

บทความวิจัย (Research article)

การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณ
ต่อความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครพิงค์

Development and Effectiveness Evaluation of a Spiritual Dimension
Nursing Model on Anxiety and Quality of Life in Cancer Patients
Receiving Chemotherapy at Nakornping Hospital

ศิริกุล อินตะรังษี¹, กนกวรรณ จิตวิไล¹, อรรถวิทย์ จันทศิริ^{2*}

Sirikul Intarungsee¹, Kanokwan Jitwilai¹, Utthawit Jansiri^{2*}

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: utthawit_j@payap.ac.th)

(Received: September 20, 2025; Revised: January 8, 2026; Accepted: January 13, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครพิงค์ ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้ 1) ศึกษาสภาพการณ์และปัญหาในการพยาบาลมิติจิตวิญญาณ 2) พัฒนารูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณ 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวล และแบบประเมินคุณภาพชีวิต มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .92 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบที ผลการวิจัยพบว่า

1. ปัญหาและอุปสรรค ได้แก่ ภาระงานมากและเวลาไม่เพียงพอ ขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจน สภาพแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย และความท้าทายในการสื่อสารเรื่องจิตวิญญาณ รูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ความเห็นอกเห็นใจและความเข้าใจ ทักษะการรับฟังและรับรู้ ความรู้และประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณ การดูแลแบบองค์รวม และการบูรณาการจิตวิญญาณสู่การปฏิบัติ ดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ การประเมินความต้องการทางจิตวิญญาณ การวางแผนการดูแลรายบุคคล การดำเนินการดูแลตามแผน และ การประเมินผลและติดตามอย่างต่อเนื่อง

2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มทดลอง มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุม ($t = 3.50, 2.09; p < .001, .05$) และมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุม ($t = 3.02, 4.55; p < .01$)

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครพิงค์

Registered Nurse (Professional Level), Nakornping Hospital

²อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

Instructor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการดูแลมิติจิตวิญญาณ จัดสรรเวลาและทรัพยากรที่เหมาะสม และกำหนดนโยบายส่งเสริมการดูแลมิติจิตวิญญาณอย่างเป็นระบบ

คำสำคัญ: การพยาบาลทางจิตวิญญาณ, ความวิตกกังวล, คุณภาพชีวิต, ผู้ป่วยมะเร็ง, เคมีบำบัด

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate a spiritual nursing care model for cancer patients receiving chemotherapy. The study was conducted in three phases: 1) exploration of the current situation and problems in spiritual nursing care, 2) development of a spiritual nursing care model, and 3) evaluation of the model's effectiveness. The sample consisted of 64 cancer patients undergoing chemotherapy, assigned to an experimental group ($n = 32$) and a control group ($n = 32$). Data were collected using the State-Trait Anxiety Inventory and the Functional Assessment of Cancer Therapy questionnaire, with Cronbach's alpha coefficients of .92 and .87, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests. The findings revealed that

1. Major problems and barriers to spiritual nursing care include excessive workload and limited time, lack of clear practice guidelines, non-conducive care environments, and difficulties in communicating about spiritual issues. The developed spiritual nursing care model comprises five components: compassion and understanding, listening and perceptual skills, spiritual knowledge and experience, holistic care, and integration of spirituality into nursing practice. Model implementation involved four processes: spiritual needs assessment, individualized care planning, implementation of the care plan, and continuous evaluation and follow-up.

2. The experimental group demonstrate significantly lower anxiety scores compared with pretest ($t = 3.50, p < .001$) and the control group ($t = 2.09, p < .05$). In addition, quality of life scores in the experimental group are significantly higher than at pretest ($t = 3.02, p < .01$) and compare with the control group ($t = 4.55, p < .01$).

It is recommended that nursing administrators support training programs to enhance nurses' spiritual care competencies, allocate adequate time and resources, and establish systematic policies to integrate spiritual care into routine nursing practice.

Keywords: Spiritual nursing, Anxiety, Quality of life, Cancer patients, Chemotherapy

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 2020 พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง จำนวน 10 ล้านคน (World Health Organization, 2025) สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าระหว่างปี พ.ศ. 2561-2565 มีผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด 14,953, 13,492, 9,482, 8,419 และ 9,242 ราย ตามลำดับ มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเท่ากับ 2,972, 3,012, 2,890, 2,938, 3,190 ราย ตามลำดับ และมีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 70-80 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด การรักษาโรคมะเร็งมีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด การฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัด การรักษาด้วยฮอร์โมน และการรักษาแบบมุ่งเป้า โดยแพทย์จะพิจารณาเลือกวิธีการรักษาตามชนิดและระยะของโรค รวมถึงสภาพร่างกายของผู้ป่วย (National Comprehensive Cancer Network, 2024) อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาหลักที่แพทย์เลือกใช้ โดยออกฤทธิ์ทำลายเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็ว ซึ่งส่งผลกระทบต่อเซลล์ปกติด้วยเช่นกัน และทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ผื่น ร่วง อ่อนเพลีย ติดเชื้อง่าย และชาปลายมือปลายเท้า (National Cancer Institute, 2023)

ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นในมนุษย์เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนหรือมีความเสี่ยง เป็นปฏิกิริยาตามธรรมชาติที่ช่วยให้บุคคลเตรียมตัวรับมือกับปัญหาหรืออุปสรรคต่าง ๆ แต่ความวิตกกังวลที่มากเกินไปอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและร่างกาย ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร และลดประสิทธิภาพของระบบภูมิคุ้มกัน (American Psychological Association, 2023) และการรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดสร้างความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยในระดับปานกลาง ร้อยละ 19.5 และระดับสูงร้อยละ 4.5 และสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาวิธีอื่น รวมทั้ง เป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง (Velasco-Durantez et al., 2024) คุณภาพชีวิต (quality of life: QOL) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสถานะความเป็นอยู่ของตนเองในบริบทของวัฒนธรรมและระบบค่านิยมที่ตนอาศัยอยู่ รวมถึงความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความหวัง ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดอยู่ระดับต่ำถึงปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งมี 4 มิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีจิตวิญญาณมีความสำคัญอย่างยิ่งในผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ได้รับเคมีบำบัด เนื่องจากเกี่ยวข้องกับความหมายของชีวิต ความหวัง และการยอมรับสภาพความเจ็บป่วย และเป็นปัจจัยสำคัญที่ควรได้รับการพิจารณา ร่วมกับการรักษาเคมีบำบัด โดยเฉพาะในระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง และปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลและรักษาให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย (Witwanukul et al., 2023)

