

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ
ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง
The Effects of a Family Engagement Program on Infection Prevention
Behaviors in Patients with Chronic Kidney Disease Undergoing
Peritoneal Dialysis

พิมพรรณ เรืองพุท^{1*}, รัตนภรณ์ วงบุญคง², กุลวดี ผลประดิษฐ์², ธัญวรา จันทร์สังข์², วริษฐา มณีโชติ²,
หฤดี ดามาพงศ์², สุวภา ตะแหละ² และ ศศิธร ภูวสุธ²

Pimpawan Rueangphut^{1*}, Rattanaporn Wangbunkhong², Kunwadee Phonpradit²,
Thanwara Jansang², Warittha Maneechot², Harudee Damaphong², Suwapa Talaea²,
and Sasithorn Phuwasuthorn²

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²นักศึกษพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² The Student of Bachelor of Nursing Science Program, Boromarajonani College of Nursing
Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

(Received: April 7, 2025; Revised: May 1, 2025; Accepted: May 19, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง วัดภูประสงค์เพื่อศึกษา
ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไต
ทางช่องท้อง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง
จำนวน 23 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวตามแนวคิดการดูแลร่วมกันของ Sebern
วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วม
ของครอบครัวเพิ่มขึ้น ($p = 0.002$) แต่คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ
ก่อนและหลังใช้โปรแกรมไม่มีความแตกต่างในภาพรวม แต่แตกต่างกันในรายด้าน ได้แก่ การเปลี่ยนถ่ายน้ำยา
ล้างไต ($p = 0.005$) การดูแลความสะอาดแผล ($p < 0.001$) การดูแลสิ่งแวดล้อม ($p = 0.001$) และการดูแลสุข
วิทยาส่วนบุคคล ($p = 0.014$) ตามลำดับ

ฉะนั้น ควรนำโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวไปประยุกต์ใช้ในหน่วยไตเทียมของโรงพยาบาล
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย
โรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้ออย่างต่อเนื่องและมี
ประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของครอบครัว, พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ, การล้างไตทางช่องท้อง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: ying.pim@hotmail.com)

Abstract

This study was a quasi-experimental one-group pretest-posttest design. The objective was to examine the effect of a family engagement program on infection prevention behaviors among patients with chronic kidney disease undergoing peritoneal dialysis. The sample consisted of 23 patients receiving peritoneal dialysis, selected through purposive sampling. The research instrument was a family engagement program based on the collaborative care concept by Seburn. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and Wilcoxon signed-rank test.

The results showed that after implementing the family engagement program, the experimental group demonstrated a statistically significant increase in the mean score of family participation ($p = 0.002$). However, there was no significant difference in overall infection prevention behavior scores before and after the program. Nevertheless, significant improvements were observed in specific areas: peritoneal dialysis fluid exchange ($p = 0.005$), wound cleanliness care ($p < 0.001$), environmental hygiene ($p = 0.001$), and personal hygiene care ($p = 0.014$), respectively.

Therefore, the family engagement program should be applied in hospital dialysis units and sub-district health promoting hospitals within the network to promote family involvement in the care of patients with chronic kidney disease undergoing peritoneal dialysis. This would help enhance patients' self-care behaviors for effective and continuous infection prevention.

