



The Effect of Symptom Management Promotion together with a Motivation Interviewing Program on Nutritional Symptom Cluster Experience, Nutritional Behavior, and Nutritional Status of Hematological Patients Receiving Chemotherapy*

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการ พฤติกรรมด้านโภชนาการ และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด*

พรอุษา	ภัทรดิษฐ์**	Pornusa	Pattaradit**
เบญญพร	บรรณสาร***	Benyaporn	Bannaasan***
วีรภัทร	โอวัฒนพาณิษฐ์****	Weerapat	Owattanapanich****

Abstract

Most hematological patients receiving chemotherapy experience the gastrointestinal side effects of their treatment. This quasi-experimental research aimed to study the effect of symptom management promotion together with a motivation interviewing program on nutritional symptom cluster experience, nutritional behavior, and nutritional status of hematological patients receiving chemotherapy, based on Dodd et al.'s Symptom Management theory and Miller and Rollnick's Motivation Interview theory. The sample consisted of 47 patients who were diagnosed with hematological malignancies and received chemotherapy for the first time at Thammasat University Hospital or Siriraj Hospital. They were selected by purposive sampling and divided into an experimental (n = 25) or a control group (n = 22). Data were collected between October 2020 to December 2022. The research instruments consisted of the following: 1) symptom management promotion together with a motivation interviewing program, 2) a personal data questionnaire, 3) a nutritional symptom cluster experience assessment questionnaire, 4) a nutritional behavior questionnaire, and 5) the Patient Generated-Subjective Global Assessment (PG-SGA) nutritional assessment questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, Fisher's exact test, independent t-test, and paired t-test.

The results showed that the experimental group perceived frequency, severity, and distress from the nutritional symptom cluster experience at significantly lower levels than the control group ($p < .05$). Moreover, the experimental group had significantly better nutritional behavior and nutritional status than before participating in the program, and better than those of the control group ($p < .05$).

The results of this study include recommendations that nurses or healthcare personnel should consider, such as applying symptom management promotion together with a motivation interviewing program for hematological patients receiving chemotherapy to improve their nutrition.

Keywords: Symptom management; Motivation interviewing; Nutritional symptom cluster experience; Nutritional behavior; Nutritional status; Hematological malignancies

* Master's thesis, Master of Nursing Science program in Adult and Older Adult, Faculty of Nursing, Thammasat University

** Corresponding author, Graduate student of Nursing Science program in Adult and Older Adult, Faculty of Nursing, Thammasat University, email: nessiepp152@gmail.com

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University

**** Associate Professor, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital Mahidol University

Received 17 May 2023; Revised 10 July 2023; Accepted 19 July 2023



ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อประสบการณ์ กลุ่มอาการด้านโภชนาการ
พฤติกรรมด้านโภชนาการ และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด ส่วนใหญ่เกิดผลข้างเคียงของระบบทางเดินอาหารจากการรักษา การศึกษาวิจัยกึ่งทดลองนี้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ต่อประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการ พฤติกรรมด้านโภชนาการ และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด ใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการของ ดอตต์ และคณะ ร่วมกับแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจของ มิลล์เลอ และ โรลล์นิก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระบบโลหิตวิทยาและที่ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรก มารับการรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ หรือโรงพยาบาลศิริราช ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 47 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 ราย และกลุ่มควบคุม 22 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมด้านโภชนาการ และ 5) แบบประเมินภาวะโภชนาการ PG-SGA วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ chi-square test สถิติ Fisher's exact test สถิติ independent t-test และสถิติ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความถี่ ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานจากประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการ ได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ และอาเจียน ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการ และคะแนนเฉลี่ยภาวะโภชนาการดีกว่าทั้งก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการศึกษาครั้งนี้ให้ข้อเสนอแนะว่า พยาบาลหรือบุคลากรทางสุขภาพควรพิจารณานำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อนำไปสู่การมีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: การจัดการอาการ การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการ พฤติกรรมด้านโภชนาการ ภาวะโภชนาการ มะเร็งระบบโลหิตวิทยา

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ email: nessiepp152@gmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

**** รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ 17 พฤษภาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความ 10 กรกฎาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 19 กรกฎาคม 2566



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่มีความเข้มข้นสูงและหลายชนิดร่วมกัน ให้ผลการตอบสนองต่อโรคได้ดีและเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตมากขึ้น แต่ผลข้างเคียงยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาทำให้เกิดอาการในระบบทางเดินอาหารตามมาด้วยเช่นกัน มากไปกว่านั้นผู้ป่วยอาจจะต้องเผชิญกับอาการในระบบทางเดินอาหารที่เกิดขึ้นพร้อมกันมากถึง 4-5 อาการ (Cherwin, 2015) ซึ่งจะมี ความทุกข์ทรมานมากกว่าผู้ที่มีอาการเกิดขึ้นเพียงอาการเดียว และอาการที่เกิดขึ้นพร้อม ๆ กันตั้งแต่ 2-3 อาการขึ้นไป และมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเรียกว่ากลุ่มอาการ และเมื่ออาการใดอาการหนึ่งมีความรุนแรงมากขึ้น จะส่งผลให้อาการที่มีความสัมพันธ์กันมีความรุนแรงมากขึ้นตามมาได้ (Dodd et al., 2001) ทั้งนี้กลุ่มอาการหนึ่งในระบบทางเดินอาหารที่พบได้ในผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด คือ กลุ่มอาการด้านโภชนาการ (Nutrition cluster) ได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลด และหายใจสั้น (Cherwin, 2015) และจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาจะเกิดอาการที่พบบ่อยโดยเฉพาะ อาการคลื่นไส้ ร้อยละ 93 อาเจียน ร้อยละ 87 และเบื่ออาหาร ร้อยละ 70 (Allart-Vorelli et al., 2015; Batra et al., 2020) ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการรับประทานอาหาร และเกิดภาวะทุพโภชนาการตามมาได้ (Stauder et al., 2020)

ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่มีประสบการณ์ในกลุ่มอาการด้านโภชนาการจะเกิดการรับรู้อาการ ประเมินความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น และอาจเกิดการตอบสนองต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่กล้ารับประทานอาหาร กลัวรับประทานอาหารและจะอาเจียนออกมา เป็นต้น (Cherwin & Perkhounkova, 2017) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยามีการรับประทานอาหารลดน้อยลง รวมถึงยังมีพฤติกรรมจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียนไม่เหมาะสม (Tesamut et al., 2017) ทั้งนี้พฤติกรรมด้านโภชนาการไม่พึงประสงค์ให้ร่างกายได้รับสารอาหารและพลังงานไม่เพียงพอกับความต้องการ โดยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยามีน้ำหนักตัวลดลงและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 39-46 (Stauder et al., 2020) เป็นผลให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำ เซลล์หรือเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายกลับมาเป็นปกติได้ช้า เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ง่าย ผู้ป่วยไม่สามารถทนกับผลข้างเคียงของการรักษาได้ ทำให้ต้องปรับลดขนาดยาเคมีบำบัดหรือเลื่อนระยะเวลาการได้รับยาเคมีบำบัดออกไป (Zhang et al., 2022) และมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีภาวะโภชนาการที่ดี (Calleja Fernandez et al., 2015) ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดสามารถจัดการกับอาการและปฏิบัติพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้นำแนวคิดการจัดการอาการของ ดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) มาประยุกต์ใช้ในการจัดการกลุ่มอาการด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง จากการศึกษารายงานของ วรณรัตน์ จงเขตกิจ และคณะ (Jongkhetkit et al., 2019) ซึ่งประเมินประสบการณ์อาการ ให้ความรู้ ฝึกทักษะการจัดการกับอาการ โดยการออกกำลังกาย ติดตามและกระตุ้นการจัดการอาการทางโทรศัพท์ ประเมินผลลัพธ์ของการจัดการกลุ่มอาการพบว่า ผู้ป่วยมีประสบการณ์อาการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและเหนื่อยล้าลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่จากการศึกษาของ เนตรชนก พิมพ์บึง และคณะ (Pimburng et al., 2015) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่อความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน เยื่อช่องปากอักเสบ ท้องเสีย และภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยประเมินความรุนแรงและการตอบสนองต่ออาการ ให้ความรู้และส่งเสริมทักษะในการจัดการอาการที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ พบว่า ผู้ป่วยมีความรุนแรงและความทุกข์ทรมานจากอาการคลื่นไส้ อาเจียน และท้องเสียลดลง แต่ยังไม่สามารถบรรเทาความรุนแรงและความทุกข์ทรมานของอาการเยื่อช่องปากอักเสบ นอกจากนี้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวและฮีมาโตคริตเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยหรืออาจกล่าวได้ว่าไม่แตกต่างกันในทางคลินิก (Pimburng et al., 2015) หากจัดการอาการได้เพียงอาการใด



อาการหนึ่ง ผู้ป่วยอาจจะมีอาการทุกข์ทรมานจากอาการอื่นที่ยังเกิดขึ้นอยู่และอาจส่งผลให้อาการมีความรุนแรงมากขึ้นได้ (Dodd et al., 2001)

ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) ของ มิลเลอร์ และ ร็อลนิก (Miller & Rollnick, 1991) มาส่งเสริมการจัดการอาการและการรับประทานอาหารให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยา ซึ่งเป็นการให้คำปรึกษาที่มีเทคนิควิธีในการจัดการกับความนึกคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จากการศึกษาผู้ที่นำแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีน้ำหนักตัวเกิน โดยให้คำปรึกษาเพื่อปรับปรุงการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ผักที่กินและการทำอาหาร และเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมทางไกลผ่านทางโทรศัพท์ พบว่า ผู้ป่วยมีแรงจูงใจโดยตั้งเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 และสามารถลดน้ำหนักตัวได้มากกว่ากลุ่มทดลอง (Braun et al., 2018) นอกจากนี้มีผู้นำมาบรรเทาอาการในมะเร็งด้วยเช่นกัน โดย รีม และคณะ (Ream et al., 2015) ศึกษาการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด โดยประเมินประสบการณ์อาการเหนื่อยล้าตามการรับรู้ของผู้ป่วย วิธีการลดความเหนื่อยล้า เสริมแรงจูงใจและเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการกับความเหนื่อยล้าทางโทรศัพท์ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการกับความเหนื่อยล้า สามารถลดการเกิดอาการและความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้าได้มากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ยังไม่พบการนำแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจมาส่งเสริมการจัดการกับกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหารรวมถึงการส่งเสริมด้านโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็ง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำแนวคิดการจัดการอาการของ ดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ร่วมกับแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจของ มิลเลอร์ และ ร็อลนิก (Miller & Rollnick, 1991) มาเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการจัดการอาการด้านโภชนาการ และการรับประทานอาหารที่เหมาะสม รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมโภชนาการที่ดี และมีภาวะโภชนาการที่ดีมาตามได้ (Chaikham et al., 2018)

