

ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อและอุบัติการณ์การติดเชื้อ ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

รัชนิกร ไช่หิน*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อและอุบัติการณ์ติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง 66 คน เป็นกลุ่มทดลอง 33 คน ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบบสัน กลุ่มควบคุม 33 คน ได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือวิจัยได้แก่แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจ แบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อฯ ค่าความตรงเชิงเนื้อหา .97 ค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .83 และแบบเฝ้าระวังการติดเชื้อฯ ตรวจสอบความตรงกันของการวินิจฉัยการติดเชื้อได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์ และค่าที

ผลการวิจัย: หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อฯ มากกว่าก่อน ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .000$) และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .000$) และพบการติดเชื้อในกลุ่มควบคุม 2 ครั้ง อัตราการติดเชื้อ 0.18 ครั้ง/ราย/ปี

สรุปและข้อเสนอแนะ: การเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อที่ถูกต้องมากขึ้น ส่งผลให้อุบัติการณ์การติดเชื้อลดลง จึงควรนำการเสริมสร้างพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดทักษะในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ, การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง



Effects of Empowerment on Infection Prevention Practices and Incidence of Infections among Patients with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

Ratchaneekorn Kaihin*

Abstract

Purpose : This study aimed to investigate the impact of empowerment on infection prevention practices and infection rates among patients undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD).

Design : The is a quasi-experimental research with a two-group pretest-posttest design.

Method: The sample consisted of 66 CAPD patients, divided equally into an experimental group and a control group through simple random sampling. Gibson's empowerment concept was applied to the experimental group, while the control group received standard care. Research tools included an empowerment plan for CAPD patients, an infection prevention practices questionnaire (with a content validity of 0.97 and a reliability of 0.83 measured by Cronbach's alpha coefficient) and an infection surveillance form with an inter-rater reliability of 1. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests and t-tests.

Main findings: The study revealed that after the empowerment implementation, infection prevention practices significantly improved in the experimental group compared to before the intervention ($p<.000$), and this improvement was notably greater than that observed in the control group ($p<.000$). The control group experienced two infections, resulting in an infection rate of 0.18 per patient-year.

Conclusion and recommendations: This empowerment can enhance infection prevention practices among CAPD patients, leading to a reduction in infection incidence. These strategies should be considered for broader application to decrease infection rates among CAPD patients.

Keywords : Empowerment, Continuous ambulatory peritoneal dialysis

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2023, 10(2), 1-19

* Registered Nurse, Professional Level, Atsamat Hospital, Roi-et Province

Corresponding author, e-mail: ratchaneekorn531@gmail.com, Tel. 0637243344

Received: 16 August 2023, Revised: 21 September 2023, Accepted: 9 October 2023



ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมของไตอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานและไม่สามารถกลับมาทำงานได้เป็นปกติ (Baumgart et al., 2020) จึงเป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุขทั่วโลกเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก มีภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานและต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2563)

การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD) เป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับความนิยมในประเทศไทย (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2563) โดยผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดฝังท่อล้างไตไว้ในช่องท้องร่วมกับการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตวันละ 4-6 ครั้ง จึงทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตำแหน่งทางออกของสาย (Exit-site infection) และอาจลุกลามไปยังบริเวณแนวสายที่วางอยู่ในชั้นใต้ผิวหนังเกิดการติดเชื้อที่อุโมงค์ (Tunnel infection) นอกจากนี้การเปลี่ยนน้ำยาล้างไตแต่ละครั้งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง (Peritonitis) ได้อีกด้วย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552) อุบัติการณ์การติดเชื้อของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่พบส่วนใหญ่เกิดจากขั้นตอนการล้างไตที่ไม่ทำความสะอาดมือ (Kofteridis et al., 2010) ผู้ป่วยละเลยการปฏิบัติตามขั้นตอนจนมีอุบัติการณ์การติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 60 (Mawar, Gupta & Mahajan, 2011) การศึกษาอุบัติการณ์ติดเชื้อของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในจังหวัดร้อยเอ็ดพบปัญหาเช่นเดียวกันทั้งในโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายขนาด 120 เตียงขึ้นไป (ระดับ M2) ซึ่งพบอัตราการติดเชื้อจากการล้างไตทาง

ช่องท้อง 0.38 ครั้ง/ราย/ปี (โรงพยาบาลโพหนอง, 2565) และโรงพยาบาลชุมชนรับผู้ป่วยระดับต้น (ระดับ F1-F3) พบอัตราการติดเชื้อ 0.26 ครั้ง/ราย/ปี (โรงพยาบาลอาจสามารถ, 2565) ซึ่งโรงพยาบาลระดับ F1-F3 ในจังหวัดร้อยเอ็ดร้อยละ 50 ไม่ได้เปิดศูนย์ไตเทียม การดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวต้องติดตามข้อมูลกับโรงพยาบาลที่ทำการรักษาและส่งต่อกลับมาล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่บ้าน โดยที่โรงพยาบาลชุมชนยังไม่มีมาตรการส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

การติดเชื้อส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น (Khairullah et al., 2002) ระยะเวลาอนรักษานานขึ้น และมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (Ghali et al., 2011) สาเหตุของการติดเชื้อเกิดได้ทั้งจากการที่ผู้ป่วยละเลยการปฏิบัติที่ถูกต้อง (Dong & Chen, 2010) การไม่เคร่งครัดในการทำ ความสะอาดร่างกายและอุปกรณ์ รวมถึงการไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนที่ได้รับคำแนะนำ (Kokubu et al., 2020) ดังนั้น การป้องกันการติดเชื้อ จึงต้องคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวและส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักในความสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องเป็นผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต ความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองลดลง และสูญเสียพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (Anderson et al., 2009) ดังนั้นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยยอมรับสภาวะการเจ็บป่วย ค้นพบปัญหาและแนวทางในการดูแลตนเอง มีการตัดสินใจเลือกการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญ

การทบทวนวรรณกรรมพบว่าการนำแนวคิดต่างๆ มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเช่น การจัดการตนเอง การโค้ช โดยกิจกรรมส่วนใหญ่ ได้แก่ การสอนสาธิต ให้คำแนะนำ เป็นต้น การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นอีกหนึ่งแนวคิดที่มุ่งเน้นให้บุคคลค้นพบปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นและมั่นใจในการปฏิบัติเพื่อสุขภาพอย่างยั่งยืน แม้มีความคับข้องใจ (Frustration) จากการเจ็บป่วยของตนเอง (Gibson, 1995) ซึ่งแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) นี้ มีการศึกษาที่นำไปใช้เป็นโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและพบว่าได้ผลดีที่ทำให้การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจเพิ่มขึ้น และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($p=0.001$) (แพรวพรรณ โกสินทร, อะเคื้อ อุนทเลชกะ, และนงเยาว์ เกษตรภิบาล, 2558) และระหว่างการศึกษาไม่พบการติดเชื้อในกลุ่มทดลอง แต่ในกลุ่มควบคุมเกิดการติดเชื้อ 2 ครั้ง อัตราการติดเชื้อ 0.46 ครั้ง/ราย/ปี นอกจากนี้ยังพบว่ามีการศึกษาที่ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p<0.05$) (ทัศนาศ นิลพัฒน์, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของรุจิราพร บ้องเกิด และทัศนาศ ชูวรรณะปรกรณ์ (2559) ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการลำไส้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p<0.05$) ซึ่งการศึกษาในประเทศอิหร่านพบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าความดัน

โลหิต ความเข้มข้นของเลือด และระดับฮีโมโกลบินในเลือดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Moattari et al., 2012) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่องให้สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น ลดการติดเชื้อได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) มาใช้ส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อเพื่อให้ผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่องรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง และเกิดความเชื่อมั่นในตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้การติดเชื้อลดลง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบ

1. คะแนนการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่องภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุมระยะก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. คะแนนการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ
3. อุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อมากกว่าก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. ภายหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่ม ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อมากกว่ากลุ่มควบคุม

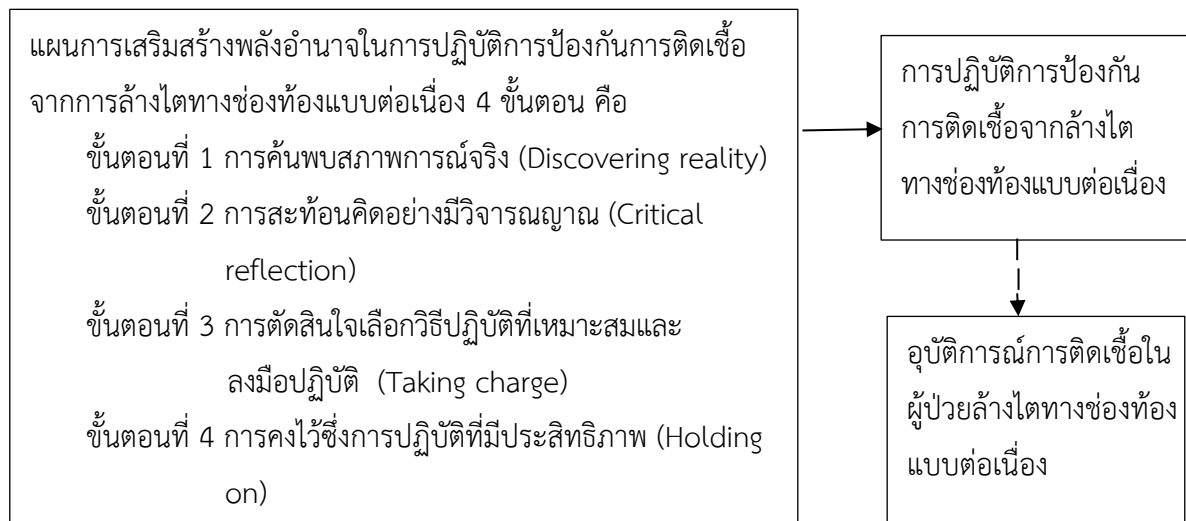
กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเป็นกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต เป็นเหตุให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และสูญเสียพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง การวิจัยนี้จึงใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ที่ส่งเสริมให้บุคคลมีส่วนร่วมในการควบคุมสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรับรู้พลังอำนาจในตนเอง สามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้แม้มีความคับข้องใจจากการเจ็บป่วยของตนเอง กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) ใช้กลวิธีการยอมรับความเป็นบุคคล ทำให้ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเกิดความรู้สึกตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง เกิดการยอมรับโดยให้ผู้ป่วยเล่าการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของตนเองที่ผ่านมาให้ผู้วิจัยฟัง เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา หรือข้อสงสัย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกเช่น ความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจสถานการณ์การปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของตนเองได้มากขึ้น จนเกิดความรู้สึกยอมรับและพร้อมที่จะปรับตัว และการให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและให้แหล่งข้อมูลที่จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของตนเองได้ ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ (Critical reflection) ใช้กลวิธี

