

ผลของโปรแกรมสนับสนุนความรู้ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร
ในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตซึ่งได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

Effects of a Supportive-Educative Program
on Dietary Behaviors for Infection Prevention among Patients with
Hematologic Neoplasms Receiving Antineoplastic Agents

จิรนนท์ จินะกับ* มนูญญา ชุมพล** มนัสชนก ทิพวรรณ***
Jeeranun Jinagub* Manunya Chumpon** Manaschanok Tippawan***

บทคัดย่อ

ความสำคัญและความเป็นมา: ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากภาวะภูมิคุ้มกันลดลง การรับประทานอาหารที่เหมาะสมและถูกสุขลักษณะจึงมีความสำคัญต่อการป้องกันการติดเชื้อ การส่งเสริมความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองอาจช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนความรู้ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมร่วมกับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งโลหิตที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคมะเร็งโลหิต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 52 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 26 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-กันยายน พ.ศ. 2568 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นเวลา

Received: January 29, 2026

Revised: August 13, 2026

Accepted: August 31, 2026

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ, พยาบาลวิชาชีพระดับ 6 ประสานงานปลูกถ่ายไขกระดูก ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330. E-mail: jeeranunjina@gmail.com

* Corresponding Author, Hematopoietic Stem Cell Transplant Nurse Coordinator, Nursing Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Bangkok, Thailand 10330. E-mail: jeeranunjina@gmail.com

** หัวหน้าหอผู้ป่วย หน่วยปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดและเซลล์บำบัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330. E-mail: Manunya4322@gmail.com

** Nurse Manager of Hematopoietic Stem Cell Transplant, Nursing Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Bangkok, Thailand 10330. E-mail: Manunya4322@gmail.com

*** พยาบาลวิชาชีพระดับ 5 ประสานงานเซลล์บำบัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330. E-mail: Manaschanok.tip@chulahospital.org

*** Cellular Therapy Nurse Coordinator, Nursing Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Bangkok, Thailand 10330. E-mail: Manaschanok.tip@chulahospital.org

4 สัปดาห์ ประเมินพฤติกรรมก่อนและหลังการทดลอง เครื่องมือเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา 1.00 และค่าความเที่ยง 0.70 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบความแตกต่าง

ผลการวิจัย: ก่อนการทดลอง คะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (Median (IQR) = 19) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Median (IQR) = 17) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และคะแนนของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปและขอเสนอแนะ: โปรแกรมสนับสนุนความรู้ตามแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็มมีส่วนช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตที่ได้รับยาเคมีบำบัด จึงควรนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว และควรศึกษาต่อยอดโดยติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น อัตราการติดเชื้อและภาวะไข้หวัดใหญ่

คำสำคัญ: การดูแลตนเอง ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ มะเร็งโลหิต ยาเคมีบำบัด

Abstracts

Background: Patients with hematologic malignancies receiving chemotherapy are at increased risk of infection due to immunosuppression. Appropriate, hygienic food consumption is therefore important for preventing infection. Enhancing knowledge and self-care capabilities may help patients improve their dietary behaviors.

Methods: This quasi-experimental study aimed to examine the effect of an educational-support program on dietary behaviors for preventing infection among patients with hematologic malignancies receiving chemotherapy. The program was developed based on Orem's Self-Care Theory in conjunction with clinical nursing practice guidelines. The sample consisted of 52 patients with hematologic malignancies receiving care at the Hematologic Cancer Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital. Participants were purposively selected and assigned to a control group and an experimental group, with 26 participants in each group. Data were collected from January to September 2025. The control group received standard nursing care, whereas the experimental group underwent the program for four weeks. Dietary behaviors were assessed before and after the intervention. The research instrument was a questionnaire on dietary behaviors during chemotherapy, with a content validity index of 1.00 and a reliability coefficient of 0.70. Data were analyzed using descriptive statistics and statistical tests for group differences.

Results: Before the intervention, there was no statistically significant difference in dietary behavior scores between the two groups. After the intervention, the experimental group had a significantly higher median dietary behavior score (Median (IQR) =19) than the control group (Median (IQR) = 17) ($p < .05$). The experimental group also demonstrated a

statistically significant improvement in dietary behavior scores compared with baseline ($p < .05$)

Conclusion and Recommendations: The educational-support program based on Orem's Self-Care Theory contributed to improving dietary behaviors among patients with hematologic malignancies receiving chemotherapy. As such, the program should be considered for integration into nursing care for this population. Further studies should evaluate clinical outcomes, such as infection rates and febrile neutropenia, to determine the broader health effects of the program.

Keywords: self care, health behavior, hematologic neoplasms, antineoplastic agents, infection prevention

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยโรคมะเร็งโลหิตเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2565 พบผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลกประมาณ 1.3 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 700,000 คน¹ ขณะเดียวกันในประเทศไทยพบโรคมะเร็งโลหิตเป็น 1 ใน 10 อันดับแรกของโรคมะเร็งที่มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่² และจากสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในปี พ.ศ. 2566 พบว่า โรคมะเร็งโลหิตเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับที่ 5 ในเพศชาย จำนวน 308 ราย และอันดับที่ 6 ในเพศหญิง จำนวน 286 ราย โดยมีมะเร็งเม็ดเลือดขาวพบมากที่สุด จำนวน 312 ราย รองลงมา คือ มะเร็งต่อมน้ำเหลือง จำนวน 282 ราย³