Keywords: Family Engagement, Infection Prevention Behaviors, Peritoneal Dialysis

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD) เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก โดยเฉพาะโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องให้การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง หรือการปลูกถ่ายไต สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยรายงานจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ปี พ.ศ. 2561, 2562 และ 2563 มีผู้ป่วย จำนวน 26,070, 30,869, และ 34,467 ราย ตามลำดับ (The Nephrology Society of Thailand, 2020) จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีแนวโน้มที่สูงขึ้น ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องมักเปลี่ยนน้ำยาล้างไตวันละ 4 - 6 ครั้ง และในแต่ละครั้งของการเปลี่ยนน้ำยามีโอกาสเกิดการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง เนื่องจากการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การละเลย ไม่เคร่งครัดในขั้นตอนวิธีการต่าง ๆ เช่น ล้างขั้นตอนปรับเทคนิควิธีล้างไตผ่านทางช่องท้องให้สั้นลง ล้างมือไม่ถูกวิธี ไม่คัดแยกขยะ จัดเตรียมบริเวณจัดวางอุปกรณ์ในการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตไม่สะอาด สิ่งแวดล้อมภายในห้องอับชื้น เก็บน้ำยาไม่เรียงลำดับการใช้ก่อน-หลัง (Kanjanaabuch, 2013) จากการศึกษาของ Suanpoot (2014) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง คือ การล้างมืออย่างไม่ถูกวิธีของผู้ดูแล การไม่ปิดแผลขณะอาบน้ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Tiawilai & Tantivichitvej (2020) พบว่า ระดับการศึกษา การล้างมือบางครั้ง การสวมผ้าปิดปากและจมูกบางครั้ง สถานที่เปลี่ยนน้ำยาล้างไตที่ไม่ได้มาตรฐาน มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาในโรงพยาบาลหลายแห่งพบว่า อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้อง คิดเป็น 0.35 ครั้งต่อผู้ป่วย/ปี (Somboon & Kamsa-ard, 2019) 0.45 ครั้งต่อผู้ป่วย/ปี (Chieochanthanakij, 2020) (เกณฑ์มาตรฐานสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย มากกว่า 24 เดือนต่อการติดเชื้อหนึ่งครั้ง) จากรายงานหน่วยไตเทียม โรงพยาบาล

มหาราช นครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. 2562, 2563, 2564, 2565 และ 2566 พบอัตราการเกิดการติดเชื้อเยื่อ
ช่องท้องระยะเวลาดำเนิน 33, 40, 33, 34 และ 32 เดือนติดเชื้อหนึ่งครั้ง ตามลำดับ

การติดเชื้อเยื่อช่องท้องที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ทำให้เกิด
ความเครียด วิถีการกิน นอน ท้อแท้ และนำสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (Artiwitachayanon, 2017) ผลการศึกษาของ
Prapaiwong, Sriyuktasuth, Na Ayuthya, & Vongsirimas (2015) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตใน
ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส และการทำ
หน้าที่ทางเพศ ครอบครัวจึงเป็นส่วนหนึ่งในการร่วมจัดการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย การสนับสนุนจากสมาชิกใน
ครอบครัวในการจัดเตรียมเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ การเปลี่ยนถ่ายน้ำยา การดูแลแผลช่องสายออก การดูแล
ความสะอาดสิ่งแวดล้อม จะช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตได้
(Theppaengta, 2024) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องสำคัญ ตามแนวคิดทฤษฎีการมี
ส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) เชื่อว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ 1) การสื่อสาร เป็นการสื่อสารแลกเปลี่ยนด้านการล้างไต โดยให้สมาชิกในครอบครัว
รับรู้และเข้าใจในความต้องการการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการล้างไตทางช่องท้อง 2) การตัดสินใจ เป็นการหา
ปัญหาการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง และร่วมกันตัดสินใจในการดูแลจัดการปัญหาการติดเชื้อที่เกิดขึ้น
3) การมีส่วนร่วมในการกระทำร่วมกัน เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความเข้าใจ การรับฟัง และการมีส่วนร่วมในการดูแล
จึงเป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษาและส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการดูแลร่วมกันที่ดีและมีประสิทธิภาพ
จากผลการศึกษาพบว่า การส่งเสริมการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องและครอบครัว สามารถลด
ความเสี่ยงต่อการเกิดติดเชื้อเยื่อช่องท้อง (Waree, Saengpho, & Sansuk, 2019) และลดการติดเชื้อที่แผล
ช่องสายออกได้ (Pairojkittrakul, Harnirattisai, & Thitiarchakul, 2014) ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการ
ดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการช่วยเหลือด้านการดูแลสุขอนามัย การปฏิบัติตาม
แนวทางการล้างไต และการเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่อาจนำไปสู่การติดเชื้อ งานวิจัยก่อนหน้านี้ยังระบุว่า การมี
ส่วนร่วมของครอบครัวสามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเยื่อช่องท้องของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องได้อย่างมีนัยสำคัญ (Waree, Saengpho, & Sansuk, 2019)

