

การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการอาการเบื่ออาหารในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง*

วนิดา เข็มพิมาย พย.บ.** ลดาวัลย์ พันธุ์พานิชย์ ปส.ด.***

บทคัดย่อ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการอาการเบื่ออาหารในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง โดยนำเสนอกระบวนการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการเบื่ออาหารในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต การพัฒนาโปรแกรมประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ (1) การศึกษาทบทวนวรรณกรรม (2) การจัดทำโปรแกรมตามแนวคิดการจัดการอาการและการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และ (3) การตรวจสอบคุณภาพ ความเป็นไปได้และการยอมรับได้ของโปรแกรมฯ โดยทำการตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมฯ ด้วยการประเมินความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประเมินความเป็นไปได้และการยอมรับได้ของโปรแกรมฯ จากความคงอยู่ในโปรแกรมฯ (สัดส่วนของผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ จนเสร็จสิ้นต่อผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ทั้งหมด) และเปรียบเทียบผลลัพธ์ 5 ด้านของผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ จำนวน 29 คน ก่อนและหลังร่วมโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Pair t test และ Wilcoxon signed ranks test ผลการดำเนินการพบว่า ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมฯ และคู่มือการส่งเสริมการจัดการอาการเบื่ออาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง เท่ากับ 0.82 และ 0.75 ตามลำดับ อัตราคงอยู่ในโปรแกรมฯ เป็นร้อยละ 100 และผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีผลลัพธ์ดีขึ้น 4 ด้าน ได้แก่ ความรู้ในการจัดการต่ออาการเบื่ออาหาร ($Z=4.30, p<.001$) พฤติกรรมในการจัดการต่ออาการเบื่ออาหาร ($Z=4.62, p<.001$) แรงจูงใจในการจัดการต่ออาการเบื่ออาหาร ($Z=2.51, p<.001$) และความพึงพอใจในการรับประทานอาหาร ($t=7.75, p<.001$) ส่วนผลลัพธ์ด้านอาการเบื่ออาหารไม่ดีขึ้น ($Z=1.42, p=.157$) ซึ่งเมื่อไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตโรคไตเรื้อรังจะมีการดำเนินโรคและอาการของโรค (รวมทั้งอาการเบื่ออาหาร) เพิ่มขึ้นตามระยะเวลา จึงอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้โปรแกรมฯ ไม่สามารถช่วยลดอาการเบื่ออาหารได้

โปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพ เป็นไปได้และยอมรับได้โดยแม้จะไม่สามารถลดอาการเบื่ออาหารได้ แต่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการต่ออาการเบื่ออาหารที่เกิดขึ้นได้ทำให้มีความพึงพอใจในการรับประทานอาหารมากขึ้น จึงควรมีประยุกต์ใช้โปรแกรมฯ ในผู้สูงอายุที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน รวมทั้งควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมโดยปรับโปรแกรมฯ นี้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: การจัดการอาการ การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ผู้สูงอายุ โรคไตเรื้อรัง อาการเบื่ออาหาร

วันที่รับบทความ 15 สิงหาคม 2565 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 10 ตุลาคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 17 ตุลาคม 2565

*ได้รับทุนสนับสนุนการศึกษาวิจัยจากกลุ่มวิจัยป้องกันและชะลอโรคไตเรื้อรังในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (CKDNET)

**นักศึกษาลัทธิสุทธพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ

อีเมล ladpan@kku.ac.th

Development of anorexia management promoting program for older people with chronic kidney disease*

Wanida Khemphimai B.N.S.** Ladawan Panpanit Ph.D.***

Abstract

This article is part of a research study on effects of anorexia management promoting program in older people with chronic kidney disease (CKD). It presents process for development of an anorexia management promoting program in older people with CKD stage 4–5 receiving no renal replacement therapy (RRT). Program development consisted of three steps: Step 1: Literature review Step 2: Developing a program based on Symptom Management Model and Motivational Interviewing. Step 3: Assessment of program quality, feasibility, and acceptability. The program quality was assessed by verification of content validity index (CVI) by five experts. The feasibility and acceptability of the program were determined in terms of retention rate in the program (Proportion of participants who completed the program compared to those who recruited into the program); and comparing the five outcomes before and after participating in the program among 29 participants using pair t test and Wilcoxon signed ranks test. Findings revealed CVI of the program and that of the manual of anorexia management promotion for older people with CKD were 0.82 and 0.75, respectively. Retention rate in the program was 100%. Participants had improvement in four outcomes: anorexia management knowledge ($Z=4.30$, $p<.001$); anorexia management behaviors ($Z=4.62$, $p<.001$); motivation to anorexia management ($Z=2.51$, $p<.001$); and food satisfaction ($t=7.75$, $p<.001$). There was no change in anorexia symptom ($Z=1.42$, $p=.157$) where CKD would have more progression and symptoms (including anorexia) in older people receiving no RRT over the course of the program. Therefore, it might be a factor that affected program effectiveness in reducing anorexia.

