



ผลของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

รสสุคนธ์ สุทะปา¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณ ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวน 13 ราย และผู้ดูแลหลัก/ครอบครัว จำนวน 13 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณตาม Narayanasamy's Spiritual Care Model ครอบคลุม 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การดูแลด้านความเชื่อและค่านิยม การดูแลด้านความหมายและจุดประสงค์ของชีวิต การดูแลด้านความสัมพันธ์ และการดูแลด้านการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของนารานาซาม (SNAT) แบบประเมินภาวะผาสุกทางจิตวิญญาณ (SWBS) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยประคับประคอง (POS) และแบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Wilcoxon sign rank test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากได้รับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณ กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานคะแนนความต้องการด้านจิตวิญญาณลดลงจาก 68.0 เป็น 42.0 ตีความก่อนได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และมีความสัมพันธ์คะแนนภาวะผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นจาก 16.0 เป็น 24.0 ตีความก่อนได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีค่ามัธยฐานคะแนนเปลี่ยนแปลงจาก 22.0 เป็น 21.0 แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.180$) นอกจากนี้ ครอบครัว/ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการดูแลด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=35.85, SD=2.19) ทั้งนี้ พยาบาลและบุคลากรสุขภาพควรนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณตาม Narayanasamy's Spiritual Care Model ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณรายบุคคล การสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา การช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาความหมายและจุดประสงค์ของชีวิต การอำนวยความสะดวกในการพบปะครอบครัวและบุคคลสำคัญ

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง, จิตวิญญาณ, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, ภาวะผาสุกทางจิตวิญญาณ, คุณภาพชีวิต

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนคร

The Effects of Spiritual Care in Palliative Care for End-of-Life Patients, inpatient ward, Srinakhon Hospital, Sukhothai Province

rossukon suthapa¹

ABSTRACT

This quasi-experimental research with one-group pretest-posttest design was conducted to examine the effects of spiritual care in palliative care for end-of-life patients in the inpatient ward at Srinakhon Hospital, Sukhothai Province. The sample consisted of 13 palliative care patients and 13 primary caregivers/family members. The intervention tool was spiritual care in palliative care based on Narayanasamy's Spiritual Care Model, covering four components: beliefs and values care, meaning and purpose care, relationships care, and spiritual practices care. Data collection instruments included Narayanasamy's Spiritual Needs Assessment Tool (SNAT), Spiritual Well-being Scale (SWBS), Palliative Outcome Scale (POS), and Family Satisfaction Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and Wilcoxon sign rank test.

The results showed that after receiving spiritual care in palliative care, the experimental group had a median score of spiritual needs that decreased from 68.0 to 42.0, which was significantly better than before receiving care at the 0.001 level, and had a median score of spiritual well-being that increased from 16.0 to 24.0, which was significantly better than before receiving care at the 0.001 level. The quality of life of patients had a median score that changed from 22.0 to 21.0, but the difference was not statistically significant ($p=0.180$). In addition, family/caregivers had a high level of satisfaction with spiritual care overall (Mean=35.85, SD=2.19).

Therefore, nurses and healthcare personnel should apply the spiritual care in palliative care approach based on Narayanasamy's Spiritual Care Model systematically in caring for end-of-life patients, especially individual assessment of spiritual needs, supporting patients to practice religious beliefs, helping patients find meaning and purpose in life, and facilitating meetings with family and significant others.

Keywords: palliative care, spirituality, end-of-life patients, spiritual well-being, quality of life

¹Professional Nurse (PROFESSIONAL Level), Srinakorn Hospital

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นแนวทางการดูแลที่มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับโรคที่รักษาไม่หายหรืออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยเน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกมิติ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มากกว่าการยืดอายุขัย โดยไม่จำเป็น แนวคิดนี้ได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลกว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพที่ประชากรทุกคนควรได้รับอย่างเท่าเทียม (World Health Organization, 2020)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2020) รายงานว่า ในแต่ละปีมีประชากรโลกกว่า 56.8 ล้านคนที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง แต่มีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่สามารถเข้าถึงบริการดังกล่าว โดยเฉพาะในประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง ซึ่งขาดแคลนบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะด้านรวมถึงขาดเครื่องมือและระบบสนับสนุนที่ครอบคลุมมิติทางจิตวิญญาณและวัฒนธรรมนอกจากนี้ รายงานจาก The Lancet Commission on Global Access to Palliative Care and Pain Relief (2018) ระบุว่า ผู้ป่วยจำนวนมากต้องทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดทางกายและจิตใจที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ หากมีการจัดบริการแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะในวาระสุดท้ายของชีวิตที่ควรได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ประเทศไทยเริ่มให้ความสำคัญกับการพัฒนา Palliative Care อย่างเป็นทางการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 โดยมีการจัดทำยุทธศาสตร์แห่งชาติ และบรรจุแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองในหลักสูตรแพทยศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ และสาธารณสุขศาสตร์ อีกทั้งมีการจัดตั้งเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคองระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด อย่างไรก็ตาม แม้จะมีผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพียงกลุ่มหนึ่งเท่านั้นที่ได้รับการบริการดังกล่าวในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะในด้าน “การดูแลด้านจิตวิญญาณ” ที่ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลแบบองค์รวม กลับพบว่ายังขาดแนวทางการประเมินและการปฏิบัติอย่างชัดเจน งานวิจัยของนิรชา รุ่งเรืองลาภไพศาล และคณะ (2568) รายงานว่าบุคลากรพยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดความมั่นใจในการพูดคุยเรื่องความตายกับผู้ป่วย ขาดความเข้าใจ

ในแนวคิดเรื่องจิตวิญญาณ รวมทั้งขาดเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน มีตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จในประเทศไทยที่สามารถใช้เป็นต้นแบบได้ เช่น อโรคยศาลา วัดคำประมง จังหวัดสกลนครใช้แนวทางบูรณาการระหว่างพุทธศาสนา การฝึกสมาธิ และเวชศาสตร์ประคับประคอง ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจธรรมชาติของความตายอย่างสงบและมีสติ โรงพยาบาลศรีนครินทร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น พัฒนาหน่วยงานเวชศาสตร์ประคับประคองแบบสหวิชาชีพ มีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวมและจัดกิจกรรมฟื้นฟูจิตใจ เช่น การเยี่ยมศาสนสถานพิธีกรรมทางศาสนาโรงพยาบาลคูน (KOON Palliative Care) เน้น

แนวคิด“ศูนย์กลางชีวิตที่สงบงาม”ใช้หลักพุทธธรรมประกอบกับการแพทย์ เพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในเวลาที่เหลืออยู่

