โรค ($M = 4.73$, $SD = 0.45$)

4.2 ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P สรุปได้ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P

กลุ่มตัวอย่าง	$M \pm SD$	ระดับความพึงพอใจ
ผู้ป่วยระยะท้าย	4.68 ± 0.34	มากที่สุด
ผู้ดูแล	4.73 ± 0.31	มากที่สุด

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.73$, $SD = 0.31$) สูงกว่าผู้ป่วยระยะท้ายเล็กน้อย ($M = 4.68$, $SD = 0.34$) แสดงให้เห็นว่าทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลในระดับสูงเท่าเทียมกัน ซึ่งสะท้อนถึงความสำเร็จของรูปแบบ D-METHOD-P ในการตอบสนองความต้องการของทั้งสองกลุ่ม เมื่อพิจารณารายด้าน

ของความพึงพอใจของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) การให้ความรู้เรื่องยาและการให้ยาแก่ผู้ป่วย ($M = 4.87, SD = 0.35$) ซึ่งเป็นคะแนนสูงสุดในทุกด้าน สะท้อนถึงความสำคัญของการจัดการยาในผู้ป่วยระยะท้าย โดยเฉพาะยาแก้ปวดและยาควบคุมอาการ ผู้ดูแลรู้สึกมั่นใจและพึงพอใจที่ได้รับความรู้ที่ชัดเจนเกี่ยวกับชื่อยา ขนาดยา เวลาให้ยา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และวิธีการจัดการผลข้างเคียง (2) การให้คำแนะนำในการจัดการอาการผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ($M = 4.80, SD = 0.41$) ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำที่เป็นขั้นตอนชัดเจนในการจัดการอาการรบกวนต่างๆ เช่น อาการเจ็บปวด คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก ท้องผูก และความวิตกกังวล พร้อมทั้งมีการสาธิตและฝึกปฏิบัติจริง ทำให้รู้สึกมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย และ (3) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ($M = 4.77, SD = 0.43$) ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบ D: Diagnosis ที่เป็นจุดเด่นของรูปแบบ D-METHOD-P ผู้ดูแลได้รับข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับภาวะการดำเนินโรค การพยากรณ์โรค และสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจสถานการณ์ สามารถวางแผนการดูแลล่วงหน้า และเตรียมพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยใช้รูปแบบ D-METHOD-P มีประสิทธิผลสูงต่อการจัดการอาการรบกวน สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยทั้ง 3 ข้อ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยระยะท้ายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการจัดการอาการรบกวนเพิ่มขึ้นจาก 8.63 ± 3.12 คะแนน เป็น 18.27 ± 1.44 คะแนน ($t = 18.42, p < .001, \text{Cohen's } d = 4.27$) และคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 9.13 ± 2.88 คะแนน เป็น 18.73 ± 1.17 คะแนน ($t = 19.24, p < .001, \text{Cohen's } d = 4.46$) ซึ่งแสดงถึงขนาดอิทธิพลในระดับสูงมาก นอกจากนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 10.23 ± 2.67 คะแนน เป็น 18.47 ± 1.28 คะแนน และคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 9.47 ± 2.95 คะแนน เป็น 18.90 ± 1.06 คะแนน ($p < .001$ ทั้งคู่) ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P อยู่ในระดับมากที่สุด (4.68 ± 0.34 และ 4.73 ± 0.31 ตามลำดับ) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลที่มีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Kokorelias et al., 2019) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนการดูแล

ความสำเร็จของรูปแบบ D-METHOD-P สามารถอธิบายได้ผ่านทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งเน้นการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่านระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ การเพิ่มองค์ประกอบ D: Diagnosis (การทำความเข้าใจโรค) เข้าในรูปแบบเดิม METHOD-P ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาและการวางแผนการดูแลในระยะท้ายของชีวิต การศึกษาของ Weetman et al. (2025) ยืนยันว่าการสื่อสารที่โปร่งใสเกี่ยวกับการวินิจฉัยและพยากรณ์โรคเป็นหัวใจสำคัญของความพึงพอใจในบริการประคับประคอง การให้ความรู้อย่างเป็นระบบตั้งแต่ระยะแรกของการเข้ารับการรักษาช่วยลดความวิตกกังวล เพิ่มความมั่นใจ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจ

การนำรูปแบบ D-METHOD-P ไปใช้ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเชียงคานสะท้อนการบูรณาการองค์ประกอบดูแลแบบองค์รวม (holistic care) ครอบคลุม 8 มิติ ได้แก่ การทำความเข้าใจโรค การจัดการยา สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ แนวทางการรักษา การจัดการอาการรบกวน ระบบการดูแลต่อเนื่อง โภชนาการ และการดูแลด้านจิตใจ การให้ความรู้และฝึกปฏิบัติทักษะในแต่ละมิติอย่างเป็นระบบช่วยเสริมสร้าง self-efficacy ของผู้ป่วยและผู้ดูแล สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่เน้นว่าการเรียนรู้ผ่านการสาธิตและการฝึกปฏิบัติภายใต้การชี้แนะของผู้เชี่ยวชาญจะช่วยให้เพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง นอกจากนี้ การติดตามผลทางโทรศัพท์หลังจำหน่ายเป็นการต่อยอดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทันที่ และสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลในการจัดการอาการรบกวนที่บ้าน

การวางแผนจำหน่ายด้วยรูปแบบ D-METHOD-P ต้องอาศัยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย พยาบาล แพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ และนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการดูแลแบบประคับประคองของ World Health Organization (2020) ที่เน้นการทำงานเป็นทีมเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย การบูรณาการองค์ความรู้จากแต่ละวิชาชีพช่วยให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพสูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการจัดการอาการรบกวนที่ซับซ้อน เช่น อาการเจ็บปวด คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก และความวิตกกังวล ซึ่งต้องการการจัดการแบบผสมผสานทั้งด้านเภสัชวิทยาและไม่ใช้ยา

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของกัมพล อินทรทะกุล และคณะ (2563) ที่พบว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยใช้รูปแบบ METHOD-P สามารถเพิ่มคะแนนความรู้ในการจัดการอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้พบว่าขนาดอิทธิพล (Cohen's $d = 4.27$ และ 4.46) สูงกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการเพิ่มองค์ประกอบ D: Diagnosis ที่ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับโรคก่อนที่จะเรียนรู้การจัดการอาการรบกวน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของกิงกาญจน์ ชุ่มจำรัส และพรน้อย สิงห์ขางชัย (2561) ที่พบว่าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่มีครอบครัวมีส่วนร่วมสามารถเพิ่มความรู้ความสามารถของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในบริบทสากล ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Higginson et al. (2022) ที่ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและพบว่า การบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะลุกลามได้อย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการจัดการอาการเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลที่มีคุณภาพ อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่ในต่างประเทศมักดำเนินการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือศูนย์การดูแลแบบประคับประคองเฉพาะทาง ในขณะที่การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบ D-METHOD-P สามารถนำไปปรับใช้ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีทรัพยากรจำกัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลที่มีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Patient- and Family-Centered Care) ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง รูปแบบ D-METHOD-P มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการประเมินความต้องการ การวางแผนการดูแล การให้ความรู้และฝึกทักษะ จนถึงติดตามผลหลังจำหน่าย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Kokorelias et al.

(2019) ที่ระบุว่า การดูแลที่ประสบความสำเร็จต้องคำนึงถึงความต้องการและค่านิยมของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมการสื่อสารที่เปิดเผย และให้ข้อมูลที่ครบถ้วนเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจร่วมกัน การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจสูงต่อการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ภาวะการดำเนินโรค และการพยากรณ์โรค (4.73 ± 0.45 และ 4.77 ± 0.43 ตามลำดับ) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยและครอบครัวต้องการข้อมูลที่ชัดเจนและตรงไปตรงมาเกี่ยวกับสถานการณ์สุขภาพของตนเอง เพื่อเป็นพื้นฐานในการวางแผนชีวิตและการดูแลในระยะท้าย

นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในกระบวนการวางแผนจำหน่ายช่วยเพิ่มความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ลดภาระทางจิตใจของผู้ดูแล และส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัด โดยเฉพาะในด้านการสังเกตและประเมินอาการผู้ป่วย (เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.7 เป็นร้อยละ 100.0) การให้ยาตามเวลา (จากร้อยละ 43.3 เป็นร้อยละ 100.0) และการประสานงานกับทีมสุขภาพ (จากร้อยละ 20.0 เป็นร้อยละ 90.0) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสะท้อนถึงความสำเร็จในการถ่ายทอดความรู้และทักษะจากทีมสุขภาพสู่ผู้ดูแล ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการดูแลต่อเนื่องที่มีคุณภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

สรุปผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบ ประคับประคองโดยใช้รูปแบบ D-METHOD-P ต่อความรู้และพฤติกรรมในการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วย และผู้ดูแล รวมถึงความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยระยะท้ายแบบ ประคับประคอง จำนวน 30 ราย และผู้ดูแล จำนวน 30 ราย ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2568 ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P ผู้ป่วยระยะท้ายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการจัดการอาการรบกวนเพิ่มขึ้นจาก 8.63 ± 3.12 คะแนนเป็น 18.27 ± 1.44 คะแนน ($t = 18.42, p < .001$) และคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 9.13 ± 2.88 คะแนนเป็น 18.73 ± 1.17 คะแนน ($t = 19.24, p < .001$) สำหรับผู้ดูแล พบว่าคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 10.23 ± 2.67 คะแนนเป็น 18.47 ± 1.28 คะแนน และคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 9.47 ± 2.95 คะแนนเป็น 18.90 ± 1.06 คะแนน ($p < .001$ ทั้งคู่) โดยมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูงมาก (Cohen's $d > 4.00$) ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P อยู่ในระดับมากที่สุด (4.68 ± 0.34 และ 4.73 ± 0.31 ตามลำดับ)

สรุปได้ว่า รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-METHOD-P มีประสิทธิผลสูงในการเพิ่มความรู้และพฤติกรรม การจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ดูแล สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ทั้ง 3 ข้อ รูปแบบนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องที่มีคุณภาพ และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) โรงพยาบาลชุมชนควรนำรูปแบบ D-METHOD-P ไปใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง พร้อมเริ่มให้ความรู้ตั้งแต่แรก admission

2) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ โดยเน้นทักษะการสื่อสารเรื่องวินิจัย และพยากรณ์โรค

- 3) พัฒนาคู่มือและสื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจง่าย ครอบคลุม 8 องค์ประกอบของ D-METHOD-P
- 4) จัดตั้งทีมวางแผนจำหน่ายแบบสหวิชาชีพ (พยาบาล แพทย์ เภสัชกร ฯลฯ) เพื่อการดูแลแบบองค์รวม
- 5) จัดระบบติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทโรงพยาบาล

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ใช้แบบแผน RCT เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา
- 2) ติดตามผลระยะยาว (3-6 เดือน) เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมและอัตราการกลับมารักษา
- 3) พัฒนารูปแบบเฉพาะโรค (เช่น มะเร็ง, โรคเรื้อรัง)
- 4) ขยายการศึกษาไปยังหลายโรงพยาบาลชุมชน เพื่อประเมินการปรับใช้ในบริบทที่หลากหลาย
- 5) วัดผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ภาระผู้ดูแล และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข
- 6) พัฒนาแอปพลิเคชันหรือระบบดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการติดตามอาการและการให้คำปรึกษาทางไกล

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย. (2567). *การคุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง*.

<https://doc.anamai.moph.go.th/index.php?r=str-project/view&id=7341>

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560-2579*. กระทรวงสาธารณสุข.

กัมพล อินทรทะกุล, และคณะ. (2563). ผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยใช้รูปแบบ METHOD-P ต่อความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัด. *วารสารการพยาบาล*, 22(1), 1-14.

กึ่งกาญจน์ ชุ่มจรัส, & พชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2561). ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเจาะคอต่อความรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยเจาะคอและความพึงพอใจของผู้ดูแลในหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(1), 124-134.

ฉันทาย สิทธิพันธุ์. (2560). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. https://tmc.or.th/pdf/tmc_knowledge-59.pdf

รัตนภรณ์ แซ่ลิ้ม, นงลักษณ์ ว่องวิษณุพงศ์, & สุดจิต ไตรประคอง. (2557). ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดส่วนปลายอุดตันในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารสภากาพยาบาล*, 29(2), 102-113.

ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2568). *ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา Intermediate & Palliative Care*.

https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b08560518ca0ebcaf2016dab69fb38b5

หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเชียงคาน. (2567). *จำนวนผู้ป่วยระยะท้าย* [เอกสารไม่ได้เผยแพร่].

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.

- Higginson, I. J., Bausewein, C., Reilly, C. C., Gao, W., Gysels, M., Dzingina, M., McCrone, P., Booth, S., Jolley, C. J., & Moxham, J. (2022). Effectiveness of early integration of palliative care in patients with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Oncology*, 23(5), e215–e227. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(22\)00012-8](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(22)00012-8)
- Kokorelias, K. M., Gignac, M. A. M., Naglie, G., & Cameron, J. I. (2019). Towards a universal model of family centered care: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 19(1), Article 564. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4394-5>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Weetman, K., Grimley, C., Bailey, C., Hewison, A., Payne, S., & Sadler, E. (2025). Improving specialist palliative care discharges from hospitals and hospices to community settings: A qualitative interview study. *BMC Palliative Care*, 24, Article 214. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01851-x>
- World Health Organization. (2020). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- World Health Organization. (2023). *Thailand's leadership and innovations towards healthy ageing*. <https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/thailands-leadership-and-innovation-towards-healthy-ageing>