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ระบุถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเยื่อช่องท้องในผู้ป่วยที่
ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง เช่น พฤติกรรมสุขอนามัยที่ไม่เหมาะสม การขาดความรู้หรือ
การฝึกอบรมของผู้ดูแล และการไม่ปฏิบัติตามเทคนิคปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัดนั้น ยังมีงานวิจัยจำนวนน้อยที่
ประเมินผลของโปรแกรมที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการติดเชื้ออย่างเป็นระบบโดยตรง
อาจมีการกล่าวถึงบทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมถึงผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่อง
ท้อง แต่ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมที่มีการออกแบบให้ครอบครัวมีส่วนร่วม
อย่างชัดเจนต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วย นอกจากนี้งานวิจัยที่ผ่านมาโดยส่วนใหญ่
เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหรือความสัมพันธ์ ซึ่งไม่สามารถระบุผลเชิงสาเหตุของการแทรกแซงได้อย่างชัดเจน
ยังขาดการศึกษาในรูปแบบวิจัยกึ่งทดลองที่สามารถประเมินผลกระทบของการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อ
พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องได้โดยตรง และด้วยแนวโน้ม
การรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้วยการล้างไตทางช่องท้องที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การศึกษานี้จึงมีความสำคัญ
เนื่องจากมุ่งเน้นไปที่การประเมินผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการติด
เชื้อของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง ด้วยการใช้การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research)
เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น หากโปรแกรมนี้มีประสิทธิภาพ อาจนำไปสู่การพัฒนาแนว
ทางการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมมากขึ้น และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานพยาบาลต่าง ๆ เพื่อช่วยลดอัตรา
การติดเชื้อ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตผ่านทางช่องท้องในระยะยาว

วัตถุประสงค์วิจัย

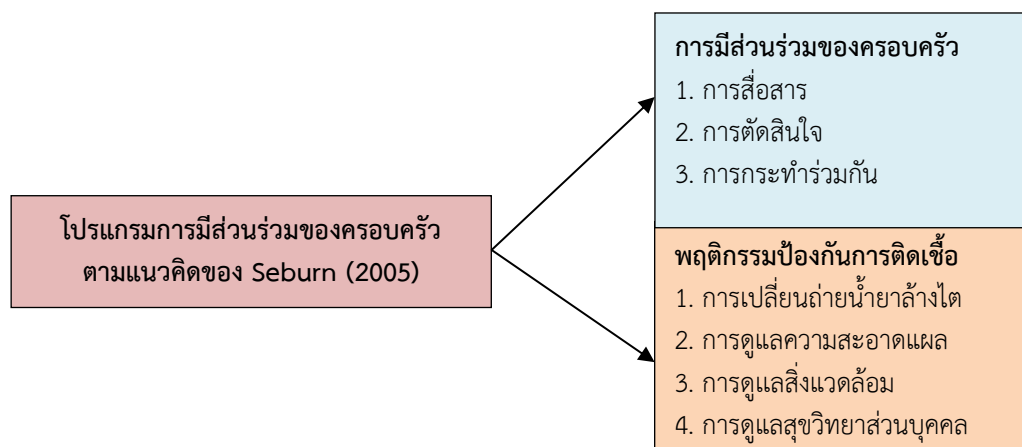
1. เพื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของครอบครัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว

สมมติฐาน

1. หลังการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของครอบครัวสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม
2. หลังการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแล (Share care) ของ Sebern (2005) มาประยุกต์ใช้เพื่อจัดทำโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ 1) การสื่อสาร (Communication) เป็นการสื่อสารให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว และเข้าใจขั้นตอนการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง การดูแลความสะอาดแผล การดูแลสิ่งแวดล้อม และการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล 2) การตัดสินใจ (Decision-making) เป็นการค้นความต้องการการช่วยเหลือ และปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนการดูแลและตัดสินใจจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น 3) การมีส่วนร่วมในการกระทำร่วมกัน (Reciprocity) เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความเข้าใจ การรับฟัง และการกระทำร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องและครอบครัว จำนวน 61 ราย ที่เข้ามาใช้บริการในหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง ตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป และครอบครัว คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ test family เลือก t-test, Statistical test เลือก Mean: Difference between two dependent means (matched pairs) เลือก One tailed กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.6 (Pongkerd & Choowattanapakorn, 2016) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 19 ราย เมื่อคำนวณความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 (Chirawatkul, 2013) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 23 ราย