จังหวัดสุโขทัยได้ดำเนินการขับเคลื่อนการดูแลแบบประคับประคองผ่านโครงการพัฒนาระบบสุขภาพระดับจังหวัด โดยมีการประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และชุมชน ในช่วงปี พ.ศ. 2566–2568 พบว่ามีผู้ป่วยระยะสุดท้ายในพื้นที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยปี 2566 มีจำนวน 2,530 ราย ปี 2567 จำนวน 1,962 ราย และช่วงครึ่งแรกของปี 2568 มี 1,157 ราย อย่างไรก็ตาม รายงานการประเมินภายในของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย (2568) พบว่า แนวทางการดูแลยังเน้นเฉพาะด้านร่างกายและการส่งต่อเท่านั้น ขาดการประเมินในมิติของจิตวิญญาณ ความกลัว ความหวัง และการเตรียมตัวตายอย่างเป็นระบบ

โรงพยาบาลศรีนคร เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ซึ่งมีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยระยะแบบประคับประคองในพื้นที่อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย โดยมีจำนวนผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในปี 2566-2568 จำนวน 45 ราย, 55 ราย และ 20 รายตามลำดับ (โรงพยาบาลศรีนคร, 2568) อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจเบื้องต้นโดย พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์หรือการอบรมเรื่องการดูแลด้านจิตวิญญาณ และไม่มีแบบฟอร์มหรือเครื่องมือประเมินความต้องการด้านนี้อย่างเป็นระบบ การศึกษาของ รัชฎาพร แนนเอียด (2561) พบว่า การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น การฟัง การให้คำปรึกษา และการจัดพิธีกรรมทางศาสนา มีผลต่อระดับความพึงพอใจของครอบครัวและการยอมรับความตายของผู้ป่วยในเชิงบวก ส่วนสมฤดี สุทธิกุล (2565) พบว่า ผู้ป่วยที่มีศรัทธาและที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจสามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบมากกว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีที่พึ่งทางจิตวิญญาณ ด้วยความสำคัญของการดูแลด้านจิตวิญญาณที่ยังขาดแนวทางในระดับปฏิบัติ โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน การศึกษาครั้งนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อพัฒนาแนวทางหรือรูปแบบการดูแลด้านจิตวิญญาณที่สามารถนำไปใช้ได้จริงกับผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลศรีนคร และสามารถขยายผลในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพของจังหวัดสุโขทัย การวิจัยนี้จึงไม่เพียงเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่ยังเป็นการเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากร พยาบาล และทีมสหวิชาชีพให้สามารถดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อย่างมีมนุษยธรรม ครอบคลุมประกอบ และสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมของพื้นที่

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดทางทฤษฎีของ Narayanasamy’s Spiritual Care Model มาใช้ในการอธิบายการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Nursing) และสามารถประยุกต์ใช้ได้กับบริบทของโรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย ทฤษฎีของ Narayanasamy (2004) เน้นการดูแลผู้ป่วยในมิติจิตวิญญาณโดยครอบคลุมทั้งการประเมิน การดูแล และการประเมินผลลัพธ์ ซึ่งสามารถนำมาปรับใช้กับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีความต้องการพิเศษด้านจิตวิญญาณ โดยเฉพาะในบริบทของวัฒนธรรมไทยที่ศาสนาพุทธมีอิทธิพลอย่างลึกซึ้ง การนำทฤษฎีนี้มา

ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ประคับประคอง โดยใช้เครื่องมือ SNAT ก่อนและหลังการดูแล จากนั้นดำเนินการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณตามแนวทางของ Narayanasamy ได้แก่ การฟังอย่างตั้งใจ การให้คำปรึกษา การอำนวยความสะดวกทางศาสนา และการส่งเสริมการค้นหาคำหมายของชีวิต หลังจากนั้นจึงประเมินผลด้วยเครื่องมือ SWBS และแบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัวทฤษฎีนี้จึงเหมาะสมในการเป็นกรอบแนวคิดสำหรับการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคองได้อย่างเป็นรูปธรรม มีความสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมไทย และครอบคลุมทั้งมิติของผู้ป่วยและครอบครัว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยแบบประคับประคอง ก่อนและหลังการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนภาวะผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยแบบประคับประคอง ก่อนและหลังการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย
3. เพื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแบบประคับประคอง ก่อนและหลังการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย
4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของครอบครัวหรือผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านการศึกษา การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research Design) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one groups pretest – posttest design)

ขอบเขตด้านพื้นที่ โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตด้านประชากร ผู้ป่วยแบบประคับประคองใน โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย 13 ราย และผู้ดูแลหลัก/ครอบครัวของผู้ป่วย 13 ราย รวม 26 ราย

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย กันยายน พ.ศ. 2568 ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2568

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ตุลาคม พ.ศ. 2568 ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณ

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณ (Narayanasmay's Spiritual Care Model, 2004)

ขั้นตอนที่ 1 การคัดเลือกและการสร้างสัมพันธภาพ

สนทนาวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล (Family Meeting)

ขั้นตอนที่ 2 การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณตาม 4 องค์ประกอบ (Intervention Phase)

1. การดูแลด้านความเชื่อและค่านิยม (Beliefs and Values Care)

- สนับสนุนการปฏิบัติตามหลักความเชื่อของผู้ป่วย
- จัดหาหนังสือ/สื่อศาสนาที่เหมาะสม
- เชิญผู้นำศาสนามาเยี่ยม (หากผู้ป่วยต้องการ)
- เคารพและไม่ตัดสินค่านิยมของผู้ป่วย

2. การดูแลด้านความหมายและจุดประสงค์ (Meaning and Purpose Care)

- ช่วยผู้ป่วยทำสิ่งที่มีความหมาย: เขียนจดหมาย, บันทึกเรื่องราว, สร้างมรดกให้ลูกหลาน
- สนับสนุนการตั้งเป้าหมายระยะสั้นที่ทำได้
- ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคุณค่าและความหมาย

3. การดูแลด้านความสัมพันธ์ (Relationships Care)

- อำนวยความสะดวกการพบปะครอบครัว/เพื่อนที่สำคัญ
- สนับสนุนการขอโทษ/การให้อภัย/การคลี่คลายความขัดแย้ง
- จัดกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ วันเกิด, รับประทานอาหารพร้อมกัน, ชมภาพถ่ายครอบครัว
- ช่วยเหลือการสื่อสารที่ยากลำบากระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว

4. การดูแลด้านการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ (Spiritual Practices Care)

- สนับสนุนพิธีกรรมทางศาสนา: ทำบุญตักบาตร, สวดมนต์
- จัดสภาพแวดล้อมเอื้อต่อการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ
- กิจกรรมบำบัด: ฟังธรรม, ฟังเพลงศาสนาที่ชอบ, กิจกรรมทำสมาธิบำบัด (SKT)
- จัดหาวัตถุศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยต้องการ

ขั้นตอนที่ 3 ประสานทีมดูแลต่อเนื่อง

เพื่อยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์, ส่งต่อข้อมูลการดูแลทั้ง 4 องค์ประกอบให้ทีม Palliative Care เพื่อดูแลและติดตามเยี่ยม

