

ผลของโปรแกรมการปลูกดอกไม้ที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

นิตยา ทานันท์, พย.ม.¹ ศิริพร แสงศรีจันทร์, ปร.ด.^{2*} พัทธ์พงษ์ ปันตะ, ปร.ด.² ณัฐณรงค์ เจริญสุขศิริกุล, พ.บ.³

วันที่รับ: 17 กุมภาพันธ์ 2569 วันที่แก้ไข: 28 เมษายน 2569 วันที่ตอบรับ: 30 เมษายน 2569

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมักเผชิญกับการเสื่อมถอยของคุณภาพชีวิตในหลายมิติ การปลูกดอกไม้ที่บ้านเป็นกิจกรรมบำบัดเชิงธรรมชาติที่เข้าถึงได้ง่ายและอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิต งานวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปลูกดอกไม้ที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยและส่งต่อเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคองระยะแรกหรือระยะคงที่ ซึ่งมีระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ในโรงพยาบาลจักษุ จังหวัดลำปาง จำนวน 34 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยโปรแกรมการปลูกดอกไม้ที่บ้าน และมีคู่มือการปลูกดอกไม้และการดูแลดอกไม้ ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .86 และ .87 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต มีค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินเพิ่มเติม ได้แก่ แบบประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติที่คู่ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ($\bar{X}$ =105.85, SD =6.07) สูงวก่อนทดลอง ($\bar{X}$ =95.12, SD =8.57) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t =5.27, p <.001) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปลูกดอกไม้ที่บ้านเป็นหนึ่งวิธีการทางเลือกที่สามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้

คำสำคัญ: การปลูกดอกไม้ที่บ้าน, การดูแลแบบประคับประคอง, ผู้ป่วยมะเร็ง, คุณภาพชีวิต

¹ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ, โรงพยาบาลจักษุ จังหวัดลำปาง

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

³ นายแพทย์ชำนาญการ, สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว, โรงพยาบาลจักษุ จังหวัดลำปาง

* ผู้ประพันธ์บทความนี้ อีเมล siriporn.sa@up.ac.th

Effects of a home-based flower-gardening program on quality of life among patients with cancer in palliative care

Nittaya Tanun, M.N.S¹ Siriporn Sangsrijan, Ph.D.^{2*} Pitakpong Panta, Ph.D.² Nutnarong Charoensuksirikul, M.D.³

Received: February 17, 2026 Revised: April 28, 2026 Accepted: April 30, 2026

Abstract

Cancer patients in palliative care frequently experience multidimensional deterioration in quality of life. Home-based flower gardening is an accessible, nature-based therapeutic activity that may positively influence quality of life. This one-group pretest-posttest quasi-experimental study aimed to examine the effects of a home-based flower gardening program on quality of life among patients with cancer in palliative care. The sample consisted of 34 cancer patients who had been diagnosed and referred to early-stage or stable palliative care, with a performance status of 80% or over, at Ngao Hospital, Lampang Province. Thirty-four participants were selected through multi-stage sampling. Research instruments comprised a 12-week home-based flower gardening program, and the handbook of flower-planting and care manual, which demonstrated content validity with indices (CVI) of .86 and .87. Data collection instruments included a personal information questionnaire and a quality-of-life questionnaire with Cronbach's alpha reliability coefficients of .92. Supplementary assessment tools included a palliative care patient-level assessment form and a two-item depression screening questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests. The findings revealed that after participating in the program, participants' mean quality of life scores ($\bar{X}$ =105.85, SD =6.07) were significantly higher than the pre-test scores ($\bar{X}$ =95.12, SD =8.57), at a statistically significant level (t =5.27, p <.001). These results indicate that the home-based flower gardening program can enhance the quality of life for patients with cancer in palliative care.

Keywords: Home-based flower gardening, Palliative care, Patients with cancer, Quality of life

¹ Registered nurse, Practional Level, Ngao Hospital, Lampang Province

² Assistant Professor, School of Nursing, University of Phayao

³ Medicine Professional Physician Level, Family Medicine, Ngao Hospital, Lampang Province

^{ss} Corresponding email: siriporn.sa@up.ac.th

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เป็นแนวทางสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่คุกคามชีวิต รวมถึงผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกัน บรรเทาความทุกข์ทรมาน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ องค์การอนามัยโลกระบุว่าการดูแลแบบประคับประคองไม่ได้จำกัดเฉพาะระยะสุดท้ายของชีวิต แต่ควรบูรณาการควบคู่ไปกับการรักษาเชิงหายขาด ตั้งแต่ระยะแรกที่ได้รับการวินิจฉัย (World Health Organization [WHO], 2020) ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและบันทึกในเวชระเบียนเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง ในบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (International Classification of Diseases 10 ICD-10) โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเผชิญกับการเสื่อมถอยของคุณภาพชีวิตในหลายมิติจากภาวะโรคและผลข้างเคียงของการรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองระยะต้นหรือระยะคงที่ ที่ได้รับประเมินจากระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale: PPS) มีคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป แม้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ใกล้เคียงปกติ แต่กลับพบว่ามีความเครียดคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำกว่ามาตรฐาน โดยเฉพาะในมิติด้านจิตใจและสังคม ที่มักพบภาวะวิตกกังวล ความเครียด และความซึมเศร้าแฝงอยู่ (Kaewwanta, 2023)

สถานการณ์โรคมะเร็งในปัจจุบันส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพระดับประเทศและระดับพื้นที่ ข้อมูลฐานข้อมูลด้านสุขภาพจังหวัดลำปาง ปี พ.ศ. 2566–2567 รายงานจำนวนผู้ป่วยมะเร็งประมาณ 63,000 คน โดยในพื้นที่อำเภองาวมีผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด 900 คน ที่เริ่มทยอยได้รับการขึ้นทะเบียนดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง ด้วยบริบทของอำเภองาวเป็นพื้นที่ชนบทเกษตรกรรม ผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่จึงรับการดูแลและใช้ชีวิตที่บ้านเป็นหลัก สอดคล้องกับทิศทางการบริการสุขภาพปัจจุบันที่มุ่งเน้นการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน เพื่อความลดแออัดในโรงพยาบาลและตบใจแพทย์ปณิธานในช่วงท้ายของชีวิต (Rupang et al., 2025) ซึ่งการบำบัดด้วยพืชและสวน (Horticultural Therapy: HT) เป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่จัดที่บ้านและได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางเชิงประจักษ์ว่าสามารถยกระดับสุขภาวะได้ โดยหมายถึงการใช้กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับพืชและธรรมชาติอย่างมีแบบแผนเพื่อส่งเสริมการบำบัดรักษา (American Horticultural Therapy Association [AHTA], 2025) งานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยและผู้รอดชีวิตจากมะเร็งที่เข้าร่วมกิจกรรมทำสวนที่บ้านแบบมีที่ปรึกษา พบว่า โปรแกรมมีความเป็นไปได้ในการดำเนินการ และมีแนวโน้มส่งผลดีต่อพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิต (Bail et al., 2022) รวมทั้งพบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับสมรรถภาพทางกายในบริบทของการทำสวน (Sharma et al., 2022) นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต (scoping review) ยังพบว่าการกิจกรรมธรรมชาติบำบัดในผู้ที่มีประวัติเป็นมะเร็งมีรูปแบบหลากหลายและมีแนวโน้มให้ผลเชิงบวกต่อสุขภาวะ แต่ยังมีข้อจำกัดด้านการออกแบบโปรแกรมที่เหมาะสมกับบริบทและความต่อเนื่องในการนำไปใช้ (Timko Olson et al., 2023)