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด (Purposive sampling) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusive criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ดี สื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉิน 4) ผู้ป่วยและครอบครัวยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา และ 5) ผู้ดูแลหลักต้องเป็นบุคคลเดียวกันตลอดการศึกษา

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusive criteria) ดังนี้ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมในกระบวนการศึกษาได้ทุกขั้นตอน 2) มีภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย/หรือมีความผิดปกติใดๆจนต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้แก่ ภาวะน้ำท่วมปอด ภาวะติดเชื้อเยื่อหุ้มช่องท้อง และ 3) มีการเปลี่ยนวิธีการล้างไตทางช่องท้อง เป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีทั้งหมด 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1 โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง เป็นรูปแบบการดูแลร่วมกันของครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Sebern (2005) เพื่อส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัว ประกอบด้วย 1) คู่มือการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง 2) แผนการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมด้านการสื่อสารโดยผู้วิจัยให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัว กำหนดเป้าหมายและวางแผนการดูแลร่วมกัน ด้านการตัดสินใจร่วมแก้ปัญหาโดย ผู้วิจัยทบทวนความรู้ สาธิต และฝึกปฏิบัติ และเปิดโอกาสให้พูดคุยปัญหา และด้านการกระทำร่วมกันโดยทบทวนแผนการดูแลร่วมกัน กระตุ้นการมีส่วนร่วม ให้กำลังใจ และสังเกตพฤติกรรมมีส่วนร่วม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 9 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด และปลายปิด ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ระยะเวลาการล้างไตทางช่องท้อง ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการล้างไต และประวัติการติดเชื้อเยื่อหุ้มช่องท้อง

2.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล จำนวน 9 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด และปลายปิด ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์ฝึกปฏิบัติล้างไตทางช่องท้อง และหน้าที่หลักของผู้ดูแลต่อผู้ป่วย

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต จำนวน 11 ข้อ 2) ด้านการดูแลความสะอาดแผล จำนวน 8 ข้อ 3) ด้านการดูแลสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ และ 4) ด้านการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ รวมทั้งรวม จำนวน 34 ข้อ โดยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนน 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน (5 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง 5 - 6 วันต่อสัปดาห์ (4 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง 3 - 4 วันต่อสัปดาห์ (3 คะแนน) ไม่ค่อยปฏิบัติ 1 - 2 วันต่อสัปดาห์ (2 คะแนน) และไม่ปฏิบัติเลย (1 คะแนน)

การแปลผล คะแนนรวมสูง หมายถึง พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อดี ถ้ามีคะแนนน้อย หมายถึง พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไม่ดี

2.4 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกัน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) ประกอบด้วย 1) การสื่อสาร จำนวน 5 ข้อ 2) การตัดสินใจ จำนวน 3 ข้อ และ 3) การกระทำร่วมกัน จำนวน 6 ข้อ รวมทั้งหมด จำนวน 14 ข้อ โดยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนน 5 ระดับ คือ มีการตอบสนองให้ความร่วมมือมากที่สุด (5 คะแนน) มีการตอบสนองให้ความร่วมมือมาก (4 คะแนน) มีการตอบสนองให้ความร่วมมือปานกลาง (3 คะแนน) มีการตอบสนองให้ความร่วมมือน้อย (2 คะแนน) ไม่มีการตอบสนองให้ความร่วมมือ (1 คะแนน)

การแปลผล คะแนนรวมสูง หมายถึง การมีส่วนร่วมในการดูแลสูง คะแนนรวมน้อย หมายถึง การมีส่วนร่วมในการดูแลน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ฯ คู่มือการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตที่ล้างไตทางช่องท้อง แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ และแบบประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัว ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไต 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน 1 ท่าน และปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ เท่ากับ 0.95 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัว เท่ากับ 0.98