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการ พฤติกรรมด้านโภชนาการ และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมด้านโภชนาการ และภาวะโภชนาการหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการ พฤติกรรมด้านโภชนาการ และภาวะโภชนาการของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจดีกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดมักจะมีกลุ่มอาการด้านโภชนาการ ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้และอาเจียน ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยนำแนวคิดการจัดการอาการของ ดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) มากระตุ้นให้ผู้ป่วยรับรู้อาการของตนเอง นำไปสู่การค้นหาวิธีการจัดการอาการ ร่วมกับการใช้แนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจของ มิลเลอร์ และ ร็อลนิก (Miller & Rollnick, 1991)



มาเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาในแต่ละขั้นตอนเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้คิดและพูดข้อความที่บ่งบอกถึงความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองซ้ำ ๆ และเกิดความต้องการตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการที่เหมาะสม โดยประกอบด้วย 1) การประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับกลุ่มอาการด้านโภชนาการตามมุมมองการรับรู้ของผู้ป่วยและประเมินความต้องการในด้านความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และวิธีการจัดการกลุ่มอาการด้านโภชนาการ รวมถึงผลกระทบจากกลุ่มอาการด้านโภชนาการ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการจัดการอาการและเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ นำไปสู่การค้นหาวิธีการจัดการกลุ่มอาการด้านโภชนาการและการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการที่เหมาะสม 2) การส่งเสริมศักยภาพการจัดการกลุ่มอาการด้านโภชนาการ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกลุ่มอาการด้านโภชนาการและการส่งเสริมด้านโภชนาการ พร้อมกับฝึกทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการให้เหมาะสมกับอาการและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ร่วมกับการสร้างเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการ โดยการตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการ พร้อมกับให้คำปรึกษาในสิ่งที่กังวล โดยการให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะมีทางเลือกในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เป้าหมาย และสนับสนุนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง 3) ติดตามการจัดการกลุ่มอาการด้านโภชนาการ โดยโทรศัพท์สอบถามอาการและสร้างเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการอย่างต่อเนื่อง และ 4) ประเมินผลลัพธ์การจัดการกลุ่มอาการด้านโภชนาการ โดยคาดหวังว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจจะสามารถบรรเทาอาการด้านโภชนาการ ทำให้มีพฤติกรรมด้านโภชนาการที่ดีขึ้น และส่งผลให้มีภาวะโภชนาการที่ดีตามมาได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ หรือโรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2565

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป $G * Power$ โดยวิเคราะห์อำนาจการทดสอบที่ระดับ .8 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่ากำหนดค่าขนาดอิทธิพลที่ .80 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 50 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 ราย และกลุ่มทดลอง 25 ราย และคำนวณสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลจากจำนวนผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยา รายใหม่ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วย ในปี พ.ศ. 2561 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลศิริราช 44 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 22 ราย และได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ 6 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 3 ราย โดยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมก่อนจนครบตามจำนวนแล้วจึงดำเนินการกลุ่มทดลองในลำดับต่อไป โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่องของอายุและสูตรยาเคมีบำบัด

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปีขึ้นไป ยังไม่เคยได้รับยาเคมีบำบัดมาก่อน และได้รับ 3+7 regimen, TPOG regimen, GMALL regimen, Hyper CVAD regimen, CODOX-M/IVAC, SMILE หรือ high dose MTX และ cytarabine เป็นครั้งแรก มีสติสัมปชัญญะดี ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้ สามารถติดต่อทางโทรศัพท์



เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่กลับเป็นซ้ำและกลับมาให้ยาเคมีบำบัดใหม่เป็นครั้งแรก 2) ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา หรือการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด หรือ 3) มีโรคร่วมในระบบทางเดินอาหาร

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการศึกษา 1) ขอลถอนตัวหรือไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ตลอดโปรแกรม 2) ระยะเวลาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 2 สัปดาห์ 4) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนเป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

1.1 โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ เป็นแผนการจัดกิจกรรมตามแนวคิดการจัดการอาการของ ดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ร่วมกับประยุกต์ใช้แนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจของ มิลล์เลอ และ โรลลนิก (Miller & Rollnick, 1991) ประกอบด้วย 1) การประเมินประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการ 2) การส่งเสริมศักยภาพการจัดการกลุ่มอาการด้านโภชนาการ 3) การติดตามการจัดการกลุ่มอาการด้านโภชนาการ และ 4) การประเมินผลลัพธ์การจัดการกลุ่มอาการด้านโภชนาการ โดยกิจกรรมทั้งหมดใช้เวลา 4 สัปดาห์ ดังรายละเอียดในหัวข้อการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 คู่มือ “การส่งเสริมด้านโภชนาการและการจัดการกลุ่มอาการด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด” ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีเนื้อหาที่สำคัญประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็งระบบโลหิตวิทยา การรักษาด้วยเคมีบำบัด อาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด แนวทางการจัดการกลุ่มอาการและแนวทางการส่งเสริมด้านโภชนาการ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสิทธิการรักษาพยาบาล

2.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ได้แก่ การวินิจฉัยโรค สูตรยาเคมีบำบัด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และยาที่ได้รับเพื่อป้องกันอาการในระบบทางเดินอาหาร