The developed anorexia management promoting program in older people with CKD had sufficient quality, feasibility, and acceptability. Even though the program cannot reduce anorexia symptom, it helped older people manage their anorexia leading them to be more satisfied with their eating. Therefore, the program should be applied to older people in similar contexts. Further research should be carried out with program modification for more effectiveness.

keywords: symptom management; motivational interviewing; older people; chronic kidney disease; anorexia

Received 11 August 2022 Revised 10 October 2022 Accepted 17 October 2022

*Research funded by Chronic Kidney Disease Prevention in the Northeast of Thailand: CKDNET

**A student to the Master of Nursing Science in Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

***Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author, E-mail: ladpan@kku.ac.th

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาที่พบบ่อยทั่วโลกพบว่าอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น สัดส่วนของโรคที่เพิ่มขึ้นตามอายุนั้น พบได้ในลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหาไตเรื้อรังจึงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น^{1,2,3} จากอัตราส่วนจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นนั้นคาดว่าปัญหาในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเพิ่มและทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ⁴ สำหรับประเทศไทยจากรายงานผลรวมความชุกของโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วตามอายุที่มากขึ้นเช่นกัน^{5,6} ทำให้เห็นแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุเจ็บป่วยโรคไตเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น^{7,8,9} จากข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลพิมาย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับทุติยภูมิ ในปี พ.ศ 2560, 2561, และ 2562 มีจำนวน 456, 473, และ 501 ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ยังพบว่าผู้สูงอายุไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไตส่วนใหญ่ดูแลแบบประคับประคอง จำนวนร้อยละ 91.22, 95.77 และ 95.80 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน¹⁰

ผู้สูงอายุไตเรื้อรังมักเกิดปัญหาสุขภาพความไม่สุขสบายหลายอย่าง การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไตเรื้อรังที่รักษาแบบประคับประคองที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตมีจำนวนอาการตั้งแต่ 6-17 อาการ โดยอาการที่ พบบ่อย ได้แก่ ปวดข้อปวดกระดูก กระวนกระวาย เป็นตะคริว เกร็งตามกล้ามเนื้อไม่มีเรี่ยวแรง นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร รู้สึกเศร้าเสียใจ มีปัญหาความจำ ไม่มีสมาธิ¹¹ อาการเบื่ออาหารเป็นปัญหาที่พบในโรคไตเรื้อรัง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มีอาการเบื่ออาหารคิดเป็นร้อยละ 10.26 เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ใช่ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งพบเพียง ร้อยละ 1¹² และการศึกษาอาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการเบื่ออาหารมีสัดส่วนสูงถึง ร้อยละ 38.90 โดยมีผู้ที่ระบุว่ามีอาการเบื่ออาหารทุกวันสูงถึง ร้อยละ 8.80¹³ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่

รายงานว่าอาการเบื่ออาหารพบมากถึง ร้อยละ 64.2 ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4-5¹¹ และผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 มีภาวะเบื่ออาหารมากกว่าผู้ที่มีอัตราการรักษาของไตปกติถึง 4.46 เท่า¹⁴

การศึกษาในประเทศไทยในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 69.30 พบว่ามีอาการไม่พึงประสงค์ 28 รายการ และร้อยละ 26 มีอาการเบื่ออาหาร¹⁵ ผลกระทบของอาการเบื่ออาหารในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังมีหลายประการ ได้แก่ คุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ภาวะโภชนาการ การทำหน้าหน้าที่ของไต การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตลอดจนอัตราการตาย¹⁴⁻²⁰ พบว่าอาการเบื่ออาหารมีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยไตเรื้อรังที่เป็นผู้สูงอายุมากกว่าวัยอื่นและเพิ่มขึ้นตามระยะของไตเรื้อรัง ตั้งแต่ระยะที่ 2-5⁹ และภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่แย่ลง¹³

นอกจากผู้สูงอายุไตเรื้อรังมักจะมีอาการเบื่ออาหารจากภาวะของโรคแล้ว อาการเบื่ออาหารยังเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุจากการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุในระบบต่างๆ ได้แก่ ระบบประสาท (เช่น ความสามารถในการรับรู้ลดลง ความสามารถในการรับกลิ่นลดลง) ระบบทางเดินอาหาร (มีการเคลื่อนไหวลดลง ความยืดหยุ่นของกระเพาะอาหารลดลง รู้สึกอิ่มเร็วขึ้น การย่อยและการดูดซึมใช้เวลานานขึ้น ทำให้รู้สึกอิ่มหลังอาหารเป็นเวลานานขึ้น) การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน (เช่น ฮอร์โมนที่ทำให้ความหิวลดลงและกลไกการควบคุมความอิ่มเปลี่ยนแปลง) รวมทั้งปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (เช่น ความสามารถในการเคี้ยว การกลืนลดลง ปฏิกริยาจากยา ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว การรับรู้ที่เปลี่ยนแปลง การมีโรคร่วมหลายโรค ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ทักษะในการปรุงอาหารลดลง ความหลากหลายทางอาหารลดลง)²¹⁻²⁴

ผลการสำรวจทางคลินิกจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุไตเรื้อรังที่โรงพยาบาลพิมาย จำนวน 24 ราย ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2563 เกี่ยวกับอาการ

รบกวนที่พบบ่อยในแต่ละมิติ ได้แก่ ความถี่ ความรุนแรงและความทุกข์ทรมาน โดยใช้แบบประเมิน Memorial symptom assessment scale (MSAS)²⁵ ฉบับภาษาไทย²⁶ ซึ่งเป็นการสำรวจเบื้องต้นเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ดำเนินการโดยผู้วิจัย พบว่าปัญหาอาการรบกวนที่พบบ่อยที่สุดเรียงตามลำดับ คือ อาการอ่อนเพลีย ร้อยละ 41.66 เบื่ออาหาร ร้อยละ 25.00 เวียนศีรษะ ร้อยละ 12.50 ซาเจ็บแปลบปลายนิ้วมือนิ้วเท้า ร้อยละ 12.50 เป็นตะคริว ร้อยละ 8.30 ปวดหลัง ร้อยละ 4.20 และกล้ามเนื้อไม่มีแรง ร้อยละ 4.20 โดยผู้ที่มีอาการเบื่ออาหารทั้งหมดระบุว่าอาการเกิดขึ้นตลอดเวลา มีความรุนแรงระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก และรู้สึกทรมาน ทุกข์ใจหรือรบกวนพอควรถึงค่อนข้างมาก