ในปัจจุบันแนวทางการรักษาโรคมะเร็งโลหิตที่เป็นมาตรฐาน ประกอบด้วย การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (chemotherapy) ยามุ่งเป้า (targeted therapy) หรือการใช้ทั้งสองวิธีร่วมกัน โดยผู้ป่วยจำนวนมากได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและต้องกลับไปดูแลตนเองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ในปี 2568 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีผู้ป่วยมะเร็งโลหิตที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 2,420 ราย และยามุ่งเป้า 3,152 ราย ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและดูแลตนเองได้ แต่ยังมีข้อจำกัดด้านความรู้ และทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง จึงเป็นกลุ่มที่เหมาะสมต่อการได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในช่วงที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

อย่างไรก็ตาม การรักษาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานของร่างกายหลายระบบ นำไปสู่การเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (neutropenia) ในระหว่างการรักษา และจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งโลหิตมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 50-80⁴ ของผู้ป่วยที่มีภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ (febrile neutropenia) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญจากการได้รับยาเคมีบำบัดพบถึง ร้อยละ 60-85⁵ การติดเชื้อดังกล่าวอาจพัฒนาไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) สัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล ร้อยละ 31⁶ ภาวะดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ส่งผลให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น

ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem's self-care theory) เมื่อบุคคลเผชิญภาวะเจ็บป่วยจะเกิดความ ต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น เมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (health deviation self-care requisites)

หากความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอจะก่อให้เกิดภาวะพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit)⁷ ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตกำลังเผชิญกับการได้รับยาเคมีบำบัด จึงเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลตนเอง

พฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ในช่วงที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ประกอบด้วย การจัดการอาหารที่เหมาะสมครอบคลุมการเลือกรับประทานอาหาร การเลือกซื้ออาหาร การจัดเก็บอาหาร การรักษาความสะอาด การเตรียมอาหาร การอุ่นอาหาร การจัดการอาหารที่เหมาะสมอาจช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยเฉพาะการปนเปื้อนเชื้อจากอาหาร และส่งเสริมความปลอดภัยด้านอาหารในผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีระดับความรู้และพฤติกรรมการรับประทานอาหารสำหรับป้องกันการติดเชื้อในช่วงภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำอยู่ในระดับปานกลาง⁸ มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม จึงถือเป็นกลุ่มที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ⁹ และติดตามด้านโภชนาการอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งผลข้างเคียงของโรคและการรักษา เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ สูญเสียการรับรส และรับประทานอาหารได้น้อย อาจนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการและภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องได้¹⁰ ปัญหาดังกล่าวจึงจำเป็นต้องมีโปรแกรมสนับสนุนการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้

การพยาบาลตามมาตรฐานของหน่วยโลหิตวิทยา ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยหลังได้รับยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก เป็นการพูดให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวโดยพยาบาล จำนวน 1 ครั้ง มีหัวข้อทั่วไป ได้แก่ การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ จุดจ้ำเลือดตามร่างกาย อ่อนเพลียผิดปกติ การดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและยาอย่างถูกต้อง ก่อนกลับบ้าน และการนัดหมายติดตามการรักษา อาจส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้อย่างเหมาะสม

การส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมะเร็งสามารถช่วยเพิ่มความรู้ พฤติกรรมในการดูแลตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้^{11,12} นอกจากนี้การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดของโอเร็มยังช่วยส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพและด้านโภชนาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{13,14} อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นผลลัพธ์ด้านภาวะโภชนาการ ผลลัพธ์ทางคลินิกหรือพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวม มากกว่าการศึกษาพฤติกรรมในการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันการติดเชื้อโดยตรง อีกทั้งการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตซึ่งได้รับยาเคมีบำบัดยังมีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะในบริบทผู้ป่วยนอกและการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม นอกจากนี้ ยังไม่พบการศึกษาที่มุ่งประเมินพฤติกรรมในการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันการติดเชื้อเป็นผลลัพธ์หลัก โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอกในประเทศไทย ทำให้ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมดังกล่าว

โปรแกรมสนับสนุนความรู้ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตซึ่งได้รับยาเคมีบำบัด มาจากการใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก การสร้างเสริมความรู้และพฤติกรรมในการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตซึ่งได้รับยาเคมีบำบัด ภายใต้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative nursing system) ประกอบด้วย การประเมินรายบุคคล เพื่อประเมินความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การให้ความรู้แบบมีปฏิสัมพันธ์ การให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การสนับสนุนสื่อการเรียนรู้ การชี้แนะและวางแผนการดูแลตนเองร่วมกับผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ตลอดจน

การติดตามให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency)¹⁵ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสมในการป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งขั้นตอนดังกล่าวแตกต่างจากการพยาบาลตามมาตรฐาน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนความรู้ต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตซึ่งได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งโลหิตที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในบริบทผู้ป่วยนอกได้อย่างเหมาะสม

คำถามการวิจัย

1. คะแนนพฤติกรรมมารับประทานอาหารในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตซึ่งได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนความรู้ ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันหรือไม่
2. คะแนนพฤติกรรมมารับประทานอาหารในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตซึ่งได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนความรู้ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน หลังการทดลองแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมมารับประทานอาหารในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตซึ่งได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนความรู้
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมมารับประทานอาหารในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตซึ่งได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนความรู้ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนพฤติกรรมมารับประทานอาหารในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตซึ่งได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนความรู้ ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. คะแนนพฤติกรรมมารับประทานอาหารในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตซึ่งได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนความรู้ ภายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's self-care theory)⁷ เป็นกรอบแนวคิดร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและแนวปฏิบัติทางคลินิก การสร้างเสริมความรู้และพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด¹⁶ ร่วมกับกระบวนการพยาบาล ในการพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตซึ่งได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งโลหิต คือ ภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (health deviation

self-care requisites) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เนื่องจากผลของโรคและการรักษา ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำและนำไปสู่การติดเชื้อ จึงจำเป็นต้องให้ความรู้และสนับสนุนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางรายยังมีข้อจำกัดด้านความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ส่งผลให้เกิดภาวะพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit)