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลลัพธ์หลังการดูแล (Post-intervention Assessment) ครอบคลุม 4 องค์ประกอบ

1. ความต้องการด้านจิตวิญญาณ
2. ภาวะผาสุกทางจิตวิญญาณ
3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยประคับประคอง
4. ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลด้านจิตวิญญาณ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research Design) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one groups pretest – posttest design) เพื่อศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย

ประชากร

ผู้ป่วยแบบประคับประคองใน โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย 13 ราย และผู้ดูแลหลัก/ครอบครัวของผู้ป่วย 13 ราย รวม 26 ราย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจะถูกคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โรคเรื้อรังที่แพทย์วินิจฉัยรักษาแบบประคับประคอง (PPS = 40-60%) โดยประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวน 13 ราย
2. ญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย จำนวน 13 ราย

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

ผู้ป่วยประคับประคอง

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองในของโรงพยาบาลศรีนคร จากแพทย์วินิจฉัยรักษาแบบประคับประคอง (PPS = 40-60%)
2. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
3. มีสติสัมปชัญญะเพียงพอในการให้ข้อมูล
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ (หรือมีผู้ดูแลให้ความยินยอมแทนในกรณีที่ไม่สามารถลงนามได้)

ญาติหรือผู้ดูแลหลัก

1. เป็นญาติสายตรง หรือบุคคลที่มีบทบาทดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด (primary caregiver)
2. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
3. มีความสามารถในการอ่านและตอบแบบสอบถามได้ สื่อสารภาษาไทยได้
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

ผู้ป่วยประคับประคอง

1. มีภาวะทางจิตเวชที่รุนแรงหรือภาวะหมดสติ
2. มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันที่รบกวนความสามารถในการสื่อสารหรือเข้าใจ
3. ผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะคงที่ (PPSV=70-100%) และ PPSV=0-30% เป็นระยะ

สุดท้ายของชีวิต

ญาติ/ผู้ดูแล

1. อยู่ในภาวะโศกเศร้าหรือมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง
2. มีความบกพร่องทางการสื่อสารหรือไม่สามารถเข้าใจแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว การอาศัยอยู่ร่วมกับผู้อื่น ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ โรคประจำตัว ระยะเวลาการรับทราบเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง และการมีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เป็นคำถามแบบเลือกตอบหรือเติมคำลงในช่องว่าง

1.2 แบบแบ่งระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง Palliative performance scale version(PPS v2) (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2567) เป็นเครื่องมือใช้ประเมินผู้ป่วยใน 5 หัวข้อหลัก ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การกินอาหาร และความรู้สึกตัวใช้ประเมินเพื่อคัดกลุ่มตัวอย่างและแยกกลุ่มเพื่อจัดแนวทางการดูแล เพื่อช่วยในการประเมินความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวันด้านต่างๆของผู้ป่วย Palliative Care PPS มีการแบ่งระดับทั้งหมด 11 ระดับไล่ตั้งแต่ 100% ลงไปถึง 0% เพื่อแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มย่อยได้แก่

ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (PPS >70%)

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (PPS 0-30%)

ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง 2 กลุ่ม (40-70%)

1.3 แบบประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของนารานาซาม (Naranasamy's Spiritual Needs Assessment Tool, 2004): (SNAT) ซึ่งพัฒนาโดย Wilfred McSherry และ Aru Narayanasamy ในปี ค.ศ. 2004 มีจุดมุ่งหมายเพื่อใช้ ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยเฉพาะในบริบทของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหรือระยะท้าย (End-of-Life Care) แหล่งที่มาดัดแปลงจาก Narayanasamy's Spiritual Needs Assessment Tool (SNAT) 2004 โดยอ้างอิงการแปลและปรับใช้ในบริบทไทยจากงานวิจัยรัชฎาพร แนนเอียด (2561)

โรงพยาบาลนครพนม มีทั้งหมด 10 ข้อให้คะแนนในระดับความเห็นด้วยจาก 0 ถึง 10 (0=ไม่เห็นด้วยเลย, 10=เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ใช้ประเมินก่อนและหลังการดูแลด้านจิตวิญญาณตามเอกสารแบบสอบถามงานวิจัย SNAT (Spiritual Needs) แปลผล

คะแนนรวม 0–30 คะแนน	หมายถึง ความต้องการระดับต่ำ
คะแนนรวม 31–70 คะแนน	หมายถึง ความต้องการระดับปานกลาง
คะแนนรวม 71–100 คะแนน	หมายถึง ความต้องการระดับสูง

1.4 แบบประเมินภาวะผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual Well-being Scale: SWBS)

ให้คะแนนจาก 1 ถึง 5 (1 = ไม่เห็นด้วยเลย, 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง) มีทั้งหมด 6 ข้อ ตามเอกสารแบบสอบถามงานวิจัย แหล่งที่มา Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Spiritual Well-Being Scale (SWBS) การแปลผลดังต่อไปนี้

คะแนนรวม 6–14 คะแนน	หมายถึง ผาสุกทางจิตวิญญาณระดับต่ำ
คะแนนรวม 15–22 คะแนน	หมายถึง ผาสุกทางจิตวิญญาณระดับปานกลาง
คะแนนรวม 23–30 คะแนน	หมายถึง ผาสุกทางจิตวิญญาณระดับสูง

1.5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยประคับประคอง POS (Palliative Outcome Scale) เป็นมาตรวัดแบบหลายมิติที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ของการดูแลในผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยคุกคามชีวิต POS (Palliative Outcome Scale) แปลผลดังนี้

คะแนนรวม 0–13 คะแนน	หมายถึง ปัญหาน้อย
คะแนนรวม 14–26 คะแนน	หมายถึง ปัญหาปานกลาง
คะแนนรวม 27–40 คะแนน	หมายถึง ปัญหารุนแรง ควรได้รับการดูแลใกล้ชิด

1.6 แบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลด้านจิตวิญญาณ (Family Satisfaction Questionnaire) แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความพึงพอใจของท่าน (ในฐานะญาติ/ผู้ดูแล) ต่อการดูแลด้านจิตวิญญาณที่ทีมดูแลสุขภาพมอบให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย กรุณาเลือกคะแนนที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยใช้ระดับคะแนน 1 – 5 ดังนี้

1 = ไม่พึงพอใจเลย 2 = ไม่ค่อยพึงพอใจ 3 = พอใช้ 4 = พึงพอใจ 5 = พึงพอใจมาก

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลคะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งหมด: 8 - 40 คะแนน ช่วงคะแนนและแบบสอบถามฉบับนี้จัดทำขึ้นโดยดัดแปลงจากหลักการของ Narayanasamy (2004) และแนวทางของการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อใช้ประเมินความพึงพอใจของญาติ/ผู้ดูแลในบริบทวัฒนธรรมไทย โดยใช้เพื่อ