การดูแลผู้ป่วยด้วยมิติจิตวิญญาณ (spiritual healthcare in action: SHA) เป็นตัวชี้วัดคุณภาพสถานพยาบาล ตามเกณฑ์การรับรองตามมาตรฐาน สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ซึ่งความโดดเด่นด้านการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยเป็นมาตรฐานที่ให้ความสำคัญกับการดูแลด้วยจิตวิญญาณ (Healthcare Accreditation Institute, 2023) การดูแลมิติจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ การรักษาด้วยเคมีบำบัดถือเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างครบถ้วนและองค์รวม ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและกระบวนการฟื้นตัวจากการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยมีพื้นที่ในการแสดงออกถึงความรู้สึกและความกลัว ช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล

รูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็ง มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ความเห็นอกเห็นใจ และความเข้าใจ ทักษะการรับฟังและรับรู้ ความรู้ด้านจิตวิญญาณ การดูแลแบบองค์รวม และบูรณาการสู่การปฏิบัติ ซึ่งพบว่าช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและลดความทุกข์ทางจิตใจ (Moosavi et al., 2020) ลดความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิต (Izgu et al., 2024) และการให้ความหมายในชีวิต ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (Kim et al., 2024) อย่างไรก็ตาม การพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งยังขาดรูปแบบที่ชัดเจนและเป็นระบบ ทำให้การปฏิบัติเป็นไปตามความเข้าใจและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

โรงพยาบาลนครพิงค์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีหอผู้ป่วยพิเศษเคมีบำบัดและรังสีรักษา ให้บริการผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 เฉลี่ย 150-180 รายต่อเดือน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ เต้านม และปอด พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลระดับปานกลางถึงสูงร้อยละ 45 - 55 และมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางถึงต่ำ ร้อยละ 40 - 50 สำหรับแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดตามมาตรฐานของโรงพยาบาลนครพิงค์ ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนให้ยาเคมีบำบัด การเฝ้าระวังอาการข้างเคียงระหว่างให้ยา การให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง และการวางแผนจำหน่าย (Nakornping Hospital, 2024) เน้นการดูแลด้านร่างกายเป็นหลัก และยังไม่มีความชัดเจนที่ชัดเจนสำหรับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมีความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณสูง เนื่องจากต้องเผชิญกับผลกระทบจากการรักษาที่รุนแรงและต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครพิงค์ เพื่อช่วยบรรเทาความวิตกกังวลและส่งเสริมคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะมิติด้านจิตวิญญาณซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมครบถ้วน ตามการพยาบาลแบบองค์รวมต่อไป

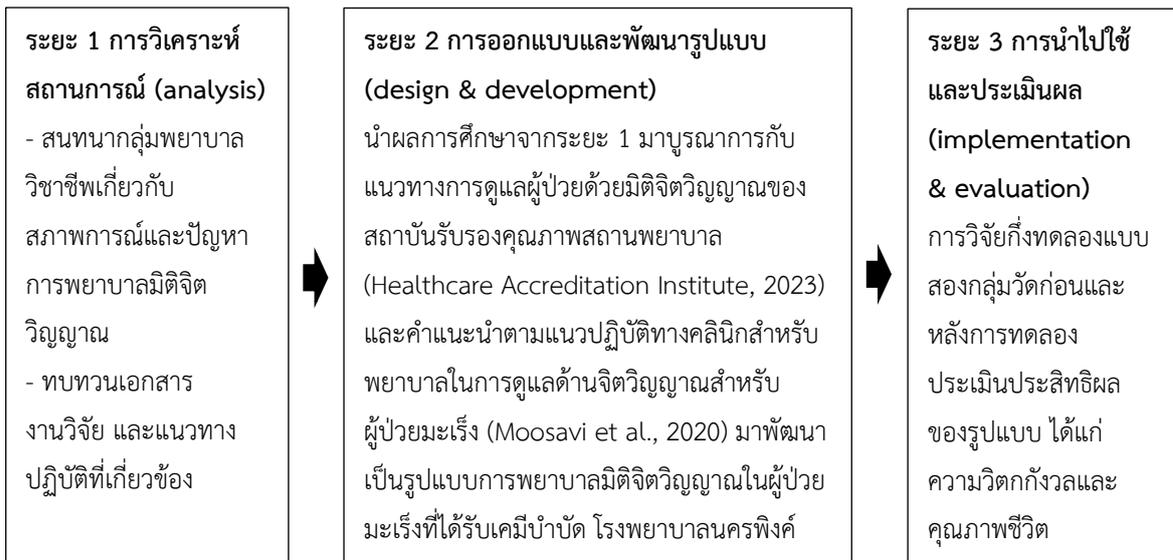
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์และปัญหาของการพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครพิงค์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครพิงค์
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณต่อความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครพิงค์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณต่อความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครพิงค์ ออกแบบตามขั้นตอนของโมเดล ADDIE ได้แก่ การวิเคราะห์ (A: analyze) การออกแบบ (D: design) การพัฒนา (D: development) การนำไปใช้ (I: implementation) และการประเมินผล (E: evaluation) (Branch, 2009) โดยบูรณาการ

ระหว่างแนวทางการดูแลผู้ป่วยด้วยมิติจิตวิญญาณของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ได้แก่ การประเมินความต้องการ การวางแผน การดำเนินการ และการประเมินผล (Healthcare Accreditation Institute, 2023) และ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ ความเห็นอกเห็นใจและความเข้าใจ ทักษะการรับฟังและรับรู้ ความรู้และประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณ การดูแลแบบองค์รวม และบูรณาการจิตวิญญาณสู่การปฏิบัติ (Moosavi et al., 2020) ซึ่งช่วยลดความวิตกกังวลและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณต่อความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครพิงค์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (research & development: R & D) รายละเอียด ดังนี้