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับส่งเสริมการจัดการอาการเบื่ออาหารในผู้สูงอายุไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต มีเพียงการศึกษาเชิงสำรวจเกี่ยวกับประสบการณ์อาการเบื่ออาหาร กลวิธีการจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่พอกเล็ดด้วยเครื่องไตเทียมตามการรับรู้ของผู้ป่วย ที่พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารลดลงจากเดิมและผู้ป่วยเลือกวิธีการจัดการกับอาการเบื่ออาหารเอง ซึ่งบางส่วนมีประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการเบื่ออาหารที่เกิดขึ้นได้²⁷ และการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ได้รับเคมีบำบัดซึ่งพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยคือการจัดการกับอาการเบื่ออาหารและความพึงพอใจในการรับประทานอาหาร²⁸ ซึ่งในระยะ 4-5 ของไตเรื้อรังเป็นระยะที่ผู้ป่วยในกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตมีอาการเบื่ออาหารมากที่สุด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการอาการเบื่ออาหารในผู้สูงอายุไตเรื้อรัง เพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ให้จัดการอาการได้อย่างเหมาะสมอันจะช่วยลดผลกระทบของอาการเบื่ออาหาร

คำถามการวิจัย

1. โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการอาการเบื่ออาหารในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตเป็นอย่างไร
2. คุณภาพ ความเป็นไปได้และการยอมรับได้ของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการอาการเบื่ออาหารในผู้สูงอายุไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการอาการเบื่ออาหารในผู้สูงอายุไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต
2. เพื่อศึกษาคุณภาพ ความเป็นไปได้และการยอมรับได้ของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการอาการเบื่ออาหารในผู้สูงอายุไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการอาการเบื่ออาหารในผู้สูงอายุไตเรื้อรังโดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการ (Symptom management model)²⁹ ร่วมกับกระบวนการการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational interviewing: MI)³⁰⁻³²

แนวคิดการจัดการอาการ (Symptom management model)²⁹ ประกอบด้วย 1) การประเมินประสบการณ์มีอาการ 2) กลวิธีการจัดการอาการ 3) ผลลัพธ์ของอาการ เป็นผลที่เกิดจากกลวิธีในการจัดการ อาการที่เกิดจากการดำเนินของโรคส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้อาการที่เกิดขึ้น จะแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการนั้น ๆ ซึ่งการจัดการอาการเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร มีการเปลี่ยนแปลงไปตามผลลัพธ์ที่เกิดกับบุคคลและขึ้นกับลักษณะของบุคคล ความเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อมของ

บุคคล ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดนี้มีมาประยุกต์ใช้ในส่วน
ของเนื้อหาให้ความรู้

กระบวนการการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ
ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (MI)³⁰⁻³² เป็น
รูปแบบการให้คำปรึกษา เป็นกระบวนการสนทนาเน้น
ความร่วมมือแบบเพื่อนร่วมทางในการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรม MI ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การพัฒนา
ความร่วมมือ (engaging) การตั้งเป้าหมาย (focusing)
การกระตุ้นเร้าการเปลี่ยนแปลง (evoking) และการ
วางแผนแก้ไขปัญา (planning) ซึ่งอาจไม่ต้องเรียง
ตามกระบวนการขึ้นอยู่กับประเมินความรุนแรงของ
ปัญหาหรือสถานการณ์ ผู้ให้คำปรึกษามีบทบาทชี้แนะ
สนับสนุนช่วยเหลือในการค้นหาปัญหาและแก้ไขความ
ลังเลของผู้ป่วย โดยใช้เทคนิคต่างๆ ในการกระตุ้นให้
ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจจากภายในที่จะแก้ไขปัญาและหา
ทางแก้ปัญานั้นด้วยตนเอง มีความตระหนักและคิด
จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ลดอุปสรรค
ปัญหาการขาดแรงจูงใจและความเบื่อหน่ายในการปรับ
เปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยเปลี่ยนจากพฤติกรรม
เดิมสู่พฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมกว่าได้อย่างยั่งยืน
ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิด MI นี้มาประยุกต์ใช้ในส่วน
ของกระบวนการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมในการ
ส่งเสริมการจัดการอาหาร ทั้งนี้ ผู้วิจัยหลักได้ผ่านการ
ฝึกอบรมเพื่อเป็นวิทยากรการสนทนาเพื่อสร้าง
แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับ
การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ (Noncommunicable
disease: NCD) ที่จัดโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวง
สาธารณสุข แล้วมีการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง
โดยทีมวิทยากรและทีมงาน MI ของโรงพยาบาล
ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา หลัง
รับนโยบายนำร่ององค์กรสร้างสุข

วิธีการศึกษา

การศึกษาที่ทดลองเรื่องผลของโปรแกรมการ
ส่งเสริมการจัดการอาหารเพื่ออาหารในผู้สูงอายุโรคไต
เรื้อรัง โดยนำเสนอการพัฒนาโปรแกรมฯ ซึ่งประกอบ

ด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การศึกษาทบทวนวรรณกรรม เอกสาร
ตำรางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาโปรแกรมการ
จัดการอาหารเพื่ออาหารในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังโดย
แผนการดำเนินกิจกรรมในส่วนเนื้อหาที่เป็นความรู้
ใช้แนวคิดการจัดการอาหารและประยุกต์ใช้แนวคิด
การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational
interviewing: MI) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ
ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตาม
โปรแกรมฯ^{15, 30-36}

2. การพัฒนาโปรแกรมฯ ตามกรอบแนวคิด
โดยมีกิจกรรม ดังนี้

- 2.1 จัดทำแผนการดำเนินกิจกรรม
โปรแกรมฯ ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรม หัวข้อ
กิจกรรม รูปแบบการเรียนรู้ และสื่อประกอบการสอน
เนื้อหาความรู้ ได้แก่ แผ่นพับ คู่มือ แผนการสอน
และ Power point presentation