การศึกษาและวิจัยทางวิชาการเท่านั้น ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เชิงพาณิชย์และไม่มีการระบุตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถามเพื่อให้เป็นไปตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด

แบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัว แปลผล

คะแนนรวม 8–15 คะแนน	หมายถึง ความพึงพอใจระดับต่ำ
คะแนนรวม 16–27 คะแนน	หมายถึง ความพึงพอใจระดับปานกลาง
คะแนนรวม 28–40 คะแนน	หมายถึง ความพึงพอใจระดับสูง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ การดูแลแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณ รายละเอียดดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การคัดเลือกผู้ป่วยและการสร้างสัมพันธภาพ (สัปดาห์ที่ 1)

1. วันที่ 1-2 การคัดกรองและคัดเลือกผู้ป่วย ผู้วิจัยประสานงานกับทีมแพทย์และพยาบาลในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีนคร เพื่อคัดกรองผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองในของโรงพยาบาลศรีนคร จากแพทย์วินิจฉัยรักษาแบบประคับประคอง (PPSV = 40-60%) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะเพียงพอในการให้ข้อมูล และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

2. วันที่ 3-4 การขอความยินยอมและประเมินข้อมูลพื้นฐาน ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ และสิทธิในการถอนตัวจากการศึกษาให้ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลทราบอย่างชัดเจน จากนั้นขอลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม (Informed Consent) และดำเนินการเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วย และแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้เวลาประมาณ 45-60 นาทีต่อผู้ป่วย

3. วันที่ 5-7 การจัดประชุมวางแผนการดูแลร่วมกัน (Family Meeting) ผู้วิจัยและทีมพยาบาลจัดการประชุม Family Meeting ร่วมกับผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลหลัก เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี สำรวจความต้องการและความคาดหวังด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อ ค่านิยม และวิถีปฏิบัติทางศาสนา พร้อมทั้งร่วมกันวางแผนการดูแลที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้เวลาประชุมประมาณ 60-90 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การให้การดูแลด้านจิตวิญญาณตาม 4 องค์ประกอบ (สัปดาห์ที่ 2-7)

1. การดูแลด้านความเชื่อและค่านิยม (Beliefs and Values Care) ทีมพยาบาลสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามหลักความเชื่อและค่านิยมทางศาสนาของตนเองได้อย่างเต็มที่ โดยจัดหาหนังสือธรรมะ หรือศาสนาที่ผู้ป่วยต้องการมาไว้ใกล้เตียงภายในสัปดาห์ที่ 2 ประสานงานเชิญพระสงฆ์หรือผู้นำทางศาสนาให้กำลังใจและปรึกษาหารือตามความต้องการของผู้ป่วยอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง รวมทั้งให้ความเคารพและไม่

ตัดสินใจคำนึงหรือความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัวตลอดระยะเวลาการดูแล ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยทางจิตใจ และได้รับการยอมรับ

2. การดูแลด้านความหมายและจุดประสงค์ของชีวิต (Meaning and Purpose Care) พยาบาลช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่มีความหมายต่อชีวิต เช่น การเขียนจดหมายถึงคนที่รัก การบันทึกเรื่องราวชีวิตหรือคำสอนให้ลูกหลาน การสร้างมรดกทางจิตใจ หรือการทำสิ่งที่ค้างคาใจมานาน โดยกำหนดเวลาพูดคุยเป็นรายบุคคลอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 30-45 นาที ทีมพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยตั้งเป้าหมายระยะสั้นที่สามารถทำได้ภายในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ และสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าและความหมายของชีวิตที่ผ่านมา ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าชีวิตของตนมีความสมบูรณ์และคุ้มค่า

3. การดูแลด้านความสัมพันธ์ (Relationships Care) ทีมพยาบาลอำนวยความสะดวกในการพบปะระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญในชีวิต โดยผ่อนปรนกฎระเบียบการเยี่ยมเยียนตามความเหมาะสม สนับสนุนให้เกิดการสื่อสารที่เปิดเผยข้อสงสัย การขอโทษ การให้อภัย และการคลี่คลายความขัดแย้งที่ค้างคา ระหว่างผู้ป่วยกับคนใกล้ชิดตลอดระยะเวลา 6 สัปดาห์ จัดกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ เช่น การจัดงานวันเกิด การรับประทานอาหารร่วมกันข้างเตียง หรือการชมภาพถ่ายครอบครัวร่วมกันเพื่อระลึกถึงความทรงจำที่ดีตามโอกาสที่เหมาะสม พร้อมทั้งให้คำปรึกษาและช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาการสื่อสารที่ยากลำบากระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว

4. การดูแลด้านการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ (Spiritual Practices Care) พยาบาลสนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนาได้ตามปกติ เช่น การทำบุญตักบาตรทุกเช้าวันพระ การสวดมนต์ การอ่านพระคัมภีร์ หรือการภาวนาวันละ 1-2 ครั้ง โดยจัดสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้เอื้อต่อการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ เช่น จัดมุมธรรมะหรือมุมศาสนาข้างเตียงภายในสัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรมบำบัดทางจิตวิญญาณ เช่น การฟังธรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ฟังเพลงพระสวดมนต์หรือเพลงศาสนาที่ชื่นชอบวันละ 2-3 ครั้ง และกิจกรรมทำสมาธิบำบัด (Sati Kammatthana Therapy: SKT) สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที เพื่อสร้างความสงบทางจิตใจ รวมทั้งจัดหาวัตถุมงคลหรือวัตถุศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยต้องการมาไว้ใกล้ตัว

ขั้นตอนที่ 3 การประสานงานทีมดูแลต่อเนื่อง (สัปดาห์ที่ 7-8)

1. วันที่ 1-4 ประสานงานเยี่ยมอุปกรณ์ทางการแพทย์ เมื่อผู้ป่วยพร้อมกลับบ้าน ทีมพยาบาลประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดหาและเยี่ยมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น เตียงผู้ป่วย ถังออกซิเจน อุปกรณ์ดูดเสมหะ หรือเครื่องช่วยเหลือน้ำต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลที่บ้านได้อย่างเหมาะสม โดยใช้เวลาในการประสานงานและจัดเตรียมประมาณ 3-4 วัน

2. วันที่ 5-7 การส่งต่อข้อมูลการดูแลด้านจิตวิญญาณ ผู้วิจัยและทีมพยาบาลจัดทำเอกสารสรุปข้อมูลการดูแลด้านจิตวิญญาณทั้ง 4 องค์ประกอบที่ได้ให้แก่ผู้ป่วยระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย วิถีปฏิบัติทางศาสนา และประเด็นที่ต้องติดตามเป็นพิเศษ จากนั้นส่งต่อข้อมูลเหล่านี้ให้แก่ทีม Palliative Care หรือทีม Home Care เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับแผนการดูแลที่วางไว้ รวมทั้งประสานงานให้ทีมสามารถเยี่ยมบ้านและติดตามผลการดูแลด้านจิตวิญญาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกำหนดแผนการเยี่ยมบ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลลัพธ์หลังการดูแล (สัปดาห์ที่ 8)