1. ศึกษาสภาพการณ์และปัญหาในการพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดโรงพยาบาลนครพิงค์

โดยศึกษาแนวทางการการดูแลผู้ป่วยด้วยมิติจิตวิญญาณที่ผ่านมา และการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับสภาพการณ์และปัญหาในการพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างเดือนมีนาคม - เมษายน 2568 รายละเอียด ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 5 คน ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย 1 คน พยาบาลประจำการอาวุโส 2 คน และพยาบาลประจำการ 2 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง หรือ การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด 3) ผ่านการอบรมหรือเข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับการดูแลมิติจิตวิญญาณ และ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามปลายเปิดและแบบเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา แผนกที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน และประสบการณ์ในตำแหน่งงาน
2. แนวคำถามกึ่งโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวทางการดูแลมิติจิตวิญญาณ และแนวทาง SHA เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 4 ข้อ เกี่ยวกับสถานการณ์ของการพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในปัจจุบัน ข้อดีและข้อเสีย ปัญหาและอุปสรรค และสิ่งสนับสนุนให้ประสบผลสำเร็จ ตัวอย่างคำถาม ได้แก่ "ในปัจจุบันท่านดำเนินการพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างไรบ้าง" "ท่านพบปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้างในการดูแลมิติจิตวิญญาณ" และ "ท่านคิดว่าปัจจัยใดที่จะช่วยให้การดูแลมิติจิตวิญญาณประสบผลสำเร็จ"

ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง 2 ท่าน ด้านการดูแลมิติจิตวิญญาณ 2 ท่าน และด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน และนำไปทดลองสนทนากับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน จำนวน 2 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของคำถาม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานไปยังพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พร้อมทำหนังสือเชิญเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม จากนั้นนัดหมายวันที่ เวลา สถานที่ ว่างล่วงหน้า 1 สัปดาห์
2. ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการสนทนากลุ่มให้ผู้ที่เกี่ยวข้องที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่มรับทราบ พร้อมทั้งขอความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการสนทนากลุ่มตามแนวคำถามที่ จำนวน 2 ครั้ง ใช้ระยะเวลาครั้งละ 45-60 นาที โดยใช้ครั้งที่ 1 เพื่อสำรวจสภาพการณ์ปัจจุบัน ปัญหาและอุปสรรค และครั้งที่ 2 เพื่อสำรวจปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จและข้อเสนอแนะในการพัฒนา

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ทำการจัดข้อมูลเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา แปลความหมายจากข้อมูลที่ได้ทั้งหมด เพื่อให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ ดังนี้ 1) บันทึกเสียงและถอดความคำต่อคำ 2) ให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล 3) วิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อยืนยันความถูกต้องของการตีความ และ 4) นำเสนอข้อมูลพร้อมคำพูดอ้างอิงจากผู้ให้ข้อมูล

2. พัฒนารูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครพิงค์

ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน – พฤษภาคม 2568 ตาม ADDIE Model ดังนี้

2.1 การออกแบบ (Design) ผู้วิจัยสังเคราะห์ข้อมูลจากผลการศึกษาระยะที่ 1 ซึ่งได้ประเด็นหลัก 4 ด้าน ได้แก่ สถานการณ์การพยาบาลมิติจิตวิญญาณในปัจจุบัน ข้อดีและข้อเสียของการดูแล ปัญหาและอุปสรรค และสิ่งสนับสนุนความสำเร็จ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดระบบการดูแลผู้ป่วยด้วยมิติจิตวิญญาณ (SHA) และแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับพยาบาลในการดูแลด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง สังเคราะห์องค์ประกอบสำคัญของรูปแบบ จัดทำร่างรูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณเบื้องต้น พร้อมเอกสารประกอบ ได้แก่ คู่มือการใช้รูปแบบ แบบประเมินความ

ต้องการทางจิตวิญญาณ แบบบันทึกการวางแผนการดูแลรายบุคคล และแบบบันทึกการติดตามและประเมินผล จากนั้นนำร่างรูปแบบเสนอต่อคณะทำงานพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ให้ข้อมูลในระยะที่ 1 จำนวน 5 คน เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความสอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานจริง แล้วปรับปรุงร่างรูปแบบตามข้อเสนอแนะ

2.2 การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ (Development) นำร่างรูปแบบที่ปรับปรุงแล้วไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง 2 ท่าน ด้านการดูแลมิติจิตวิญญาณ 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยและพัฒนา 1 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (I-CVI) เท่ากับ 1.00 จากนั้นปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และจัดทำเอกสารประกอบการใช้รูปแบบฉบับสมบูรณ์

2.3 การคัดเลือกและเตรียมความพร้อมพยาบาลผู้ช่วยนักวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยพิเศษเคมีบำบัดและรังสีรักษา โรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 4 คน โดยมีคุณสมบัติ ได้แก่ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดไม่น้อยกว่า 1 ปี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ระยะเวลา 1 วัน (6 ชั่วโมง) ประกอบด้วยภาคทฤษฎี (2 ชั่วโมง) ภาคปฏิบัติ (3 ชั่วโมง) และการทดสอบความรู้และทักษะ (1 ชั่วโมง) กำหนดเกณฑ์ผ่านการอบรมที่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

2.4 การเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยในการจัดเตรียมสถานที่สำหรับดำเนินกิจกรรมการดูแลมิติจิตวิญญาณ ได้แก่ มุมสงบสำหรับการพูดคุย ห้องสำหรับการทำสมาธิหรือสวดมนต์ และอุปกรณ์ประกอบกิจกรรม

3. ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณต่อความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครพิงค์

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest - posttest design) ระหว่างเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2568 รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยพิเศษเคมีบำบัดและรังสีรักษา โรงพยาบาลนครพิงค์