โปรแกรمدังกล่าว ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมิน เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลสุขภาพ ความพร้อมหรือขาดความรู้ และพฤติกรรมการรับประทานอาหารซึ่งยังไม่เหมาะสม ค้นหาความต้องการการดูแลตนเอง 2) การวินิจฉัย ประมวลข้อมูล และวินิจฉัยปัญหา พฤติกรรมการรับประทานอาหารในแต่ละด้าน 3) การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล ด้วยการใช้วิธีการสนับสนุนให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ภายใต้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative nursing system) ประกอบด้วย การชี้แนะ การสอน การสนับสนุนคู่มือการดูแลตนเอง สื่อความรู้ QR code เกี่ยวกับการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยมะเร็งโลหิตที่ได้รับยาเคมีบำบัด การมีส่วนร่วมของญาติ และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ 4) การติดตามและประเมินผล โดยติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 เพื่อทบทวนความรู้ ให้คำแนะนำ และแก้ไขปัญหายุ่งยากในการปฏิบัติ รวมทั้งประเมินผลในสัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมดังกล่าวส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ของผู้ป่วยให้สามารถตัดสินใจ และมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้อย่างเหมาะสม การได้รับโปรแกรมสนับสนุนความรู้ภายใต้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ จะช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่เหมาะสมมากขึ้น

ระเบียบวิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งโลหิตซึ่งได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) เพศชายและหญิง อายุ 18-60 ปี 2) มีเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล (Absolute Neutrophil Count : ANC) ในกระแสเลือดน้อยกว่า 1,500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร¹⁷ และ 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ สำหรับเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต ต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบของ Cohen โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p = .05$ อำนาจการทดสอบ เท่ากับ .80 กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .80 เนื่องจากไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตโดยตรง ผู้วิจัยจึงอ้างอิงจากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียง คือ ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านโภชนาการและภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด¹⁴ นำไปคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เท่ากับ 42 ราย และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 เพื่อชดเชยการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (attrition) ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เท่ากับ 52 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองก่อน และกลุ่มควบคุมภายหลัง เพื่อ

ป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลหรือการถ่ายทอดความรู้ระหว่างกลุ่ม และจับคู่ทั้งสองกลุ่มให้มีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน ได้แก่ อายุ เพศ และจำนวนครั้งของการได้รับยาเคมีบำบัด

การพิทักษ์สิทธิของผู้ถูกวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (IRB No.0080/67) โดยได้รับการอนุมัติระหว่างวันที่ 16 พฤษภาคม 2567 ถึง 15 พฤษภาคม 2568 และได้รับการต่ออายุการรับรองจริยธรรมการวิจัย ระหว่างวันที่ 16 พฤษภาคม 2568 ถึง 15 พฤษภาคม 2569 และได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยตามเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือกำกับการทดลอง ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่กลุ่มตัวอย่างได้รับยาเคมีบำบัด และโรคร่วม ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก การสร้างเสริมความรู้และพฤติกรรมการรับประทาน อาหาร ในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตที่ได้รับเคมีบำบัด¹⁶ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ 1) การเลือกรับประทานอาหาร จำนวน 5 ข้อ 2) การเลือกซื้ออาหาร จำนวน 3 ข้อ 3) การเก็บอาหาร จำนวน 3 ข้อ 4) การรักษาความสะอาด จำนวน 2 ข้อ 5) การเตรียมอาหาร จำนวน 2 ข้อ 6) การอุ่นอาหาร จำนวน 2 ข้อ และ 7) การรับประทานอาหารนอกบ้าน จำนวน 3 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ โดยกำหนดให้การปฏิบัติที่ถูกต้องหรือเหมาะสม เท่ากับ 1 คะแนน และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม เท่ากับ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การแปลผล โดยอิงสัดส่วนร้อยละของคะแนนเต็ม แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับดี หมายถึง ได้คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป (16-20 คะแนน) ระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนน ร้อยละ 60-80 (12-15 คะแนน) และระดับควรปรับปรุง หมายถึง ได้คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 (0-11 คะแนน)^{18,19}

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสนับสนุนความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตซึ่งได้รับยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ภายใต้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินข้อมูลสุขภาพ ความรู้ และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เพื่อประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและระบุภาวะพร่องในการดูแลตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัย ประมวลข้อมูล และวินิจฉัยปัญหา พฤติกรรมการรับประทานอาหารในแต่ละด้าน ถ้าพบด้านใดบกพร่องจึงวางแผน และปฏิบัติต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล ด้วยการใช้วิธีการสนับสนุนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ภายใต้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ประกอบด้วย

การชี้แนะ การสอน การสนับสนุนคู่มือการดูแลตนเอง และสื่อความรู้ QR code เกี่ยวกับการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยมะเร็งโลหิตซึ่งได้รับยาเคมีบำบัด ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามและประเมินผล โดยติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2 และ 3