จากนั้น ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 5 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจในเนื้อหาสามารถปฏิบัติตามได้ และนำไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการทดสอบพบว่า แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 26 ธันวาคม 2567 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

ก่อนทดลอง

1. ผู้วิจัยขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช และทำหนังสือถึงสาธารณสุขอำเภอเมืองนครศรีธรรมราช

2. ผู้วิจัยประสานพื้นที่ชุมชน ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยเพื่อหากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และชี้แจงความเป็นมาของปัญหา วัตถุประสงค์ รูปแบบและขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถาม และใช้เวลาในการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยได้ประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัวและพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง ก่อนใช้โปรแกรม ฯ (Pre test)

ขั้นตอนทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง โดยการเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง พูดคุยแนะนำตัวเอง สังเกตสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยและครอบครัว

2. ผู้วิจัยให้ความรู้การดูแลสุขภาพตนเอง โดยใช้คู่มือการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยจัดทำ ประกอบด้วยเนื้อหา การเปลี่ยนถ่ายน้ำล้างไต การดูแลความสะอาดแผล การดูแลสิ่งแวดล้อม และการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันค้นหาปัญหาความต้องการของครอบครัว ความต้องการการช่วยเหลือ ตั้งเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลร่วมกัน เพื่อจัดการพฤติกรรมที่อาจส่งผลทำให้เกิดการติดเชื้อเยื่อหุ้มสมอง และนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 2

1. ผู้วิจัยเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว ทบทวนความรู้ และส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยสาธิตและฝึกทักษะในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง การดูแลแผลหน้าท้อง การดูแลสิ่งแวดล้อม และการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

2. ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างเปลี่ยนถ่ายน้ำยา การทำแผล และแนวทางแก้ปัญหา
สัปดาห์ที่ 3-5

1. ผู้วิจัยเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว ทบทวนแผนการดูแลร่วมกัน กระตุ้นการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกัน ให้กำลังใจในการดูแลร่วมกัน และสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการปฏิบัติกิจกรรมการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง การดูแลแผลหน้าท้อง การดูแลสิ่งแวดล้อม และการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

2. กระตุ้นการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแก้ปัญหาร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 6

1. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง ประเมินพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ และประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัว

2. ให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยสรุปกิจกรรม เน้นย้ำให้มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

3. ตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูล

ขั้นหลังทดลอง

ผู้วิจัยได้ประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัวและพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง หลังใช้โปรแกรม ฯ (Post test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ก่อนและหลังการโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง ใช้สถิติ Shaprio-wilk พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ จึงเลือกใช้สถิติ Wilcoxon Sing-rank test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง ใช้สถิติ Paired T-test

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยได้รับหนังสือรับรองการทำวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช เลขที่รับรอง Exc-17/2567 วันที่ 26 กันยายน 2567 – 25 กันยายน 2568 และผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มการวิจัย หลังจากนั้นให้แบบสอบถามและเอกสารข้อมูลการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างก่อนลงลายมือยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง 1 - 2

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วย)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	14	60.87
หญิง	9	39.13
อายุ (M=55, SD=12.77)		
30-44 ปี	3	13.04
45-60 ปี	12	52.17
61-77 ปี	8	34.78
อาชีพหลัก		
ค้าขาย	7	13.04
รับจ้าง	3	13.04
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	17	73.92
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้รับการศึกษา	2	8.70
ประถมศึกษา	10	43.48
มัธยมศึกษา	6	26.08
อนุปริญญา/ปริญญาตรี	5	21.74
สิทธิการรักษา		
บัตรทอง	20	86.96
ประกันสังคม	2	8.70
ข้าราชการ	1	4.34
ระยะเวลาที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (M=4.46, SD=2.26)		
2 เดือน – 3 ปี	11	47.82
3 ปี – 6 ปี	6	26.09
6 ปี – 10 ปี	6	26.09
ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการล้างไต		
ไม่มี	16	69.57
มีเยื่อเมือก	6	26.08
น้ำยาไหลออกไม่ดี	1	4.35
ประวัติการติดเชื้อเยื่อช่องท้อง		
ไม่เคยติดเชื้อ	15	65.22
เคยติดเชื้อ	8	34.78