การสะท้อนคิดและเผชิญปัญหา โดยผู้วิจัยใช้คำถามสะท้อนคิด กระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดทบทวนเหตุการณ์สถานการณ์ปัญหาการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของตนเองเช่น “คุณคิดว่าการปฏิบัติที่ผ่านมาของคุณเป็นอย่างไร” “เพราะเหตุใดคุณถึงปฏิบัติตามที่เล่ามานั้น” ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบการปฏิบัติที่ผ่านมา กับความรู้ที่ได้รับจากผู้วิจัยว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร ให้ผู้ป่วยเสนอปัญหาการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของตนเอง ให้ผู้ป่วยคิดหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยผู้วิจัยเสนอทางเลือกตามองค์ความรู้ หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ และให้ผู้ป่วยพิจารณาแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถของตนเองที่จะดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดีได้ ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) ใช้กลวิธีการให้บุคคลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง กำหนดเป้าหมายที่จะปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จ การให้การสนับสนุนอำนวยความสะดวก และใช้แหล่งประโยชน์ที่จำเป็น การให้คำปรึกษา คำแนะนำและให้แนวทาง รวมทั้งให้ข้อมูลเสริมแรงเชิงบวกเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องและเหมาะสมกับตนเอง และสามารถกำหนดเป้าหมายเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จ และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) โดยใช้กลวิธีการยอมรับความเป็นบุคคลและการให้บุคคลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติจนประสบผลสำเร็จ และสามารถควบคุม

ให้เกิดการปฏิบัติที่ต่อเนื่องได้ เมื่อผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องผ่านกระบวนการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยรับรู้พลังอำนาจและความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง ส่งผลให้ลดการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องได้ ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีความต่อเนื่องกันและสลับกันไปมาได้ในแต่ละบุคคล ผู้วิจัย

จึงนำกระบวนการดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยร่วมกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2552) โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pre-posttest design) พื้นที่ศึกษาคือ บ้านผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่อาศัยในจังหวัดร้อยเอ็ด เป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังจากโรงพยาบาลอาจสามารถและโรงพยาบาลโพหนอง จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่บ้านที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ทั้ง

ชายและหญิง ที่เริ่มต้นล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่บ้าน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่บ้าน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเจาะจง (Purposive sampling) เลือกจังหวัดร้อยเอ็ดและสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยจับฉลากเพื่อเลือกโรงพยาบาล 1 แห่งเป็นกลุ่มทดลองและ 1 แห่งเป็นกลุ่มควบคุม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัยคือ เป็นผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่บ้าน มีระยะเวลาการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมานานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป สามารถสื่อสารด้วย

ภาษาไทย และอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาการได้ยินและการมองเห็น ไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อจากการประเมินตามเกณฑ์ของ ISPD (International Society Peritoneal Dialysis) ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีภาวะสมองเสื่อม และยินดีเข้าร่วมการวิจัย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 คน และกำหนดเกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัยคือ มีโรคแทรกซ้อนรุนแรง ในระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัยเช่น ภาวะเหนื่อย หอบจากหัวใจวายหรือปอดมีพยาธิสภาพ ต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล และเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามแผน (Drop out)

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Dawson & Trapp, 1994 อ้างถึงในอรุณจิรวรรณกุล, 2553) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 ราย เพิ่มร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายหรือออกจากโครงการวิจัย (Polit & Hungler, 1999) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 33 ราย รวมทั้งหมด 66 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประยุกต์ใช้เครื่องมือของแพรวพรรณ โกสินทร อะเคื้อ อุณหเลขกะ และนงเยาว์ เกษตรภิบาล (2558) ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การเริ่มวางสายล้างไต ชนิดของน้ำยาที่ผู้ป่วยใช้ในการล้างไตที่ใช้ในปัจจุบัน การได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ และประวัติการติดเชื้อ 2) แบบสอบถาม

การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ประกอบด้วย กิจกรรมการทำความสะอาดมือ การป้องกันการปนเปื้อนจากการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต การสังเกตอาการผิดปกติ การดูแลแผลบริเวณตำแหน่งทางออกของสาย และการดูแลภาวะโภชนาการ จำนวน 35 ข้อ คำถามมีทั้งข้อความทางบวกและทางลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติน้อยครั้ง และไม่ปฏิบัติ และ 3) แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ที่ได้พัฒนาตามเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อของ ISPD (2005) ประกอบด้วย ข้อมูล 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยได้แก่ อายุ เพศ และเลขทะเบียนโรงพยาบาล (HN) ส่วนที่ 2 อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ ส่วนที่ 3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และส่วนที่ 4 ผลการวินิจฉัยการติดเชื้อ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อฯ (แบบรายการณ) ผู้วิจัยประยุกต์ใช้เครื่องมือของแพรวพรรณ โกสินทร อะเคื้อ อุณหเลขกะ และนงเยาว์ เกษตรภิบาล (2558) ตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

การวิจัยนี้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ 1 ท่าน พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการศึกษาแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ 1 ท่าน แพทย์เฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต 1 ท่าน และพยาบาลเฉพาะทางด้านการควบคุมการติดเชื้อ 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหา ดังนี้

1.1 แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (แบบรายกรณี) เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของเนื้อหา จากนั้นนำมาปรับปรุงความถูกต้องของภาษา ตลอดจนเนื้อหาให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้ดำเนินการวิจัย

1.2 แบบสอบถามในการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ได้นำข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (Content Validity Index [CVI]) โดยใช้เกณฑ์ $CVI \geq .80$ (DeVellis, 2012) ซึ่งการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยรวม หรือ S-CVI/UA (Universal Agreement) ได้ค่าเท่ากับ .97 และ 2) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยเฉลี่ยหรือ S-CVI/Ave (Average Agreement) ได้ค่าเท่ากับ .98

1.3 แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ได้นำมาปรับปรุงให้

เหมาะสมทั้งด้านภาษาและความถูกต้องในเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) เครื่องมือที่นำไปหาค่าความเชื่อมั่นมี 2 ชุด ดังนี้

2.1 แบบสอบถามในการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย ตอบแบบสอบถาม แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (DeVellis, 2012) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83