- 2.2 จัดทำคู่มือการส่งเสริมการจัดการ
อาหารเพื่ออาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง โดยเนื้อหา
ประกอบด้วย ความรู้เรื่องไตเรื้อรังในผู้สูงอายุ อาการ
เพื่ออาหาร สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการผลกระทบ
และการจัดการอาหารโดยไม่ใช้ยา

- 2.3 ขั้นตอนในโปรแกรมฯ ประกอบด้วย
3 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนประเมินประสิทธิภาพการรับรู้
อาการเพื่ออาหารและความต้องการในการจัดการ
ขั้นตอนการพัฒนาทวิวิธีการจัดการอาหารเพื่ออาหาร
และขั้นตอนการประเมินผลการจัดการอาหาร

3. การตรวจสอบคุณภาพ ความเป็นไปได้
และการยอมรับได้ของโปรแกรมฯ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของ
โปรแกรมฯ ความตรงตามเนื้อหาเพื่อพิจารณาประเด็น
เนื้อหา รูปแบบกิจกรรมของโปรแกรมฯ และเครื่องมือ
ที่ใช้ว่ามีความเหมาะสม ครบถ้วน ถูกต้อง ความ
เหมาะสมของภาษา ความกระชับชัดเจนของข้อความ
ความสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรตามกรอบ
แนวคิดและทฤษฎีที่นำมาอ้างอิง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ

5 ท่าน นำผลการประเมินมาปรับปรุงพัฒนาโปรแกรมฯ ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้สูงอายุไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพิมาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการระหว่างเดือนกรกฎาคม-พฤศจิกายน 2564 จำนวน 29 คน โดยคัดเลือกเข้าศึกษาตามเกณฑ์คัดเลือกดังนี้ 1) อายุ 60 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต 3) รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา 4) มีประสบการณ์อาการเบื่ออาหารอย่างน้อย 1 ครั้ง ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา คัดกรองโดยใช้แบบประเมินอาการเบื่ออาหารในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง ที่เป็นมาตรวัดแบบตัวเลข (numeric rating scale) ตั้งแต่ 0-10 คะแนน โดย 0 คะแนน คือ ไม่มีอาการเบื่ออาหาร 10 คะแนน คือ มีอาการเบื่ออาหารมากที่สุด โดยคัดเลือกเข้าศึกษาเมื่อมีคะแนนเบื่ออาหารตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป 5) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถเข้าใจและสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่นได้ 6) ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า โดยวัดจากการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) โดยคัดเลือกเข้าศึกษาเมื่อตอบว่า 'ไม่มี' ทั้งสองข้อ หากตอบว่า 'มี' ข้อใดข้อหนึ่ง ผู้วิจัยทำการประเมินต่อด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)³⁷ โดยคัดเลือกเข้าศึกษาเมื่อมีคะแนนรวมน้อยกว่า 7 คะแนน 7) มีการรู้คิดปกติโดยประเมินด้วยแบบทดสอบสภาพสมอง (Abbreviated mental test: AMT)³⁹ โดยคัดเลือกเข้าศึกษาเมื่อตอบถูกมากกว่า 7 ข้อขึ้นไป 8) ไม่มีปัญหาการมองเห็นหรือการได้ยิน 9) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย 10) ไม่มีการใช้ยากลุ่มกระตุ้นความอยากอาหารในปัจจุบัน

เครื่องมือวิจัย เครื่องมือเป็นรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็น

เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 20 ข้อ เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา การประกอบอาชีพ รายได้

2. แบบสัมภาษณ์ความรู้ในการจัดการต่ออาการเบื่ออาหาร เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 36 ข้อ คะแนน 0-36 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง ความรู้ในการจัดการต่ออาการเบื่ออาหารในระดับสูง คะแนนต่ำ หมายถึง ความรู้ในการจัดการต่ออาการเบื่ออาหารในระดับต่ำ

3. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมในการจัดการต่ออาการเบื่ออาหาร เป็นเครื่องมือผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 36 ข้อ คะแนน 0-36 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง พฤติกรรมในการจัดการต่ออาการเบื่ออาหารดีในระดับสูง คะแนนต่ำ หมายถึง พฤติกรรมในการจัดการต่ออาการเบื่ออาหารดีในระดับต่ำ

4. แบบประเมินแรงจูงใจในการจัดการต่ออาการเบื่ออาหาร เป็นมาตรวัดแบบตัวเลข 0-10 (0-10 คะแนน) แปลความหมายคือ 0 คะแนน=ไม่มีแรงจูงใจในการจัดการต่ออาการเบื่ออาหารเลย 10 คะแนน=มีแรงจูงใจในการจัดการต่ออาการเบื่ออาหารมากที่สุด

5. แบบประเมินอาการเบื่ออาหารในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับระดับความรู้สึกระหว่างเบื่ออาหาร โดยมีตัวเลข 0-10 (0-10 คะแนน) เป็นส่วนหนึ่งของ Edmonton symptom assessment system (ESAS) ฉบับภาษาไทย⁴⁰ ข้อเบื่ออาหาร แปลความหมาย คือ 0 คะแนน=ไม่มีอาการเบื่ออาหาร 10 คะแนน=มีอาการเบื่ออาหาร มากที่สุด

6. แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกพึงพอใจในการรับประทานอาหาร เป็นแบบประเมินที่เป็นส่วนความกังวลเพิ่มเติม (additional concerns) ของแบบประเมินการทำหน้าที่จากการรักษาอาการเบื่ออาหาร (Functional assessment of anorexia/Cachexia treatment (FAACT) ของ The functional assessment

of chronic illness therapy (FACIT) organization⁴¹ ประกอบด้วยข้อคำถามแบบ 5 point Likert-type scale ในองค์ประกอบ 5 ส่วน ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกาย (physical well-being) ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว (social/family well-being) ความผาสุกด้านอารมณ์จิตใจ (emotional well-being) ความผาสุก