การบำบัดด้วยดอกไม้ของบาค (Bach Flower Therapy: BFT) เป็นอีกแนวทางธรรมชาติบำบัดที่อธิบายว่าพลังของดอกไม้และธรรมชาติสามารถช่วยปรับสมดุลทางอารมณ์และจิตใจ โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับธรรมชาติอาจส่งผลกระทบต่อระบบประสาทและฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับความผ่อนคลาย เช่น ซีโรโทนิน และโดปามีน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขและมีภาวะอารมณ์ที่ดีขึ้น (Bach, 2018; Nayakavadi & Tashildar, 2026) จากงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศพบว่ากิจกรรมสวนบำบัดช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะด้านจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการลดอาการซึมเศร้าได้ (Chowdhury et al., 2023; Pantta et al., 2022) ยิ่งไปกว่านั้นกิจกรรมการปลูกดอกไม้ที่บ้านส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองผ่าน 4 มิติเชิงองค์รวม ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย การทำกิจกรรมเตรียมดิน รดน้ำ และดูแลต้นไม้ ส่งเสริมการเคลื่อนไหวระดับเบาและช่วยคงสภาพการทำงานของกล้ามเนื้อ 2) ด้านจิตใจ การใกล้ชิดธรรมชาติและเฝ้าดูการเติบโตของดอกไม้ที่ตนปลูก ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวด กระตุ้นการหลั่งเอนโดรฟิน ลดระดับคอร์ติซอล และสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแก่ผู้ป่วยที่มักรู้สึกว่าเป็นภาระ 3) ด้านสัมพันธ์ทางสังคมการที่ดอกไม้ที่เบ่งบานเป็นสื่อกลางสร้างปฏิสัมพันธ์เชิงบวกกับสมาชิกในครอบครัวและลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และ 4) ด้านจิตวิญญาณ

การดูแลวงจรชีวิตของพืชช่วยสร้างความเข้าใจในสัจธรรมของชีวิต กลไกเหล่านี้สอดคล้องกับการวิเคราะห์ห่อภิมานที่พบว่ากิจกรรมธรรมชาติบำบัดสามารถลดความวิตกกังวล และเพิ่มคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ ในแต่ละบริบทที่แตกต่างกันไป (Pantiru et al., 2024; Wood et al., 2025)

ในบริบทของอำเภอจาง จังหวัดลำปาง มีผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 85 คน (คิดเป็นร้อยละ 9.44 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดในอำเภอ) แม้ว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีจำนวนไม่มากแต่ส่วนใหญ่มีอุปสรรคด้านการเดินทางไปรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง มีความขาดแคลนบริการเฉพาะทางในพื้นที่ และภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ค่อนข้างสูง ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องรับการดูแลต่อเนื่องและใช้ชีวิตที่บ้านเป็นหลัก ซึ่งการดูแลในรูปแบบดังกล่าวนี้มีข้อดีเชิงประจักษ์ในการช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต และสนับสนุนระบบบริการสุขภาพที่เน้นการดูแลโดยครอบครัวและชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Rupang et al., 2025) สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมและด้านสุขภาวะทางสังคมและอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปานกลางถึงดี แต่มีสุขภาวะทางร่างกายที่ต่ำกว่าเกณฑ์ โดยปัจจัยที่มีผลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ สถานภาพสมรส ความเข้าใจในตัวโรค และระยะเวลาที่รับการดูแลที่บ้าน ในขณะที่อายุที่เพิ่มขึ้นมีผลเชิงลบต่อคุณภาพชีวิต (Biswas et al., 2022) จากการศึกษาที่ผ่านมาแม้จะมีการพัฒนางานกิจกรรมหรือโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่จำนวนมาก แต่ส่วนใหญ่มักเป็นโปรแกรมที่ต้องดำเนินการในสถานพยาบาล หรือใช้การบำบัดทางจิตวิทยาที่ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Biswas et al., 2022) ทำให้กิจกรรมดังกล่าวมีอุปสรรคสำคัญด้านค่าใช้จ่าย การเข้าถึงบริการ และขาดความต่อเนื่องจากการได้รับบริการด้านสุขภาพ อีกทั้งยังไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมะเร็งในชนบท ด้วยข้อจำกัดเหล่านี้ การพัฒนางานกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่สามารถทำได้จริงในครัวเรือน มีต้นทุนต่ำ เข้าถึงง่าย และกลมกลืนกับวิถีชีวิตของชุมชนเกษตรกรรม จึงเป็นความจำเป็นที่ต้องดำเนินการศึกษาในพื้นที่อำเภอจาง เพื่อสร้างทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่สอดคล้องกับภูมิสังคมและวิถีชีวิตในชุมชนอย่างแท้จริง

ดังนั้นการพัฒนาแนวทางส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่เข้าถึงง่าย ต้นทุนไม่สูง สามารถปฏิบัติได้จริงในครัวเรือน และสอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชนชนบท จึงเป็นประเด็นสำคัญของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในพื้นที่ชนบทและนำไปสู่การพัฒนา กิจกรรมที่สามารถดำเนินการที่บ้านร่วมกับการใช้ชีวิตประจำวันได้ตามบริบทและคุณค่าของแต่ละบุคคล เพื่อสนับสนุนคุณภาพชีวิตอย่างเป็นรูปธรรม ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการปลูกดอกไม้ที่บ้านโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการทำพืชและสวนบำบัด (AHTA, 2025) และการบำบัดด้วยดอกไม้ของบาด (Bach, 2018; Nayakavadi & Tashildar, 2026) เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองในชุมชนชนบทอำเภอจาง จังหวัดลำปาง กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยในระยะประคับประคองระยะแรกหรือระยะคงที่ ซึ่งมีระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ซึ่งยังสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้และเหมาะสมต่อการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยคาดหวังว่าโปรแกรมห่วงนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลายทางอารมณ์ เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมประจำวัน และนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองในระดับชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

