



ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ(Peritonitis) ในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โรงพยาบาลสุโขทัย

ปวีรสา จังกานา¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องมากกว่า 1 ปี จำนวน 34 ราย เครื่องมือในการทดลองได้แก่โปรแกรมการให้ความรู้ที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก คือ การประเมินความรู้เบื้องต้น การให้ความรู้แบบบรรยาย สานิต และสานิตย้อนกลับ การให้สื่อและเอกสารสนับสนุน และการติดตามทางโทรศัพท์/แอปพลิเคชันไลน์ เครื่องมือเก็บข้อมูลได้แก่ แบบทดสอบความรู้แบบประเมินทักษะในการปฏิบัติตัว และแบบบันทึกการติดตามอุบัติการณ์ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ McNemar test

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 10.15 ± 2.34 เป็น 15.62 ± 1.18 คะแนน ($t=15.82, p<.001$) คะแนนทักษะในการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น จาก 42.18 ± 6.85 เป็น 58.26 ± 3.42 คะแนน ($t=18.73, p<.001$) และอุบัติการณ์การเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบลดลงจากร้อยละ 23.5 เป็นร้อยละ 2.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=6.13, p=.013$) ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ความรู้ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา มีประสิทธิภาพสูงในการส่งเสริมความรู้ ทักษะการปฏิบัติตัว และลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้ความรู้, ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ, การล้างไตทางช่องท้อง, ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุโขทัย, E-mail : Pawsrisa.bnc45@gmail.com



The effects of program to prevent peritoneal infection in peritoneal dialysis patients in Sukhothai Hospital.

Pawarisa Jungkina ¹

ABSTRACT

The Effects of an Educational Program to Prevent Peritonitis in Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Patients at Sukhothai Hospital This quasi-experimental study aimed to examine the effectiveness of an educational program to prevent peritonitis in continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) patients at Sukhothai Hospital, Sukhothai Province. The sample consisted of 34 end-stage renal disease patients who had been receiving peritoneal dialysis for more than one year. The intervention tool was an educational program developed based on Bandura's Self-Efficacy Theory, implemented over 6 weeks and comprising four main activities: baseline knowledge assessment, education through lectures with demonstration and return demonstration, provision of supporting media and documents, and follow-up via telephone/LINE application. Data collection instruments included a knowledge test, a self-care practice skills assessment form, and a peritonitis incidence tracking record. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and McNemar test.

The results showed that after the intervention, patients' knowledge scores increased significantly from 10.15 ± 2.34 to 15.62 ± 1.18 ($t=15.82$, $p<.001$). Self-care practice skills scores increased from 42.18 ± 6.85 to 58.26 ± 3.42 ($t=18.73$, $p<.001$). The incidence of peritonitis decreased significantly from 23.5% to 2.9% ($\chi^2=6.13$, $p=.013$). The findings demonstrated that the educational program based on Bandura's Self-Efficacy Theory was highly effective in enhancing knowledge, self-care practice skills, and reducing the incidence of peritonitis in CAPD patients.

Keyword : educational program, peritonitis, peritoneal dialysis, self-efficacy theory

¹ Registered Nurse Professional Level, Sukhothai Hospital, E-mail : Pawsrisa.bnc45@gmail.com

บทนำ

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญระดับโลกและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วยทั่วโลกประมาณ 850 ล้านคน (Liyanage et al., 2015) สำหรับประเทศไทย พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-5 ในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 1,007,251 ราย และเพิ่มเป็น 1,062,000 ราย ในปี พ.ศ. 2565 โดยเป็นระยะที่ 5 ที่ต้องการบำบัดทดแทนไตจำนวน 70,474 ราย (กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, 2565) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการบำบัดทดแทนไตเฉลี่ยปีละ 20,000 ราย ซึ่งการบำบัดทดแทนไตแบ่งออกเป็น 3 วิธีหลัก ได้แก่ การปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT) การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) ในบริบทของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีนโยบายส่งเสริมการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : CAPD) เนื่องจากมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ และไม่ต้องใช้อุปกรณ์ราคาแพง ปัจจุบันมีผู้ป่วยสิทธิบัตรทองที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตรวมกว่า 78,000 คน แบ่งเป็นการล้างไตทางช่องท้อง 13,710 คน การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 58,834 คน การล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ 3,357 คน และผู้รับการปลูกถ่ายไต 2,694 คน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2565) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า CAPD เป็นแนวทางการรักษาที่มีบทบาทสำคัญในระบบบริการสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจึงเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการรักษา (Li et al., 2016)

แม้ว่าการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องจะมีข้อดีหลายประการ แต่ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบบ่อยที่สุดคือภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (Peritonitis) ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของความล้มเหลวในการรักษาด้วย CAPD (Li et al., 2010) ภาวะ Peritonitis ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน ทั้งการเพิ่มอัตราการเสียชีวิต โดยพบว่าผู้ป่วยที่มี Peritonitis มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะนี้ถึง 2-3 เท่า (Ghali et al., 2011) นอกจากนี้ Peritonitis ยังเป็นสาเหตุสำคัญของการนอนโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 30-40 ของการนอนโรงพยาบาลทั้งหมดในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Piraino et al., 2011) ส่งผลให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยค่าใช้จ่ายต่อครั้งของการรักษา Peritonitis อยู่ที่ประมาณ 50,000-100,000 บาทต่อครั้ง (เบญจมาศ ดวงแก้ว และคณะ, 2563) และที่สำคัญคือภาวะนี้อาจทำให้ต้องเปลี่ยนวิธีการรักษาจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง เป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือในบางรายที่รุนแรงอาจต้องยุติการล้างไตทางช่องท้องอย่างถาวร (Cho et al., 2014) ข้อมูลจากการศึกษาระหว่างประเทศแสดงให้เห็นว่าอุบัติการณ์ของภาวะเยื่อ