ด้านการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ (functional well-being) และส่วนเพิ่มเติม (additional concerns)⁴¹⁻⁴² ซึ่งด้านที่ 5 ส่วนเพิ่มเติม (additional concerns) แปลเป็นไทย โดย Lonil²⁸ มีข้อคำถาม 12 ข้อ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกพึงพอใจในการรับประทานอาหารด้านที่ 5 ส่วนเพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) จากสูตร³⁷

$$(\text{Content validity index: CVI}) = \frac{\text{จำนวนหัวข้อที่ได้คะแนน 3 และ 4 จากผู้เชี่ยวชาญทุกคน}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

2. ประเมินการยอมรับได้ของโปรแกรมด้วยการคำนวณหาอัตราการคงอยู่ในโปรแกรม (retention rate) ซึ่งคำนวณจากสูตร ดังนี้

$$\text{retention rate} = \frac{\text{จำนวนผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมฯ จนเสร็จสมบูรณ์}}{\text{จำนวนผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมฯ ทั้งหมด}} \times 100$$

3. ประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรมฯ โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ 5 ด้านของผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ก่อนและหลังร่วมโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ pair t test สำหรับข้อมูลที่มีการกระจายแบบปกติ (normal distribution) และ Wilcoxon signed ranks test สำหรับข้อมูลที่มีการกระจายไม่เป็นแบบปกติ

ผลการศึกษา

การนำเสนอผลการศึกษาในบทความนี้ผู้วิจัยนำเสนอผลการพัฒนาโปรแกรมฯ ได้แก่ รายละเอียดโปรแกรมฯ รวมทั้งการตรวจสอบคุณภาพ ความเป็นไปได้และการยอมรับได้ของโปรแกรมฯ ดังนี้

1. โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการอาการเบื่ออาหารในผู้สูงอายุไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ประกอบด้วย กิจกรรม 5 ครั้ง ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการอาการเบื่ออาหารในผู้สูงอายุไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	หัวข้อกิจกรรม	รูปแบบการเรียนรู้
ครั้งที่ 1/ wk 1 ประเมิน ประสบ-การณ์ การรับ รู้อาการเบื่ออาหารและ ความต้องการการจัดการ อาการ ครั้งที่ 2/ wk 2 การประเมินผลการจัดการ อาการ	- แนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพ - ให้ออกเล่าประสบการณ์อาการเบื่ออาหารตามการรับรู้ การมีอาการ ความรุนแรง และ การจัดการอาการที่ผ่านมา ในมุมมองของผู้สูงอายุ - ประเมินปัญหาและความต้องการในการจัดการอาการเบื่ออาหาร - ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์จากกระบวนการตามโปรแกรมการจัดการอาการ - ให้ผู้สูงอายุประเมินประสบการณ์อาการเบื่ออาหารที่ผ่านมาส่งผลต่อตัวเองอย่างไร หลังการสนทนาและปรับพฤติกรรมตนเองตามบริบทของแต่ละคน มีความแตกต่างจากเดิมหรือไม่อย่างไร - วิเคราะห์ประโยชน์ ปัญหา และอุปสรรค - ประเมินผลความสามารถในการจัดการอาการเบื่ออาหารในบริบทของตนเอง	- กิจกรรมกลุ่ม 1-2 คน ระยะเวลา 30-45 นาที โดยผู้วิจัยใช้หลักการสนทนาแบบการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing: MI)^{32,33} - โทรศัพท์ติดตามรายบุคคล ระยะเวลา 5-10 นาที - สอบถามอาการ ปัญหาอุปสรรค - ให้คำแนะนำ เพื่อส่งเสริมการจัดการอาการเบื่ออาหาร - นัดหมายติดตาม ครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 5 (วันที่นัดพบแพทย์)
ครั้งที่ 3/ wk 5 การพัฒนา กลวิธีการจัดการอาการ เบื่ออาหาร	- ให้ความรู้ โรคไต การรับประทานยา เมื่อไตเสื่อม อาการเบื่ออาหารและการจัดการอาการ ความหมายสาเหตุ/ปัจจัย ผลกระทบ การจัดการอาการเบื่ออาหารโดยไม่ใช้ยา - เปิดโอกาสให้สนทนา พูดคุย แนะนำแนวทางตามบริบทตนเองที่จะจัดการอาการเบื่ออาหาร พร้อมกับเลือกกิจกรรมที่ต้องนำไปปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ - ผู้วิจัยสรุปขั้นตอนกระตุ้นให้นำไปปฏิบัติทุกวัน อย่างน้อย 1 สัปดาห์	- กิจกรรมกลุ่ม 1-2 คน ระยะเวลา 30-45 นาที ให้ความรู้ตามคู่มือใช้กระบวนการพูดคุยสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีสื่อ ดังนี้ 1) แผ่นพับความรู้เรื่องโรคไต 2) คู่มือกินอย่างไรเมื่อไตเสื่อม 3) คู่มือการจัดการอาการเบื่ออาหารสำหรับผู้สูงอายุไตเรื้อรัง 4) แผนการสอน/ สไลด์ - เช่นเดียวกับครั้งที่ 2 ระยะเวลา 30-45 นาที นัดหมายติดตาม ครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 9 (วันที่นัดพบแพทย์)
ครั้งที่ 4/ wk 7 การประเมินผลการจัดการ อาการ	- เช่นเดียวกับครั้งที่ 2	

ตารางที่ 1 การดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการอาการเบื่ออาหารในผู้สูงอายุไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (ต่อ)

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	หัวข้อกิจกรรม	รูปแบบการเรียนรู้
ครั้งที่ 5 /wk 9 สะท้อนผล การเรียนรู้	- สะท้อนผลการเรียนรู้ - รวบรวมข้อมูลหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	- สะท้อนผลการเรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ เวลา 30-45 นาที - เก็บรวบรวมข้อมูลหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (ความรู้ พฤติกรรม แรงจูงใจในการจัดการต่ออาการเบื่ออาหาร อาการเบื่ออาหาร และความรู้สึกพึงพอใจในการรับประทานอาหาร