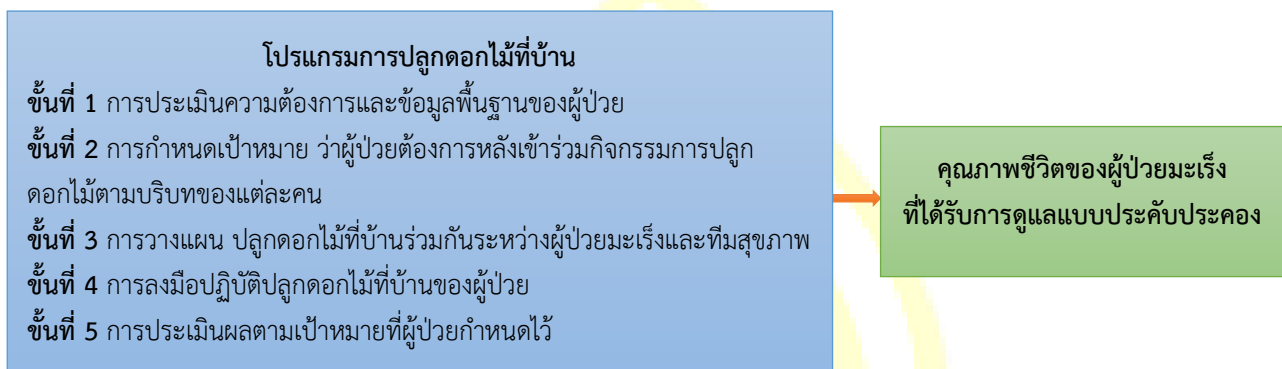
เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปลูกดอกไม้ที่บ้าน

สมมุติฐานการวิจัย

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปลูกดอกไม้ที่บ้าน ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการทำพืชและสวนบำบัด (AHTA, 2025) และการบำบัดด้วยดอกไม้ของบาค (Bach, 2018; Nayakavadi & Tashildar, 2026) มาประยุกต์พัฒนาโปรแกรมการปลูกดอกไม้ที่บ้านสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (WHO, 2020) โดยดำเนินการ 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินความต้องการและข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย 2) การกำหนดเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิต 3) การวางแผนการปลูกดอกไม้ร่วมกับทีมสุขภาพ 4) การลงมือปฏิบัติปลูกดอกไม้จริง และ 5) ประเมินผลตามเป้าหมาย กิจกรรมการปลูกดอกไม้ช่วยส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลายทางอารมณ์ มีความสุขจากการเห็นการเจริญเติบโตของพืชรวมทั้งเปิดโอกาสให้เกิดปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในที่อยู่อาศัย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความหมายในการดำเนินชีวิต ซึ่งกลไกดังกล่าวสามารถนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ดังแผนภาพ



แผนภาพที่ 1 โปรแกรมการปลูกดอกไม้ที่บ้านสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design) เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการปลูกดอกไม้ที่บ้านต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม เก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งทุกประเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่รักษาต่อที่โรงพยาบาลลาว เป็นผู้ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และพักอาศัยอยู่ในพื้นที่ อำเภอลำปาง จากการรายงานของระบบฐานข้อมูลกลาง ระดับจังหวัดของจังหวัดลำปาง ในแผนบริการ (Service Plan) สาขามะเร็ง ตั้งแต่ปี 2566-2568 จำนวน 85 คน (Health Data Center, Ministry of Public Health, 2025)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งทุกประเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นผู้มีอายุ 20 ปีขึ้นไป มีคะแนนการประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง PPS Score) ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลาว อำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2568 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2568 จำนวน 34 คน

กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ใช้ Test for Mean, Difference between two dependent means (matched pairs) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดปานกลาง = 0.5, alpha (α) = 0.05 และอำนาจการทดสอบ (power (1- err prob) = 0.8 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 27 ราย (Wongyai, 2024) และเพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้น (dropped out) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 34 (Hui et al., 2013) ของขนาดตัวอย่าง (เพิ่ม 9 คน) ดังนั้นขนาดตัวอย่างสำหรับการศึกษานี้ทั้งหมด 36 ราย แต่เนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างเข้ากิจกรรมไม่ครบถ้วน และขอออกจากกร

เป็นอาสาสมัคร (Drop out) จำนวน 2 คน คิดเป็น ร้อยละ 5.56 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ดังนั้นจึงเหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 คน ผู้วิจัยได้สุ่มเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย ด้วยกระบวนการดังนี้

1) ผู้วิจัยทำการสุ่มเลือกหน่วยบริการสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) จำนวน 4 แห่ง จากทั้งหมด 12 แห่งในพื้นที่อำเภองาว จังหวัดลำปาง โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับสลากแบบไม่เอาคืน โดยใช้อัตราส่วน 1: 3 ได้ รพ.สต.บ้านแหงใต้ รพ.สต.บ้านบ่อห้อย รพ.สต.บ้านแม่แป้น และ รพ.สต.บ้านอ้อน ซึ่งการสุ่มอย่างง่ายในการวิจัยครั้งนี้ใช้เพื่อการสุ่มเลือกพื้นที่และกลุ่มตัวอย่างให้เป็นตัวแทนของประชากรในอำเภองาว

2) จากนั้นสุ่มเลือก 1 หมู่บ้าน จากพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. ที่ถูกสุ่มเลือกทั้ง 5 หมู่บ้าน ได้หมู่ 2 จาก รพ.สต.บ้านแหงใต้ หมู่ 4 จาก รพ.สต.บ้านบ่อห้อย หมู่ 6 และหมู่ 7 จาก รพ.สต.บ้านแม่แป้น และ หมู่ 5 จาก รพ.สต.บ้านอ้อน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากแบบไม่เอาคืน

3) จากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านทั้ง 5 แห่ง ขั้นแรกสุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อกลุ่มตัวอย่างทั้ง 5 หมู่บ้าน ตามสัดส่วนของจำนวนกลุ่มตัวอย่างจนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบ 36 คน โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) ผู้ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัย จาก รพ.ลำปาง ว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 3) มีระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองจากการประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป 4) เป็นผู้ไม่แพ้กินดอกไม้ 5) สามารถสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ 6) สนใจให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรม

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ 1) ได้รับการประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม (โดยประเมินภาวะซึมเศร้าทุก 2 สัปดาห์) 2) เป็นผู้ป่วยที่มีอาการของโรคกำเริบเฉียบพลันหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคระดับรุนแรงที่เป็นอันตรายต่อชีวิต 3) ขอลถอนตัวออกจากโปรแกรมระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล และ 4) ย้ายถิ่นฐานออกจากพื้นที่ อำเภองาว จังหวัดลำปาง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการปลูกดอกไม้ที่บ้านสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นกิจกรรมการบำบัดเชิงสร้างสรรค์ที่ผู้วิจัยขึ้นจากแนวคิด การทำพืชและสวนบำบัด และการบำบัดด้วยดอกไม้ของบาค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1) โปรแกรมการปลูกดอกไม้ที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โปรแกรมการปลูกดอกไม้ที่บ้านสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นกิจกรรมการบำบัดเชิงสร้างสรรค์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิด การทำพืชและสวนบำบัด (AHTA, 2025) และการบำบัดด้วยดอกไม้ของบาค (Bach, 2018; Nayakavadi & Tashildar, 2026) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่านการมีส่วนร่วม ธรรมชาติและกิจกรรมที่มีความหมาย โปรแกรมดำเนินการต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งในรูปแบบการให้ความรู้ การวางแผนร่วมกัน การปลูกและดูแลดอกไม้ที่บ้านของผู้ป่วย และการติดตามสนับสนุนโดยทีมสุขภาพ ผ่านการเยี่ยมบ้านและการสื่อสารผ่านกลุ่มออนไลน์ เพื่อเสริมสร้างความผ่อนคลายทางจิตใจ การเคลื่อนไหวทางร่างกายอย่างเหมาะสม และการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ป่วย จากนั้นจึงดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนของโปรแกรมจำนวน 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 การประเมิน สำรวจความต้องการเลือกดอกไม้ที่เหมาะสม พิจารณาพันธุ์ไม้ท้องถิ่น คุณค่าทางจิตวิทยา ความสะดวกในการดูแล และความเหมาะสมกับสภาพอากาศ พร้อมแจกคู่มือการปลูกดอกไม้และการดูแลดอกไม้ ขั้นที่ 2 การกำหนดเป้าหมาย ให้กลุ่มตัวอย่างกำหนดเป้าหมายส่วนบุคคล จัดเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สร้างการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อน และสรุปแนวทางปลูกดอกไม้ตามความต้องการรายบุคคล ขั้นที่ 3 การวางแผน ให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของดอกไม้ แจกจ่ายต้นกล้าและคู่มือการปลูก กำหนดตารางปฏิบัติ และเตรียมพื้นที่ปลูกดอกไม้ ขั้นที่ 4 การปฏิบัติ ดำเนินการต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ ทบทวนความรู้ ปฏิบัติจริง

ในการปลูกและดูแลดอกไม้ และขั้นที่ 5 คือ การติดตามประเมินผล ให้ผู้ป่วยสะท้อนผลการดำเนินกิจกรรมและประเมินการบรรลุเป้าหมายจากการกำหนดเป้าหมายและการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ภายในกระบวนการของโปรแกรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษา การอาศัยอยู่ ชนิดของโรคมะเร็ง PPS score กิจกรรมยามว่าง ดอกไม้ที่เลือกปลูก การมองคุณค่าของการปลูกดอกไม้ และการสนับสนุนทางสังคม เป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด

2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง ที่ดัดแปลงมาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งแปลและปรับปรุงโดย Mahattanirankul et al. (2002) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (7 ข้อ) ด้านจิตใจ (6 ข้อ) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (3 ข้อ) ด้านสิ่งแวดล้อม (8 ข้อ) คุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม 2 ข้อ รวมทั้งหมด 26 ข้อ มีความหมายเชิงบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ 3 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ข้อคำถามเชิงบวกให้ผู้ตอบเลือก 5 อันดับ ได้แก่ 5 คือมากที่สุด 4 คือ มาก 3 คือ ปานกลาง 2 คือ เล็กน้อย และ 1 คือ ไม่เลย สำหรับข้อคำถามเชิงลบมีการกลับคะแนน (reverse scoring) ก่อนนำมาคำนวณคะแนนรวม โดยแบ่งเกณฑ์ระดับ คือ คะแนน 26–60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำ คะแนน 61–95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง และคะแนน 96–130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้คะแนนรวมที่สูงขึ้นสะท้อนถึงระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย ได้แก่

1) แบบประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก ใช้เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินสมรรถนะการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยระยะประคับประคอง เพื่อใช้ประกอบการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0–100% และสามารถแบ่งระดับผู้ป่วยตามระดับคะแนนออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะคงที่ (stable) เมื่อมีคะแนนมากกว่า 70% 2) ระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional) เมื่อมีคะแนนระหว่าง 40–70% และ 3) ระยะสุดท้ายของชีวิต (end-of-life) เมื่อมีคะแนนตั้งแต่ 0–30% (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2020)

2) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการสำคัญของภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่ และ ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รู้สึกเบื่อทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่ประเมินทุก 2 สัปดาห์ การแปลผล คือ ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง “เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า” ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมิน โรคซึมเศร้า 9Q ซึ่งใช้ประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า โดยครอบคลุมอาการสำคัญ เช่น อารมณ์เศร้า ความสนใจลดลง การนอนหลับผิดปกติ ความเหนื่อยล้า สมาธิลดลง ความรู้สึกไร้ค่า และความคิดเกี่ยวกับการทำร้ายตนเอง (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2022)

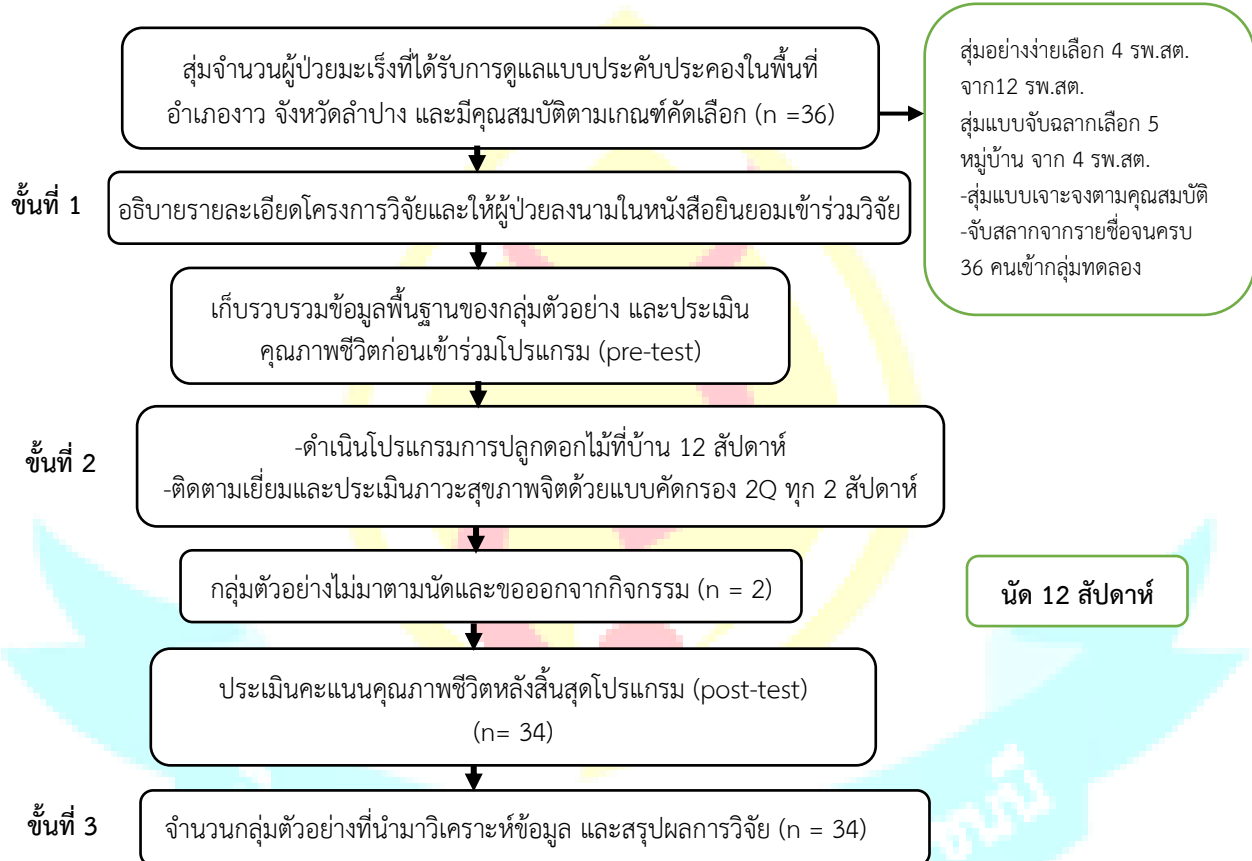
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โปรแกรมการปลูกดอกไม้ที่บ้านและสื่อคู่มือการปลูกดอกไม้ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 1 คน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 1 คน และ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบประคับประคอง จำนวน 1 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ (index of-item-objective congruence: IOC) เท่ากับ .87 และ .87 ตามลำดับ