ช่องท้องอักเสบ ที่ยอมรับได้ตามแนวปฏิบัติของ International Society for Peritoneal Dialysis (ISPD) ควรไม่เกิน 0.50 ครั้งต่อผู้ป่วยต่อปี หรือไม่เกิน 1 ครั้งต่อ 24 เดือน (Li et al., 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าสาเหตุหลักของการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง มาจากการปนเปื้อนของเชื้อโรคระหว่างขั้นตอนการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมและความรู้ของผู้ป่วยที่ไม่เพียงพอ (Nessim et al., 2013) ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญประกอบด้วย การมีความรู้ไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วนเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติแบบปลอดเชื้อ (aseptic technique) การล้างมือไม่ถูกต้องตามมาตรฐาน 7 ขั้นตอน การไม่สวมใส่หน้ากากอนามัยขณะเปลี่ยนน้ำยา การจัดสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมในการทำหัตถการ เช่น มีลมพัดผ่านบริเวณที่ทำหัตถการ ห้องไม่สะอาด และการไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนที่ถูกต้องในการต่อสายท่อล้างไต (Ghali et al., 2011; Troidle et al., 2012) การศึกษาของ Htay et al. (2017) พบว่าการให้ความรู้และฝึกทักษะที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยสามารถลดอุบัติการณ์ของ Peritonitis ได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการเน้นย้ำเรื่องเทคนิคการปฏิบัติที่ถูกต้อง การประเมินและติดตามความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสร้างความมั่นใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติตาม (self-efficacy) จึงเป็นหัวใจสำคัญในการป้องกัน Peritonitis (Fan et al., 2014)

โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่ให้บริการบำบัดทดแทนไตแก่ผู้ป่วยในจังหวัดสุโขทัย มีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วย CAPD อยู่ในความดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวน 172 ราย ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 163 ราย ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 170 ราย ปี พ.ศ. 2567 จำนวน 131 ราย ปี พ.ศ. 2568 จำนวน 80 ราย (เวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย, 2568) จากผลการดำเนินงานระหว่างปี พ.ศ. 2564-2567 พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและต่อเนื่องมากที่สุดคือภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพิ่มภาระการดูแลของบุคลากร และสร้างค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมให้กับระบบสุขภาพ จากการสำรวจและวิเคราะห์สาเหตุเชิงลึกพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ เป็นผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดทางด้านการมองเห็นและความคล่องแคล่ว ไม่มีผู้ดูแลที่เหมาะสม มีปัญหาทางเศรษฐกิจทำให้ไม่สามารถปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการล้างไตที่บ้าน ขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือที่เอื้อต่อการปฏิบัติ และสำคัญที่สุดคือผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลในการเผชิญอุปสรรคต่างๆ ในการดูแลตนเองที่บ้าน ส่งผลให้เกิดปัญหาในด้านความสามารถในการดูแลตนเอง (capabilities for self-care operations) การวิเคราะห์อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นพบรูปแบบของความผิดพลาดที่เกิดขึ้น ได้แก่ การไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนมาตรฐาน การรักษาความสะอาดร่างกาย บ้าน และห้องทำหัตถการไม่เพียงพอ การล้างมือไม่ถูกต้องตามมาตรฐาน 7 ขั้นตอน การไม่สวมใส่หน้ากากอนามัยทั้งผู้ป่วยและผู้ช่วยเหลือขณะเปลี่ยนน้ำยา การเปิดพัดลมหรือมีลมพัดผ่านระหว่างการทำหัตถการ

และการต่อสายท่อลำไส้กับน้ำยาไม่ถูกต้อง ซึ่งล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้เชื้อโรคสามารถเข้าสู่ท่อลำไส้และก่อให้เกิด Peritonitis ได้

จากบริบทและปัญหาดังกล่าว จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ที่เป็นระบบ และเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย CAPD โรงพยาบาลสุโขทัย แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน แต่ยังไม่เป็นโปรแกรมที่มีโครงสร้างชัดเจน ขาดการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ และยังไม่ได้นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้เพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะประยุกต์ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Self-Efficacy Theory) (Bandura, 1997) ซึ่งเน้นการสร้าง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองผ่านประสบการณ์ตรง การเรียนรู้จากแบบอย่าง การชักจูงด้วยวาจา และการตีความสถานะทางสรีระและอารมณ์ ร่วมกับทฤษฎีการยอมรับเทคโนโลยี (Technology Acceptance Model: TAM) (Davis, 1989) ที่อธิบายปัจจัยที่ส่งผลต่อการยอมรับและใช้เทคโนโลยีผ่านความเชื่อด้านประโยชน์ ที่รับรู้และความง่ายในการใช้งาน มาเป็นกรอบแนวคิดในการออกแบบโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านคู่มือและแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง การพัฒนาโปรแกรมในครั้งนี้จะเป็นการเติมเต็มช่องว่างในรูปแบบการให้บริการที่สอดคล้องกับบริบทเฉพาะพื้นที่ สนับสนุนนโยบายลดภาวะแทรกซ้อนของกระทรวงสาธารณสุข และเป็นต้นแบบที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ใน โรงพยาบาลอื่นๆ ได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความมั่นใจในการดูแลตนเอง ลดอุบัติการณ์ของ Peritonitis ลด ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ ระหว่างก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (Peritonitis) ในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง แบบต่อเนื่อง
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อเยื่อช่องท้องระหว่างก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (Peritonitis) ในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง แบบต่อเนื่อง
3. เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (Peritonitis) ในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

สมมติฐานการวิจัย



1. ผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีคะแนนความรู้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้
2. ผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีคะแนนทักษะในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อเยื่อช่องท้องหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้
3. ผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษาแบบ 1 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องที่ใช้โปรแกรมการให้ความรู้เพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อเยื่อช่องท้อง(Peritonitis) อาศัยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสุโขทัย เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อเยื่อช่องท้อง(Peritonitis) ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2568 - ธันวาคม 2568