กลุ่มตัวอย่าง คือ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็ง และได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยพิเศษเคมีบำบัดและรังสีรักษา โรงพยาบาลนครพิงค์ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9. โดยกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบเท่ากับ .80 และค่าความคลาดเคลื่อน .05 และขนาดอิทธิพลจากการศึกษาของ Naphon et al. (2022) เท่ากับ 6.93 จึงเลือกขนาดใหญ่ เท่ากับ .80 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 64 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 32 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป 3) มีการรับรู้บุคคล สถานที่ และเวลาได้ถูกต้อง 4) พูด อ่าน เขียนสื่อสารภาษาไทยได้ 5) คะแนนการประเมินสมรรถภาพการทำ

กิจวัตรประจำวัน (Eastern Cooperative Oncology Group: ECOG) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน (Oken et al., 1982) และ 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยปลดกำหนดเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นหรือมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ได้แก่ ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือมีภาวะไข้เม็ดเลือดขาวต่ำ (febrile neutropenia) และเกณฑ์การยุติเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ 1) ปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมหลังเข้าร่วมกิจกรรมแล้วระยะหนึ่ง และ 2) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบทุกกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ มีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิดและแบบเลือกตอบ จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิในการรักษาพยาบาล และข้อมูลที่บันทึกจากข้อมูลเวชระเบียน ได้แก่ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ระยะของโรค สูตรยาเคมี จำนวนครั้งที่เข้ารับยาเคมีบำบัด และคะแนนการประเมินสมรรถภาพการทำงานกิจวัตรประจำวัน

1.2 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State-Trait Anxiety Inventory: STAI form Y-1) พัฒนาโดย Spielberger et al. (1983) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย Thapinta (1991) เป็นการประเมินความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในสถานการณ์หนึ่ง ๆ จำนวน 20 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน 4 ระดับ สำหรับข้อคำถามทางบวกระหว่าง 4 คะแนน หมายถึง ไม่มีเลย ตามลำดับจนถึง 1 คะแนน หมายถึง มีมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางด้านลบให้คะแนนตรงกันข้ามกัน คิดคะแนนรวมระหว่าง 20-80 คะแนน มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (20-39 คะแนน) ระดับปานกลาง (40-59 คะแนน) และระดับสูง (60-80 คะแนน)

1.3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง (Functional Assessment of Cancer Therapy) ของ Ratanadarathorn et al. (2001) จำนวน 27 ข้อ เป็นการรับรู้ความผูก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย สังคม/ครอบครัว อารมณ์/จิตใจ และการปฏิบัติกิจกรรม เป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ ให้คะแนนระหว่าง 0 - 4 คะแนน คิดคะแนนรวมระหว่าง 0 - 108 คะแนน การแปลผลคะแนน ระดับต่ำ (0-36 คะแนน) ระดับปานกลาง (37-72 คะแนน) และระดับสูง (73-108 คะแนน)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครพิงค์ ได้จากการบูรณาการผลการศึกษาระยะที่ 1 ร่วมกับแนวคิด SHA และแนวปฏิบัติของ Moosavi et al. (2020) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ความเห็นอกเห็นใจและความเข้าใจ ทักษะการรับฟังและรับรู้ ความรู้และประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณ การดูแลแบบองค์รวม และการบูรณาการจิตวิญญาณสู่การปฏิบัติ มีกระบวนการ 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การประเมินความต้องการทางจิตวิญญาณ 2) การวางแผนการดูแลรายบุคคล 3) การดำเนินการดูแลตามแผน และ 4) การประเมินผลและติดตามอย่างต่อเนื่อง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง ด้านการดูแลมิติจิตวิญญาณ และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยและพัฒนา มีค่า item-level content validity index (I-CVI) ของแบบสอบถามความวิตกกังวลเท่ากับ 1.00 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตเท่ากับ 1.00 นำแบบสอบถามความวิตกกังวลและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย นำมาหาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .92 และ .87 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการเข้าพบหัวหน้าพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ ณ หอผู้ป่วยพิเศษเคมีบำบัดและรังสีรักษา โรงพยาบาลนครพิงค์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัย ตลอดจนขอความร่วมมือพยาบาลวิชาชีพในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

2. ดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมในช่วงเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2568 โดยผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดการวิจัย ขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร และเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (pretest) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างวันละ 2-3 ราย ตามผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์และนัดหมายมารับยาเคมีบำบัด ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนได้รับยาเคมีบำบัด ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที ผู้วิจัยดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดของโรงพยาบาลนครพิงค์ ได้แก่ การประเมินสภาพก่อนให้ยาเคมีบำบัด การเฝ้าระวังและจัดการอาการข้างเคียง การให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง และการวางแผนจำหน่าย ครบระยะเวลา 1 เดือน ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างมาทำแบบสอบถามหลังการทดลอง (posttest) ในวันที่กลุ่มตัวอย่างนัดมารับยาเคมีบำบัดครั้งถัดไป โดยทำแบบสอบถามก่อนได้รับยาเคมีบำบัด ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที

3. ดำเนินการการวิจัยในกลุ่มทดลอง ในช่วงเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2568 รายละเอียด ดังนี้

3.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างวันละ 2-3 ราย ตามผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์และนัดหมายมารับยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดการวิจัย ขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเข้าร่วมการวิจัย (pretest) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนได้รับยาเคมีบำบัด ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที

3.2 ดำเนินการกิจกรรมตามรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วย การประเมินความต้องการทางจิตวิญญาณใช้แบบประเมินที่พัฒนาขึ้น สอบถามความเชื่อ ศาสนา ความกังวลและความต้องการ การวางแผนการดูแลรายบุคคลจากการกำหนดเป้าหมายและกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว การดำเนินการดูแลผ่านการจัดกิจกรรมตามแผน เช่น การสวดมนต์ การทำสมาธิ การพูดคุยให้กำลังใจ การประเมินผลและติดตามผลทุกครั้งผู้ป่วยมารับยาเคมีบำบัด รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 กิจกรรมตามรูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