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง โดยไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการประคับประคองที่มีคุณลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ที่บ้านบ่อห้อย ตำบลบ้านแห อำเภองาว จังหวัดลำปาง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง (เลขที่รับรอง E 2567-084 เลขที่โครงการ 092/2567 รับรองระหว่างวันที่ 13 ธันวาคม 2567 ถึง 13 ธันวาคม 2568) ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายได้รับการชี้แจงข้อมูลการวิจัยอย่างครบถ้วนและลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อป้องกันความเสี่ยงการติดเชื้อราในดินของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดมาตรการความปลอดภัยโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัย สวมหน้ากากอนามัยและถุงมือทุกครั้ง แนะนำให้ใช้ดินปลูกสำเร็จรูปที่สะอาดแทนปุ๋ยหมัก และทำความสะอาดร่างกายทันทีหลังสิ้นสุดกิจกรรม พร้อมทั้งติดตามอาการทางคลินิกอย่างใกล้ชิด ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัย สามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอด 24 ชั่วโมงหากพบอาการผิดปกติ และสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลตามปกติ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาเป็นความลับ นำเสนอในภาพรวม และจะถูกทำลายภายใน 2 ปีหลังการเผยแพร่ผลการวิจัย



แผนภาพที่ 2 ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยโดยภาพรวม แสดงในแผนภาพที่ 2

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2568 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2568 โดยแบ่งขั้นตอนการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการดำเนินโปรแกรม

ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วม และให้ลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองด้วยแบบประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอกเพื่อคัดเลือกและยืนยันกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรม เมื่อคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติครบถ้วนจึงเริ่มกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 1: ขั้นที่ 1-3 ของโปรแกรม (การประเมิน การกำหนดเป้าหมาย และการวางแผน)

ผู้วิจัยได้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลงาวและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ เพื่อกำหนดหมายกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยสะดวก จัดขึ้น ณ ศูนย์ห้องประชุมโรงพยาบาลงาว เป็นระยะเวลา 3 ชั่วโมง โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 36 คน และทีมวิจัยเข้าร่วมจำนวน 4 คน โดยส่วนใหญ่เป็นช่วงวันที่ผู้ป่วยมารับบริการตามนัด หรือเป็นวันที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเดินทางมาร่วมกิจกรรมได้ กิจกรรมหลักของโปรแกรมจัดขึ้นในสัปดาห์ที่ 1 หลังจากนั้นผู้ป่วยจะปลูกและดูแลดอกไม้ที่บ้านของตนเอง โดยมีการติดตามผ่านกลุ่มไลน์และการเยี่ยมบ้านเป็นระยะจนสิ้นสุดโปรแกรม จัดกิจกรรมดังนี้

ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ อธิบายขั้นตอนการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย เครื่องมือวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 36 คน หลังจากทีกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ก่อนการทดลอง (pre-test) สร้างกลุ่มออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์สำหรับกลุ่ม

ขั้นที่ 1 การประเมิน (assessment phase) เริ่มต้นด้วยการสำรวจความต้องการของกลุ่มตัวอย่างในการเลือกชนิดดอกไม้ที่เหมาะสม โดยพิจารณาคุณลักษณะของพันธุ์ไม้ท้องถิ่น คุณค่าทางจิตวิทยา ความสะดวกในการดูแลรักษา และความเหมาะสมกับสภาพภูมิอากาศ ควบคู่ไปกับการประเมินระดับคุณภาพชีวิตก่อนการทดลอง

ขั้นที่ 2 การกำหนดเป้าหมาย (goal setting phase) ดำเนินการผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม โดยให้กลุ่มตัวอย่างกำหนดเป้าหมายส่วนบุคคลจากการปลูกดอกไม้ พร้อมทั้งจัดเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อสร้างการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อน จากนั้นสรุปแนวทางการปลูกดอกไม้ที่สอดคล้องกับความต้องการรายบุคคล ทั้งในรูปแบบกระดาษและแปลงดิน

ขั้นที่ 3 การวางแผนการปฏิบัติ (planning phase) ประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และสรรพคุณของดอกไม้ที่เลือก การจัดหาและแจกจ่ายต้นกล้าดอกไม้พร้อมปลูก การแจกจ่ายคู่มือการปลูกและดูแล การกำหนดตารางเวลาการปฏิบัติ และการเตรียมพื้นที่ปลูกในบริเวณที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 2 ระยะการดำเนินโปรแกรมการปลูกดอกไม้ที่บ้าน**สัปดาห์ที่ 2-12:** ขั้นที่ 4 - 5 (การปฏิบัติและการประเมินผล)

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรม ขั้นที่ 4 การลงมือปฏิบัติ (Implementation Phase) เป็นช่วงหลักของโปรแกรม ดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ณ บ้านของกลุ่มตัวอย่าง การดำเนินการเริ่มต้นด้วยการทบทวนความรู้การปลูกดอกไม้ ตามด้วยการปฏิบัติจริงในการปลูกและดูแลรักษาดอกไม้ตามคู่มือที่ได้รับ โดยมีทีมวิจัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานหลัก มีกิจกรรมสนับสนุน 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1) การติดตามผ่านกลุ่มไลน์ กลุ่มตัวอย่างสามารถส่งรูปถ่ายความก้าวหน้าและสอบถามปัญหาการปลูกดอกไม้ได้ตลอดเวลาทุกวัน โดยผู้วิจัยและทีมสุขภาพให้คำแนะนำและกำลังใจอย่างต่อเนื่อง

2) การเยี่ยมบ้านรายบุคคลทุกสัปดาห์ โดยผู้วิจัยและทีมสุขภาพเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างทุกราย เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการปลูกดอกไม้ ให้คำปรึกษาเฉพาะหน้า และสนับสนุนด้านจิตใจ