ขอบเขตด้านพื้นที่ หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตด้านประชากร ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง ที่มารับการรักษาที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 64 ราย

ขอบเขตด้านระยะเวลา

- ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย กรกฎาคม พ.ศ. 2568 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2568
- ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล กรกฎาคม พ.ศ. 2568 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมการให้ความรู้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเยื่อหูช่องท้องอักเสบ

ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997)

- 1. การประเมินความรู้เบื้องต้น**
 - ประเมินความรู้ก่อนการให้โปรแกรม
- 2. การให้ความรู้แบบบรรยาย สาธิต และสาธิตย้อนกลับ**
 - สถานที่ล้างไตที่เหมาะสม
 - การทำความสะอาดมือ 7 ขั้นตอน
 - การสวมหน้ากากอนามัย
 - เทคนิคการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต
 - การทำความสะอาดแผล
 - การกำจัดน้ำยาล้างไต
 - การจัดเก็บน้ำยาล้างไต
- 3. การให้สื่อและเอกสารสนับสนุน**
 - คู่มือการป้องกันการติดเชื้อ
 - โปสเตอร์ขั้นตอนการทำความสะอาดมือ
 - วัสดุทัศนัยการสาธิต
- 4. การติดตามทางโทรศัพท์/แอปพลิเคชัน LINE**
 - ติดตามการปฏิบัติเบื้องต้น
 - เสริมแรงและแก้ไขข้อบกพร่อง
 - ประเมินความมั่นใจและสรุป

- ความรู้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเยื่อหูช่องท้องอักเสบ

- ทักษะในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อเยื่อหูช่องท้อง

- อุบัติการณ์การเกิดเยื่อหูช่องท้องอักเสบ



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษาแบบ 1 กลุ่ม (One group pretest-posttest design) ได้แก่ กลุ่มทดลองในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องที่ใช้โปรแกรมการให้ความรู้เพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อเยื่อช่องท้อง (Peritonitis) อาศัยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสุโขทัย เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อเยื่อช่องท้อง (Peritonitis) ระหว่างเดือน มิถุนายน 2568 - กันยายน 2568

ประชากร

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง ที่มารับการรักษาที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 64 ราย

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องมากกว่า 1 ปี ที่มารับการรักษาที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 34 ราย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power version 3.1.9.7 กำหนดอำนาจในการทดสอบที่ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และขนาดค่าอิทธิพล .50 (medium to large effect size) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยที่คล้ายคลึงกัน (จุฑามาส พรหมใจมั่น, 2563) ได้กลุ่มตัวอย่างได้แก่ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ โดยใช้กระบวนการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน จำนวน 34 รายโดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion Criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องมากกว่า 1 ปี
2. ติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี ไม่มีข้อจำกัดในการได้ยินและการมองเห็นที่เป็นอุปสรรคในการอ่านหนังสือ

3. มีช่องทางให้สามารถติดต่อสื่อสาร ได้แก่ เบอร์โทรศัพท์ แอปพลิเคชันไลน์
4. ยินดีเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ไม่สามารถรับรู้ และสื่อสารได้
2. ขอดอนตัวออกจากการศึกษาวิจัย
3. ไม่มีโทรศัพท์หรือผู้ดูแลไม่มีโทรศัพท์
4. กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพเสียชีวิตหรือย้ายที่อยู่ระหว่างการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการให้ความรู้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (Peritonitis) ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (Mastery Experience) (2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experience) (3) การได้รับคำแนะนำหรือการพูดจูงใจ (Verbal Persuasion) และ (4) สภาวะทางร่างกายและอารมณ์ (Physiological and Emotional States) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อและลดอุบัติการณ์ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) โดยโปรแกรมมีระยะเวลาดำเนินการ 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ประเมินความรู้ผู้ป่วยก่อนการให้ความรู้โดยใช้แบบทดสอบความรู้

กิจกรรมที่ 2 สอนและสาธิต ให้กลับผู้ป่วยในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาการสอนดังนี้คือ ดำเนินการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยใช้วิธีการบรรยาย สาธิต และให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ (Demonstration and Return Demonstration) ระยะเวลา 30-60 นาที โดยครอบคลุมเนื้อหา 7 ประเด็นหลัก ดังนี้

2.1 สถานที่ล้างไตที่เหมาะสม (3-5 นาที) ได้แก่ ลักษณะของห้องที่มีความสะอาด ปิดหน้าต่าง ปิดพัดลม ไม่มีสัตว์เลี้ยง และการจัดเตรียมพื้นที่ล้างไต

2.2 การทำความสะอาดมือ (5-8 นาที) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนตามมาตรฐานองค์การอนามัยโลก (WHO Hand Hygiene) ทั้งก่อนและหลังการล้างไต โดยใช้สบู่เหลวหรือแอลกอฮอล์เจล ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 20 วินาที



2.3 การสวมหน้ากากอนามัย (3-5 นาที) ได้แก่ การเลือกใช้หน้ากากอนามัยที่เหมาะสม การสวมให้ปิดปากและจมูกสนิท และการเปลี่ยนหน้ากากทุกครั้งทีล่างไต

2.4 เทคนิคการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต (8-15 นาที) ประกอบด้วย การเตรียมอุปกรณ์ การตรวจสอบความใส สี และปริมาณของน้ำยาที่ระบายออก เทคนิค Aseptic technique การต่อและถอดสายน้ำยา การระบายน้ำยาออกและเติมน้ำยาเข้า และการสังเกตอาการผิดปกติ

2.5 การทำความสะอาดแผล (3-5 นาที) ได้แก่ การทำความสะอาดบริเวณทางออกสายสวนทุกวันด้วยน้ำสะอาดและสบู่ การเช็ดให้แห้งด้วยผ้าสะอาด และการสังเกตอาการอักเสบของแผล