2.3 แบบประเมินประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการ ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ และอาเจียน โดยประยุกต์จากแบบประเมินประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยของ พอร์ทินอย และคณะ (Portenoy et al., 1994) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย นางลักขณ์ สุวิสิษฐ์ และคณะ (Suwisith et al., 2008) โดยตอบแบบประเมินตามการรับรู้ของผู้ป่วย และถ้ามีอาการเกิดขึ้นให้ประเมินระดับความถี่ 1 (น้อยมาก) 2 (บางครั้ง) 3 (บ่อยครั้ง) 4 (ตลอดเวลา) ระดับความรุนแรง 1 (น้อยมาก) 2 (ปานกลาง) 3 (มาก) 4 (มากที่สุด) และระดับความทุกข์ทรมาน 0 (ไม่มีเลย) 1 (เล็กน้อย) 2 (พอสมควร) 3 (ค่อนข้างมาก) 4 (มาก)

2.4 แบบสอบถามพฤติกรรมด้านโภชนาการ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร 10 ข้อ พฤติกรรมการบรรเทาอาการเบื่ออาหาร 5 ข้อ พฤติกรรมการบรรเทาอาการคลื่นไส้ 8 ข้อ และพฤติกรรมการบรรเทาอาการอาเจียน 5 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ 1 (ไม่ปฏิบัติเลย) 2 (ปฏิบัติบางครั้ง) 3 (ปฏิบัติบ่อยครั้ง) 4 (ปฏิบัติประจำ) โดยมีคะแนนรวมระหว่าง 28-112 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง พฤติกรรมด้านโภชนาการที่ดี

2.5 แบบประเมินภาวะโภชนาการ PG-SGA ของ โอทเทอรี (Ottery, 1996) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย นิธิรัช นิธิชัย (Nitichai, 2017) ประกอบด้วย 2 ส่วนและมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ส่วนที่ 1 ผู้ป่วยประเมินเอง ได้แก่ น้ำหนักตัว (0-1) การรับประทานอาหาร (0-5) อาการ (0-23) และการทำงานของร่างกาย (0-3) ส่วนที่ 2 ผู้วิจัยประเมิน ได้แก่ น้ำหนักตัวที่ลดลง (0-4) ความสัมพันธ์ของโรคกับความต้องการทางโภชนาการ



(1-7) ความต้องการทางเมตาบอริก (0-6) และการตรวจร่างกาย (0-3) โดยมีคะแนนรวมระหว่าง 1-52 คะแนน
คะแนนมาก หมายถึง ภาวะโภชนาการที่ไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโลหิตวิทยา 2) อาจารย์
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็ง 3) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีการจัดการอาการและการสร้างแรงจูงใจ
4) พยาบาลผู้มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และ 5) นักโภชนาการ ช่วยตรวจสอบความตรง
ตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองจากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ สำหรับเครื่องมือที่ใช้ใน
การเก็บรวบรวมข้อมูล มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 ทุกฉบับ และทดสอบความเที่ยงของแบบประเมิน
ประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการด้วยวิธีการวัดซ้ำในมิติความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน ห่างกัน
1 วัน ได้เท่ากับ .94, .87 และ .92 ตามลำดับ แบบประเมินพฤติกรรมด้านโภชนาการด้วยวิธีหาค่า Cronbach's
alpha coefficient ได้เท่ากับ .7 และแบบประเมินภาวะโภชนาการ PG-SGA ด้วยวิธีการหาความเท่าเทียมกันของ
ระหว่างผู้วิจัยกับการประเมินภาวะโภชนาการของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ cohen's kappa ได้
เท่ากับ .74

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับอนุมัติการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ รหัสโครงการที่ 071/2563 และจากคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยของโรงพยาบาลศิริราช รหัสโครงการที่ 436/2563 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการ
วิจัย ระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่สงสัย โดยกลุ่มตัวอย่างมี
สิทธิตัดสินใจตอบรับเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้อย่างอิสระ และสามารถยุติการเข้าร่วมได้ตลอดเวลา
โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในผลการวิจัยใน
ภาพรวมเท่านั้น แล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 ขณะผู้ป่วยรักษาตัวที่หอผู้ป่วย (วันที่ 1 ก่อนได้รับยาเคมีบำบัด) ใช้เวลา 60 นาที

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างรายบุคคล กล่าว
ทักทาย แนะนำตัว ชี้แจงการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมิน
พฤติกรรมด้านโภชนาการและแบบประเมินภาวะโภชนาการ จากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึง
ประสบการณ์ตามมุมมองและการรับรู้ของตนเอง ร่วมกับประเมินความต้องการด้านความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา
สาเหตุและผลกระทบการกลุ่มอาการด้านโภชนาการ กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม
ด้านโภชนาการ โดยสนทนาร่วมกับใช้เทคนิคการจินตนาการถึงสาเหตุและผลกระทบจากการมีภาวะโภชนาการที่
ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความตั้งใจที่จะอยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 ส่งเสริมศักยภาพการจัดการกลุ่มอาการด้านโภชนาการ ผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากประสบการณ์เดิม
ของกลุ่มตัวอย่างเป็นพื้นฐาน และปรับเปลี่ยนการรับรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการให้เหมาะสมกับตนเองพร้อมกับ
มอบคู่มือการส่งเสริมด้านโภชนาการและการจัดการกลุ่มอาการด้านโภชนาการ รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่าง
ซักถามข้อสงสัย จากนั้นฝึกทักษะการจัดเมนูอาหารหรือเลือกวิธีการจัดการให้เหมาะสมกับอาการที่เกิดขึ้น เพื่อ
เพิ่มความมั่นใจในการจัดการอาการและปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการ กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายการ
ปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการ เพื่อให้แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม และใช้ไม้บรรทัดแห่ง



ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อประสบการณ์ กลุ่มอาการด้านโภชนาการ
พฤติกรรมด้านโภชนาการ และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ความพร้อม (rule of readiness) เพื่อประเมินความมั่นใจพร้อมทั้งให้คำปรึกษาในสิ่งที่กังวล ชี้แนะแนวทางการ
แก้ไขปัญหาและให้กลุ่มตัวอย่างเลือกวิธีตามความเหมาะสมกับตนเอง

ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 ติดตามกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ (วันที่ 7, 14 และ 21 หลังได้รับยาเคมีบำบัด)
ใช้เวลา 15 นาที

ขั้นตอนที่ 3 ติดตามการจัดการกลุ่มอาการด้านโภชนาการ ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามอาการ การจัดการอาการ
และการรับประทานอาหาร รวมทั้งเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการโดยการสะท้อนตนเอง
เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการ ปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น ให้คำแนะนำพร้อมกับให้กลุ่มตัวอย่าง
เลือกแนวทางที่เหมาะสมด้วยตนเอง พร้อมกับชมเชยเพื่อให้มีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่ตั้ง
ไว้

ครั้งที่ 5 ประเมินผลและเก็บรวบรวมหลังทำการวิจัยที่หอผู้ป่วย (สัปดาห์ที่ 4 หลังได้รับยาเคมีบำบัด) ใช้
เวลา 20 นาที

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลลัพธ์การจัดการกลุ่มอาการด้านโภชนาการ โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่าง
ทำแบบประเมินประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการ พฤติกรรมด้านโภชนาการ และภาวะโภชนาการ

กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 ขณะผู้ป่วยรักษาตัวที่หอผู้ป่วย (วันที่ 1 ก่อนได้รับยาเคมีบำบัด) โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง
รายบุคคล กล่าวทักทาย แนะนำตัว ชี้แจงการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
แบบประเมินพฤติกรรมด้านโภชนาการและแบบประเมินภาวะโภชนาการ ใช้เวลา 20 นาที

ครั้งที่ 2 ที่หอผู้ป่วยหลังได้รับยาเคมีบำบัด 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างช่วยทำแบบ
ประเมินประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการ แบบประเมินพฤติกรรมด้านโภชนาการ และแบบประเมินภาวะ
โภชนาการ จากนั้นให้คำแนะนำ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และมอบคู่มือการส่งเสริมด้านโภชนาการและการ
จัดการกลุ่มอาการด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด ใช้เวลา 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้องและทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของ
สถิติ โดยข้อมูลส่วนบุคคล โรคและการรักษา วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา แจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ
เปรียบเทียบประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ chi-square
test และ fisher's exact test เปรียบเทียบพฤติกรรมด้านโภชนาการและภาวะโภชนาการระหว่างกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ independent t-test และภายในกลุ่มระหว่างก่อนและหลังทดลองโดยใช้สถิติ
paired t-test เนื่องจากเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นการใช้สถิติ t-test

ผลการวิจัย

เมื่อสิ้นสุดการวิจัยเหลือกลุ่มตัวอย่าง 47 ราย เป็นกลุ่มควบคุม 22 รายและกลุ่มทดลอง 25 ราย โดย
ระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูลมีกลุ่มตัวอย่าง 3 รายในกลุ่มควบคุม เสียชีวิตเนื่องจากสภาวะโรคและติดเชื้อในกระแส
เลือดจึงตัดออกจากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.3 มีอายุเฉลี่ย 40.30 ปี สถานภาพ
สมรสคู่ ร้อยละ 51.1 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 38.3 ประกอบอาชีพรับจ้าง/พนักงาน ร้อยละ 34 มี
รายได้เฉลี่ยมากกว่า 25,000 บาท/เดือน ร้อยละ 18 ใช้สิทธิประกันสุขภาพ ร้อยละ 44.7 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัย
เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว ร้อยละ 85.1 ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร 3+7 ร้อยละ 63.8 และไม่ต้องการยาที่เกี่ยวข้องกับ
ทางเดินอาหารเพิ่มเติม ร้อยละ 76.6 และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับโรค
และการรักษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ($p > 0.05$ และ $p > 0.05$ ตามลำดับ)



ประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการ ได้แก่

1. อาการเบื่ออาหาร พบว่า กลุ่มควบคุมมีอาการเบื่ออาหาร ร้อยละ 42.6 โดยส่วนใหญ่มีความถี่ของอาการเกิดขึ้นตลอดเวลา ร้อยละ 27.8 มีความรุนแรงระดับปานกลาง ร้อยละ 22.2 และมีความทุกข์ทรมานค่อนข้างมาก ร้อยละ 22.2 ส่วนกลุ่มทดลองมีอาการเบื่ออาหาร ร้อยละ 34.0 ส่วนใหญ่มีความถี่เกิดขึ้นบางครั้ง ร้อยละ 19.4 มีความรุนแรงระดับปานกลาง ร้อยละ 22.2 และมีความทุกข์ทรมานจากอาการพอควร ร้อยละ 16.7