2. การตรวจสอบคุณภาพ ความเป็นไปได้และการยอมรับได้ของโปรแกรมฯ

2.1 คุณภาพของโปรแกรมฯ

การประเมินคุณภาพด้วยการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พบว่า ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการอาการเบื่ออาหาร ในผู้สูงอายุไตเรื้อรังและคู่มือการส่งเสริมการจัดการอาการเบื่ออาหารสำหรับผู้สูงอายุไตเรื้อรัง เท่ากับ 0.82 และ 0.75 ตามลำดับ

2.2 การยอมรับได้และความเป็นไปได้ของโปรแกรมฯ

การประเมินการยอมรับได้ของโปรแกรมฯ พบว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ทั้งหมด 29 คน มีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมของโปรแกรมฯ จนเสร็จสิ้น ความคงอยู่ในโปรแกรมฯ (retention rate) จึงเป็น ร้อยละ 100

การประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรมฯ พบว่าผลลัพธ์ของโปรแกรมฯ ดีขึ้น 4 ด้าน ได้แก่ ความรู้ในการจัดการต่ออาการเบื่ออาหาร พฤติกรรมในการจัดการต่ออาการเบื่ออาหาร แรงจูงใจในการจัดการต่ออาการเบื่ออาหาร ส่วนผลลัพธ์ด้านอาการเบื่ออาหาร ไม่ดีขึ้น (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ พฤติกรรม แรงจูงใจ ระดับอาการเบื่ออาหาร ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test

	จำนวน (n)	Mean Ranks	Sum of ranks	Z	p-value
คะแนนความรู้ในการจัดการต่ออาการเบื่ออาหาร					
Negative Ranks	3	3.33	10.00		
Positive Ranks	24	15.33	368.00	-4.303	<.001
Ties	1				

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ พฤติกรรม แรงจูงใจ ระดับอาการเบื่ออาหาร ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test (ต่อ)

	จำนวน (n)	Mean Ranks	Sum of ranks	Z	p-value
คะแนนพฤติกรรมในการจัดการต่ออาการเบื่ออาหาร					
Negative Ranks	0	.00	.00	-4.624	<.001
Positive Ranks	28	14.50	406.00		
Ties	0				
คะแนนแรงจูงใจในการจัดการอาการเบื่ออาหาร					
Negative Ranks	2	8.50	17.00	-2.514	.012
Positive Ranks	13	7.92	103.00		
Ties	13				
คะแนนระดับอาการเบื่ออาหาร					
Negative Ranks	15	9.40	141.00	-1.415	.157
Positive Ranks	5	13.80	69.00		
Ties	8				

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจในการรับประทานอาหาร ก่อนและหลังการทดลอง

	n	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{d}$ (S.D.)	95 % CI of $\bar{d}$	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	28	21.60	4.06	-14.03	-17.75 to	-7.75	27	<.001
หลังการทดลอง	28	35.64	9.39	(9.59)	-10.32			

$\bar{X}$ =mean; S.D.=standard deviation; $\bar{d}$ =mean difference; CI=confident interval

การอภิปรายผล

โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการอาการเบื่ออาหารในผู้สูงอายุไตเรื้อรังที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 5 เป็นการดำเนินกิจกรรมที่โรงพยาบาลระหว่างการรอตรวจตามแพทย์นัด ใช้เวลาครั้งละ 30-45 นาที ส่วนครั้งที่ 2 และครั้งที่ 4 เป็นการโทรศัพท์ติดตาม ใช้เวลาครั้งละ

5-10 นาทีโดยผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรมฯ แบบมีส่วนร่วม (active participation) ผลการตรวจสอบคุณภาพความเป็นไปได้และการยอมรับได้ของโปรแกรมฯ อยู่ในเกณฑ์ที่ดี

ผู้สูงอายุมีความรู้ในการจัดการต่ออาการเบื่ออาหารดีขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาและ

การให้ความรู้ตามหลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไตช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคไตเรื้อรังสูงขึ้น¹⁵ และการศึกษา ที่พบว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงช่วยให้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไตมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังสูงขึ้นหลังการสอนทันที และในเดือนที่ 6⁴³ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นช่วยให้กลุ่มทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น⁴⁵

ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจในการจัดการต่ออาการเบื่ออาหารดีขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าภายหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นมีแรงจูงใจในการรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม⁴⁵

ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการจัดการต่ออาการเบื่ออาหารดีขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาและการให้ความรู้ตามหลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไตช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้น¹⁵ และการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไตมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นในเดือนที่ 3 และ 6 หลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง⁴³ สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้นหลังได้รับการให้คำปรึกษาโดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ⁴⁴ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นช่วยให้กลุ่มทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทาน

ยามากวก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง 4 สัปดาห์⁴⁵

ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการรับประทานอาหารดีขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาผลของโปรแกรมที่จัดให้ผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังและวัดความพึงพอใจในการรับประทานอาหาร ผู้วิจัยจึงไม่สามารถเปรียบเทียบผลวิจัยนี้กับการศึกษาอื่น มีการศึกษาเชิงบรรยายเรื่องอิทธิพลของอาการเบื่ออาหารและการจัดการกับอาการเบื่ออาหารของผู้ป่วยและญาติต่อภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าการจัดการกับอาการเบื่ออาหารโดยญาติและความพึงพอใจในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยมีอำนาจในการทำนาย ร้อยละ 40.40²⁸