วันที่ 1-7 การประเมินผลลัพธ์หลังการดูแล ผู้วิจัยดำเนินการประเมินผลลัพธ์การดูแลด้านจิตวิญญาณหลังจากผู้ป่วยได้รับการดูแลตามโปรแกรมครบ 6 สัปดาห์ โดยใช้แบบประเมินที่ครอบคลุมทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่

- 1) ประเมินสำหรับผู้ป่วย ใช้แบบประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของนารานาซาม (SNAT) มี 10 ข้อ อีกครั้ง เพื่อเปรียบเทียบความต้องการด้านจิตวิญญาณก่อนและหลังการดูแล
- 2) ประเมินสำหรับผู้ป่วย ใช้แบบประเมินภาวะผาสุกทางจิตวิญญาณ (SWBS) มี 6 ข้ออีกครั้ง เพื่อเปรียบเทียบระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณก่อนและหลังการดูแล
- 3) ประเมินสำหรับผู้ป่วย ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระดับประคอง (POS) มี 10 ข้อ อีกครั้ง เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการดูแล
- 4) ประเมินสำหรับผู้ดูแล/ครอบครัว ใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลด้านจิตวิญญาณ (Family Satisfaction Questionnaire) มี 8 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลในงานวิจัยนี้ดำเนินการอย่างเป็นระบบ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะสำคัญ ได้แก่ ระยะก่อนการให้การดูแล ระยะให้การดูแล และระยะหลังการให้การดูแล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ระยะก่อนการให้การดูแล (Pretest Phase)
 - 1.1 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวอย่างชัดเจน
 - 1.2 ขอความยินยอมโดยสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ (Informed Consent)
 - 1.3 รวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค การนับถือศาสนา
 - 1.4 ประเมินระดับความสงบทางจิตใจของผู้ป่วย และความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลเบื้องต้น โดยใช้แบบสอบถามมาตรฐาน
2. ระยะให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ (Intervention Phase)

ผู้วิจัยดำเนินการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยอิงตามแนวทางของ Narayanasamy's Spiritual Care Model การดูแลประกอบด้วยกิจกรรม เช่น การฟังอย่างตั้งใจ การปลอบโยน การให้คำปรึกษาทางจิตวิญญาณ การเชื่อมโยงกับความเชื่อหรือศาสนา และการเสริมพลังใจ การให้การดูแลดำเนินต่อเนื่องอย่างน้อย 3 วัน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้การดูแลด้วยตนเองในช่วงเวลาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

3. ระยะหลังการให้การดูแล (Posttest Phase) หลังจากสิ้นสุดการให้การดูแล ผู้วิจัยดำเนินการประเมินซ้ำด้วยแบบสอบถามชุดเดิม และดำเนินการวิเคราะห์ผลการศึกษาและจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณ (Narayanasamy's Spiritual Care Model, 2004) ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยเสนอโปรแกรมการดูแลที่พัฒนาขึ้นต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ประคับประคอง 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน ทำการตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาในแต่ละองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ความเหมาะสมของกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ความเหมาะสมของระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม และความสอดคล้องกับวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วยไทย จากนั้นนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ รวมถึงการปรับภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและง่ายต่อความเข้าใจ ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.89

สำหรับการทดสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณไปทดลองใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ณ โรงพยาบาลศรีมหา จัหวัดสุโขทัย เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ความเหมาะสมของกิจกรรม ความชัดเจนของขั้นตอน และความสามารถในการบันทึกผลการดูแลได้อย่างเป็นระบบ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบแบ่งระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS v2) ส่วนที่ 3 แบบประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ (SNAT) ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะผาสุกทางจิตวิญญาณ (SWBS) ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความ

พึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลด้านจิตวิญญาณ และส่วนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
 ประคับประคอง (POS)

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 6 ส่วนเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ
 จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจน ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่
 ใช้ และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์
 ประคับประคอง 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะ
 สุดท้าย 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผลทางการพยาบาล 1 ท่าน จากนั้นนำ
 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity
 Index: CVI) ดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 แบบแบ่งระดับผู้ป่วย PPS v2 ได้ค่า CVI
 เท่ากับ 1.00 แบบประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ (SNAT) ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.87 แบบประเมินภาวะผาสุก
 ทางจิตวิญญาณ (SWBS) ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.85 แบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัว ได้ค่า CVI เท่ากับ
 0.90 และแบบประเมินคุณภาพชีวิต (POS) ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.88

การทดสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว
 ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่ม
 ตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ณ โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จากนั้นนำ
 ข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตร Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าความ
 เชื่อมั่นดังนี้ แบบประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ (SNAT) ได้ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.87 แบบ
 ประเมินภาวะผาสุกทางจิตวิญญาณ (SWBS) ได้ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.85 แบบสอบถามความพึงพอใจ
 ของครอบครัว ได้ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.88 และแบบประเมินคุณภาพชีวิต (POS) ได้ค่า Cronbach's
 Alpha เท่ากับ 0.86 ซึ่งทุกเครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้สำหรับการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ
 ทางสถิติที่ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกใน
 ครอบครัว การอาศัยอยู่ในครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ โรคประจำตัว ระยะเวลาการ
 รับทราบเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง และการมีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน
 เบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนความต้องการด้านจิตวิญญาณ ภาวะผาสุกทางจิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยประคับประคอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง ใช้สถิติ Wilcoxon sign rank test

3. วิเคราะห์ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลด้านจิตวิญญาณ รายชื่อและภาพรวม ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ใบรับรองเลขที่ COA 54/2025 IRB No.83/2025 ประเภทการรับรองแบบเร่งรัด (Expedited Review) รับรองเมื่อวันที่ 6 ตุลาคม 2568

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยแบบประคับประคอง (n=13)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5	38.5
หญิง	8	61.5
อายุ, $\bar{X}$ (SD), ปี	64.8 (12.3)	
ศาสนา		
พุทธ	13	100.0
สถานภาพสมรส		
โสด	0	0.0
สมรส	7	53.8
หม้าย	4	30.8
หย่า/แยกกันอยู่	2	15.4
จำนวนสมาชิกในครอบครัว, $\bar{X}$ (SD), คน	4.2(1.8)	
การอาศัยอยู่ในครอบครัว		
อยู่คนเดียว	2	15.4