2.6 การกำจัดน้ำยาล้างไต (2-3 นาที) ได้แก่ การทิ้งน้ำยาที่ระบายออกในห้องน้ำที่สะอาด และการทำความสะอาดภาชนะบรรจุทุกครั้ง

2.7 การจัดเก็บน้ำยาล้างไต (2-3 นาที) ได้แก่ การจัดเก็บในที่แห้ง เย็น ไม่โดนแสงแดดโดยตรง และการตรวจสอบวันหมดอายุ

หลังการสอนและสาธิต ให้ผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับในขั้นตอนสำคัญ (4-6 นาที) โดยเน้นการทำมือสะอาดและเทคนิคการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต เพื่อประเมินความเข้าใจและทักษะการปฏิบัติ โดยผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะและแก้ไขข้อบกพร่องทันที จากนั้นประเมินความรู้หลังการให้โปรแกรมทันทีด้วยแบบทดสอบชุดเดียวกับก่อนการให้โปรแกรม กิจกรรมนี้สอดคล้องกับองค์ประกอบของทฤษฎี Bandura ในด้าน Mastery Experience (การสาธิตย้อนกลับ) และ Verbal Persuasion (การให้คำแนะนำและกำลังใจ)

กิจกรรมที่ 3 แจกคู่มือการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องและโปสเตอร์การให้สื่อและเอกสารสนับสนุนการเรียนรู้ ประกอบด้วย

3.1 คู่มือการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 1 เล่ม มีลักษณะเป็นรูปภาพประกอบคำอธิบายที่ชัดเจน ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ครอบคลุมเนื้อหาทั้ง 7 ประเด็น พร้อมรายการตรวจสอบ (Checklist) สำหรับใช้ประเมินตนเองในแต่ละขั้นตอน

3.2 โปสเตอร์ขั้นตอนการทำมือสะอาดตามมาตรฐานของโรงพยาบาลสุโขทัย จำนวน 1 แผ่น ขนาด A3 พร้อมภาพประกอบทั้ง 7 ขั้นตอน สำหรับติดในห้องที่ใช้ล้างไต

3.3 สื่อวีดิทัศน์การสาธิตการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต ระยะเวลา 10-15 นาที ส่งให้ผู้ป่วยทาง QR Code หรือ Google Drive เพื่อให้สามารถเข้าถึงและทบทวนได้ตลอดเวลา

กิจกรรมที่ 4 ติดตามการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์โดยใช้ แอปพลิเคชันไลน์โดยแบ่งเป็นระยะแรกในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 สัปดาห์ รายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 สัปดาห์ที่ 2 (ครั้งที่ 1) ติดตามการปฏิบัติตนในช่วงแรก ประเมินปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ให้คำแนะนำและกำลังใจ ระยะเวลา 15-20 นาที

4.2 สัปดาห์ที่ 4 (ครั้งที่ 2) ติดตามความต่อเนื่องในการปฏิบัติ รับฟังประสบการณ์และข้อสงสัย เสริมแรงเชิงบวกต่อพฤติกรรมที่ถูกต้อง แก้ไขข้อบกพร่อง ระยะเวลา 15-20 นาที

4.3 สัปดาห์ที่ 6 (ครั้งที่ 3) ประเมินความมั่นใจในการดูแลตนเอง สรุปประเด็นสำคัญ ให้คำแนะนำเพิ่มเติม และนัดหมายเพื่อประเมินผลหลังโปรแกรม ระยะเวลา 15-20 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ผู้ดูแลหลัก และระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา ด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมค่าลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง เป็นแบบทดสอบความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยดัดแปลงจากแบบสอบถามของวาสนา สวนพุ่ม (2564) เป็นแบบทดสอบแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก (ใช่/ไม่ใช่) จำนวน 17 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหา 7 ด้าน คือ 1) สถานที่ล้างไต จำนวน 2 ข้อ 2) การทำความสะอาดมือ จำนวน 4 ข้อ 3) การสวมหน้ากากอนามัยจำนวน 1 ข้อ 4) เทคนิคการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา จำนวน 6 ข้อ 5) การทำความสะอาดแผล จำนวน 2 ข้อ 6) การกำจัดน้ำยาล้างไต จำนวน 1 ข้อ 7) การจัดเก็บน้ำยาล้างไต จำนวน 1 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน ผู้ป่วยเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก คือ ใช่ หรือ ไม่ใช่ โดยคำตอบที่ถูกต้องให้ 1 คะแนน คำตอบที่ผิดให้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 17 คะแนน

การแปลผล แบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้

ความรู้ระดับสูง ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (13 คะแนนขึ้นไป)

ความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนร้อยละ 60-79 (10-12 คะแนน)

ความรู้ระดับต่ำ ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (ต่ำกว่า 10 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทักษะในดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 21 ข้อ ประกอบด้วย 1) สถานที่และเทคนิคการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต จำนวน 6 ข้อ 2) การทำความสะอาดแผล จำนวน 4 ข้อ 3) การปฏิบัติตัวเพื่อติดตามการรักษา จำนวน 3 ข้อ 4) การทำความสะอาดมือ จำนวน 1 ข้อ 5) การสวมหน้ากากอนามัย



จำนวน 1 ข้อ 6) การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวน 2 ข้อ 7) สถานที่เก็บน้ำยา จำนวน 1 ข้อ 8) การกำจัดน้ำยาล้างไต จำนวน 2 ข้อ 9) การแยกขยะ จำนวน 1 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อในเรื้อรังนั้นเป็นประจำ สม่ำเสมอทุกวัน

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อในเรื้อรังนั้นเป็นบางครั้ง หรือบางวัน หรือสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อในเรื้อรังนั้นๆ เลย

เกณฑ์การให้คะแนน เนื่องจากแบบสอบถามพฤติกรรมมีทั้งข้อความที่เป็นเชิงบวกและเชิงลบ ผู้ป่วยเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ข้อความเชิงบวกจะได้คะแนน 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ ส่วนข้อความเชิงลบจะได้คะแนน 1, 2 และ 3 คะแนน ตามลำดับ คะแนนเต็ม 63 คะแนน