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วย) เป็นเพศชาย เป็นสองเท่าของเพศหญิง (ร้อยละ 60.87) มีอายุเฉลี่ย 55 ปี (SD=12.77) เกือบ 3 ใน 4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 73.92) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 43.48) และใช้สิทธิการรักษาเป็นบัตรทอง (ร้อยละ 86.96) ระยะเวลาที่ล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องโดยเฉลี่ย 4.46 ปี (SD=2.26) ผู้ป่วยเกินครึ่งไม่ค่อยมีปัญหาในระหว่างการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต (69.57) และไม่เคยติดเชื้อที่เยื่อช่องท้อง (ร้อยละ 65.22)

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลัก (n= 23)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	8	34.78
หญิง	15	65.22
อายุ (M= 49.08, SD= 13.90)		
25 - 40 ปี	8	34.78
41 - 59 ปี	8	34.78
60 - 75 ปี	7	30.44
อาชีพหลัก		
เกษตรกรรวม	2	8.70
ค้าขาย	7	30.43
รับจ้าง	7	30.43
รับราชการ	3	13.04
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	17.40
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	5	21.74
มัธยมศึกษา	9	39.13
อนุปริญญา/ปริญญาตรี	9	39.13
สถานภาพ		
โสด/หย่าร้าง	7	30.43
คู่	16	69.57
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา/มารดา	1	4.36
สามี/ภรรยา	7	30.43
บุตร	7	30.43
ญาติ	8	34.78
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (M= 3.68, SD= 3.02)		
2 เดือน - 3 ปี	15	65.22
4 ปี - 6 ปี	2	8.70
7 ปี - 10 ปี	6	26.08
ประสบการณ์ฝึกปฏิบัติล้างไตทางช่องท้อง		
หน่วยไตเทียมสอน	21	91.30
ผู้ป่วย/ญาติสอน	2	8.70
หน้าที่หลักของผู้ดูแลต่อผู้ป่วย		
ช่วยล้างไต	6	26.09
ทำความสะอาดแผล	2	8.70
เตรียมอาหาร	6	26.09
ทำความสะอาดห้องล้างไต	1	4.34
ทำมากกว่า 1 อย่าง	8	34.78

จากตาราง 2 พบว่า ผู้ดูแลหลักเกินครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.22) มีอายุเฉลี่ย 49.08 ปี (SD=13.90) อาชีพค้าขายกับรับจ้างมีจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 30.43) เช่นเดียวกับการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาและ

อนุปริญา/ปริญาตรี (ร้อยละ 39.13) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส (ร้อยละ 69.57) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยเป็นสามีภรรยาหรือบุตร (ร้อยละ 30.43) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 เดือน – 3 ปีเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.22) เกือบทั้งหมดผ่านประสบการณ์ฝึกปฏิบัติทางห้องทดลองจากหน่วยไตเทียม (ร้อยละ 91.30) และผู้ดูแลหลักทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 1 อย่าง (ร้อยละ 34.78)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวก่อนและหลังใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ได้แก่ การสื่อสารในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้สมาชิกในครอบครัวรับรู้และเข้าใจ ขั้นตอนการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง การดูแลความสะอาดแผล การดูแลสิ่งแวดล้อม และการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การตัดสินใจในการค้นหาความต้องการการช่วยเหลือ เพื่อร่วมกันวางแผนการดูแลและตัดสินใจ จัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น การมีส่วนร่วมในการกระทำร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ด้วย สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test ดังตาราง 3