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อยู่กับครอบครัว	11	84.6
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	9	69.2
มัธยมศึกษา	3	23.1
อนุปริญญา (ปวช./ปวส.)	1	7.7
ปริญญาตรีขึ้นไป	0	0.0
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน , $\bar{X}$ (SD), บาท/เดือน	2,450 (2,200)	
อาชีพ		
เกษตรกร	6	46.2
รับจ้างทั่วไป	4	30.8
ค้าขาย	3	23.0
โรคประจำตัว/การวินิจฉัย		
มะเร็งตับ	4	30.8
มะเร็งปอด	3	23.1
มะเร็งลำไส้ใหญ่	2	15.4
มะเร็งเต้านม	1	7.6
โรคหัวใจเรื้อรัง	2	15.4
โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย	1	7.7
ระยะเวลาการรับทราบเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง	4.8 $\pm$ 2.6	
, $\bar{X}$ (SD), เดือน		
ประเภทที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ		
ความเชื่อทางศาสนาพุทธ/การทำบุญ	9	69.2
ครอบครัว/ลูกหลาน	3	23.1
การสวดมนต์/ภาวนา	1	7.7
การแบ่งระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	50.0 (8.7)	
Palliative Performance Scale (PPS), $\bar{X}$ (SD)		
PPS 40%	5	38.5

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
PPS 50%	4	30.8
PPS 60%	4	30.8

จากตารางที่ 1 ผู้ป่วยแบบประคับประคองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.5 มีอายุเฉลี่ย 64.8 ± 12.3 ปี ผู้ป่วยทุกรายนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53.8 ผู้ป่วยมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4.2 ± 1.8 คน เมื่อพิจารณาการอาศัยอยู่ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 84.6 ผู้ป่วยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.2 รองลงมาคือมัธยมศึกษา ร้อยละ 23.1 ผู้ป่วยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน $2,450 \pm 2,200$ บาท อาชีพก่อนเจ็บป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 46.2 เมื่อพิจารณาโรคประจำตัวหรือการวินิจฉัย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 10 ราย ร้อยละ 76.9 โดยแยกเป็นมะเร็งตับ ร้อยละ 30.8 มะเร็งปอด ร้อยละ 23.1 มะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 15.4 และมะเร็งเต้านม ร้อยละ 7.6 นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจเรื้อรัง ร้อยละ 15.4 และโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 1 ราย ร้อยละ 7.7 ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองโดยเฉลี่ย 4.8 ± 2.6 เดือน ผู้ป่วยมีความเชื่อทางศาสนาพุทธหรือการทำบุญ ร้อยละ 69.2 รองลงมาคือครอบครัวหรือลูกหลาน ร้อยละ 23.1 การแบ่งระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง Palliative Performance Scale (PPS) ของผู้ป่วย พบว่ามีค่าเฉลี่ย $50.0 \pm 8.7\%$ โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยที่มีค่า PPS 40% ร้อยละ 38.5 PPS 50% ร้อยละ 30.8 และ PPS 60% ร้อยละ 30.8 ซึ่งผู้ป่วยทุกรายอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional phase) ที่มีค่า PPS อยู่ระหว่าง 40-60%

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของญาติ/ผู้ดูแลหลัก (n=13)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	4	30.8
หญิง	9	69.2
อายุ, $\bar{X}$ (SD), ปี	48.6 (14.2)	
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บุตร	7	53.8
คู่สมรส	4	30.8
พี่น้อง	2	15.4

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	4	30.8
มัธยมศึกษา	5	38.5
อนุปริญญา (ปวช./ปวส.)	2	15.4
ปริญญาตรีขึ้นไป	2	15.4
อาชีพ		
เกษตรกร	4	30.8
รับจ้างทั่วไป	3	23.1
ค้าขาย	3	23.1
ข้าราชการ	2	15.4
แม่บ้าน	1	7.6
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน , $\bar{X}$ (SD), บาท/เดือน	12,350 (6,800)	
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (เดือน)	4.2(2.3)	
เวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน (ชั่วโมง)	16.8(4.8)	
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย		
ไม่เคย	9	69.2
เคย	4	30.8

จากตารางที่ 2 ญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.2 มีอายุเฉลี่ย 48.6 ± 14.2 ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วย ร้อยละ 53.8 รองลงมาคือคู่สมรส ร้อยละ 30.8 ผู้ดูแลส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 38.5 อาชีพของผู้ดูแล ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 30.8 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน $12,350 \pm 6,800$ บาท ผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ย 4.2 ± 2.3 เดือน ผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ย 16.8 ± 4.6 ชั่วโมงต่อวัน ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ร้อยละ 69.2

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนความต้องการด้านจิตวิญญาณ ภาวะผาสูกทางจิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระดับประคอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนความต้องการด้านจิตวิญญาณ ภาวะผาสูกทางจิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระดับประคอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง (n=13)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง Median (IQR)	หลังทดลอง Median (IQR)	Z	p-value
ความต้องการด้านจิตวิญญาณ (SNAT)	68.0 (62.0-74.0)	42.0 (36.0-48.0)	-3.185	0.001*
ภาวะผาสูกทางจิตวิญญาณ (SWBS)	16.0 (14.0-18.0)	24.0 (22.0-26.0)	-3.197	0.001*
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระดับประคอง (POS)	22.0 (19.0-25.0)	21.0 (18.0-24.0)	-1.342	0.180

*p-value<0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานความต้องการด้านจิตวิญญาณ (SNAT) ก่อนทดลอง 68.0 (62.0-74.0) และหลังทดลอง 42.0 (36.0-48.0) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-3.185$, $p=0.001$) โดยค่ามัธยฐานความต้องการด้านจิตวิญญาณหลังทดลองลดลงจากก่อนทดลอง สำหรับภาวะผาสูกทางจิตวิญญาณ (SWBS) พบว่ามีค่ามัธยฐานก่อนทดลอง 16.0 (14.0-18.0) และหลังทดลอง 24.0 (22.0-26.0) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-3.197$, $p=0.001$) โดยค่ามัธยฐานภาวะผาสูกทางจิตวิญญาณหลังทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง ขณะที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระดับประคอง (POS) มีค่ามัธยฐานก่อนทดลอง 22.0 (19.0-25.0) และหลังทดลอง 21.0 (18.0-24.0) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-1.342$, $p=0.180$)

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจของครอบครัว/ผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณ (n=13)

รายการ	ระดับความพึงพอใจ		
	Mean	SD	ระดับ
1. โอกาสผู้ป่วยแสดงออกความเชื่อทางศาสนา	4.69	0.48	สูงมาก
2. ให้ความสำคัญกับความเชื่อและค่านิยม	4.77	0.44	สูงมาก
3. เคารพพิธีกรรม/ความเชื่อของครอบครัว	4.85	0.38	สูงมาก
4. ความเข้าใจและเห็นใจภาวะจิตใจผู้ป่วย	4.54	0.52	สูงมาก
5. เปิดโอกาสครอบครัวมีส่วนร่วม	4.62	0.51	สูงมาก
6. ความสงบ/บรรยากาศเอื้อการดูแล	4.38	0.65	สูง
7. ให้ข้อมูลชัดเจนเกี่ยวกับการดูแล	4.54	0.52	สูงมาก
8. ความใส่ใจในการบริการ	4.92	0.28	สูงมาก
รวม	35.85	2.19	สูง