ผู้สูงอายุมีอาการเบื่ออาหารในผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าโปรแกรมที่คล้ายคลึงกันส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไตมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น เช่น โปรแกรมการให้คำปรึกษาและการให้ความรู้ ตามหลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไตช่วยให้มีการเพิ่มขึ้นของระดับไบคาลบเนตในเลือด และมีการลดลงของระดับความดันซิสโตลิก ความดันไดแอสโตลิก ระดับโปแตสเซียม ฟอสเฟต กรดยูริก ระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำตาลสะสม¹⁵ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงมีแนวโน้มชะลอการเสื่อมของไตได้ โดยในเดือนที่ 6 หลังเข้าร่วมโปรแกรมจำนวนผู้ที่มีอัตราการกรองของไต ระดับความดันโลหิตและค่าน้ำตาลสะสมในเลือดอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานมีจำนวนเพิ่มขึ้น⁴³ การให้คำปรึกษาโดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจช่วยให้มีผลลัพธ์ทางคลินิก (น้ำหนักตัว ค่าน้ำตาลหลังอดอาหารในเลือด ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม ค่าอัตราการกรองของไต)

ดีขึ้น⁴⁴ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการดำเนินของโรคไตเรื้อรังที่พบว่าจะมีค่าของเสียในร่างกายคั่งมากขึ้นเมื่อไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต^{14,46} อาการภาวะของเสียคั่ง (uremia) ประการหนึ่งคืออาการเบื่ออาหาร⁴⁷ อย่างไรก็ตามพบว่าผู้สูงอายุมีความรู้ พฤติกรรมแรงจูงใจในการจัดการต่ออาการเบื่ออาหารและความพึงพอใจในการรับประทานอาหารดีขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ จึงบรรลุวัตถุประสงค์หลักของโปรแกรมฯ นี้ ในส่งเสริมการจัดการอาหารในผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

โปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมการจัดการอาหารในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จึงควรมีการประยุกต์ใช้ในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ หรือผู้สูงอายุกลุ่มโรคอื่นๆ ที่มีอาการเบื่ออาหารและมีบริบทคล้ายคลึงกัน เพื่อให้สามารถจัดการต่ออาการเบื่ออาหารได้อย่างเหมาะสม ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมโดยปรับโปรแกรมฯ นี้ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

References

1. Bikbov B, Purcell C, Levey A, Smith M, Abdoli A, Abebe M, et al. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: A systematic analysis for the global burden of disease study 2017. *Lancet* 2020;395(1025):709–33. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30045-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30045-3)
2. Tonelli M, Riella M. Chronic kidney disease and the aging population. *Indian J Nephrol* 2014;24(2):71–4.
3. Amaral TLM, Amaral CDA, Vasconcellos MTL de, Monteiro GTR. Prevalence and factors associated to chronic kidney disease in older adults. *Rev Saude Publica* 2019;53:44.
4. Murtagh FEM, Murphy E, Sheerin NS. Illness trajectories: An important concept in the management of kidney failure. *Nephrol Dial Transplant* 2008;23(1):3746–8.
5. Chronic kidney disease society of Thailand. Recommendation for the care of patients with kidney disease. Chronic pre-renal replacement therapy 2015. Bangkok: Takeda; 2015. (in Thai)
6. Ong-Ajyooth L, Vareesangthip K, Khonputsa P, Aekplakorn W. Prevalence of chronic kidney disease in Thai adults: A national health survey. *BMC Nephrol* 2009; 10(35):1–6. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2369-10-35>
7. Ingsathit A, Thakkestian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K, et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrol dial transplant* 2010;25(5):1567–75.
8. Thanakijcharu P, Bunnage S, Pichaiwong W. Chronic kidney disease: CKD. Thai Traditional Medicine. 2011–2014 [Internet]. [cited 2021 Sep 4th]. (in Thai)
9. Oluseyi A, Enajite O. Malnutrition in pre-dialysis chronic kidney disease patients in a teaching hospital in Southern Nigeria *Afr Health Sci* 2016;16(1):234–41.
10. Chronic kidney disease clinic. Chronic kidney disease statistics. Phimai Hospital; 2019 (in Thai)
11. Senanayake S, Gunawardena N, Paliawadana P, Bandara P, Haniffa R, Karunaratna R, et al. Symptom burden in chronic kidney disease: A population based cross sectional study. *BMC*

- Nephrol 2017;8(1):220-8.
12. Arffin NFM, Naing L, Pisharam J, Khalil MAM, Tamin N, Chong VH, et al. Appetite and gastrointestinal symptoms in end stage renal disease patients. Clin Exp Nephrol 2016;1(2): 1-6. doi:10.21767/2472-5056.100006
13. Brown SA, Tyrer FC, Clarke AL, Lloyd-Davies LH, Stein AG, Tarrant C, et al. Symptom burden in patients with chronic kidney disease not requiring renal replacement therapy. Clin Kidney J 2017;10(6):788-96.
14. Ayestaran FW, Schneider MF, Kaskel FJ, Srivaths PR, Seo-Mayer PW, Moxey-Mims M, et al. Perceived appetite and clinical outcomes in children with chronic kidney disease. Pediatr Nephrol 2016; 31(7): 1121-7.
15. Tiansarnd J, Kanogsunthornrat N, Kitiyakara C. Effects of counseling and educational program based on motivational interviewing on health behaviors and clinical outcomes in patient with pre-dialysis chronic kidney disease. TJNMP 2018;5(2):19-38. (in Thai)
16. Kemathon K, Panphae K. Factors influencing quality of life in pre-replacement chronic kidney disease patients can be found in a nephrology clinic Damnoen Saduak Hospital. HHSK 2018;3(2):28-37. (in Thai)
17. Thaiwong A, Kanoksunthornrut N, Chiwibultham S. The relationship between adverse reactions and quality of life in patients with chronic kidney disease. Journal of nursing and Health Care 2017;35(3):120-8. (in Thai)
18. Lorembor FM. Malnutrition in chronic kidney disease. Frontiers in pediatrics [internet]. 2018. [cited Jan 2020];161. Available from: <http://doi/10.3389/fped.2018.00161>.
19. Grove BE, Schougaard LM, Hjollund NH, Ivarsen P. Self-rated health, quality of life and appetite as predictors of initiation of dialysis and mortality in patients with chronic kidney disease stages 4-5: A prospective cohort study. BMC Res Notes 2018, 11(1):371. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3472-9>.
20. Pittayanuman S. A comparative study of symptom clusters in patients with end stage renal disease in southern region, Thailand [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2004.
21. Cox NJ, Morrison L, Ibrahim K, Robinson SM, Sayer AA, Roberts HC. New horizons in appetite and the anorexia of ageing. Age Ageing 2020;49(4):526-34.
22. Miller CA, Digestion and nutrition. In: Miller C.A., editor. Nursing for wellness in older adults. Lippincott Williams & Wilkins; 2019. p.363-91.
23. Landi F, Calvani R, Tosato M, Martone AM, Ortolani E, Saveria G, et al. Anorexia of aging: Risk factors, consequences, and potential treatments. Nutrients 2016;8(2):60-9.
24. Limpawattana P. Malnutrition in the elderly. In: Limpawattana P, editor, Geriatric syndrome and interesting health. Khon Kaen: Klung Na Na Witthaya; 2017, p.151-64. (in Thai)
25. Chang VT, Hwang SS, Feuerman M, Kasimis BS, Thaler HT. The memorial symptom assessment scale short form (MSAS-SF). Cancer 2000;89(5):1162-71.
26. Lertpanit P, Namvongprom A, Pakdeewong N. Symptom experiences and quality of life of patients with advanced cancer receiving