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบสอบถามความรู้การรับประทานอาหารเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ใช้สำหรับประเมินความรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรม แบบสอบถามมีจำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบถูก-ผิด โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-18 คะแนน การแปลผลคะแนนโดยแบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน ร้อยละ 80-100 (15-18 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับดี คะแนน ร้อยละ 60-79 (11-14 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง และคะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60 (0-13 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับควรปรับปรุง^{18,19}

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 1.0) และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมได้รับการตรวจสอบความเที่ยงกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งโลหิตที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ดังนี้

1) แบบสอบถามความรู้การรับประทานอาหารเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด ได้ค่าความเที่ยง (reliability) เท่ากับ 0.72²⁰ แต่เดิมต้นฉบับมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เนื่องจากเมื่อนำไปทดลองใช้ พบว่า ค่าความเชื่อมั่นต่ำกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ จึงวิเคราะห์คุณภาพของข้อคำถามเป็นรายข้อ ซึ่งข้อคำถามที่ 10 และ 11 ส่งผลให้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือลดลง และมีความคล้ายกับข้อคำถามอื่น จึงตัดข้อคำถามทั้งสองข้อออก ทำให้แบบสอบถามเหลือเพียง 18 ข้อ

2) แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด ได้ค่า ความเที่ยง (reliability) เท่ากับ 0.72²⁰

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-กันยายน พ.ศ. 2568 ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และได้รับอนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. เข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยคลินิกโลหิตวิทยา แผนกผู้ป่วยนอก อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ ชั้น 1 โซน C เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และขอใช้สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. จัดหาผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน ซึ่งเป็นนิสิตวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานประจำคลินิกโลหิตวิทยา และอบรมผู้ช่วยวิจัยดังกล่าว ด้วยการอธิบายวิธีการใช้แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อนและหลังการทดลอง ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันและควบคุมการปนเปื้อนระหว่างกลุ่ม

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (pretest) เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มทดลองก่อน จนสิ้นสุดโปรแกรม จึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยพยาบาลประจำคลินิกโลหิตวิทยาเป็นผู้ตรวจสอบคุณสมบัติและแนะนำผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์แก่ผู้วิจัย ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยแนะนำผู้ช่วยวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด

4. การเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการทดลอง (posttest) ภายหลังสิ้นสุดการทดลองเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มทดลองก่อนกลุ่มควบคุม ทั้งนี้ระยะห่างระหว่างการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 4 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถามความรู้ และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดชุดเดียวกับที่ใช้ก่อนการทดลอง จากการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเสียชีวิต 1 ราย และอีก 1 ราย ไม่สามารถติดต่อเพื่อติดตามข้อมูลได้ ผู้วิจัยจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างรายใหม่ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์เข้ามาทดแทน ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การดำเนินการทดลอง

1. **กลุ่มทดลอง** ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมสนับสนุนความรู้ โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ในสัปดาห์ที่ 1 และติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 จำนวน 2 ครั้ง โดยใช้เวลาครั้งละประมาณ 15 นาที ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน

1) ตรวจสอบและประเมินข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ และประเมินความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

2) ประเมินความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด และสรุปผลการประเมินแก่ผู้ป่วย เพื่อระบุความพร้อมในการดูแลตนเอง (self-care deficit) โดยผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้น้อยกว่า ร้อยละ 80 จะสอนและให้ความรู้ผู้ป่วยในเนื้อหาทั้งหมด หากคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 จะสอนและให้ความรู้ผู้ป่วยในเนื้อหาที่บกพร่อง

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัย ประมวลผลข้อมูล และวินิจฉัยปัญหา พฤติกรรมการรับประทานอาหารแต่ละด้าน ได้แก่ การเลือกรับประทานอาหาร การเลือกซื้ออาหาร การเก็บอาหาร การรักษาความสะอาด การเตรียมอาหาร การอุ่นอาหาร และการรับประทานอาหารนอกบ้าน ถ้าพบด้านใดบกพร่อง จึงวางแผนและปฏิบัติต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผน ด้วยการใช้วิธีการสนับสนุนให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร ภายใต้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative nursing system) ประกอบด้วย

1) การชี้แนะ ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายและวางแผนการดูแลตนเอง ให้ทางเลือกเพื่อนำไปสู่การคิดและตัดสินใจในการปรับการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองหรือสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลตนเองภายใต้คำแนะนำของพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

2) การสอน โดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ทั้งการเลือกรับประทานอาหาร การเลือกซื้ออาหาร การเก็บอาหาร การรักษาความสะอาด การเตรียมอาหาร การอุ่นอาหาร และการรับประทานอาหารนอกบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และนำความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารไปใช้ เกิดทักษะที่จะแก้ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารได้อย่างเหมาะสม

3) การสนับสนุน ให้ความช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยมีการมอบคู่มือการดูแลตนเอง และสื่อความรู้ QR code เกี่ยวกับการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยมะเร็งโลหิตที่ได้รับยาเคมีบำบัด อีกทั้งมีการสนับสนุนและส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้ป่วยคงความพยายามในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

4) การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ที่เอื้อต่อการเรียนรู้และการดูแลตนเอง โดยดำเนินโปรแกรมเป็นรายบุคคล มีความเป็นส่วนตัว ณ ห้องให้ยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการรับประทานอาหารและก่อนสิ้นสุดกิจกรรม ผู้วิจัยสอบถามช่วงเวลาที่เหมาะสมในการติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อติดตามผลในสัปดาห์ถัดไป