การแปลผล แบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้

พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับดี ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (50 คะแนนขึ้นไป)

พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลาง ได้คะแนนร้อยละ 60-79 (38-49 คะแนน)

พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับต่ำ ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (ต่ำกว่า 38 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกการติดตามอุบัติการณ์ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ

เป็นแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยจะมีการประเมินและบันทึก 2 ครั้ง ได้แก่ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 0) และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 6) แบบบันทึกประกอบด้วย รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย วันที่ประเมิน ระยะเวลาการติดตาม การเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ อาการและอาการแสดง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (จำนวนเม็ดเลือดขาวในน้ำยาล้างไต ผลการเพาะเชื้อ) การวินิจฉัยจากแพทย์ และหมายเหตุเพิ่มเติม โดยแบบบันทึกข้อมูลที่พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องเป็นผู้บันทึก โดยรวบรวมข้อมูลจากการประเมินอาการทางคลินิก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการวินิจฉัยจากแพทย์ เพื่อสรุปว่าผู้ป่วยเกิดหรือไม่เกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบในช่วงเวลาที่ทำการประเมิน

การแปลผลภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (2565) และ International Society for Peritoneal Dialysis (ISPD, 2022) ดังนี้

เกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงทางคลินิกอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ คือ (1) มีอาการปวดท้องและพบน้ำยาล้างไตที่ระบายออกมีลักษณะขุ่น (2) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบจำนวนเม็ดเลือดขาวในน้ำยาล้างไตมากกว่า 100 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร โดยเซลล์ Polymorphonuclear มากกว่าร้อยละ 50 และ (3) ผลการเพาะเชื้อจากน้ำยาล้างไตเป็นบวก ร่วมกับการได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ

ไม่เกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงทางคลินิกที่สงสัยการติดเชื้อ ไม่มีน้ำยาล้างไตขุ่น และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (หากมีการส่งตรวจ) อยู่ในเกณฑ์ปกติตลอดระยะเวลาการติดตาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีการทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ .05 ซึ่งมีรายละเอียด การวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ผู้ดูแลหลัก และระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง วิเคราะห์โดยการหาค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อบรรยายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ โดยทดสอบความเป็นปกติของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk test หากข้อมูลแจกแจงแบบปกติใช้สถิติ Paired t-test หากข้อมูลแจกแจงแบบไม่ปกติใช้สถิติ Wilcoxon matched-pairs signed-rank test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนทักษะในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อเยื่อช่องท้องระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ โดยทดสอบความเป็นปกติของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk test หากข้อมูลแจกแจงแบบปกติใช้สถิติ Paired t-test หากข้อมูลแจกแจงแบบไม่ปกติใช้สถิติ Wilcoxon matched-pairs signed-rank test

4. เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ โดยใช้สถิติ McNemar test

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ



1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการให้ความรู้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (Peritonitis) ในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยเสนอเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไตและการล้างไตทางช่องท้อง 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง 1 ท่าน ทำการตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของกิจกรรม ความสอดคล้องกับทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และความเหมาะสมของระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม จากนั้นนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ รวมถึงการใช้ภาษาที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย สามารถเข้าใจง่าย ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.67-1.00

การทดสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบไปทดลองใช้กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ในโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย เพื่อประเมินความเป็นไปได้ ความเหมาะสม ความชัดเจนของโปรแกรม และความเข้าใจของผู้ป่วยต่อเนื้อหาและกิจกรรม ได้ค่าความเที่ยง 0.87

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง ส่วนที่ 3 แบบประเมินทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง ส่วนที่ 4 แบบบันทึกการติดตามอุบัติการณ์ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 4 ส่วน เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจน ความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไตและการล้างไตทางช่องท้อง 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง 1 ท่าน จากนั้นนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาแก้ไข

ปรับปรุงให้สมบูรณ์ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ข้อคำถามมีค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00

การทดสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ณ โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตร Kuder-Richardson Formula 20 (KR-20) สำหรับแบบทดสอบความรู้ และใช้สูตร Cronbach's Alpha Coefficient สำหรับแบบประเมินทักษะในการดูแลตนเอง ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ ได้ค่า KR-20 = 0.84 แบบประเมินทักษะในการดูแลตนเอง ได้ค่า Cronbach's Alpha = 0.89

ขั้นตอนการดำเนินวิจัย

1. ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และดำเนินการเขียนโครงร่างการวิจัย เพื่อการขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
2. สร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน และการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) จากการทดลองใช้กับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย
3. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย ขอความร่วมมือพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลสุโขทัย และประชุมชี้แจงโครงการวิจัย เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย การให้โปรแกรมการให้ความรู้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ และการเก็บข้อมูลวิจัย
4. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกที่กำหนดไว้ โดยวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)
5. ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วยวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย การให้โปรแกรมการให้ความรู้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง การเก็บข้อมูลวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ โดยบอกให้ทราบถึงสิทธิตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งสามารถบอกยุติการให้



ความร่วมมือในขั้นตอนต่าง ๆ ของการวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผล ซึ่งไม่มีผลต่อบริการรักษาพยาบาลที่ได้ตามสิทธิ

6. เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

7. ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pretest - สัปดาห์ที่ 0) โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง ประเมินทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง และแบบบันทึกการติดตามอุบัติการณ์ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ

8. ดำเนินการให้การแทรกแซง (Intervention) โดยให้โปรแกรมการให้ความรู้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบกับกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ประเมินความรู้ผู้ป่วยก่อนการให้ความรู้โดยใช้แบบทดสอบความรู้

กิจกรรมที่ 2 สอนและสาธิตให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง ครอบคลุม 7 ประเด็นหลัก และให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ (Demonstration and Return Demonstration)