2.2 แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ผู้วิจัยนำไปหาความเชื่อมั่นในการวินิจฉัยโดยผู้วิจัยซึ่งจัดเป็นผู้ประเมินจากภายนอก (Outside-rater) กับพยาบาลควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ และการควบคุมการติดเชื้อ 1 ท่าน ที่ทำหน้าที่เฝ้าระวังการติดเชื้อ ดำเนินการใช้แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อพร้อมๆ กันในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องของหน่วยบริการล้างไตทางช่องท้องโรงพยาบาลจำนวน 5 ราย หลังจากนั้นนำข้อมูลมาตรวจสอบความตรงกันของการวินิจฉัยการติดเชื้อ (Inter-rater reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่นการวินิจฉัยการติดเชื้อเท่ากับ 1

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มทดลองโดยแบ่งการดำเนินกิจกรรมเป็น 3 ครั้ง สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 6 โดยเริ่มจากผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและมีการ

โทรศัพท์นัดหมายการเยี่ยมทำกิจกรรมที่บ้านของกลุ่มทดลอง ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 (วันที่ 1) อธิบายขั้นตอนของกิจกรรม ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป การปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อฯ และดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจขั้นตอนที่ 1-3 ใช้เวลารวม 2 ชั่วโมง 20 นาที กิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ขั้นตอนที่ 1 (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง) ประกอบด้วย การค้นพบสภาพการณ์จริง ใช้กลวิธีการยอมรับความเป็นบุคคล ทำให้ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเกิดความรู้สึกตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง เกิดการยอมรับโดยให้ผู้ป่วยเล่าการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของตนเองที่ผ่านมาให้ผู้วิจัยฟัง เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา หรือข้อสงสัย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกเช่น ความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจสถานการณ์การปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของตนเองได้มากขึ้น จนเกิดความรู้สึกยอมรับและพร้อมที่จะปรับตัว และการให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและให้แหล่งข้อมูลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนแก้ไขปัญหสุขภาพของตนเองได้ ขั้นตอนที่ 2 (ใช้เวลา 40 นาที) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผู้วิจัยใช้กลวิธีการสะท้อนคิดและการเผชิญปัญหา โดยผู้วิจัยใช้คำถามสะท้อนคิด กระตุ้นให้ผู้ป่วยคิด ทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์ปัญหาการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของตนเองเช่น “*คุณคิดว่าการปฏิบัติที่ผ่านมาของคุณเป็นอย่างไร*” “*เพราะเหตุใดคุณถึงปฏิบัติตามที่เล่ามานั้น*” ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบการปฏิบัติที่ผ่านมา กับความรู้ที่ได้รับจากผู้วิจัยว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร

ให้ผู้ป่วยเสนอปัญหาการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของตนเอง ให้ผู้ป่วยคิดหาแนวทางในการแก้ไข ปัญหา โดยผู้วิจัยเสนอทางเลือกตามองค์ความรู้ หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ และให้ผู้ป่วยพิจารณาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถของตนเองที่จะดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดีได้ และ ขั้นตอนที่ 3 (ใช้เวลา 40 นาที) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ โดยใช้เทคนิคการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาของตนเอง ให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา กำหนดเป้าหมายที่จะปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จ ผู้วิจัยแนะนำแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เครือข่ายด้านสุขภาพ หลังดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจขั้นตอนที่ 1-3 ระยะเวลาสัปดาห์ที่ 1-3 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างทุกคน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามอาการ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ ให้คำแนะนำและกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้อง

กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 4) ดำเนินกิจกรรม ขั้นตอนที่ 4 (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 10 นาที) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยสอบถามอาการทั่วไปและชี้แจงเกี่ยวกับกิจกรรมให้ผู้ป่วยทราบ ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเล่าถึงความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ จะให้ผู้ป่วยเสนอแนะทางเลือกอีกครั้ง และผู้วิจัยให้คำแนะนำ ประเมินผลย้อนกลับทางบวก ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมสำหรับผู้ที่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมที่กำหนดและประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ กรณีผู้ป่วยไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยให้กำลังใจ

และสนับสนุนให้นำไปปฏิบัติอีกครั้งหากมีปัญหาหรือข้อสงสัยสามารถโทรศัพท์ติดต่อขอคำปรึกษาจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หลังดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจขั้นตอนที่ 4 ระยะเวลาสัปดาห์ที่ 4-15 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างทุกคนสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามอาการ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ ให้คำแนะนำให้กำลังใจและสนับสนุนข้อมูล และกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้อง

กิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 16) ดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 4 (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ประเมินการปฏิบัติตามพันธสัญญา ผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับอาการทั่วไป ติดตามสอบถามการปฏิบัติตามพันธสัญญา ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง และยุติการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันสรุปและประเมินผลการเข้าร่วมโครงการ โดยให้ผู้ป่วยกล่าวถึงสิ่งที่ประทับใจและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย จากนั้นประเมินผลหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยให้ตอบแบบสอบถามการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อฯ และติดตามอุบัติการณ์การติดเชื้อฯ

ทั้งนี้จากกิจกรรมทั้ง 3 ครั้ง ทำให้ได้รับรู้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยด้วย ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการทำความเข้าใจผู้ป่วยและนำมาใช้ในการอภิปรายผลการวิจัย

สำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่ 1 (ในโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยมาตรวจรักษาตามนัด) แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการ อธิบายขั้นตอนของกิจกรรม ให้กลุ่มตัวอย่างตอบ