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามและประเมินผล โดยมีการติดตามและประเมินผล ดังนี้

1) สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อประเมิน การนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริง ประเมินพฤติกรรมที่พบปัญหาที่ได้รับการระบุว่าเป็นปัญหาซ้ำ กระตุ้นเตือนเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ชื่นชมทุกครั้งเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ถูกต้อง และเสริมแรงด้วยการให้กำลังใจ

2) สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์ โดยการกล่าวทักทาย สร้างความคุ้นเคย ประเมินซ้ำพฤติกรรมการรับประทานอาหาร สอบถามถึงข้อสงสัย หรือปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างยังไม่เข้าใจ และเน้นย้ำการมาพบแพทย์ตามนัด

2. กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของคลินิกโลหิตวิทยา ประกอบด้วย การประเมินอาการ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้คำแนะนำทั่วไป ได้แก่ การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ จุดจ้ำ เลือดตามร่างกาย อ่อนเพลีย การดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและยาอย่างถูกต้องก่อนกลับบ้าน และการนัดหมายติดตามการรักษาตามปกติ โดยไม่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนความรู้ คู่มือการดูแลตนเอง สื่อวิดีโอทัศน์ตามรูปแบบของโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรม STATA version 18.0 ในการวิเคราะห์ข้อมูล กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ได้แก่ การแจกแจงแบบปกติของข้อมูลคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบว่า คะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยรวมระยะก่อนการทดลองมีการแจกแจงแบบปกติทั้งสองกลุ่ม (กลุ่มควบคุม $p = .313$, กลุ่มทดลอง $p = .110$) แต่ระยะหลังการทดลองมีการแจกแจงไม่ปกติทั้งสองกลุ่ม (กลุ่มควบคุม $p = .017$, กลุ่มทดลอง $p = .009$) ส่วนคะแนนพฤติกรรมรายด้านส่วนใหญ่มีการแจกแจงไม่ปกติเช่นกัน จึงเลือกใช้สถิติดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการหาค่าแจกแจงความถี่ ร้อยละ และใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ยกเว้นตัวแปรที่มี expected frequency น้อยกว่า 5 ใช้ Fisher's exact test แทน

2) เปรียบเทียบคะแนนรวมและคะแนนรายด้านของพฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม โดยคะแนนรวมใช้ Wilcoxon Signed-Rank test เนื่องจากคะแนนมีการแจกแจงไม่ปกติ และคะแนนรายด้านใช้ Wilcoxon Signed-Rank test

3) เปรียบเทียบคะแนนรวมและคะแนนรายด้านของพฤติกรรมการรับประทานอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน (กลุ่มควบคุม) 26 ราย และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนความรู้ (กลุ่มทดลอง) 26 ราย ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 45.8 ปี $\pm$ (S.D. = 12.4) และกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 46.7 ปี $\pm$ (S.D. = 9.7) มีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาของกลุ่มควบคุมจบปริญญาตรีขึ้นไปมากที่สุด ขณะที่กลุ่มทดลองจบมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่ได้รับยา และโรคร่วมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

2. คะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตซึ่งได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนความรู้

ผลการเปรียบเทียบคะแนนมาตรฐานพฤติกรรมการรับประทานอาหารรายด้านก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลอง พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมคะแนนมาตรฐานพฤติกรรมด้านการเลือกรับประทานอาหาร การเลือกซื้ออาหาร การเก็บอาหาร การรักษาความสะอาด การเตรียมอาหาร และการรับประทานอาหารนอกบ้านสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนคะแนนมาตรฐานพฤติกรรมด้านการอุ่นอาหารไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n = 52)

ข้อมูลส่วนบุคคล	รวม จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 26) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง (n = 26) จำนวน (ร้อยละ)	P-value
เพศ				.999 ^a
ชาย	24 (46.2)	12 (46.2)	12 (46.2)	
หญิง	28 (53.8)	14 (53.8)	14 (53.8)	
อายุ (ปี) Mean $\pm$ S.D.	46.3 $\pm$ 11.0	45.8 $\pm$ 12.4	46.7 $\pm$ 9.7	.757 ^b
สถานภาพ				.402 ^a
โสด/หม้าย	23 (44.2)	10 (38.5)	13 (50)	
สมรส	29 (55.8)	16 (61.5)	13 (50)	

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง
จำแนกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n = 52)

ข้อมูลส่วนบุคคล	รวม จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 26) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง (n = 26) จำนวน (ร้อยละ)	P-value
การศึกษา				.051 ^c
ประถมศึกษา	6 (11.5)	4 (15.4)	2 (7.7)	
มัธยมศึกษา/ปวช./ ปวส.	21 (40.4)	6 (23.1)	15 (57.7)	
ปริญญาตรี ขึ้นไป	25 (48.1)	16 (61.5)	9 (34.6)	
อาชีพ				.190 ^a
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	15 (28.9)	7 (26.9)	8 (30.8)	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	10 (19.2)	8 (30.8)	2 (7.7)	
พนักงานบริษัท	16 (30.8)	6 (23.1)	10 (38.5)	
ธุรกิจส่วนตัว	11 (21.2)	5 (19.2)	6 (23.1)	
จำนวนครั้งที่รับยา				.939 ^a
1	29 (55.8)	14 (53.9)	15 (57.7)	
2	11 (21.2)	6 (23.1)	5 (19.2)	
≥3	12 (23.1)	6 (23.1)	6 (23.1)	
โรคร่วม				.569 ^a
ไม่มี	32 (61.5)	15 (57.7)	17 (65.4)	
มี	20 (38.5)	11 (42.3)	9 (34.6)	