กิจกรรมที่ 3 แจกคู่มือการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง โปสเตอร์ขั้นตอนการทำความสะอาดมือ และสื่อวีดิทัศน์การสาธิตการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต

กิจกรรมที่ 4 ติดตามการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6

9. ติดตามและประเมินผลระหว่างการทดลอง โดยการติดต่อสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และการนัดหมายตรวจตามปกติ

10. ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Posttest - สัปดาห์ที่ 6) โดยใช้เครื่องมือเดียวกันกับการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ได้แก่ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบแบบประเมินทักษะในการดูแลตนเอง และแบบบันทึกการติดตามอุบัติการณ์ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ

11. นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ แล้วนำเข้าโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล

12. วิเคราะห์และตีความผลการวิจัย เขียนรายงานการวิจัย และเสนอข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โครงการเลขที่ COA No.18/2025 เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ IRB No.55/2025 ประเภทการรับรองแบบเร่งรัด (Expedited Review) รับรองเมื่อวันที่ 26 มิถุนายน 2568

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.9 มีอายุเฉลี่ย 58.7 ± 12.3 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 55.9 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 76.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 64.7 มีโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 91.2 และเบาหวาน ร้อยละ 82.4 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่คือสามี/ภรรยา ร้อยละ 58.8 ระยะเวลาการล้างไตทางช่องท้องเฉลี่ย 3.2 ± 1.8 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ล้างไตด้วยตนเอง ร้อยละ 61.8 และ ร้อยละ 35.3 เคยมีประวัติติดเชื้อเยื่อช่องท้อง

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบก่อนและหลังได้รับการให้ความรู้ (n=34)

ตัวแปร	n	\bar{x}	SD	t	p-value
ความรู้เพื่อป้องกันการเกิด	34	10.15	2.34	15.82	<0.001*
ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ	34	15.62	1.18		

*p-value<0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนได้รับการโปรแกรมการให้ความรู้ ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 10.15 ± 2.34 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 17 คะแนน) หลังได้รับการโปรแกรมการให้ความรู้ ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 15.62 ± 1.18 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับการโปรแกรมการให้ความรู้ พบว่า คะแนนความรู้หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับการโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.82, p < .001$)

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนทักษะในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อเยื่อช่องท้อง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนทักษะในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อเยื่อช่องท้องก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ (n=34)

ตัวแปร	n	\bar{x}	SD	t	p-value
--------	---	-----------	----	---	---------



ทักษะในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน	ก่อนทดลอง	34	42.18	6.85	18.73	<0.001*
การติดเชื้อเยื่อช่องท้อง	หลังทดลอง	34	58.26	3.42		

*p-value<0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ผู้ป่วยมีคะแนนทักษะในการปฏิบัติตัวเฉลี่ย 42.18 ± 6.85 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 63 คะแนน) หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ผู้ป่วยมีคะแนนทักษะในการปฏิบัติตัวเฉลี่ย 58.26 ± 3.42 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนทักษะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ พบว่า คะแนนทักษะหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 18.73, p < .001$)

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ (n=34)

ตัวแปร		เกิด n (%)	ไม่เกิด n (%)	χ^2	p-value
อุบัติการณ์การเกิดภาวะเยื่อ	ก่อนทดลอง	8(23.5)	26(76.5)	-6.13	0.013*
ช่องท้องอักเสบ	หลังทดลอง	1(2.9)	33(97.1)		

*p-value<0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีผู้ป่วยเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.5 หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีผู้ป่วยเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจำนวน 1 ราย เมื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ พบว่า อุบัติการณ์หลังได้รับโปรแกรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = -6.13, p = .013$)

อภิปรายผล

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (Peritonitis) ในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 10.15 ± 2.34 คะแนน เป็น 15.62 ± 1.18 คะแนน ($t=15.82, p<.001$) คิดเป็นการ

เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 59.7 (ระดับต่ำ) เป็นร้อยละ 91.9 (ระดับสูง) การเพิ่มขึ้นของความรู้ อย่างมีนัยสำคัญนี้สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Self-Efficacy Theory) ซึ่งเน้นการสร้างความรู้ผ่านประสบการณ์ตรงและการเรียนรู้จากแบบอย่างการที่ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนเป็นผลมาจากองค์ประกอบหลักของโปรแกรมที่ออกแบบตามหลักการสร้างสมรรถนะแห่งตน 4 ด้าน ได้แก่ (1) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (Mastery Experience) จากการสาธิตย้อนกลับที่ทำให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติจริง (2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (Vicarious Experience) จากการสาธิตและวิดีโอที่ทำการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต (3) การได้รับคำแนะนำและการจูงใจ (Verbal Persuasion) จากการติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์และการเสริมแรงเชิงบวก และ (4) การจัดการสภาวะทางร่างกายและอารมณ์ (Physiological and Emotional States) โดยการสร้างความมั่นใจและลดความวิตกกังวลผ่านการให้คู่มือและสื่อสนับสนุนที่สามารถทบทวนได้ตลอดเวลา องค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนี้ทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เพียงแต่มีความรู้เพิ่มขึ้น แต่ยังสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาส พรหมใจมั่น (2563) ที่พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องสามารถเพิ่มคะแนนความรู้ในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การให้โปรแกรมที่มีโครงสร้างชัดเจนและมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องสามารถส่งเสริมความรู้ของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของชนิดาภา อยู่พงษ์ (2566) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังการให้สุขศึกษาเพิ่มขึ้นจาก 2.24 เป็น 28.36 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการให้ความรู้แบบเป็นระบบและมีการติดตามอย่างต่อเนื่องการวิเคราะห์คะแนนความรู้อย่างแยกตามด้านพบว่า ทุกด้านมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยด้านที่มีการพัฒนาโดดเด่นที่สุดคือด้านเทคนิคการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตและด้านการทำความสะอาดมือ ซึ่งเป็นประเด็นหลักที่มีความซับซ้อนและต้องการทักษะในการปฏิบัติ การที่ผู้ป่วยมีความรู้ในด้านนี้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนเป็นผลมาจากการเน้นย้ำและฝึกปฏิบัติซ้ำในกิจกรรมการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ ซึ่งเป็นไปตามหลักการของ Bandura (1997) ที่ระบุว่า ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (Mastery Experience) เป็นแหล่งที่มาที่สำคัญที่สุดของความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เมื่อผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติและประสบความสำเร็จในการทำขั้นตอนต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง จะทำให้เกิดความมั่นใจและความรู้ที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบทักษะในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อเยื่อช่องท้องระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (Peritonitis) ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง



ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนทักษะในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อเยื่อหุ้มสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยคะแนนทักษะเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 42.18 ± 6.85 คะแนน เป็น 58.26 ± 3.42 คะแนน ($t=18.73, p<.001$) คิดเป็นการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66.9 (ระดับปานกลาง) เป็นร้อยละ 92.5 (ระดับดี) การเพิ่มขึ้นของทักษะการปฏิบัติตัวที่สูงมากนี้สะท้อนถึงความสำเร็จของโปรแกรมในการเชื่อมช่องว่างระหว่างความรู้และการปฏิบัติ ซึ่งเป็นความท้าทายสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผลที่ได้นี้แสดงให้เห็นว่า การมีความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ต้องมีกระบวนการส่งเสริมทักษะและสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองควบคู่กันไปกับการเพิ่มขึ้นของทักษะการปฏิบัติตัวอย่างมีนัยสำคัญนี้เป็นผลมาจากการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ในทุกกิจกรรมของโปรแกรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเน้นประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (Mastery Experience) ผ่านการสาธิตย้อนกลับที่ให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติจริงและได้รับข้อเสนอแนะทันที การที่ผู้ป่วยได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองในขั้นตอนสำคัญ เช่น การทำความสะอาดมือ 7 ขั้นตอน และเทคนิคการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต ทำให้เกิดความชำนาญและความมั่นใจในการปฏิบัติ ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน นอกจากนี้ การติดตามและให้คำแนะนำผ่านแอปพลิเคชันอย่างต่อเนื่องในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 ยังช่วยเสริมแรงเชิงบวก (Verbal Persuasion) และแก้ไขข้อบกพร่องในการปฏิบัติได้ทันทีที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาทักษะได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากขึ้นผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของมงคล วารีย์ และคณะ (2568) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองมีพฤติกรรมจัดการตนเอง ($t=11.92, p<.001$) และพฤติกรรมป้องกันเยื่อหุ้มสมองอักเสบกลับซ้ำ ($t=11.83, p<.001$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการตนเองที่มีโครงสร้างชัดเจนและมีการติดตามอย่างต่อเนื่องสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ งานวิจัยของมงคลและคณะยังเน้นย้ำถึงความสำคัญของการฝึกทักษะและให้ความรู้ซ้ำเฉพาะรายบุคคล ร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวและทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของชนิดาภา อยู่พงษ์ (2566) ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจาก 2.24 เป็น 18.80 หลังการให้สุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาส พรหมใจมั่น (2563) ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดเยื่อหุ้มสมองอักเสบมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) การศึกษาเหล่านี้ล้วนชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการออกแบบอย่างเป็นระบบและมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (Peritonitis) ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

ผลการศึกษา พบว่า อุบัติการณ์การเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยในช่วง 6 สัปดาห์ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีผู้ป่วยเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 23.5) ในขณะที่ช่วง 6 สัปดาห์ระหว่างการดำเนินโปรแกรม มีผู้ป่วยเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบเพียง 1 ราย (ร้อยละ 2.9) เมื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์ก่อนและหลังพบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=6.13$, $p=.013$) คิดเป็นการลดลงถึงร้อยละ 87.7 ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลที่เป็นรูปธรรมของโปรแกรมในการลดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและเป็นอันตรายในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง การลดลงของอุบัติการณ์อย่างมีนัยสำคัญนี้เป็นผลโดยตรงจากการที่ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติตัวที่ดีขึ้น สามารถป้องกันการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ การลดลงของอุบัติการณ์อย่างมีนัยสำคัญนี้สะท้อนถึงความสำเร็จของการนำทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรม โดยเมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ที่เพิ่มขึ้นจากการได้รับประสบการณ์ความสำเร็จ การเรียนรู้จากแบบอย่าง การได้รับคำแนะนำและกำลังใจ รวมถึงการจัดการกับสภาวะทางอารมณ์ได้ดี ย่อมส่งผลให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ซึ่งนำไปสู่การลดอุบัติการณ์การติดเชื้อ การที่โปรแกรมมีการติดตามอย่างต่อเนื่องผ่านแอปพลิเคชันไลน์ในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 ยังช่วยให้ผู้วิจัยสามารถให้คำแนะนำและแก้ไขข้อบกพร่องได้ทันท่วงที ป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่ถูกต้องกลายเป็นนิสัย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของมงคล วารีย์ และคณะ (2568) ที่พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองมีประสิทธิผลในการป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง โดยผู้ป่วยที่เคยมีประวัติติดเชื้อเยื่อช่องท้องสามารถลดการเกิดซ้ำได้เมื่อได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม ซึ่งเน้นการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการให้แรงเสริมตนเอง การศึกษาของมงคลและคณะยังแสดงให้เห็นว่า การมีพฤติกรรมป้องกันที่ดีขึ้นส่งผลโดยตรงต่อการลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับผลลัพธ์ที่พบในการศึกษาครั้งนี้ นอกจากนี้ ผลการศึกษายังมีแนวโน้มสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาส พรหมใจมั่น (2563) แม้ว่าการศึกษาของจุฑามาสจะพบว่า ร้อยละการเกิดเยื่อช่องท้องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) แต่กลุ่มทดลองมีแนวโน้มการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบที่ต่ำกว่า ซึ่งอาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านขนาดกลุ่มตัวอย่างและระยะเวลาในการติดตามผลที่อาจยังไม่เพียงพอในการศึกษาครั้งนี้ แม้จะมีขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มากนัก (34 ราย) แต่การลดลงของอุบัติการณ์ที่ชัดเจน (จาก 8