ขั้นตอน	กิจกรรม	ระยะเวลา
1. การประเมินความ ต้องการทางจิตวิญญาณ	ใช้แบบประเมินที่พัฒนาขึ้น สอบถามความเชื่อ ศาสนา ความกังวล และความต้องการของผู้ป่วย	ครั้งแรกที่เข้าร่วมโครงการ (15-20 นาที)
2. การวางแผนการดูแล รายบุคคล	กำหนดเป้าหมายและกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว บันทึกในแบบบันทึกการวางแผนการดูแลรายบุคคล	หลังการประเมิน (10-15 นาที)
3. การดำเนินการดูแล ตามแผน	จัดกิจกรรมตามแผน เช่น การสวดมนต์ การทำสมาธิ การ พูดคุยให้กำลังใจ ตามความเชื่อของผู้ป่วย	ทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับยาเคมี บำบัด (20-30 นาที/ครั้ง)
4. การประเมินผลและ ติดตาม	ประเมินผลและติดตามความก้าวหน้าทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับ ยาเคมีบำบัด บันทึกในแบบบันทึกการติดตามและ ประเมินผล	ทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับยาเคมี บำบัด (10 นาที)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และคะแนนความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพระหว่างกลุ่ม โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test: χ^2) และการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ภายในกลุ่มระหว่างก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสถิติการทดสอบที่แบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

ซึ่งผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องข้อมูลมีการกระจายเป็นปกติโดยใช้สถิติการทดสอบ Shapiro-Wilk และค่าความแปรปรวนระหว่างกลุ่มเท่ากัน จากสถิติการทดสอบ Levene พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติและความแปรปรวนระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพิงค์ NKP No. 217/67 ลงวันที่ 18 ธันวาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยอิสระ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ในระหว่างการวิจัย และสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา แบบสอบถามที่ตอบเสร็จเรียบร้อยแล้วถูกเก็บมิดชิดในซองกระดาษและเก็บไว้ในตู้ที่ใส่กุญแจไฟล์ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับและบันทึกในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านมีเพียงผู้วิจัยที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ในการนำเสนอเป็นแบบภาพรวม และทำลายข้อมูลหลังจากผลงานวิจัยได้รับการเผยแพร่เรียบร้อยแล้ว

ผลการวิจัย

1. สภาพการณ์และปัญหาของการพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครพิงค์

1.1 ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 5 ท่าน โดยเป็นเพศหญิงร้อยละ 80.00 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31-35 ปี ร้อยละ 40.00 ($M = 34.20, SD = 6.80$) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 60.00 ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษเคมีบำบัดและรังสีรักษา ร้อยละ 60.00 มีประสบการณ์เฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 40.00 ($M = 7.40, SD = 4.20$)

1.2 สถานการณ์ของการพยาบาลมิติจิตวิญญาณจากการสนทนากลุ่ม พบว่า การพยาบาลมิติจิตวิญญาณในปัจจุบันดำเนินการโดยพยาบาลเป็นหลัก ประกอบด้วยการพูดคุยให้กำลังใจ การประสานงานกับพระหรือผู้นำทางศาสนา และการจัดสถานที่สำหรับปฏิบัติศาสนกิจ อย่างไรก็ตาม การดำเนินการยังไม่เป็นระบบและขึ้นอยู่กับความเข้าใจของพยาบาลแต่ละคน ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

"เราก้ทำตามทีเข้าใจ บางทีก็พูดคุยให้กำลังใจ ถามว่าอยากให้พระมาเยี่ยมไหม แต่ไม่มีแนวทางที่ชัดเจนว่าต้องทำอะไรบ้าง" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

1.3 ข้อดีของการดูแล ได้แก่ พยาบาลมีความตั้งใจดีในการดูแลผู้ป่วย มีพื้นที่สำหรับปฏิบัติศาสนกิจ และมีการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ส่วนข้อเสีย ได้แก่ ขาดการประเมินความต้องการอย่างเป็นระบบ ขาดการบันทึกและติดตามผล และขาดการอบรมความรู้เฉพาะด้าน ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

"ข้อดีคือพยาบาลทุกคนมีใจอยากช่วยเหลือผู้ป่วย มีห้องสวดมนต์ให้ แต่ข้อเสียคือเราไม่ได้ประเมินความต้องการอย่างเป็นระบบ ไม่ได้บันทึกไว้ และไม่ได้ติดตามผล" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

1.4 ปัญหาและอุปสรรค ได้แก่ 1) ด้านบุคลากรและภาระงาน พบว่าปัญหาสำคัญที่สุดคือเวลาในการดูแลไม่เพียงพอเนื่องจากอัตรากำลังพยาบาลไม่เพียงพอ รวมถึงภาระงานที่มากจนไม่สามารถใช้เวลาดูแลด้านจิตใจได้เพียงพอ 2) ด้านระบบและแนวทางปฏิบัติ โรงพยาบาลขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้การดูแลเป็นไปตามความเข้าใจและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล 3) ด้านสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก แม้มีพื้นที่เงียบสำหรับการสวดมนต์และทำสมาธิ แต่ยังไม่เพียงพอและไม่เหมาะสม 4) ด้านการสื่อสารและความเข้าใจ พบความท้าทายในการสื่อสารเรื่องจิตวิญญาณเนื่องจากความหลากหลายทางศาสนาและความเชื่อ ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

"ภาระงานเยอะมาก คนไข้เยอะ บางทีอยากนั่งคุยกับคนไข้ให้กำลังใจ แต่ไม่มีเวลา ต้องรีบไปดูคนไข้คนอื่น" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

"เรื่องจิตวิญญาณคุยยาก คนไข้แต่ละคนเชื่อไม่เหมือนกัน บางคนเป็นพุทธ บางคนเป็นคริสต์ บางคนไม่นับถือศาสนา เราไม่แน่ใจว่าจะพูดอย่างไรให้เหมาะสม" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

1.5 สิ่งสนับสนุนให้ประสบผลสำเร็จ ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหารทั้งด้านนโยบายและทรัพยากร การอบรมพัฒนาศักยภาพพยาบาลด้านการดูแลมิติจิตวิญญาณ การมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม การสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพและครอบครัวผู้ป่วย ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