3) การประเมินภาวะซึมเศร้าทุก 2 สัปดาห์ โดยใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต เพื่อเฝ้าระวังสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างอย่างต่อเนื่อง หากพบผลการคัดกรองเป็นบวกจะดำเนินการประเมินเพิ่มเติมด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ทั้งนี้ในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีผลการคัดกรองเป็นบวก โดยมีทีมอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) และพยาบาลประจำรพ.สต. ร่วมเป็นผู้ประสานงานหลัก

เมื่อสิ้นสุดขั้นที่ 4 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรม ขั้นที่ 5 การประเมินผล โดยการติดตามประเมินผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างไม่มาตามนัดและขอออกจากโครงการ 2 คน จึงเหลือกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 34 คน และทีมสุขภาพ มาร่วมกิจกรรม ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลงาว ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง มีการดำเนินกิจกรรมโดย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนผลการดำเนินกิจกรรมตลอดโปรแกรม แลกเปลี่ยนประสบการณ์การปลูกดอกไม้ที่บ้าน และประเมินการบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในสัปดาห์ที่ 1

ระยะที่ 3 ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม

การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (post-test) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม ประกอบด้วย แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม โดยใช้สถิติ paired t-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นแบบโค้งปกติ โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test ($p>.05$)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองระยะแรกหรือระยะคงที่ จำนวน 34 คน ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 64.71 มีอายุเฉลี่ย 68.35 ปี ($SD=9.18$) มีอายุ 70 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 44.12 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.70 และอาศัยอยู่ร่วมกันเพียงสองคน ร้อยละ 52.90 ด้านระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.50 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 58.80 และมีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 50.00 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 88.20 ข้อมูลทางคลินิก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมะเร็งในระบบสืบพันธุ์ ร้อยละ 47.10 และครึ่งหนึ่งมีคะแนน PPS เท่ากับ 100 ร้อยละ 50.00 สำหรับการสนับสนุนทางสังคม พบว่าส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 76.47 ด้านกิจกรรมยามว่าง กลุ่มตัวอย่างนิยมปลูกดอกไม้มากที่สุด ร้อยละ 61.76 โดยดอกมะลิเป็นดอกไม้ที่เลือกปลูกสูงสุด ร้อยละ 55.88 และส่วนใหญ่มองว่าคุณค่าของการปลูกดอกไม้คือการช่วยให้รู้สึกสงบ คลายเครียด และมีความสุข ร้อยละ 67.64

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองรายด้าน และโดยรวมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปลูกดอกไม้ที่บ้าน

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในทุกด้านและโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ได้แก่ ด้านร่างกาย ($t=5.05$, $p<.001$) ด้านจิตใจ ($t=4.78$, $p<.001$) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($t=2.69$, $p=.011$) ด้านสิ่งแวดล้อม ($t=5.07$, $p<.001$) ด้านคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม ($t=3.00$, $p<.01$) และ โดยรวม ($t=5.27$, $p<.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ($n=34$) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปลูกดอกไม้ที่บ้าน

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ยก่อน เข้าโปรแกรม $\bar{X}(SD)$	ระดับ	ค่าเฉลี่ยหลังเข้า โปรแกรม $\bar{X}(SD)$	ระดับ	t	Mean Difference (MD)	p-value
ด้านร่างกาย (คะแนนเต็ม 35)	24.88 (2.24)	ปานกลาง	28.35 (2.40)	ดี	5.05	3.47	<.001***
ด้านจิตใจ (คะแนนเต็ม 30)	21.59 (2.18)	ปานกลาง	24.26 (1.83)	ดี	4.78	2.67	<.001***

ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (คะแนนเต็ม 15)	11.41 (1.21)	ดี	12.24 (0.99)	ดี	2.69	0.83	.011*
ด้านสิ่งแวดล้อม(คะแนน เต็ม 40)	29.85 (3.47)	ดี	32.97 (2.35)	ดี	5.07	3.12	<.001***
ด้านคุณภาพชีวิตและ สุขภาพโดยรวม(คะแนน เต็ม 10)	3.76 (0.43)	ปาน กลาง	4.01 (0.50)	ดี	3.00	0.25	.004**
โดยรวม (คะแนนเต็ม 130)	95.12 (8.57)	ปาน กลาง	105.85 (6.07)	ดี	5.27	10.73	<.001***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

อภิปรายผล

การอภิปรายผลนำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและอธิบายผลการศึกษาโดยอ้างอิงแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ผลของโปรแกรมการปลูกดอกไม้ที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ผลการวิจัย พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปลูกดอกไม้ที่บ้าน ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตทั้งรายด้านและโดยรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า กิจกรรมการปลูกดอกไม้ที่บ้านเป็นกิจกรรมที่อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่านกลไกด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมที่ทำงานเชื่อมโยงกัน โดยวัดจากแบบประเมิน WHOQOL-BREF-THAI ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตครอบคลุมทุกมิติในระดับกว้าง งานวิจัยนี้ไม่ได้ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง (เช่น EORTC QLQ-C30 หรือ FACT-G) เนื่องจากบริบทของการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านในชุมชนชนบทนั้น ไม่ได้เน้นเพียงการประเมินผลกระทบทางกายภาพหรือการจัดการอาการทางคลินิกจากการรักษามะเร็ง (เช่น อาการคลื่นไส้ หรือพิษจากการทำเคมีบำบัด) เท่านั้น แต่ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างสุขภาวะองค์รวม ในการปรับตัวเข้ากับวิถีชีวิตประจำวัน การดำรงอยู่ในสภาพแวดล้อมของครอบครัว และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกื้อกูลต่อการเยียวยาจิตใจของผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Aqmarini et al. (2022) ที่พบว่า เครื่องมือ EORTC QLQ-C30 ที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะเจาะจง จะมุ่งเน้นที่การวัดเครื่องชี้วัดอาการคลินิกและสภาวะโรค ในขณะที่เครื่องมือ WHOQOL-BREF จะสามารถสะท้อนสภาวะที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่โดยทั่วไปของผู้ป่วยได้ครอบคลุมและเหมาะสมกว่าในการประเมินเชิงองค์รวม การใช้เครื่องมือนี้จึงทำให้งานวิจัยมุ่งเป้าไปที่คุณภาพชีวิตทั่วไปในการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์มากกว่าการเป็นผู้ป่วยสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการทำกิจกรรมบำบัดด้วยพืชและสวนในกลุ่มและผู้ป่วยมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวม และการทำหน้าที่ด้านอารมณ์ และสังคมดีขึ้น (Roh et al., 2025)