จากตารางที่ 4 พบว่า ครอบครัว/ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=35.85, SD=2.19) เมื่อพิจารณาเป็นรายการพบว่า ครอบครัว/ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับสูงมากเกือบทุกด้าน โดยรายการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ความใส่ใจในการบริการ (Mean=4.92, SD=0.28) รองลงมาคือ การเคารพพิธีกรรม/ความเชื่อของครอบครัว (Mean=4.85, SD=0.38) และการให้ความสำคัญกับความเชื่อและค่านิยม (Mean=4.77, SD=0.44) ตามลำดับ สำหรับรายการที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ความสงบ/บรรยากาศเอื้อการดูแล (Mean=4.38, SD=0.65) ซึ่งอยู่ในระดับสูง ขณะที่รายการอื่นๆ ได้แก่ โอกาสผู้ป่วยแสดงออกความเชื่อทางศาสนา (Mean=4.69, SD=0.48) การเปิดโอกาสครอบครัวมีส่วนร่วม (Mean=4.62, SD=0.51) ความเข้าใจและเห็นใจภาวะจิตใจผู้ป่วย (Mean=4.54, SD=0.52) และการให้ข้อมูลชัดเจนเกี่ยวกับการดูแล (Mean=4.54, SD=0.52) มีความพึงพอใจในระดับสูงมากเช่นกัน

อภิปรายผล

หลังจากได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณตาม Narayanasamy's Spiritual Care Model ผู้ป่วยมีค่ามัธยฐานความต้องการด้านจิตวิญญาณลดลงจาก 68.0 เป็น 42.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-3.185$, $p=0.001$) การลดลงของความต้องการด้านจิตวิญญาณนี้สะท้อนให้เห็นว่าการดูแลที่ครอบคลุมทั้ง 4 องค์ประกอบตามแนวทาง Narayanasamy สามารถตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะองค์ประกอบด้านความเชื่อและค่านิยม (Beliefs and Values Care) ที่เน้นการสนับสนุนให้ผู้ป่วย

ปฏิบัติตามหลักความเชื่อทางศาสนา การจัดหาสื่อศาสนา และการเชิญผู้นำศาสนามาให้กำลังใจ ซึ่งสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมไทยที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธและมีความเชื่อทางศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ร้อยละ 69.2 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Puchalski et al. (2014) ที่พบว่าการประเมินและตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยช่วยลดความทุกข์ทางจิตใจและเพิ่มความสงบในระยะท้ายของชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา แสงสว่าง (2563) ที่รายงานว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยเน้นด้านจิตใจและจิตวิญญาณมีระดับความสงบในใจและความพึงพอใจต่อการดูแลสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับแนวทางการดูแลเฉพาะทางด้านนี้ การที่ความต้องการด้านจิตวิญญาณลดลงแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยได้รับการตอบสนองต่อความต้องการในการแสวงหาความหมายของชีวิต การเชื่อมโยงกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และการรักษาความสัมพันธ์ที่มีความหมายกับครอบครัวและผู้ดูแล ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าภาวะผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากค่ามัธยฐาน 16.0 เป็น 24.0 ($Z=-3.197$, $p=0.001$) การเพิ่มขึ้นของภาวะผาสุกทางจิตวิญญาณนี้สะท้อนถึงประสิทธิผลของการดูแลตามแนวทาง Narayanasamy โดยเฉพาะองค์ประกอบด้านความหมายและจุดประสงค์ของชีวิต (Meaning and Purpose Care) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมที่มีความหมาย เช่น การเขียนจดหมายถึงคนที่รัก การบันทึกเรื่องราวชีวิต และการสร้างมรดกทางจิตใจให้ลูกหลาน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าและมีความหมายแม้จะอยู่ในวาระสุดท้าย นอกจากนี้องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ (Relationships Care) ที่เน้นการอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยพบปะกับครอบครัวและบุคคลสำคัญ การสนับสนุนการขอโทษและการให้อภัย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคลี่คลายความขัดแย้งและสร้างความสมานฉันท์กับคนที่รัก ส่งผลให้เกิดความสงบทางจิตใจ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของโรงพยาบาลศิริราช (2562) ที่พบว่าการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณร่วมกับการรักษาทางกายภาพทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยเฉพาะในด้านความหวัง การให้อภัย และความรู้สึกถึงการมีคุณค่าในช่วงสุดท้ายของชีวิต นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณ โพธิงาม (2563) ที่ใช้หลักพุทธธรรมบูรณาการเข้ากับการพยาบาล พบว่าผู้ป่วยมีความสงบทางจิตใจมากขึ้น สามารถยอมรับสภาวะของโรคได้ดีขึ้น และลดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ การเพิ่มขึ้นของภาวะผาสุกทางจิตวิญญาณแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ มีความหวังและความหมายในชีวิต รู้สึกถึงการเป็นหนึ่งเดียวกับจักรวาล และมีความสุขทางภายใน ซึ่งเป็นมิติสำคัญของภาวะผาสุกทางจิตวิญญาณ องค์ประกอบด้านการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ (Spiritual Practices Care) ที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา เช่น การทำบุญตักบาตร การสวดมนต์ การฟังธรรม และการทำสมาธิบำบัด (SKT) ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบและเชื่อมโยงกับความเชื่อทางศาสนาที่ตนยึดถือ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Narayanasamy (2004) ที่เน้นว่าการปฏิบัติทาง

จิตวิญญาณเป็นช่องทางสำคัญในการเชื่อมต่อกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์และสร้างความหมายในชีวิต การที่ผู้ป่วยในการศึกษา
นี้ส่วนใหญ่มีความเชื่อทางศาสนาพุทธและการทำบุญเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ทำให้การสนับสนุนพิธีกรรมทาง
ศาสนาพุทธมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเพิ่มภาวะผาสุกทางจิตวิญญาณ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีค่ามัธยฐานเปลี่ยนแปลงจาก 22.0 เป็น 21.0 แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($Z=-1.342$, $p=0.180$) ผลการศึกษานี้แตกต่างจากสมมติฐานและผลการศึกษาก่อนหน้าบางการศึกษา
เช่น งานวิจัยของ Puchalski et al. (2014) ที่พบว่า การดูแลด้านจิตวิญญาณช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตในระยะท้ายของ
ชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม การที่คุณภาพชีวิตไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญอาจมีเหตุผลที่สำคัญ
หลายประการ ได้แก่ ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล (6-8 สัปดาห์) อาจยังไม่เพียงพอต่อการเห็นผลการเปลี่ยนแปลง
ของคุณภาพชีวิตโดยรวม เนื่องจากคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยประคับประคองประกอบด้วยหลายมิติ ทั้งร่างกาย จิตใจ
สังคม และจิตวิญญาณ แม้ว่ามิติทางจิตวิญญาณจะดีขึ้น แต่มิติทางร่างกายซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของคุณภาพชีวิตอาจ
ยังคงมีปัญหาหรือแย่ลงตามธรรมชาติของโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม ร้อย
ละ 76.9 ที่มีอาการทางกายที่รุนแรงและซับซ้อน