- chemotherapy. Association of Private Higher Education Institutions of Thailand Journal 2017;6(1):45-55. (in Thai)
27. Panpae K, Sriyuktasuth A, Chawanasuntorapoj R. Anorexia experience, management strategies, and functional status in chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis. Nurs Sci J Thai 2011;29(2):59-66. (in Thai)
 28. Lonil A. Effects of anorexia and anorexia management of patients and families on nutritional status in colorectal cancer patients receiving chemotherapy [Thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2004.
 29. Dodd M, Janson S, Facione B N, Faucet J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. J Adv Nurs 2017;33(5):668-76.
 30. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Helping people change. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2013.
 31. Dechkong T. Motivational interviewing for NCDs; MI NCDs with motivation to change health behavior. Bangkok: Beyond publishing; 2017. (in Thai)
 32. Prayai N, Kramanon S, Koomsiri P. Motivational Interviewing (MI): Review article. TH J CLI PSY. 2021;52:62-74. (in Thai)
 33. Hettem J, Steele J, Miller, WR. Motivational interviewing. Annu Rev Clin Psychol 2005; 1(1):91-111.
 34. Arunsangsod K, Maneesrivongkul W, Phanpakdee A. Effects of a short-term motivation-enhancing interview program on knowledge, motivation, and continuity in drug taking of drug users. Patients with high blood pressure. Journal of Public Health Nursing 2016;28(3):129-44. (in Thai)
 35. Singprasert R, Soonthornrat K, Chailimpamontri W. Effect of behavior modification program led by advanced practice nurse on clinical outcomes in patients with pre-dialysis chronic kidney disease. TJNMP 2018;5(1):57-74. (in Thai)
 36. García-Llana H, Remor E, del Peso G, Celadilla O, Selgas R. Motivational interviewing promotes adherence and improves wellbeing in pre-dialysis patients with advanced chronic kidney disease. J Clin Psychol Med Settings 2014;21(1): 103-15.
 37. Chanaboon S. Basic research statistics. Khon Kaen: Khon Kaen Provincial Public Health Office; 2018. (in Thai)
 38. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidelines for surveillance of depression at the provincial level [Internet]. 2014 [cited 2020 Sep 11th]. (in Thai)
 39. Department of Medical Services Ministry of Public Health Thailand. Geriatric screening and assessment tool kit. Bangkok: WVO Officer of Printing Mill; 2015. (in Thai)
 40. Chinda M, Jaturapatporn D, Kirshen J, Udomsubpayakul U. Reliability and validity of a Thai version of the edmonton symptom assessment scale. J Pain Symptom Manag 2011;42(6):954-60.
 41. The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) Organization. Functional assessment of anorexia/cachexia treatment (FAACT). [Retrieved 2020 October 10]. Available from: <https://www.facit.org/measures/FAACT>.

42. Sirilertrakul S, Jirajarus M, Ratanatharathorn V, Hanucharoenkul S, Sirachainan E, Nilchaikovit T. The reliability item-total correlation and discrimination of the functional assessment of cancer therapy (FACT) scale in breast cancer patients, colorectal cancer patients and lung cancer patients in Thai version. *Thai J Nurs Res* 2000;4(1):61-77. (in Thai)
43. Singprasert R, Kanogsunthornrat N, Chailimpamontri W. Effect of behavior modification program led by advanced practice nurse on clinical outcomes in patients with pre-dialysis chronic kidney disease. *TJNMP* 2018;5(1):57-74. (in Thai)
44. Sanitchone A. Effect of motivation interviewing consulting on changing food consumption behavior of chronic kidney disease patients. *J Nutr Assoc Thailand* 2019; 54(1):55-68. (in Thai)
45. Arunsangsod K, Maneesriwongkul W, Panpakdee O. Effects of brief motivational interviewing on knowledge, motivation and medication adherence among patients with hypertension. *Journal of Public Health Nursing* 2014;28(3):129-44. (in Thai)
46. The Nephrology Society of Thailand. Clinical practice recommendation for comprehensive conservative care in chronic kidney disease 2017. Bangkok: Text and Journal Publication; 2017 (in Thai)
47. Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health Thailand. Nutritional therapy for chronic kidney disease. Nonthaburi: Department of Thai Traditional and Alternative Medicine Ministry of Public Health Thailand; 2020. (in Thai)