"ถ้าผู้บริหารสนับสนุน มีนโยบายชัดเจน จัดอบรมให้ความรู้ และมีแนวปฏิบัติที่ทำตามได้ง่าย การดูแลจิตวิญญาณจะดีขึ้นแน่นอน" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

2. ประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณต่อความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครพิงค์

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 56.25 และ 62.50 ตามลำดับ สถานภาพสมรส ร้อยละ 65.63 และ 68.75 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 และ 53.12 ตามลำดับ มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 78.12 และ 87.50 ตามลำดับ ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 53.13 และ 62.50 ตามลำดับ มีระยะเวลาเจ็บป่วย 1–3 ปี ร้อยละ 71.88 และ 62.50 ตามลำดับ รับประทานยาเคมีบำบัดสูตรที่มีออกซาลิแพลติน ร้อยละ 34.37 และ 40.63 ตามลำดับ และมีสมรรถภาพการทำงานประจำวันระดับ 2 คือไม่สามารถทำงานได้ ร้อยละ 59.37 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รายการ	กลุ่มควบคุม (n = 32)	กลุ่มทดลอง (n = 32)	ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ			1.00 ^a	.255
ชาย	12 (37.50)	16 (50.00)		
หญิง	20 (62.50)	16 (50.00)		
อายุ (ปี) (M = 57.64, SD = 14.43)			2.78 ^b	.425
30 – 39	6 (18.75)	4 (12.50)		
40 – 49	5 (15.62)	2 (6.25)		
50 – 59	3 (9.38)	6 (18.75)		
มากกว่า 60	18 (56.25)	20 (62.50)		
สถานภาพ			2.46 ^b	.293
โสด	9 (28.13)	5 (15.63)		
สมรส	21 (65.63)	22 (68.75)		
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกัน	6 (6.24)	5 (15.62)		
ระดับการศึกษา			2.11 ^b	.550
ประถมศึกษา	16 (50.00)	17 (53.12)		
มัธยมศึกษา	9 (9.38)	6 (18.75)		
อนุปริญญา	7 (21.87)	6 (18.75)		
ปริญญาตรี	6 (18.75)	3 (9.38)		

ตาราง 2 (ต่อ)

รายการ	กลุ่มควบคุม (n = 32)		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)			
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)			1.51 ^b	.286
น้อยกว่า 10,000	25 (78.12)	28 (87.50)		
10,000 – 20,000	6 (18.75)	2 (6.25)		
มากกว่า 20,000	1 (3.13)	2 (6.25)		
สิทธิการรักษา			.70 ^a	.704
สวัสดิการข้าราชการ	6 (18.75)	4 (12.50)		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	17 (53.13)	20 (62.50)		
ประกันสังคม	9 (28.12)	8 (25.00)		
ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง (ปี) (M = 3.14, SD = 2.16)			1.27 ^b	.530
1 – 3	23 (71.88)	20 (62.50)		
4 – 6	8 (25.00)	9 (28.12)		
7 – 10	1 (3.12)	3 (9.38)		
ระยะของโรค			2.65 ^b	.448
1	4 (12.50)	1 (3.12)		
2	10 (31.25)	9 (28.13)		
3	10 (31.25)	10 (31.25)		
4	8 (25.00)	12 (37.50)		
สูตรยาเคมีบำบัด			1.29 ^a	.730
ออกซาลิแพลติน	11 (34.37)	13 (40.63)		
แพลตินัม	8 (25.00)	10 (31.25)		
ฟลูออโรไพริมิดีน	6 (18.75)	5 (15.62)		
อื่นๆ	7 (21.88)	4 (12.50)		
จำนวนครั้งที่เข้ารับเคมีบำบัด (M = 2.84, SD = 1.87)			4.82 ^b	.090
1 – 3	27 (84.38)	20 (62.50)		
4 – 6	3 (9.37)	10 (31.25)		
7 – 10	2 (6.25)	2 (6.25)		
สมรรถภาพการทํากิจวัตรประจำวัน			.65 ^a	.723
ไม่มีข้อจำกัด	4 (12.50)	6 (18.75)		
มีข้อจำกัดเมื่อออกแรง	9 (28.13)	7 (21.88)		
ไม่สามารถทำงานได้	19 (59.37)	19 (59.37)		

หมายเหตุ ^a = Chi-square test, ^b = Fisher's exact test

2.2 การเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่า มีคะแนนความวิตกกังวลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 3.50, p < .001$) และมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 3.02, p = .005$) ส่วนกลุ่มควบคุม มีคะแนนความวิตกกังวลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 2.42, p = .002$) แต่คะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ($t = .53, p = .602$) รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิต ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean difference	t	p -value
	M	SD	M	SD			
กลุ่มทดลอง (n = 32)							
ความวิตกกังวล	36.06	9.56	30.06	9.55	-6.00	3.50**	<.001
คุณภาพชีวิต	52.94	6.01	57.75	9.68	-4.81	3.02*	.005
กลุ่มควบคุม (n = 32)							
ความวิตกกังวล	38.50	7.02	34.84	8.71	-3.66	2.42**	.002
คุณภาพชีวิต	48.94	6.38	48.28	6.70	.66	.53	.602

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

2.3 การเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลอง ภายหลังจากการใช้รูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด และกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษา พบว่า มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.09, p = .041$) และมีคะแนนความคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 4.55, p < .001$) รายละเอียด ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 64)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มควบคุม (n = 32)		Mean difference	t	p -value
	M	SD	M	SD			
ความวิตกกังวล	30.06	9.56	34.84	8.71	4.78	2.09*	.041
คุณภาพชีวิต	57.75	9.69	48.28	6.70	9.47	4.55**	<.001