ประการที่สอง เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต (POS) ที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นแบบประเมินที่ครอบคลุมหลายมิติ ซึ่ง
มิติทางจิตวิญญาณเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม การที่ภาวะผาสุกทางจิตวิญญาณ
เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่คุณภาพชีวิตโดยรวมไม่เปลี่ยนแปลงอาจเนื่องมาจากมิติอื่นๆ ของคุณภาพชีวิต เช่น
อาการปวด ความเหนื่อยล้า และการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งอาจไม่เปลี่ยนแปลงหรือแย่ลงตามความก้าวหน้าของ
โรค การศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างเล็ก ($n=13$) และระยะเวลาการติดตามที่จำกัด
อาจส่งผลต่อการสังเกตทางสถิติในการตรวจพบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญ แม้ว่าจะมีแนวโน้มของคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
เล็กน้อย (จาก 22.0 เป็น 21.0 ซึ่งคะแนนที่ลดลงหมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น) แต่ความแตกต่างนี้อาจไม่เพียงพอ
ต่อการบ่งชี้ความแตกต่างทางสถิติ อย่างไรก็ตาม การที่คุณภาพชีวิตไม่แย่ลงอย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยระยะสุดท้าย
ที่มีสภาวะโรครุนแรงถือเป็นผลลัพธ์ที่มีความหมาย เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่คุณภาพชีวิตจะแย่ลงเรื่อย
ๆ ตามความก้าวหน้าของโรค การดูแลด้านจิตวิญญาณอาจช่วยชะลอการลดลงของคุณภาพชีวิตหรือรักษาระดับ
คุณภาพชีวิตให้คงที่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Sulmasy (2002) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้านจิต
วิญญาณมีแนวโน้มที่จะได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่มุ่งเน้นคุณภาพชีวิตมากกว่าการรักษาเชิงรุกที่ไม่
จำเป็น

ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ใน
ระดับสูง ($\text{Mean}=35.85$, $\text{SD}=2.19$) โดยรายการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือความใส่ใจในการบริการ ($\text{Mean}=4.92$,
 $\text{SD}=0.28$) รองลงมาคือการเคารพพิธีกรรมและความเชื่อของครอบครัว ($\text{Mean}=4.85$, $\text{SD}=0.38$) และการให้
ความสำคัญกับความเชื่อและค่านิยม ($\text{Mean}=4.77$, $\text{SD}=0.44$) ความพึงพอใจในระดับสูงนี้สะท้อนถึงประสิทธิผล

ของการดูแลที่ครอบคลุมทั้ง 4 องค์ประกอบตามแนวทาง Narayanasamy และความเหมาะสมของการปรับประยุกต์ให้สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมไทย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของรัชฎาพร แนนเอียด (2561) ที่ศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณในหอผู้ป่วยพิเศษโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครพนม พบว่าความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยต่อแนวทางการดูแลมีค่าเฉลี่ย 4.94 (SD=0.66) สูงกว่าก่อนใช้แนวทางอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ความสอดคล้องกันของผลการศึกษาทั้งสองครั้งแสดงให้เห็นว่าการดูแลด้านจิตวิญญาณที่เป็นระบบและครอบคลุมมิติต่างๆ สามารถสร้างความพึงพอใจให้แก่ครอบครัวผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 โรงพยาบาลศรีนครและโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ ควรนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณตาม Narayanasamy's Spiritual Care Model ไปประยุกต์ใช้อย่างเป็นระบบ โดยจัดทำเป็นคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน

1.2 ควรจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่พยาบาลและบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณและทักษะการดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยเฉพาะการสื่อสารเรื่องความตาย การฟังอย่างตั้งใจ และการสนับสนุนพิธีกรรมทางศาสนา

2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาผลของการดูแลด้านจิตวิญญาณในระยะเวลาที่ยาวขึ้น (12-16 สัปดาห์หรือจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต) เพื่อดูผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการเตรียมความพร้อมรับความตายอย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

2.2 ควรศึกษาผลของการดูแลด้านจิตวิญญาณต่อผลลัพธ์อื่นๆ เช่น ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพการจากไปอย่างสงบของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (2567). แบบแบ่งระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale Version 2: PPS v2). กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นිරชา รุ่งเรืองลาภไพศาล, วิไลวรรณ ตรีถิ่น และผกา แก้วมณี. (2568). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: การเตรียมความพร้อมสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท., 7(1), 1-15.
- รัชฎาพร แนนเอียด. (2561). ผลของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณ. วารสารโรงพยาบาลนครพนม, 8(2), 65-77.
- โรงพยาบาลศรีนคร. (2568). รายงานสถานการณ์การให้บริการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลศรีนคร จังหวัดสุโขทัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568. สุโขทัย: โรงพยาบาลศรีนคร.
- โรงพยาบาลศิริราช. (2562). รายงานผลการศึกษารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศิริราช.
- วาสนา แสงสว่าง. (2563). การดูแลแบบประคับประคองที่ส่งผลต่อความสงบในใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. เชียงใหม่: วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมฤดี สุทธิกุล. (2565). การศึกษาการปรับตัวต่อภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก: กรณีศึกษาผู้ที่มีประสบการณ์การสูญเสียในเขตดินแดง กรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ประยุกต์, 13(2), 62-75.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2568). รายงานการประเมินผลโครงการพัฒนาระบบสุขภาพระดับจังหวัดด้านการดูแลแบบประคับประคอง จังหวัดสุโขทัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.
- อรุณ โพธิงาม. (2563). ผลของการวางแผนดูแลล่วงหน้าต่อการตายดีของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแบบประคับประคอง. เข้าถึงได้จาก <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th>
- Narayanasamy A. (2004). The Puzzle of Spirituality for Nursing. A Guide to Practical Assessment. British Journal of Nursing, 13, 1140-1144.
- Puchalski C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. Journal of Palliative Medicine, 17(6), 642-656.



Sulmasy D. P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist*, 42(Special Issue 3), 24–33.

The Lancet Commission on Global Access to Palliative Care and Pain Relief. (2018). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief: An imperative of universal health coverage. *The Lancet*, 391(10128), 1391–1454.

World Health Organization. (2020). Palliative care . เข้าถึงได้จาก <https://www.who.org/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>