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป การปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อฯ ตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการกลุ่มควบคุมปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรตามโปรแกรมปกติคือ การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่องที่โรงพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาดำเนินระยะเวลา 30 นาที และประเมินผลหลังดำเนินโครงการในสัปดาห์ที่ 16 และหลังเสร็จสิ้นการดำเนินโครงการ ผู้วิจัยดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน แบบรายกรณีเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ได้แก่ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยดำเนินกิจกรรม 3 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 6)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE0232566 ลงวันที่ 24 มีนาคม พ.ศ.2566 ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิยุติการให้ข้อมูลเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น การนำเสนอผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวมและภายหลังจากการเก็บข้อมูลครบถ้วนได้ทำการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่กลุ่มควบคุมเพื่อให้สามารถปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อฯ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มี

ประสิทธิภาพ โดยดำเนินกิจกรรม 3 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6) เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-smirnov test พบว่า มีการกระจายเป็นโค้งปกติ ใช้สถิติ Paired sample t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทดสอบการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ ใช้สถิติ Independent sample t-test รวมทั้งเปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยคำนวณหาอัตราการติดเชื้อแสดงเป็นครั้ง/ราย/ปี โดยใช้สูตรการคำนวณของ ISPD (2005) จำนวนครั้งการติดเชื้อคูณ 12 หาด้วยระยะเวลา (เป็นเดือน) ของผู้ป่วยทั้งหมดรวมกัน

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) กลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 56.24 ปี กลุ่มควบคุม 56.78 ปี ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายและเพศหญิงจำนวนเกือบเท่ากัน โดยเป็นเพศชายร้อยละ 51.50 และเพศหญิงร้อยละ 48.50 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่เท่ากันร้อยละ 78.80 กลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 87.80 และ 81.80 ตามลำดับและส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร (ทำไร่/ทำสวน/ทำนา/เลี้ยงสัตว์) ร้อยละ 69.70 และ 84.80 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 93.90 และ 100.00 ตามลำดับ เป็นความดันโลหิตสูงและเบาหวานร้อยละ 36.40 และ 35.70 ตามลำดับ และส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 97.00 และ 93.90 ตามลำดับ ระยะเวลาการล้างไต 3-4 ปี ร้อยละ 42.4 และ 39.50 ตามลำดับ ใช้น้ำยาล้างไตชนิด 1.5% เด็กโตสร้อยละ 60.60 และ 51.50 ตามลำดับ ทั้งหมดได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเท่ากัน ร้อยละ 100.00 เคยได้รับความรู้ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 69.70 และ 54.50 ตามลำดับ ได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่ให้บริการร้อยละ 63.60 และ 57.60 ตามลำดับ ระยะเวลาที่เคยติดเชื้อถึงปัจจุบัน 1-2 ปี ร้อยละ 60.00 และ 75.00 ตามลำดับ และส่วนใหญ่ผลการรักษาเมื่อติดเชื้อคือมีอาการดีขึ้นไม่ต้องวางสายล้างไตใหม่ ร้อยละ 93.30 และ 93.80 ตามลำดับ

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อฯ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระยะก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 149.09 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=10.58) จากคะแนนเต็ม 175 คะแนน และหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ 162.15 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=6.57) ซึ่งมากกว่าก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.000$) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อก่อนการเสริมสร้างพลัง



อำนาจ 147.39 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน= 6.88) จากคะแนนเต็ม 175 คะแนน และหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ 147.21 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=6.94) ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=.184$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระยะก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ ($n=66$)

ช่วงระยะเวลา ที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง ($n=33$)				กลุ่มควบคุม ($n=33$)			
	M	SD	Paired t-test		M	SD	Paired t-test	
			t	p-value			t	p-value
ก่อนทดลอง	149.09	10.58			147.39	6.88		
หลังทดลอง	162.15	6.59	8.964	.000	147.21	6.94	1.352	.184

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจพบว่า ระยะก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ 149.09 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=10.58) จากคะแนนเต็ม 175 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ 147.39 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=6.88) ซึ่งไม่มีความ

แตกต่างกันทางสถิติ ($p=.221$) และระยะหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ 162.15 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=6.57) จากคะแนนเต็ม 175 คะแนน ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ 147.21 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=6.93) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.000$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ ($n=66$)

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	M	SD	Independent t-test		M	SD	Independent t-test	
			t	p-value			t	p-value
กลุ่มทดลอง ($n=33$)	149.09	10.58			162.15	6.57		
กลุ่มควบคุม ($n=33$)	147.39	6.88	-.772	.221	147.21	6.93	-8.972	.000

หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ คะแนนเฉลี่ย การปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องรายด้านของกิจกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ด้านการทำความสะอาดมือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 20 และ 18.33 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .00 และ 2.07) จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .000$) ด้านการป้องกันการปนเปื้อนจากการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 90.84 และ 86.60 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.05 และ 5.15) จากคะแนนเต็ม 95 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ด้านการสังเกตอาการ

ผิดปกติกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 19.66 และ 19.78 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.14 และ 0.55) จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p = .291$) ด้านการดูแลแผลบริเวณตำแหน่งทางออกของสายกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 17.27 และ 16.81 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.31 และ 2.82) จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p = .238$) และด้านการดูแลภาวะโภชนาการกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 14.36 และ 14.60 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.25 และ 2.15) จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p = .328$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องรายด้านของกิจกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ ($n=66$)

การปฏิบัติ	คะแนน	กลุ่มทดลอง ($n=33$)		กลุ่มควบคุม ($n=33$)		Independent p-value	
	เต็ม	M	SD	M	SD	t-test	
- ด้านการทำความสะอาดมือ	20	20.00	0.00	18.33	2.07	4.588	.000
- ด้านการป้องกันการปนเปื้อนจากการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต	95	90.84	4.05	86.60	5.42	3.603	.001
- ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ	20	19.66	1.14	19.78	0.55	.552	.291
- ด้านการดูแลแผลบริเวณตำแหน่งทางออกของสาย	20	17.27	2.31	16.81	2.82	.716	.238
- ด้านการดูแลภาวะโภชนาการ	20	14.36	2.25	14.60	2.15	.448	.328

ผลการเปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อในช่วงเวลาที่ดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มทดลองมีระยะเวลาล้างไตรวมกัน 132 เดือน ไม่พบ

เกิดการติดเชื้อ ส่วนกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาล้างไตรวมกัน 127 เดือน เกิดการติดเชื้อ 2 ครั้ง อุบัติการณ์การติดเชื้อ 0.18 ครั้ง/ราย/ปี

การอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกันได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ อาชีพ โรคประจำตัว อีกทั้งปัจจัยดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อในเยื่อหุ้มสมองของผู้ป่วย (สำราณ พลเทศา สุรินทร์ นกทอง และวัลลภา ช่างเจรจา, 2561) และการเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อฯ ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกันด้วย

ผลการเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยลำไ้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่องภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุมระยะก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อฯ หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจมากกว่าก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.000$) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อฯ หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจและก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=.184$) (ตารางที่ 1) และผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจพบว่า ระยะก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อฯ ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ($p=.221$) แต่ระยะหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อฯ มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.000$) (ตารางที่ 2) ซึ่งเป็นไป

ตามสมมุติฐานการวิจัยและสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1995) เมื่อกลุ่มตัวอย่างผ่านขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้รับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง รับรู้ความสามารถของตนเอง มีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้ จึงทำให้มีการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อฯ มากขึ้น ดังการศึกษาที่ผ่านมา (แพรวพรรณ โกสินทร อะเคื้อ อุนหละกะ และนงเยาว์ เกษตรภิบาล, 2558; รุจิราพร ป้องเกิด และทัศนาศูววรรณะปรกรณ์, 2559) พบว่า หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการลำ้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมากขึ้น และกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อฯ มากกว่ากลุ่มควบคุมเช่นเดียวกัน

สำหรับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการลำ้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่องรายด้านกิจกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ (ตารางที่ 3) พบว่าหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านการทำความสะอาดมือมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.000$) จากการสัมภาษณ์กลุ่มทดลองหลังจากการเข้าร่วมแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจแล้วเห็นความสำคัญในกิจกรรมการทำความสะอาดมือ ดังคำกล่าว “ตอนแรกผมคิดว่าไม่ล้างมือบ้างบางครั้งคงไม่เป็นอะไร แต่ถ้าตามที่คุณหมอแนะนำผมว่ามันสำคัญ ผมจะล้างเพิ่มขึ้นเอาตั้งแต่ตอนเตรียมอุปกรณ์เลยครับ” ซึ่งการทำความสะอาดมือเป็นมาตรการสำคัญที่ช่วยป้องกันและลดอุบัติการณ์ของการติดเชื้อ เนื่องจาก การติดเชื้อส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับเชื้อโรคที่อยู่บนมือของผู้ป่วย (Kofteridis et al., 2010) ซึ่งการติดเชื้อมักเกิดจากการปนเปื้อนจากการสัมผัส ดังนั้น

ผู้ป่วยจึงต้องทำความสะอาดมือให้ถูกต้องครบตามขั้นตอน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อโรคบนมือ ในระหว่างการปฏิบัติกรล้างไต

ด้านการป้องกันการปนเปื้อนจากการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากการสัมภาษณ์กลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ไม่ทำความสะอาดห้องล้างไต และไม่แยกห้องเป็นสัดส่วน มีการนำของใช้และถุงน้ำยาล้างไตเข้าไปเก็บในห้องล้างไต โดยกลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลดังกล่าวว่า “ยายไม่มีที่เก็บของนะคุณหมอ ถ้าเอาไปไว้ข้างนอกก็ไม่สะดวกในการหยิบใช้” หลังเข้าร่วมแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า “ยายก็ไม่รู้ว่าการแยกห้องเป็นสัดส่วนเป็นส่วนมันสำคัญ ก็ให้ลูกหลานช่วยยกออกมาแล้ว ยายให้ลูกช่วยทำความสะอาดเช็ดผ้าหมาดๆตามที่คุณหมอบอก ก็สะอาดขึ้นเยอะค่ะ” ซึ่งในขั้นตอนการล้างไตจะต้องใช้สถานที่ที่สะอาด แยกเป็นสัดส่วน แต่พบว่าผู้ป่วยบางรายไม่มีการแยกห้องที่ชัดเจน บางรายเปิดหน้าต่างเพื่อให้มีอากาศถ่ายเท (แพรวพรรณ โกสินทร อะเคื่อ อุณหเลขกะ และนงเยาว์ เกษตรภิบาล, 2558) การศึกษาในประเทศอินเดียพบว่า ผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามขั้นตอนการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตไม่เกิดติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง แต่ผู้ป่วยที่ละเลยการปฏิบัติตามขั้นตอนมีอุบัติการณ์การติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 60 (Mawar, Gupta, & Mahajan, 2011) ซึ่งในการศึกษารั้งนี้หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มควบคุมมีการติดเชื้อมากกว่ากลุ่มทดลองเช่นเดียวกัน ที่สำคัญอีกประเด็นหนึ่งคือ พบผู้ป่วยทั้งถุงล้างไตไม่ถูกต้องเช่น ทั้งในห้องล้างไต บริเวณข้างห้องส้วม หรือกองไว้บริเวณข้างบ้านเพื่อรอผู้มารับซื้อสายและถุงน้ำยาล้างไต ประเด็นดังกล่าวส่งผลให้มี

ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่มีการจัดการไม่ถูกต้องตามมาตรฐานเป็นจำนวนมาก