หมายเหตุ: ^a Chi-square test, ^b Independent t-test, ^c Fisher's exact test

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารรายด้าน ในการป้องกันการติดเชื้อของ
ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตซึ่งได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ก่อนและภายหลังการทดลองภายในกลุ่ม
ทดลอง และภายในกลุ่มควบคุม (n = 26 ต่อกลุ่ม)

พฤติกรรมการรับประทานอาหารรายด้าน	ระยะ	กลุ่มทดลอง (n = 26)			กลุ่มควบคุม (n = 26)		
		Median (IQR)	Z/t	p-value	Median (IQR)	Z/t	p-value ^a
การเลือกรับประทานอาหาร	ก่อนทดลอง	4 (2-5)	-4.098	<.001 ^a	4 (2-5)	-2.974	.002
	หลังทดลอง	5 (5-5)			5 (5-5)		
การเลือกซื้ออาหาร	ก่อนทดลอง	3 (2-3)	-2.994	.004 ^a	3 (3-3)	-1.082	.438
	หลังทดลอง	3 (3-3)			3 (3-3)		

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารรายด้าน ในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตซึ่งได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ก่อนและภายหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มควบคุม (n = 26 ต่อกลุ่ม)

พฤติกรรมการรับประทานอาหารรายด้าน	ระยะ	กลุ่มทดลอง (n = 26)			กลุ่มควบคุม (n = 26)		
		Median (IQR)	Z/t	p-value	Median (IQR)	Z/t	p-value ^a
การเก็บอาหาร	ก่อนทดลอง	1 (0-1)	-3.310	.001	1 (1-2)	-0.758	.448
	หลังทดลอง	2 (1-3)			1 (1-2)		
การรักษาความสะอาด	ก่อนทดลอง	1 (1-1)	-3.759	<.001 ^a	1 (1-2)	-1.769	.119
	หลังทดลอง	2 (1-2)			1.5 (1-2)		
การเตรียมอาหาร	ก่อนทดลอง	2 (1-2)	-2.994	.004 ^a	2 (1-2)	-1.897	.109
	หลังทดลอง	2 (2-2)			2 (2-2)		
การอุ่นอาหาร	ก่อนทดลอง	2 (1-2)	-1.626	.120 ^a	2 (1-2)	-2.182	.039
	หลังทดลอง	2 (2-2)			2 (2-2)		
การรับประทานอาหารนอกบ้าน	ก่อนทดลอง	2 (2-3)	-3.432	.001 ^a	3 (2-3)	-1.443	.234
	หลังทดลอง	3 (3-3)			3 (2-3)		

หมายเหตุ: ^a Wilcoxon Signed-Rank test

นำเสนอเป็น Median (IQR) เนื่องจากคะแนนรายด้านส่วนใหญ่มีการแจกแจงไม่ปกติจากการตรวจสอบด้วย Shapiro-Wilk test

3. คะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตซึ่งได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมสนับสนุนความรู้ ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตมีคะแนนมัธยฐาน พฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันการติดเชื้อโดยรวม เท่ากับ 19 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับดี สูงกว่า ก่อนการได้รับโปรแกรมที่มีคะแนนพฤติกรรม เท่ากับ 14 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานภายหลังการทดลองมีคะแนนมัธยฐานพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยรวม เท่ากับ 17 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับดี สูงกว่าก่อนการทดลองที่มีคะแนนมัธยฐานพฤติกรรม เท่ากับ 15 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากผลการศึกษา พบว่า “คะแนนมัธยฐาน พฤติกรรมหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ” ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตซึ่งได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนน พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	กลุ่มทดลอง (n = 26)		กลุ่มควบคุม (n = 26)		P-value ระหว่างกลุ่ม
	Median (IQR)	ระดับ	Median (IQR)	ระดับ	
ก่อนการทดลอง	14 (11-16)	ปานกลาง	15 (12-17)	ปานกลาง	.269 ^a
หลังการทดลอง	19 (17-20)	ดี	17 (16-18)	ดี	.003 ^a
P-value ภายในกลุ่ม (ก่อน-หลัง)	<.001 ^b		.002 ^b		

หมายเหตุ: ^a Mann-Whitney U test ^b Wilcoxon signed-rank test

ข้อมูลนำเสนอเป็น Median (IQR) เนื่องจากผลตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk test พบว่า คะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารมีการแจกแจงไม่ปกติทั้งสองกลุ่ม

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตซึ่งได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนความรู้

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนความรู้ กลุ่มทดลองมีคะแนนมัธยฐานพฤติกรรมการรับประทานอาหารสูงกว่าก่อนการทดลอง และผลการทดสอบ Wilcoxon พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) (ตารางที่ 3) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการรับประทานอาหารรายด้าน ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนมัธยฐานพฤติกรรมพฤติกรรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 6 ด้าน ได้แก่ การเลือกรับประทานอาหาร การเลือกซื้ออาหาร การเก็บอาหาร การรักษาความสะอาด การเตรียมอาหาร และการรับประทานอาหารนอกบ้าน ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงใน 6 ด้าน อาจเป็นผลจากเนื้อหาของโปรแกรมที่เน้นการหลีกเลี่ยงอาหารดิบ อาหารหมักดอง อาหารที่มีความเสี่ยงต่อการปนเปื้อน ตลอดจนหลักการเลือกซื้อ การเก็บรักษา การเตรียมอาหาร และการเลือกรับประทานอาหารนอกบ้าน ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้โดยตรง