เมื่อพิจารณาคูณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า กิจกรรมการปลูกดอกไม้ที่บ้านส่งผลเชิงบวกอย่างเด่นชัดที่สุดในด้านจิตใจ ซึ่งอธิบายได้ว่า กิจกรรมการเตรียมดินหรือรดน้ำถือเป็นการออกกำลังกายระดับเบาที่กระตุ้นการหลั่งเอนโดรฟิน เซโรโทนิน และโดพามีน พร้อมทั้งลดระดับคอร์ติซอล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลาย ขณะเดียวกันผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้มีบทบาทในการดูแลและติดตามเฝ้ามองการเจริญเติบโตของต้นไม้ที่ปลูกไว้ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาคภูมิใจและความหวังในการดำเนินชีวิต (Pantiru et al., 2024) สอดคล้องกับแนวคิดของการบำบัดด้วยพืชและสวน ที่อธิบายว่าการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปลูกพืชและการดูแลต้นไม้สามารถส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุคคลได้ (AHTA, 2025) และยังสอดคล้องกับแนวคิดการบำบัดด้วยดอกไม้ของบากที่อธิบายว่าพลังงานจากดอกไม้แต่ละชนิดช่วยแปรเปลี่ยนสภาวะอารมณ์เชิงลบที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง เช่น ความสิ้นหวัง ความวิตกกังวล และภาวะหมดแรง ให้กลับสู่สมดุลและความหวัง (Bach, 2018; Nayakavadi & Tashildar, 2026) ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับ

การทำกิจกรรมบำบัดด้วยพืชและสวนในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย พบว่าการปลูกพืชและสวนทำให้ผู้ป่วยสุขภาพจิตดีขึ้น อาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Kondaguli et al., 2023)

สำหรับด้านสัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม โปรแกรมการปลูกดอกไม้ที่บ้านถูกออกแบบให้ดำเนินการในบริบทของบ้าน เป็นการเปิดพื้นที่ให้ครอบครัวและผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วม การพูดคุยกันถึงพัฒนาการของต้นไม้ช่วยเบี่ยงเบนการสนทนาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความตาย เปลี่ยนไปสู่ความหวังและการกำเนิดของพืชผลดอกไม้ที่ชีวิตใหม่และกำลังเติบโต ช่วยลดความตึงเครียดในครอบครัวและลดความรู้สึกลดเดี่ยวของผู้ป่วย ซึ่งการทำกิจกรรมทางธรรมชาติร่วมกันในบริบทและสิ่งแวดล้อมของการดูแลแบบประคับประคอง สามารถเสริมสร้างสายใยผูกพันและเป็นเครื่องมือสนับสนุนทางสังคมอย่างแท้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee and Lee (2023) ที่พบว่า โปรแกรมพืชสวนบำบัดมีบทบาทสำคัญในการผลักดันการฟื้นฟูสัมพันธภาพทางสังคม และช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งสามารถหลุดพ้นจากความโดดเดี่ยว กลับมามีปฏิสัมพันธ์และหลอมรวมตนเองเข้ากับระบบสนับสนุนทางสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้โปรแกรมการปลูกดอกไม้ที่บ้านยังทำให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองดีขึ้น สามารถอธิบายได้ว่าแม้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ยังมีความเจ็บปวดทางด้านร่างกายอยู่ ซึ่งโปรแกรมนี้อาจจะไม่ได้ไปลดระดับความปวดทางสรีรวิทยาโดยตรง แต่ทำหน้าที่เบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวด และส่งเสริมให้แนวโน้มของความรู้สึกลดปวดลดลง การให้ผู้ป่วยได้ปลูกและดูแลต้นไม้ดอกไม้ เป็นมุ่งความสนใจไปที่การช่วยเสริมสร้างการรู้สติ การบำบัดฟื้นฟูทางการรู้คิด และปลูกฝังความรู้สึกของการมีอำนาจควบคุมและความสำเร็จ ผ่านการเฝ้ามองการเจริญเติบโตของชีวิตใหม่ ซึ่งเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวดได้เป็นอย่างดี (Roh et al., 2025)

อย่างไรก็ตามการปลูกดอกไม้ยังเป็นกิจกรรมที่สามารถทำได้ในบริเวณบ้าน มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะประคับประคองระยะแรกหรือระยะคงที่ ซึ่งยังสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะประกอบด้วยผู้ป่วยมะเร็งหลายชนิดซึ่งอาจมีลักษณะอาการและข้อจำกัดทางร่างกายแตกต่างกัน แต่โปรแกรมการปลูกดอกไม้ที่บ้านได้ออกแบบตามแนวคิดการดูแลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกและปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและความสามารถของตนเอง นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยแนะนำให้เลือกกิจกรรมที่ไม่ใช้แรงมาก เช่น การรดน้ำ พรุนดินเบา ๆ หรือดูแลต้นไม้ รวมทั้งให้คำแนะนำด้านสุขอนามัยในการสัมผัสดินและปุ๋ย เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เป็นต้น ซึ่งจากการดำเนินโปรแกรมในบริบทของชุมชนยังช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลดอกไม้และการพูดคุยเกี่ยวกับกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำในแต่ละวัน ช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวและลดความรู้สึกลดเดี่ยวของผู้ป่วย ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองที่มุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Pantta et al., 2022)

นอกจากนี้ ผลการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Vassanyi et al. (2024) พบว่าการทำพืชและสวนบำบัดทำให้ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของการทำสวนที่มีความสุข ความสนุกสนาน/คุณภาพชีวิตดีขึ้น เพิ่มสุขภาวะทางจิตใจและความผูกพันกับธรรมชาติ ทำโดยเฉพาะด้านสังคมที่ได้ร่วมกันทำสวนกับบุคคลอื่น และสอดคล้องกับการทำกิจกรรมทำสวนในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีสัมพันธ์กับตัวชี้วัดเชิงสรีรวิทยาที่ดีและอารมณ์ที่ดีขึ้น (Chang et al., 2024) จึงเป็นแรงสนับสนุนโดยภาพรวมที่พบว่ากิจกรรมปลูกดอกไม้ที่บ้านสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตทั่วไปแบบองค์รวมของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง ผ่านการบรรเทาความเครียด การสร้างความหวัง การเพิ่มอารมณ์เชิงบวก การสานสัมพันธ์ในระดับตัวบุคคลและครอบครัวและการได้รับแรงสนับสนุนเชิงสังคมอย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางการพยาบาลและทีมสุขภาพควรนำโปรแกรมการปลูกดอกไม้ที่บ้าน 5 ขั้นตอน ระยะเวลา 12 สัปดาห์ไปใช้เป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองที่มี PPS score ตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป เพื่อส่งเสริม