กิจกรรมรายด้านต่อไปนี้ไม่มีความแตกต่างทางสถิติได้แก่ ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ ($p = .291$) ดังการศึกษาของแพรวพรรณ โกสินทร อะเคื่อ อุณหเลขกะ และนงเยาว์ เกษตรภิบาล (2558) ที่พบว่า หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ คะแนนการปฏิบัติด้านการสังเกตอาการผิดปกติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p = .299$) เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวทุกสถานพยาบาลได้ใช้แนวทางการปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2552) แนวทางเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติเป็นการติดตามอาการที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อในผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบถึงความผิดปกติได้อย่างรวดเร็วและสามารถให้การแก้ไขอย่างทันท่วงที ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องสังเกตและบันทึกรายละเอียดทั้งหมด สำหรับด้านการดูแลแผลบริเวณตำแหน่งทางออกของสาย ($p = .238$) ทั้งสองกลุ่มมีการปฏิบัติด้านการสังเกตลักษณะสีของสิ่งคัดหลั่งขณะล้างแผลทางสายออกทุกวัน เพราะเป็นการดูแลความสะอาดแผลบริเวณตำแหน่งทางออกของสายร่วมกับสังเกตอาการและอาการแสดงภาวะติดเชื้ออาการผิดปกติอื่นที่ต้องแจ้งแก่เจ้าหน้าที่ทราบเพื่อให้การรักษาทันท่วงที เป็นไปตามประเด็นการสอนให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยทุกรายที่ไปตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลที่เข้ารับบริการ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552) และด้านการดูแลภาวะโภชนาการ ($p = .328$) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งการดูแลภาวะโภชนาการในการศึกษานี้ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่สามารถรับประทาน

ชาวได้วันละ 4-6 ฟอง เนื่องจากการรับประทาน อาหารแบบซ้ำๆ จึงเกิดความเบื่อหน่าย ดังคำกล่าวของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง “มันกินไม่ไหวหรือคุณหมอ ตอนแรกๆ ก็กินได้ แต่ตอนนี้กินไม่ไหว มันเบื่อมากๆ เลยครับ ผมเลยไม่กินเท่าไร” อย่างมากก็วันละหนึ่ง ฟองสอง ฟอง เท่านั้นแหละครับ” และคำกล่าวของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม “มันกินไม่ได้หรือคุณหมอ เดี่ยวก็ดื่ม เดี่ยวก็ทอด แกงอ่อมบ้าง ข้าวผัดบ้าง ก็ทำหมดแล้ว ลูกสาวทำให้ทุกเมนูแล้ว มันก็เบื่อเหมือนเดิม กินอย่างมกก็ได้แค่วันละฟองสองเท่านั้นค่ะ” ซึ่งไข้ ชาวเป็นโปรตีนที่ผู้ป่วยควรได้รับ 1.2 ถึง 1.3 กรัม/กก. น้ำหนักอุดมคติ/วัน หรือ 4-6 ฟอง/วัน หรือและใน ภาวะที่มีการติดเชื้อทางเยื่อช่องท้อง (peritonitis) อาจต้องการปริมาณโปรตีนเพิ่มขึ้นมากกว่า 1.5 ถึง 1.7 กรัม/กก.น้ำหนักอุดมคติ/วัน (สมาคมผู้ให้อาหาร ทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย และสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2563)

การเปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อใน ผู้ป่วยลำไส้ใหญ่ช่องท้องแบบต่อเนื่องในระยะหลัง การเสริมสร้างพลังอำนาจ ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า หลังการเสริมสร้างพลัง อำนาจกลุ่มทดลองไม่เกิดการติดเชื้อ ในขณะที่กลุ่ม ควบคุมเกิดการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง 2 ครั้ง อุบัติการณ์การติดเชื้อ 0.18 ครั้ง/ราย/ปี ซึ่งใกล้เคียง กับการศึกษาของแพรวพรรณ โกสินทร อะเคื้อ อุมพลกะ และนงเยาว์ เกษตรภิบาล (2558) ที่ไม่พบการติดเชื้อ ในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรม แต่พบการติดเชื้อ ในกลุ่มควบคุมจำนวน 2 ครั้ง โดยมีอัตราการติดเชื้อ 0.46 ครั้ง/ราย/ปี จึงเห็นว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตามขั้นตอน จะทำ ให้ผู้ป่วยลำไส้ใหญ่ช่องท้องแบบต่อเนื่องเกิด

ความรู้สึกตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง เกิด การยอมรับและพร้อมที่จะปรับตัว ผู้ป่วยสามารถคิด ทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์ปัญหาการปฏิบัติการ ป้องกันการติดเชื้อของตนเอง และทำให้ผู้ป่วย พิจารณาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่สามารถนำไป ปฏิบัติได้ จนเกิดการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ จนเกิดการคงไว้ซึ่งการ ปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Gibson, 1995) จึงส่งผลให้ การติดเชื้อจากการลำไส้ใหญ่ช่องท้องแบบต่อเนื่อง ลดลง

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยลำไส้ใหญ่ช่อง ท้องแบบต่อเนื่องควรนำแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่ได้พัฒนาขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ร่วมกับการ ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรม การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการลำไส้ใหญ่ ช่องท้องได้อย่างต่อเนื่อง

2. แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจในการวิจัย ครั้งนี้ใช้กิจกรรมแบบรายกรณี จึงมีความเหมาะสม กับบริบทการดูแลรักษาในกลุ่มผู้ป่วยลำไส้ใหญ่ช่อง ท้องที่ต้องใช้เวลาในการทำกิจกรรมลำไส้ที่บ้าน วันละ 4-6 ครั้ง ดังนั้นการนำแผนการเสริมสร้างพลัง อำนาจในรูปแบบรายกรณีดังกล่าวสามารถนำไป ประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยกลุ่มเจ็บป่วยเรื้อรังอื่น ที่ จำเป็นต้องปฏิบัติและควบคุมตนเองเพื่อให้สามารถ ดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในผู้ป่วยลำไส้ใหญ่ช่องท้องแบบต่อเนื่องต่อการสังเกต อาการผิดปกติ การดูแลแผลบริเวณตำแหน่งทางออก