2. อาการคลื่นไส้ พบว่า กลุ่มควบคุมมีอาการคลื่นไส้ ร้อยละ 34.0 โดยส่วนใหญ่มีความถี่ของอาการเกิดขึ้นบางครั้ง ร้อยละ 38.5 มีความรุนแรงระดับมาก ร้อยละ 34.6 และมีความทุกข์ทรมานค่อนข้างมาก ร้อยละ 23.1 ส่วนกลุ่มทดลองมีอาการคลื่นไส้ ร้อยละ 21.3 ส่วนใหญ่มีความถี่เกิดขึ้นน้อยมาก ร้อยละ 23.1 มีความรุนแรงระดับน้อยและปานกลางเท่ากัน ร้อยละ 15.4 และมีความทุกข์ทรมานจากอาการพอควร ร้อยละ 15.4

3. อาการอาเจียน พบว่า กลุ่มควบคุมมีอาการอาเจียน ร้อยละ 14.9 โดยส่วนใหญ่มีความถี่ของอาการเกิดขึ้นบางครั้ง ร้อยละ 66.7 มีความรุนแรงระดับมาก ร้อยละ 66.7 และมีความทุกข์ทรมานพอควร ร้อยละ 55.6 ส่วนกลุ่มทดลองมีอาการอาเจียน ร้อยละ 4.3 ส่วนใหญ่มีความถี่เกิดขึ้นน้อยมาก ร้อยละ 22.2 มีความรุนแรงระดับน้อยและปานกลางเท่ากัน ร้อยละ 11.1 และมีความทุกข์ทรมานจากอาการเล็กน้อย ร้อยละ 22.2

เมื่อเปรียบเทียบประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการพบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้อาการ ความถี่ ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานจากประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการ ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ และอาเจียนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการและคะแนนเฉลี่ยภาวะโภชนาการระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโครงการพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านโภชนาการสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะโภชนาการต่ำ (หมายถึงการมีภาวะโภชนาการที่ดี) กว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการและภาวะโภชนาการระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 22)	กลุ่มทดลอง (n = 25)	Statistic test	p-value
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD		
พฤติกรรมด้านโภชนาการ				
ก่อนการทดลอง	76.91 $\pm$ 6.50	80.12 $\pm$ 11.39	1.205 ^t	0.12
หลังการทดลอง	78.18 $\pm$ 12.01	97.56 $\pm$ 6.90	6.662 ^t	<.001**
ภาวะโภชนาการ				
ก่อนการทดลอง	10.00 $\pm$ 5.88	10.76 $\pm$ 4.48	0.502 ^t	0.31
หลังการทดลอง	11.55 $\pm$ 6.84	8.28 $\pm$ 3.89	1.977 ^t	0.03*

หมายเหตุ t = Independent t-test, * $p < .05$

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการและภาวะโภชนาการระหว่างก่อนและหลังทดลองพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านโภชนาการสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะโภชนาการ



ต่ำ (หมายถึงการมีภาวะโภชนาการที่ดี) กว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านโภชนาการ และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ก่อนทดลอง Mean $\pm$ SD	หลังทดลอง Mean $\pm$ SD	Statistic test	p-value
พฤติกรรมด้านโภชนาการ				
กลุ่มทดลอง (n=25)	80.12 $\pm$ 11.39	97.28 $\pm$ 7.62	4.065 ^t	<.001
กลุ่มควบคุม (n=22)	76.91 $\pm$ 6.50	78.18 $\pm$ 12.01	0.469 ^t	0.31
ภาวะโภชนาการ				
กลุ่มทดลอง (n=25)	10.76 $\pm$ 4.48	8.28 $\pm$ 3.89	-2.111 ^t	0.02*
กลุ่มควบคุม (n=22)	10.00 $\pm$ 5.89	11.55 $\pm$ 6.34	0.971 ^t	0.17

หมายเหตุ t = Paired t-test, * $p < .05$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรณรัตน์ จงเขตกิจ และคณะ (Jongkhetkit et al., 2019) ศึกษาประสิทธิผลของการจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดตามแนวทางการจัดการอาการของ ดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) โดยการให้ผู้ป่วยประเมินความรับรู้อาการและการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น ให้ความรู้และฝึกทักษะจัดการกับอาการที่เหมาะสม ติดตามการจัดการอาการพร้อมกับให้กำลังใจผ่านทางโทรศัพท์ พบว่าผู้ป่วยมีประสบการณ์จากอาการกลุ่มอาการลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ผลการศึกษาครั้งนี้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมด้านโภชนาการดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) จากการศึกษาผลของการใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดของ มิลล์และ โรลล์นิก (Miller & Rollnick, 1991) สามารถช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองและปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยมะเร็งให้ดีขึ้นได้ (Çakmak & Kapucu, 2021)