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยใช้คู่มือการปลูกและดูแลดอกไม้ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้วเป็นเครื่องมือประกอบการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรออกแบบการศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุมหรือการทดลองแบบสุ่ม และขยายพื้นที่การศึกษาให้ครอบคลุมทั้งเขตเมืองและชนบท เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัยในวงกว้างมากขึ้น เนื่องจากการศึกษานี้ศึกษาในกลุ่มเดียวในหนึ่งอำเภอ
2. ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาว เช่น 3 และ 6 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินความคงอยู่ของผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจากการศึกษานี้วัดหลังสิ้นสุดการวิจัยเพียงหนึ่งครั้ง
3. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์และความหมายของการเข้าร่วมโปรแกรมจากมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างลึกซึ้ง อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาโปรแกรมให้มีความครอบคลุมและเป็นองค์รวมยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจและให้ความร่วมมืออย่างดียิ่ง รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนผู้เชี่ยวชาญที่ให้คำปรึกษาและตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- American Horticultural Therapy Association. (2025). *About horticultural therapy*.
<https://www.ahta.org/>
- Aqmarini, A. N., Gayatri, D., Nuraini, T., & Yodang, Y. (2022). Perbandingan hasil pengukuran EORTC QLQ-C30 dengan WHOQOL-BREF untuk mengukur kualitas hidup pada pasien kanker: Telaah literatur. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Bengkulu*, 10(1), 35-49.
<https://doi.org/10.36085/jkmb.v10i1.3255>
- Bach, E. (2018). *The twelve healers and other remedies*. White Press.
- Bail, J. R., Blair, C. K., Smith, K. P., Oster, R. A., Kaur, H., Locher, J. L., Frugé, A. D., Rocque, G., Pisu, M., Cohen, H. J., & Demark-Wahnefried, W. (2022). Harvest for health, a randomized controlled trial testing a home-based, vegetable gardening intervention among older cancer survivors across Alabama: An analysis of accrual and modifications made in intervention delivery and assessment during COVID-19. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 122(9), 1629–1643. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2022.05.005>
- Biswas, J., Faruque, M., Banik, P. C., Ahmad, N., & Mashreky, S. R. (2022). Quality of life of the cancer patients receiving home-based palliative care in Dhaka city of Bangladesh. *PLOS ONE*, 17(7), e0268578. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268578>
- Chang, T-W., Tsai, S-T., Huang, H-Y., Wu, Y-S., Chang, C-C., & Datta, S. (2024). Slow well-being gardening: Creating a sensor network for radiation therapy patients via horticultural therapeutic activity. *Sensors*, 24(12), 3771. <https://doi.org/10.3390/s24123771>

- Chowdhury, M. K., Saikot, S., Farheen, N., Ahmad, N., Alam, S., & Connor, S. R. (2023). Impact of community palliative care on quality of life among cancer patients in Bangladesh. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(15), 6443. <https://doi.org/10.3390/ijerph20156443>
- Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2020). *Manual for palliative and end-of-life patient care (for healthcare personnel)*. Veteran Welfare Printing Office. https://www.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Practice_guidelines/Attach/25640114130713PM_aw_คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง_5.pdf (in Thai)
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2022). *Guidelines for the assessment of depression with 2Q and 9Q*. [https://dmh.go.th/test/download/files/2Q%209Q%208Q%20\(1\).pdf](https://dmh.go.th/test/download/files/2Q%209Q%208Q%20(1).pdf) (in Thai)
- Health Data Center, Ministry of Public Health. (2025). *The prevalence of cancer patients in Ngao District, Lampang Province 2024–2025*. <https://hdc.moph.go.th/lpg/public/standard-report-detail/b57439ff27302ade8c38d1dd189644a4> (in Thai)
- Hui, D., Glitza, I., Chisholm, G., Yennu, S., & Bruera, E. (2013). Attrition rates, reasons, and predictive factors in supportive care and palliative oncology clinical trials. *Cancer*, 119(5), 1098–1105. <https://doi.org/10.1002/cncr.27854>
- Kaewwanta, K. (2023). *Effectiveness of palliative care model for the end of life patients from hospital continuing to community, Pak Khad Hospital, Bueng Kan Province*. [Research report]. Bueng Kan Provincial Public Health Office. <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detail&sid=246> (in Thai)
- Kondaguli, S. V., Varghese, A., Rai, A., & Navalkar, A. (2023). Gardening as a therapeutic tool for healing mental health issues among terminally ill patients: An opinion review. *International Journal of Health Sciences and Research*, 13(12), 124–312. <https://doi.org/10.52403/ijhsr.20231215>
- Lee, K. M., & Lee, S.-N. (2023). P352 Effects of horticultural therapy programs on health status, quality of life, psychological symptoms, and self-integration of cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 50(2), 199. <https://www.proquest.com/openview/93ed443d770df797d933497766f2acc9/1?pq-origsite=gscholar&cbl=37213>
- Nayakavadi, D. A., & Tashildar, A. B. (2026). Blooming health—Unlocking the healing power of Bach flower remedies in homoeopathy. *International Journal of Homoeopathic Sciences*, 10(1), 49–52. <https://doi.org/10.33545/26164485.2026.v10.i1.A.2166>
- Pantiru, I., Ronaldson, A., Sima, N., Dregan, A., & Sima, R. (2024). The impact of gardening on well-being, mental health, and quality of life: An umbrella review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 13(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s13643-024-02457-9>
- Pantta, P., Apisitwasana, N., Tana, P., Trichinda, K., Songthitithana, K., & Mala, T. (2022). The effect of a homegrown vegetable gardening program to improve quality of life based on the needs of the elderly. *Journal of Health and Nursing Research*, 38(2), 175–186. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/254718/174280> (in Thai)

- Roh, T., Verzwylt, L. A., Aggarwal, A., Satkunasivam, R., Hasan, N. T., Trisha, N. F., & Hall, C. (2025). Indoor hydroponic vegetable gardening to improve mental health and quality of life in cancer patients: A pilot study. *Frontiers in Public Health*, 13, 1670698. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1670698>
- Rupang, E. R., Kurniawati, N. D., Tzeng, H.-M., Tarihoran, D. E. T. A. U., Saragih, I. S., & Saragih, I. D. (2025). Effect of home-based palliative care on quality of life in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Cancer Nursing*, 1512. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001512>
- Sharma, H., Pankratz, V. S., Demark-Wahnefried, W., Pestak, C. R., & Blair, C. K. (2022). Association between quality of life and physical functioning in a gardening intervention for cancer survivors. *Healthcare*, 10(8), 1421. <https://doi.org/10.3390/healthcare10081421>
- Timko Olson, E. R., Olson, A. A., Driscoll, M., & Vermeesch, A. L. (2023). Nature-based interventions and exposure among cancer survivors: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2376. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032376>
- Vassanyi, I., Szakonyi, B., Loi, D., Mantur-Vierendeel, A., Quintas, J., Solinas, A., Blažica, B., Raffo, L., Guicciardi, M., Manca, A., Gaál, B., & Rarosi, F. (2024). Impact of information technology supported serious leisure gardening on the wellbeing of older adults: The Turntable project. *Geriatric Nursing*, 55, 339–345. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.12.014>
- Wongyai, P. (2024). *The effectiveness of a home visit program with community network participation on the quality of life and care outcomes in palliative and end-stage cancer patients at Lampang cancer Hospital*. [Research report]. Lampang Cancer Hospital. <https://www.lpch.go.th/lpch/uploads/20240718084243037000.pdf> (in Thai)
- Wood, C. J., Barton, J., & Wicks, C. L. (2025). Effectiveness of social and therapeutic horticulture for reducing symptoms of depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1507354. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1507354>
- World Health Organization. (2020). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>