ราย เหลือ 1 ราย) ทำให้สามารถแสดงความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติได้ ซึ่งสะท้อนถึงขนาดอิทธิพล (Effect Size) ที่ใหญ่ของโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรทางการแพทย์ควรนำโปรแกรมการให้ความรู้ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย CAPD ทุกราย โดยเฉพาะผู้ป่วยใหม่และผู้ที่เคยมีประวัติติดเชื้อ ควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างความเข้าใจในการดำเนินโปรแกรมอย่างเป็นระบบครอบคลุมทั้ง 4 กิจกรรมหลัก และจัดทำระบบเอกสารบันทึกการให้โปรแกรมและติดตามผลเพื่อประเมินประสิทธิผลอย่างต่อเนื่อง

1.2 ผู้ป่วยและครอบครัวควรเข้าร่วมโปรแกรมอย่างสม่ำเสมอและปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อ 7 ประเด็นหลักอย่างเคร่งครัด โดยศึกษาทบทวนข้อมูลจากคู่มือและวิดีโอที่ได้รับอย่างสม่ำเสมอ และใช้รายการตรวจสอบ (Checklist) ประเมินตนเองทุกครั้งที่เปลี่ยนน้ำยา ครอบครัวควรให้การสนับสนุนทางจิตใจและช่วยเตือนผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง หากพบอาการผิดปกติให้ติดต่อพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ทันที

2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาติดตามผลประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น อย่างน้อย 6-12 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอุบัติการณ์การเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบในระยะยาว รวมทั้งควรใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมอย่างชัดเจน

2.2 ควรพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรมเทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมความรู้และทักษะ เช่น แอปพลิเคชันที่มีบทเรียนเชิงโต้ตอบ ระบบเตือนความจำ ระบบปรึกษาผ่าน Telemedicine หรือการใช้ Virtual Reality (VR) ในการฝึกทักษะการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาในสภาพแวดล้อมจำลอง เปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างการให้โปรแกรมแบบดั้งเดิมกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

เอกสารอ้างอิง

- กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. (2565). ระบาดวิทยาและการทบทวนมาตรการป้องกันโรคไตเรื้อรัง. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- จุฑามาส พรหมใจมั่น. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองและการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง. กรุงเทพฯ: วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยคริสเตียน .
- ชนิดาภา อยู่พงษ์. (2566). ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อความรู้และการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง. เข้าถึงได้จาก <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detail&sid=230#posted>
- มงคล วารีย์, นภลัย แสงโพธิ์, อัญญาณี ฮองตัน และชญญาวีร์ ไชยวงศ์. (2568). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อสถานะสุขภาพ พฤติกรรมการจัดการตนเองและพฤติกรรมป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบกลับซ้ำของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา, 8(1), 25-37.
- เวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลสุโขทัย. (2567). รายงานสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) ประจำปี พ.ศ. 2564–2567. สุโขทัย: โรงพยาบาลสุโขทัย .
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2565). รายงานสถานการณ์การให้บริการบำบัดทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2565. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- Bandura A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman and Company. W. H. Freeman and Company.
- Piraino B., Bernardini, J., Brown, E., Figueiredo, A., Johnson, D.W., Lye, W., et al. (2011). ISPD Position Statement on Reducing the Risks of Peritoneal Dialysis-Related Infections. Peritoneal Dialysis International. *Journal of the International Society for Peritoneal Dialysis*, 31, 614-630.
- Bloom. (1975). *Taxonomy of Education*. New York: David McKay Company Inc.



- Davis F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly*, 13(3), 319–340.
- Htay H., Cho, Y., Pascoe, E. M., Darssan, D., Nadeau-Fredette, A. C., Hawley, C. M., & Johnson, D. W. (2017). Center effects and peritoneal dialysis peritonitis outcomes: Analysis of a national registry. *American Journal of Kidney Diseases*, 69(3), 377–385.
- Li H., Jiang, Y. F., & Lin, C. C. (2016). Factors associated with self-management by people undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis: A descriptive study. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 76–83.
- Ghali L., et al. (2011). Effects of Fiber Weight Ratio, Structure and Fiber Modification onto Flexural Properties of Luffa-Polyester Composites. *Advances in Materials Physics and Chemistry*, 1, 78-85.
- Troidle L., Gorban-Brennan, N., Kliger, A., & Finkelstein, F. O. (2012). Continuous peritoneal dialysis-associated peritonitis: A review and current concepts. *Seminars in Dialysis*, 25(4), 407–415.
- Nessim S. J., Bargman, J. M., Jassal, S. V., Oliver, M. J., Austin, P. C., & Perl, J. (2013). The impact of transfer from hemodialysis on peritoneal dialysis technique survival. *Peritoneal Dialysis International*, 33(3), 297–305.
- Liyanage T., Ninomiya, T., Jha, V., Neal, B., Patrice, H. M., Okpechi, I., ... & Gallagher, M.. (2015). Worldwide access to treatment for end-stage kidney disease: A systematic review. *The Lancet*, 385(9981), 1975–1982.
- Fan X., Huang, R., Wang, J., Ye, H., Guo, Q., & Yi, C. (2014). Self-efficacy and adherence to continuous ambulatory peritoneal dialysis in patients with end-stage renal disease. *International Journal of Nursing Practice*, 20(5), 505–512.



Cho Y., Johnson, D. W., & Badve, S. V. (2014). Impact of peritonitis on mortality in peritoneal dialysis patients: A systematic review. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 9(12), 2136–2143.