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

การอภิปรายผล

1. สภาพการณ์และปัญหาของการพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครพิงค์พบว่า มีข้อจำกัดด้านภาระงานมากและเวลาไม่เพียงพอ ขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจน สภาพแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย และความท้าทายในการสื่อสารเรื่องจิตวิญญาณ แม้ว่าพยาบาลจะมีความตั้งใจดี ในการให้การดูแลแบบองค์รวม สะท้อนให้เห็นว่าการดูแลมิติจิตวิญญาณยังไม่ได้รับการบูรณาการเข้าสู่ระบบ การพยาบาลอย่างเป็นระบบ การดำเนินการยังขึ้นอยู่กับความเข้าใจและประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Anshasi et al. (2024) ที่พบว่า พยาบาลมีความตระหนักในความสำคัญของการดูแลมิติจิตวิญญาณ แต่ยังไม่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติ และการศึกษาของ Hynneklev et al. (2024) พบว่าการดูแลมิติจิตวิญญาณไม่ค่อยปรากฏในบันทึกการพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็ง ปัญหาสำคัญที่พบคือการขาดเวลาเนื่องจากอัตรากำลังไม่เพียงพอและภาระงานมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Anshasi et al. (2024) พบว่า บุคลากรไม่เพียงพอ ขาดเวลา และขาดความรู้และทักษะเป็นอุปสรรคต่อการให้การดูแลทางจิตวิญญาณ นอกจากนี้ ความท้าทายด้านการสื่อสารเรื่องจิตวิญญาณ สะท้อนถึงความหลากหลายทางศาสนาและความเชื่อในสังคมไทย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al. (2024) ที่พบว่า ความต้องการทางจิตวิญญาณ มีความแตกต่างกันตามลักษณะส่วนบุคคลและวัฒนธรรม

สิ่งสนับสนุนความสำเร็จที่พบในการศึกษานี้ ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหาร การอบรมพัฒนาศักยภาพ และการมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการดูแลมิติจิตวิญญาณต้องอาศัยปัจจัยสนับสนุนในระดับองค์กร ไม่ใช่เพียงความตั้งใจของพยาบาลเป็นรายบุคคล ผลการศึกษานี้ สะท้อนว่าการดูแลมิติจิตวิญญาณต้องการการสนับสนุนอย่างเป็นระบบ เนื่องจากการดูแลด้านนี้ต้องใช้เวลาและทักษะเฉพาะทาง หากขาดการสนับสนุนด้านนโยบายและทรัพยากร พยาบาลก็ไม่สามารถจัดสรรเวลาและดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ McDarby et al. (2024) พบว่า การสนับสนุนจากองค์กรและการมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน เป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการดูแลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็ง

2. รูปแบบและประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครพิงค์ พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้น มี 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ความเห็นอกเห็นใจและความเข้าใจ ทักษะการรับฟังและรับรู้ ความรู้และประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณ การดูแลแบบองค์รวม และการบูรณาการจิตวิญญาณสู่การปฏิบัติ ซึ่งเกิดจากการบูรณาการตามแนวทาง SHA กับบริบทของโรงพยาบาลไทยโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานจริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Moosavi et al. (2020) ที่พัฒนาการพยาบาลมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ความเห็นอกเห็นใจและความเข้าใจ ทักษะการรับฟังและรับรู้ ความรู้ด้านจิตวิญญาณ การดูแลแบบองค์รวม และการบูรณาการสู่การปฏิบัติ และการศึกษาของ Izgu et al. (2024) พบว่า การดูแลด้านจิตวิญญาณมีผลกระทบเชิงบวกต่อความหวังในผู้ป่วยมะเร็งสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน โดยการดูแลที่เป็นระบบช่วยเพิ่มความหวังในผู้ป่วย การเน้นให้พยาบาลเป็นแกนหลักในการประสานงาน รวมทั้ง การศึกษาของ McDarby et al. (2024) พบว่า พยาบาลมีบทบาทในการประสานงานและให้การดูแลต่อเนื่อง การให้ความสำคัญกับบทบาทของครอบครัวในรูปแบบที่พัฒนาขึ้น สะท้อนถึงวัฒนธรรมไทยและเอเชีย จึงมี

จุดเด่นต่างจากการพยาบาลมาตรฐานเดิมที่เน้นการดูแลด้านร่างกายเป็นหลัก แต่รูปแบบนี้ มีการประเมิน และดูแลมิติจิตวิญญาณอย่างเป็นระบบ เป็นการวางแผนการดูแลเฉพาะราย มีกิจกรรมที่สอดคล้องกับความเชื่อของผู้ป่วย และการติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง จึงเป็นการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ

ด้านความวิตกกังวล พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดทั้งกลุ่ม มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.50, 2.42; p < .001, .05$) ซึ่งให้เห็นว่า การดูแลไม่ว่าจะเป็นแบบมาตรฐานหรือแบบเน้นมิติจิตวิญญาณ ล้วนมีส่วนช่วยลดความวิตกกังวลได้ สะท้อนว่าการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบช่วยสร้างความรู้สึกลดท้อภัยให้แก่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยได้รับข้อมูล เกี่ยวกับการรักษา การจัดการอาการข้างเคียง และการสนับสนุนจากทีมการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ Velasco-Durantez et al. (2024) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีกลไกการปรับตัว และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและทีมการรักษา การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างสม่ำเสมอและเห็นความคืบหน้า ในการรักษาช่วยลดความไม่แน่นอนและความกังวลได้ในระดับหนึ่ง แต่ผลการวิจัยยังพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนน ความวิตกกังวลลดลง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.09, p < .05$) ซึ่งให้เห็นว่า รูปแบบใหม่นี้ มีประสิทธิผลในการลดความวิตกกังวลได้มากกว่า สะท้อนว่าการดูแลที่ครอบคลุมมิติ จิตวิญญาณช่วยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ลึกซึ้งกว่า เนื่องจากกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ การประเมินความต้องการทางจิตวิญญาณ การวางแผนการดูแลรายบุคคล และการดำเนินกิจกรรม ที่สอดคล้องกับความเชื่อของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการยอมรับและเข้าใจ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ McDarby et al. (2024) ที่พบว่า การแสดงความเข้าใจต่อความทุกข์ของผู้ป่วยเป็นปัจจัย สำคัญในการลดความวิตกกังวล นอกจากนี้ ทักษะการรับฟังและรับรู้ของพยาบาลช่วยให้สามารถระบุและ ตอบสนองต่อความกังวลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างดี ส่งผลให้ความเครียดทางจิตใจลดลง