ของสายและการดูแลภาวะโภชนาการ ในผู้ป่วยล้างไต
ทางช่องท้องให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ควรศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
ในผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องต่อการ

ปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่อง
ท้องแบบต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยล้างไตส่วนใหญ่เป็น

กลุ่มสูงอายุควรมีผู้ดูแล

เอกสารอ้างอิง

- ทัศนาศ นิลพัฒน์. (2558). ผลลัพธ์ของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โรงพยาบาลสุราษฎร์.
วารสารวิชาการแพทยเขต 11, 29(4), 557-569.
- แพรวพรรณ โกสินทร, อะเคื้อ อุณหเลขกะ, และนงเยาว์ เกษตรภิบาล. (2558). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
ต่อการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อและอุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง.
พยาบาลสาร, 42(พิเศษ), 1-12.
- รุจิราพร ป้องเกิด และทัศนาศ ชูวรรณะปกรณ์. (2559). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแล
ตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วารสารเกื้อ
การณย์, 23(2), 165-182.
- โรงพยาบาลโพหนอง. (2565). รายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อ. งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ.
- โรงพยาบาลอาจสามารถ. (2565). รายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อ. งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ.
- วาสนา สอนพุ่ม. (2564). ผลของการโค้ชต่อการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง อำเภอ
สอง จังหวัดแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่, 29(1), 91-100.
- สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย และสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2563).
คำแนะนำแนวทางเวชปฏิบัติโภชนาบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคไตในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2561 ปรับปรุงครั้งที่ 1 2563.
<https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2021/10/-2561.pdf>
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2563). *Thailand Renal Replacement Therapy: Years 2020*.
<https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2022/06/Final-TRT-report-2020.pdf>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2552). คู่มือการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในชุมชน.
http://110.164.147.155/kmhealth_new/Document/kidney/knowledge/manual3.pdf
- สำราณ พลเดช, สุนันท์ นกทอง, และวัลลภา ช่างเจรจา. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อในเยื่อช่อง
ท้องในผู้ป่วยล้างไตในช่องท้องอย่างต่อเนื่องโรงพยาบาลบึงกาฬ. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา,
1(3), 3-10.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2553). ชีวิตที่ดี (พิมพ์ครั้งที่ 4). คลังน่านาวิทยาคม.



- Anderson, M., Elam, G., Solarin, I., Gerver, S., Fenton, K., & Easterbrook, P. (2009). Coping with HIV: Caribbean people in the United Kingdom. *Qualitative Health Research*, 19(8), 1060-1075. <https://doi.org/10.1177/1049732309341191>
- Baumgart A., Manera K. E., Johnson, D. W., Craig, J. C., Shen, J. I., Wang, A. Y-M., Yip, T., Fung, S. K.S., Tong, M., Lee, A., Cho, Y., Vieceilli, A. K., Sautenet, B., Teixeira-Pinto, A., Brown, E. A., Brunier, G., Dong, J., Scholes-Robertson, N., Dunning, T., ...Tong, A. (2020). Meaning of empowerment in peritoneal dialysis: Focus groups with patients and caregivers. *Nephrology Dialysis Transplant Journal*, 35(11), 1949-1958. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfaa127>
- DeVillis, R. F. (2012). *Scale development: Theory and application* (2rd ed.). CA: Sage.
- Dong, J., & Chen , Y. (2010). Impact of the bag exchange procedure on risk of peritonitis. *Peritoneal Dialysis International*. 30(4), 440-447. <https://doi.org/10.3747/pdi.2009.00117>
- Ghali, J. R., Bannister, K. M., Brown, F. G., Rosman, J. B., Wiggins, K. J., Johnson, D. W., & Mcdonald, S.P. (2011). Microbiology and outcomes of peritonitis in Australian peritoneal dialysis patients. *Peritoneal Dialysis International*, 31(6), 651-662. <https://doi.org/10.3747/pdi.2010.00131>
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1201-1210. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.21061201.x>
- International Society Peritoneal Dialysis. (2005). Peritoneal dialysis-related infections recommendation: 2005 update. *Peritoneal Dialysis International*, 25, 107-131.
- Khairullah, Q., Provenzano, R., Tayeb, J., Anmad, A., Balakrishnan, R., & Morrison, L. (2002). Comparison of vancomycin versus cefazolin as initial therapy for peritonitis in peritoneal dialysis patients. *Peritoneal Dialysis International*. 22, 339-344.
- Kofteridis, D. P., Valachis, A. Perakis, K., Maraki, S., Daphnis, E., & Samonis, G. (2010). Peritoneal dialysis-associated peritonitis: Clinical features and predictors of outcome. *International Journal of Infectious Diseases*, 14(6), 489-493. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2009.07.016>
- Kokubu M, Matsui M, Uemura T, Morimoto K, Eriguchi M, Samejima K, et al. (2020). Relationship between initial peritoneal dialysis modality and risk of peritonitis. *Scientific Reports*, 10(1), 1-6. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-75918-5>
- Mawar, S., Gupta, S., & Mahajan, S. (2011). Non-compliance to the continuous ambulatory peritoneal dialysis procedure increases the risk of peritonitis. *International Urology and Nephrology*. 44, 1243-1249.

- Moattari, M., Ebrahimi, M., Sharfi, N., & Rouzbeh, J. (2012). The effect of empowerment on the self-efficacy, quality of life and clinical and laboratory indicators of patients treated with hemodialysis: A randomized controlled trial. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 1-10. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-115>
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research principles and methods* (6th ed.). Lippincot.