จากผลดังกล่าว อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนความรู้ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม⁷ ร่วมกับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ซึ่งเน้นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ทั้งนี้โปรแกรมประกอบด้วย การประเมินความรู้และพฤติกรรมการรับประทานอาหารเดิมเป็นรายบุคคล การกำหนดประเด็นปัญหา การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมร่วมวางแผนการดูแลตนเองร่วมกับผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมของครอบครัว รวมทั้งมอบสื่อการเรียนรู้ ได้แก่ คู่มือการดูแลตนเองและสื่อผ่าน QR code ตลอดจนมีการติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 4 สัปดาห์

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเกิดจาก ceiling effect เนื่องจาก กลุ่มทดลองมีคะแนน ใกล้คะแนนสูงสุดของแบบสอบถามตั้งแต่ก่อน การทดลอง ทำให้ภายหลังได้รับโปรแกรมแล้วคะแนนไม่สามารถเพิ่มขึ้นได้มาก แม้กลุ่มทดลองจะมีการ เปลี่ยนแปลงจริงก็ตามกลุ่มทดลองมีคะแนน ใกล้คะแนนสูงสุดของแบบสอบถามตั้งแต่ก่อนการทดลอง และ การปฏิบัติที่เหมาะสมอยู่ก่อนแล้ว พิจารณาร่วมกับระดับคะแนนก่อนการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม ซึ่งอธิบายว่า การพยาบาลในระบบ สนับสนุนและให้ความรู้ช่วยให้บุคคลได้รับคำแนะนำ ความรู้ และการสนับสนุนที่จำเป็นต่อการดูแลตนเอง ส่งเสริมให้บุคคลสามารถตัดสินใจและปฏิบัติดูแลตนเองได้เหมาะสม⁷ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษา ของฤทัย เจียรนัยปริเปรม และคณะ⁹ ที่พบว่า โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ช่วยส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านโภชนาการ และการศึกษาของอณิรัตน์ วงศ์สวัสดิ์โสธ และคณะ¹³ ซึ่งพบว่า การประเมิน ความรู้เดิม การสอน การชี้แนะ การฝึกทักษะ และการติดตามอย่างต่อเนื่องมีส่วนช่วยส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านอาหาร ผลการศึกษาดังกล่าวสนับสนุนว่า การให้ความรู้ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ รายบุคคลร่วมกับการติดตามอย่างต่อเนื่อง อาจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ไปปรับใช้กับพฤติกรรม การรับประทานอาหารในชีวิตประจำวันได้

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมมารับประทานอาหารในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วย มะเร็งโลหิตซึ่งได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนความรู้ภายหลังการ ทดลองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนพฤติกรรมมารับประทานอาหารของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แต่ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนน มัธยฐานพฤติกรรมมารับประทานอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยใช้ สถิติ Mann-Whitney U test อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลวิจัยดังกล่าวอาจอธิบาย จากองค์ประกอบของโปรแกรมที่ให้ความสำคัญกับการประเมินปัญหา และความต้องการรายบุคคล การสอนและชี้แนะ การสนับสนุนต่อการเรียนรู้ การวางแผนการดูแลตนเอง ร่วมกับผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการติดตามอย่างต่อเนื่อง องค์ประกอบเหล่านี้สอดคล้องกับ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม ซึ่งมุ่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง⁷ จึงอาจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการเลือกและจัดการอาหารได้เหมาะสมมากขึ้น

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายด้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนมัธยฐานสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ใน 6 ด้าน ขณะที่กลุ่มควบคุมพบความแตกต่างในด้านการเลือกรับประทานอาหารและการรับประทานอาหารเท่านั้น ความแตกต่างดังกล่าวอาจเกี่ยวข้องกับความรู้และความเข้าใจของเนื้อหาในโปรแกรม รวมทั้ง การติดตามอย่างต่อเนื่องและการสนับสนุนให้ผู้ป่วยนำความรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริง ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับ การพยาบาลตามมาตรฐานของหน่วยงาน จึงอาจได้รับกิจกรรมที่มุ่งส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ในระดับแตกต่างจากกลุ่มทดลอง

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของลักณา กองเมือง และคณะ¹⁴ ประยุกต์ใช้โปรแกรมการ พยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่มีการประเมินความต้องการเป็นรายบุคคล ร่วมกับการให้ความรู้ การ สนับสนุน และการติดตามอย่างต่อเนื่อง มีส่วนช่วยส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. การศึกษาในโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว จึงอาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลการวิจัยไปยังผู้ป่วยมะเร็งโลหิตในบริบทหรือสถานพยาบาลอื่นที่มีลักษณะแตกต่างกัน
2. ระยะเวลาการติดตามผลสั้น โดยประเมินผลภายหลังการทดลองเพียง 4 สัปดาห์ จึงอาจยังไม่สามารถสะท้อนความคงอยู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเองในระยะยาวได้
3. การศึกษานี้ไม่ได้ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกโดยตรง เช่น การติดเชื้อ ซึ่งเป็นผลลัพธ์สำคัญในการสะท้อนประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยในเชิงผลลัพธ์ทางสุขภาพ
4. การประเมินพฤติกรรมใช้แบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งอาจเกิดอคติจากการตอบตามความคาดหวังทางสังคม (social desirability bias)
5. กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนค่อนข้างน้อย จึงอาจส่งผลต่อความสามารถในการอ้างอิงผลไปยังประชากรในวงกว้าง
6. โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไม่ได้ผ่านการทดลองใช้เบื้องต้นก่อนนำไปใช้จริง จึงอาจมีข้อจำกัดในการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของกิจกรรมและระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมในบริบทจริง

สรุป

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ภายใต้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีแนวโน้มในการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตซึ่งได้รับยาเคมีบำบัด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษานี้ประเมินผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นหลัก จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าวส่งผลให้อัตราการติดเชื้อลดลงโดยตรง ดังนั้น ควรมีการศึกษาต่อไปโดยประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น อัตราการติดเชื้อ ภาวะไข้หรือทรพีเนีย หรือระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล เพื่อยืนยันผลของโปรแกรมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

พยาบาลวิชาชีพและหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยมะเร็งโลหิตที่ได้รับยาเคมีบำบัด ควรทดสอบโปรแกรมสนับสนุนความรู้กับกลุ่มนำร่องก่อนนำไปใช้จริงเพื่อปรับให้มีความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลา

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากงบประมาณสภาการศึกษา และขอขอบพระคุณศูนย์พัฒนา
งานวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

เอกสารอ้างอิง

1. Lin M, Sun W, Huang X, Zhao X. Disease burden of hematological malignancies worldwide, in China and in the United States based on the GLOBOCAN 2022 and Global Burden of Disease 2021 data. *Chin Med J (Engl)* 2026;139(7):1042-53. doi: 10.1097/CM9.0000000000003969.
2. National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Hospital-based cancer registry 2023 [Internet]. Bangkok: National Cancer Institute; 2023 [cited 2026 Jan 20]. Available from: https://www.nci.go.th/files/cancer_stat/1771317685_file.pdf (in Thai)
3. Excellence Center for Comprehensive Cancer, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society. Tumor Registry Unit, editor. Annual report 2023, vol.XIII. Chulalongkorn University Press; 2025. (in Thai)
4. Yadegarynia D, Tarrand J, Raad I, Rolston K. Current spectrum of bacterial infections in patients with cancer. *Clin Infect Dis* 2003;37(8):1144-5. doi: 10.1086/378305.
5. Alvarez-Payares JC, Alvarez-Lopez S, Agámez-Gomez JE, Hernandez-Rodriguez JC, Ramírez-Roldán A, Molina-Prado AD, et al. Factors associated with complications in patients with hematological malignancies and febrile neutropenia: a cohort study. *Cureus* 2025;17(4):e81750. doi: 10.7759/cureus.81750.
6. MacPhail A, Dendle C, Slavin M, Weinkove R, Bailey M, Pilcher D, et al. Sepsis mortality among patients with haematological malignancy admitted to intensive care 2000-2022: a binational cohort study. *Crit Care* 2024;28(1):148. doi: 10.1186/s13054-024-04932-0.
7. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
8. Jeon OK, Lee YH, Kim MH. Knowledge of and compliance with neutropenic diet in patients with hematologic malignancy undergoing chemotherapy. *Asian Oncol Nurs* 2018;18(2):75-85. doi: 10.5388/aon.2018.18.2.75.
9. Jearranaipreprame R, Bannaasan B, Matchim Y. The effects of the supportive educative nursing system on self-care behaviors and risk for infection among hematological cancer patients receiving chemotherapy. *Journal of Health Sciences and Wellness* 2023;27(2):321-35. (in Thai)

10. Samouh Y, Benider A, Derfoufi S. Eating behavior among cancer patients: a cross-sectional study. *Nutr Clin Diet Hosp* 2020;40(1):82-8. doi: 10.12873/401samouh.
11. Juntawong J, Dula P, Kittisakmontri K, Watana-Amporn P. The effects of the program to promote disease-specific eating behavior towards knowledge and behavior of parents and children with cancer receiving chemotherapy. *Academic Journal of Community Public Health* 2025;11(3):23-37. (in Thai)
12. Thasirasawad P, Rongmuang D, Prakas N. The effects of a nutrition promotion program on clinical outcomes in cancer patients undergoing chemotherapy. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Helth* 2023;10(3):e262632. (in Thai)
13. Wongsawassot A, Temthup S, Ponmad S. Effects of the educative supportive nursing program on dietary self-care and serum albumin of patients with hepatocellular carcinoma. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice* 2021;8(2):72-86. (in Thai)
14. Gongmuang L, Bannaasan B, Kitsripisarn S. 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* 2022;23(1):361-70. (in Thai)
15. Srisanpang P. Application of Orem's self-care theory in the nursing process framework. *Rama Nurs J* 1999;5(2):147-56. (in Thai)
16. Khanthum N, Rudyung T, Jinagub J, Chaiwan S, Chumpon M. Promoting knowledge and dietary behaviors in patients with hematologic malignancies receiving chemotherapy. In: Saengsiri A, editor. *Clinical nursing practice guidelines*. vol. 6. Bangkok: Boonsiri Printing; 2022. p. 219-31. (in Thai)
17. National Cancer Institute. Common terminology criteria for adverse events (CTCAE), version 3.0 [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute; 2006 [cited 2026 Jan 20]. Available from: <https://dctd.cancer.gov/research/ctep-trials/for-sites/adverse-events/ctcae-v3.pdf>
18. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF. *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill; 1971.

19. Konkam B, Pinchaleaw D, Keskomon T. Effects of a participatory promotion program for early adolescents on sex education, life skills, and unplanned pregnancy preventing behaviors. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2021;8(1):196-210. (in Thai)
20. Acock AC. A gentle introduction to Stata. Rev 3rd ed. College Station (TX): Stata Press; 2012.