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายผลได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการที่พัฒนาจากแนวทางการจัดการอาการของ ดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ร่วมกับแนวทางการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจของ มิลล์และ โรลล์นิก (Miller & Rollnick, 1991) ในการประเมินประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการ ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถรับรู้การตนเองและผลกระทบที่เกิดขึ้น สอดแทรกการให้คำปรึกษาตามแนวทางการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจของ มิลล์และ โรลล์นิก (Miller & Rollnick, 1991) ซึ่งยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้เทคนิคต่าง ๆ ตามแนวคิดตัวอย่างเช่น การใช้คำถามปลายเปิดเพื่อสำรวจพฤติกรรมด้านโภชนาการที่ผ่านมา (looking back) และจินตนาการถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้นจากพฤติกรรมด้านลบ (imagination) เห็นความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เกิดความคิดหรือพูดข้อความจูงใจตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ ยกตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า “ถ้าปล่อยให้ร่างกายขาดสารอาหารต้องแย่แน่ ๆ เลย” (self-motivational statement) นำไปสู่การสนทนาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการให้เหมาะสม จากนั้นจึงส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านโภชนาการร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการที่



เหมาะสม โดยให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการกับกลุ่มอาการด้านโภชนาการและการรับประทานอาหารที่เหมาะสม เพื่อสนับสนุนความสามารถในตนเอง (support self-efficacy) รวมถึงให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายว่า “ต่อไปนี้จะพยายามทานอาหารครบ 3 มื้อ ให้เพียงพอกับร่างกาย” และ “พยายามทานอาหารให้มากขึ้นและกินอาหารเสริมระหว่างมื้อ” เป็นต้น จัดการกับความรู้สึกกลัว โดยใช้ไม้บรรทัดแห่งความพร้อม (ruler of readiness) เพื่อประเมินความมั่นใจ และเสนอทางเลือก (giving menu) ที่ถูกต้องเหมาะสมกับบริบท โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเองเพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ติดตามทางโทรศัพท์เป็นระยะเพื่อสร้างแรงจูงใจในการจัดการอาการและปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการอย่างต่อเนื่อง กล่าวชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามเป้าหมาย ไม่กล่าวตำหนิ หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายได้ แสดงความเห็นอกเห็นใจ “ไม่เป็นไรค่ะ มาลองเริ่มใหม่อีกครั้งนะคะ” พร้อมกับรับฟังปัญหาอย่างตั้งใจ วิเคราะห์ปัญหา ให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคจนนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เป็นผลให้กลุ่มทดลองมีประสบการณ์กลุ่มอาการด้านโภชนาการต่ำกว่ากลุ่มควบคุม รวมถึงส่งผลให้มีพฤติกรรมด้านโภชนาการสูงกว่ากลุ่มควบคุม

นอกจากนี้ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีภาวะโภชนาการดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการกับกลุ่มอาการด้านโภชนาการ ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้และอาเจียน ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งล้วนเป็นอาการข้างเคียงที่ส่งผลต่อโภชนาการ ทำให้ลดปัญหาหรืออุปสรรคในปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการ (Ruanmee et al., 2022) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการที่เหมาะสม รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับโรค ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่จำเป็นและเพียงพอกับความต้องการของร่างกายในการนำไปซ่อมแซมร่างกายในส่วนที่สึกหรอ และสำหรับทำกิจกรรมต่าง ๆ จะช่วยเสริมสร้างสุขภาพให้แข็งแรงและป้องกันภาวะทุพโภชนาการได้ (Arundon et al., 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของ ลัคนา กองเมือง และคณะ (Gongmuang et al., 2022) ผู้ที่ได้รับความรู้และการชี้แนะที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองด้านโภชนาการ และลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการได้ และจากการศึกษาของ จันทรจิรา เกื้อกาญจน์ และคณะ (Kuakarn et al., 2015) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง สามารถลดปัญหาที่เป็นผลจากภาวะโภชนาการได้เช่นกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล หอผู้ป่วยสามารถนำรูปแบบโปรแกรมจากการศึกษาในครั้งนี้ไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการส่งเสริมการจัดการกับกลุ่มอาการด้านโภชนาการ และสร้างเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อให้มีภาวะโภชนาการที่ดีตามมา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการจัดการกลุ่มอาการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เช่น กลุ่มอาการด้านภาพลักษณ์และการเปลี่ยนแปลงผิวหนัง กลุ่มอาการไม่สบายด้านร่างกาย เป็นต้น

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน ซึ่งได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ทำให้ญาติไม่สามารถเข้าเยี่ยมและเกิดข้อจำกัดในการรับประทานอาหาร ซึ่งอาจมีผลต่อการจัดการกลุ่มอาการด้านโภชนาการ การปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการและภาวะโภชนาการได้



References

- Allart-Vorelli, P., Porro, B., Baguet, F., Michel, A., & Cousson-Gélie, F. (2015). Haematological cancer and quality of life: A systematic literature review. *Blood Cancer Journal*, 5(4), 1-10. <https://doi.org/10.1038/bcj.2015.29>
- Arundon, T., Ruangdam, A., Ruangkajorn, P., Pruphetkaew, N., & Sunpaweravong, P. (2017). Nutritional status, beliefs, and meat-consumption behaviors among cancer patients. *Thai Cancer Journal*, 37(4), 127-141. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TCJ/article/view/242968/165065> (in Thai)
- Batra, A., Kalyani, C. V., & Rohilla, K. K. (2020). Incidence and severity of self-reported chemotherapy side-effects in patients with hematolymphoid malignancies: A cross-sectional study. *Cancer Research, Statistics, and Treatment*, 3(4), 736-741. https://doi.org/10.4103/crst.crst_87_20
- Braun, A., Portner, J., Grainger, E. M., Hill, E. B., Young, G. S., Clinton, S. K., & Spees, C. K. (2018). Tele-motivational interviewing for cancer survivors: Feasibility, preliminary efficacy, and lessons learned. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 50(1), 19-32. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2017.05.352>
- Calleja Fernandez, A., Pintor de la Maza, B., Vidal Casariego, A., Villar Taibo, R., Lopez Gomez, J., Cano Rodriguez, I., & Ballesteros Pomar, M. D. (2015). Food intake and nutritional status influence outcomes in hospitalized hematology oncology patients. *Nutrición Hospitalaria*, 31(6), 2598-2605. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.6.8674>
- Çakmak, H. S. G., & Kapucu, S. (2021). The effect of educational follow-up with the motivational interview technique on self-efficacy and drug adherence in cancer patients using oral chemotherapy treatment: A randomized controlled trial. *Seminars in Oncology Nursing*, 37(2), 140-151. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2021.151140>
- Chaikham, R., Raksanaves, L., Pichaya, N., & Sooksrisawat, C. (2018). Factors predicting nutritional behaviours among patients with head and neck cancer at Chonburi cancer hospital. *Journal of The Department of Medical Services*, 43(6), 68-73. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JDMS/article/view/247679> (in Thai)
- Cherwin, C. (2015). *Gastrointestinal symptom clusters in hematology patients receiving chemotherapy* [Doctoral dissertation, University of Wisconsin-Madison]. Proquest. <https://www.proquest.com/docview/1703437612/314075B584D7453DPQ/1>
- Cherwin, C., & Perkhounkova, Y. (2017). Distress-based gastrointestinal symptom clusters and impact on symptom interference and quality of life in patients with a hematologic malignancy receiving chemotherapy. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(4), 751-758. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.11.005>



- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x>
- Dodd, M., Miaskowski, C., & Paul, S. (2001). Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28(3), 465-470.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11338755/>
- Gongmuang, L., Bannaasan, B., & Kitsripisan, S. (2022). The effects of an educative supportive program on the nutrition self-care behavior and nutritional status among colorectal cancer patients receiving chemotherapy. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 23(1), 361-370. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/247160/173078> (in Thai)
- Jongkhetkit, W., Saesia, W., & Manasurakarn, J. (2019). The effect of a gastrointestinal and fatigue symptom cluster management promoting program on symptom experiences in patients with breast cancer receiving chemotherapy. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6(2), 187-198. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/151600/130567> (in Thai)
- Kuakarn, J., Isaramalai, S., & Baltip, Q. (2015). Impact of a self-management programme for nutritional enhancement on the fatigue conditions of cancer patients undergoing radiotherapy. *Thai Journal of Nursing Council*, 30(2), 20-32.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/39655/32847> (in Thai)
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. The Guilford Press.
- Nitichai, N. (2017). *Translation, cross-cultural adaptation, and validation of the Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in Thai cancer patients* [Master's thesis, Chulalongkorn University]. CUIR.
<https://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/58249> (in Thai)
- Ottery, F. (1996). Definition of standardized nutritional assessment and interventional pathways in oncology. *Nutrition*, 12, 15-19. [https://doi.org/10.1016/0899-9007\(96\)90011-8](https://doi.org/10.1016/0899-9007(96)90011-8)
- Pimburng, N., Wattana, C., & Harnirattisai, T. (2015). The effect of a symptom-management program on severity of symptom and nutritional status among colorectal cancer patients receiving chemotherapy. *Nursing Journal*, 42(suppl.), 73-83. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/57266/47473> (in Thai)
- Portenoy, R. K., Thaler, H. T., Kornblith, A. B., Lepore, J. M., Friedlander-Klar, H., Kiyasu, E., Sobel, K., Coyle, N., Kemeny, N., Norton, L., & Scher, H. (1994). The memorial symptom assessment scale: An instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *European Journal of Cancer*, 30(9), 1326-1336.
[https://doi.org/10.1016/0959-8049\(94\)90182-1](https://doi.org/10.1016/0959-8049(94)90182-1)



- Ream, E., Gargaro, G., Barsevick, A., & Richardson, A. (2015). Management of cancer-related fatigue during chemotherapy through telephone motivational interviewing: Modeling and randomized exploratory trial. *Patient Education and Counseling*, 98(2), 199-206.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.10.012>
- Ruanmee, O., Soivong, P., & Aree, P. (2022). Food consumption behavior and nutritional status among persons with head and neck cancer. *Nursing Journal CMU*, 49(3), 134-148. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/259434/177006> (in Thai)
- Stauder, R., Augschoell, J., Hamaker, M. E., & Koinig, K. A. (2020). Malnutrition in older patients with hematological malignancies at initial diagnosis-association with impairments in health status, systemic inflammation and adverse outcome. *Hemasphere*, 4(1), e332.
<https://doi.org/10.1097/HS9.0000000000000332>
- Suwisith, N., Hanucharunkul, S., Dodd, M., Vorapongsathorn, T., Pongthavorakamol, K., & Asavametha, N. (2008). Symptom clusters and functional status of women with breast cancer. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 12(3), 153-165.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/5869/5073>
- Tesamut, L., Vannarit, T., & Tantiworawit, A. (2017). Factors predicting health behaviors among persons with acute myeloblastic leukemia receiving chemotherapy. *Nursing Journal*, 44(suppl.1), 45-56. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/148033/108979> (in Thai)
- Zhang, Y., Chen, Q., Lu, C., & Yu, L. (2022). Prognostic role of controlling nutritional status score in hematological malignancies. *Hematology*, 27(1), 653-658.
<https://doi.org/10.1080/16078454.2022.2078040>