ด้านคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุม ($t = 3.02, 4.55; p < .01$) อาจเนื่องจาก กิจกรรมการดูแลที่ให้ความสำคัญและเอาใจใส่ ผู้ป่วยและครอบครัวทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิต ที่ดี ผู้ป่วยสามารถพัฒนาทัศนคติเชิงบวกต่อตนเองและสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการ สนับสนุนทางจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Izgu et al. (2024) ที่พบว่า การดูแล ด้านจิตวิญญาณช่วยลดความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความเครียดทางจิตใจ และเพิ่มคุณภาพชีวิตใน ผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลมาตรฐาน มีคะแนนคุณภาพ ชีวิตไม่แตกต่างกัน เนื่องจากการพยาบาลมาตรฐานเน้นการดูแลด้านร่างกายเป็นหลัก ไม่ได้ครอบคลุมมิติ จิตวิญญาณอย่างเป็นระบบ

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างจำกัดจากโรงพยาบาลเดียวและผู้ป่วยส่วนใหญ่เน้นถือศาสนาพุทธ ทำให้ การนำผลไปใช้กับประชากรที่หลากหลายมีข้อจำกัด มีการติดตามผลระยะสั้นเพียง 1 เดือน อาจไม่ทราบ ผลกระทบระยะยาว และความยั่งยืนของการดูแล รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการดูแลมิติจิตวิญญาณที่เหมาะสม และกำหนดนโยบายการนำรูปแบบการดูแลมิติจิตวิญญาณไปใช้อย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

วิจัยติดตามผลของรูปแบบการพยาบาลมิติจิตวิญญาณต่อเนื่องในระยะยาว 6-12 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลการดูแล และติดตามผลกระทบต่อการทำงานของผู้ป่วยและครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

- American Psychological Association. (2023). *Anxiety*. <https://www.apa.org/topics/anxiety>
- Anshasi, H., Fawaz, M., Aljawarneh, Y., Al-Tammemi, A. B., Anshasi, A., Ashour, A., Tuffaha, H., & Al-Delaimy, W. K. (2024). Exploring nurses' experiences of providing spiritual care to cancer patients: A qualitative study. *BMC Nursing, 23*(1), 207. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01830-2>
- Branch, R. M. (2009). *Instructional design: The ADDIE approach*. Springer.
- Healthcare Accreditation Institute. (2023). *Additional criteria for designing work systems with spiritual dimensions according to hospital and health service standards* (5th ed.). Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (in Thai)
- Hynneklev, I. I., Giske, T., & Heggdal, K. (2024). Traces of spiritual care in nursing records: A qualitative study of cancer care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 38*(4), 924-935. <https://doi.org/10.1111/scs.13294>
- Izgu, N., Metin, Z. G., Eroglu, H., Semerci, R., & Pars, H. (2024). Impact of spiritual interventions in individuals with cancer: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Oncology Nursing, 71*, 102646. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102646>
- Kim, Y., Nam, S. H., & Hwang, B. (2024). Effect of meaning-in-life interventions for advanced cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Nursing Research, 33*(8), 648–658. <https://doi.org/10.1177/10547738241273315>
- McDarby, M., Miller, M., Rosa, W. E., Buller, H., & Ferrell, B. R. (2024). Multidisciplinary oncology clinicians' experiences delivering spiritual care to patients with cancer and their care partners. *Supportive Care in Cancer, 32*(9), 586. <https://doi.org/10.1007/s00520-024-08773-z>
- Moosavi, S., Borhani, F., Akbari, M. E., Sane, N., & Rohani, C. (2020). Recommendations for spiritual care in cancer patients: A clinical practice guideline for oncology nurses in Iran. *Supportive Care in Cancer, 28*(11), 5381-5395. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05390-4>

- Nakornpink Hospital. (2024). *Service profile: Chemotherapy and radiotherapy special ward, Fiscal year 2024*. Nakornping Hospital. (in Thai)
- Naphon, M., Sohpaom, A., & Hongchai, S. (2022). Development of an information model for preparing liver cancer patients undergoing intra-arterial chemotherapy treatment. *Udon Thani Hospital Medical Journal, 30*(3), 319-328. (in Thai)
- National Cancer Institute. (2023). *Cancer statistics in Thailand*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Oken, M. M., Creech, R. H., Tormey, D. C., Horton, J., Davis, T. E., McFadden, E. T., & Carbone, P. P. (1982). Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *American Journal of Clinical Oncology, 5*(6), 649-655.
- Ratanadarathorn, W., Sirilertrakul, S., Jirajarus, M., Silpakij, C., Manichavakit, J., Sailamai, P., & Sirisinha, T. (2001). Translation and quality validation of The Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) version 4 Thai version. *Journal of the Medical Association of Thailand, 84*(10), 1430-1442. (in Thai)
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Consulting Psychologists Press.
- Thapinta, D. (1991). *Reducing anxiety among staff nurses caring for AIDS patients through cognitive restructuring combined with mindfulness training* [Unpublished master's thesis]. Chulalongkorn University. (in Thai)
- Velasco-Durantez, V., Cruz-Castellanos, P., Hernandez, R., Rodriguez-Gonzalez, A., Fernandez Montes, A., Gallego, A., Manzano-Fernandez, A., Sorribes, E., Zafra, M., & Carmona-Bayonas, A. (2024). Prospective study of predictors for anxiety, depression, and somatization in a sample of 1807 cancer patients. *Scientific Reports, 14*(1), 3188. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-53212-y>
- Wang, Z., Tang, X., Li, L., Zhou, H., Zhu, Y., Chen, L., Su, T., Liu, M., Pang, X., Yi, X., Liu, L., Liu, J., & Liu, M. (2024). Spiritual care needs and their attributes among Chinese in patients with advanced breast cancer based on the Kano model: A descriptive cross-sectional study. *BMC Palliative Care, 23*(1), 50. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01377-8>
- Witwanukul, P., Seedadad, R., Tanyabutr, S., & Leuangsomnapha, Y. (2023). Predictive factors for quality of life among elderly cancer patients receiving chemotherapy treatment. *Journal of Public Health Research and Health Sciences, 5*(3), 107-121. (in Thai)
- World Health Organization. (2025, 3 February). *Cancer*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>