ตาราง 3 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของครอบครัว	M	SD.	Z	p-value (2-tailed)
การสื่อสาร				
ก่อนทดลอง	22.22	4.64	2.75	0.006
หลังทดลอง	22.78	4.50		
การตัดสินใจ				
ก่อนทดลอง	13.30	2.69	1.18	0.238
หลังทดลอง	13.52	2.94		
การกระทำร่วมกัน				
ก่อนทดลอง	23.35	7.04	2.82	0.005
หลังทดลอง	24.52	6.79		
ภาพรวมของการมีส่วนร่วม				
ก่อนทดลอง	58.87	13.60	3.07	0.002
หลังทดลอง	60.83	13.69		

จากตาราง 3 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว แยกเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านการสื่อสาร ด้านการตัดสินใจ และด้านการกระทำร่วมกันของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลร่วมกันด้านการสื่อสาร และด้านการกระทำร่วมกันเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการดูแลร่วมกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = .006$ และ $.005$) ตามลำดับ ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลร่วมกันด้านการตัดสินใจ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ได้แก่ การเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง การดูแลความสะอาดแผล การดูแลสิ่งแวดล้อม การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล ด้วยสถิติ Paired Simple t- test ดังตาราง 4

ตาราง 4 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อก่อนและหลังใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วม

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ	M	SD	Mean Diff.	95%CI	t	p-value (2-tailed)
การเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต						
ก่อนทดลอง	51.87	3.36	0.26	-1.37-0.27	-3.127	0.005
หลังทดลอง	52.70	2.57				
การดูแลความสะอาดแผล						
ก่อนทดลอง	38.22	2.37	0.29	2.62-3.81	11.179	< 0.001
หลังทดลอง	35.00	1.68				
การดูแลสิ่งแวดล้อม						
ก่อนทดลอง	36.00	5.21	0.30	-1.89-0.63	-4.162	0.001
หลังทดลอง	37.26	5.00				
การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล						
ก่อนทดลอง	32.13	2.55	0.36	-1.70-0.21	-2.670	0.014
หลังทดลอง	33.09	2.04				
รวมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ						
ก่อนทดลอง	158.22	9.61	0.60	1.06-1.41	0.292	0.773
หลังทดลอง	158.04	8.37				

จากตาราง 4 พบว่า หลังใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันพฤติกรรมติดเชื้อของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันในภาพรวม แต่มีความแตกต่างกันในแต่ละด้าน โดยกลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ การเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง การดูแลความสะอาด การดูแลสิ่งแวดล้อม และการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.005, 0.001, < 0.001$ และ 0.014) ตามลำดับ

อภิปรายผล

จากแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแล (Shared care) ของ Sebern (2005) ที่มุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ ผ่านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการตัดสินใจร่วมกันในการดูแลสุขภาพ โดยเน้นบทบาทของครอบครัวในฐานะผู้ดูแลที่มีความสามารถร่วมกับผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงจากโรคหรือภาวะแทรกซ้อน จากการศึกษาที่นำโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมของครอบครัวสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างชัดเจน สะท้อนให้เห็นว่า การส่งเสริมให้ครอบครัวเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองและของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง สามารถนำไปสู่การช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ และลดพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจนำไปสู่การติดเชื้อ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Sebern (2005) ซึ่งระบุว่าความสัมพันธ์แบบ “ร่วมดูแล” ที่มีรากฐานจากความไว้วางใจ การสื่อสาร และการสนับสนุนซึ่งกันและกัน จะช่วยเพิ่มศักยภาพของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการสุขภาพ ส่งเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Promchaiman (2020) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแล โดยการซักถามและสามารถบอกอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง ร่วมกันแก้ไขปัญหาเบื้องต้น และสามารถล้างไตผ่านทางช่องท้องได้ถูกต้องตามขั้นตอนและระมัดระวังการเกิดเยื่อช่องท้องในการดูแลตนเอง สามารถ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองมากขึ้น เช่นเดียวกับ Waree, Saengpho, & Sansuk (2019) ที่ศึกษาผลของการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเยื่อหุ้มสมองของบุคคลที่ได้รับการล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและครอบครัว โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการพยาบาลครอบครัว ได้แก่ การประชุมครอบครัว การสอนครอบครัว การให้คำปรึกษาครอบครัว การมีส่วนร่วมของครอบครัว การประคับประคองจิตใจและอารมณ์ของครอบครัว และแนวทางการจัดการตนเองของครอบครัว ที่มุ่งเน้นความต้องการด้านการเจ็บป่วย เพื่อให้บุคคลและครอบครัวเกิดกระบวนการเรียนรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และสามารถปรับตัวอยู่กับการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนได้เหมาะสมกับบริบทครอบครัว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจัดการสุขภาพบุคคลและครอบครัวในทิศทางที่ดีขึ้นในทุก ๆ ด้าน นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการดูแลร่วมกันทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการสื่อสาร ด้านการตัดสินใจ และด้านการมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อหาข้อตกลง หรือวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมสำหรับทุกฝ่าย และเป็นกระบวนการที่บุคคลเข้าร่วมในกิจกรรมหรือการตัดสินใจต่าง ๆ โดยแสดงบทบาทและมีอิทธิพลกระบวนการเหล่านั้น เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำความสะดวกแผล การปฏิบัติการล้างไต ร่วมกันประเมินและสังเกตอาการที่ผิดปกติเกี่ยวกับการติดเชื้อที่แผลช่องสายทางออก การคำนวณโปรตีน และการเมนูอาหารที่เหมาะสม การมีส่วนร่วมของครอบครัวในด้านเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยล้างไตสามารถดูแลตัวเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อน

สำหรับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อด้านการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง การดูแลความสะดวกแผล การดูแลสิ่งแวดล้อม และการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อาจเป็นเพราะว่าการสร้างบรรยากาศภายในกลุ่ม รับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยและครอบครัว กระตุ้นและให้กำลังใจพร้อมกำหนดเป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ (Kongkasaem, Lagampan, & Chuengsaman, 2017) เมื่อพิจารณารายละเอียดของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ ด้านการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตสูงกว่าก่อนการทดลอง ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมเปลี่ยนถ่ายน้ำยาที่ดีขึ้น เช่น สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา ทำความสะดวกมือทุกครั้งตามขั้นตอน เช็ดทำความสะอาดโต๊ะ วางอุปกรณ์ล้างไต ตรวจสอบเช็การเปิดตัวหนีบ การหัก พับ งอ หรือการอุดตันของสายน้ำยา หากน้ำยาไม่ไหลหรือไหลช้า แก้ไขโดยการปิดรูตสาย พลิกตะแคงตัว และสังเกตความผิดปกติของน้ำยาที่ออกมา เช่น ลักษณะสีความขุ่น ตะกอน เยื่อวัน และเลือด เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ ผู้ป่วยได้รับความรู้จากบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านอย่างสม่ำเสมอ มีการฝึกปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจึงมักคำนึงถึงคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลในการย้ำเตือนเรื่องการปฏิบัติตนที่เหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่งผลต่อการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อที่บ้านสูงขึ้นด้วย (Muangthai & Kantabanlang, 2024; Pawapotako, Kasatpibal, & Viseskul, 2024) ส่วนด้านการดูแลสิ่งแวดล้อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง อาจมาจากผู้ป่วยมีการปรับแยกเก็บน้ำยาล้างไตออกจากห้องที่ใช้สำหรับเปลี่ยนถ่ายน้ำยา วางน้ำยาล้างไตสูงจากพื้นเพื่อป้องกันแมลงและความชื้น และการดูแลห้องเปลี่ยนถ่ายน้ำยาอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับวิจัยของ Theppaengta (2024) พบว่าการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับตนเอง การจัดห้องสำหรับเปลี่ยนน้ำยา อ่างล้างมือ การเก็บน้ำยา และการเก็บอุปกรณ์ สามารถลดภาวะแทรกซ้อน และค่าใช้จ่ายในการรักษาได้ ทางด้านการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายถึงบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยและบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความช่วยเหลืออย่างถูกต้อง การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลผู้ป่วยจึงมีการปรับปรุงดีขึ้น ผู้ป่วยมีการรักษาความสะดวกของผิวหนังบริเวณรอบ ๆ ท่ออย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการรดเข็มขัด

บริเวณหน้าท้อง ดูแลให้สั้นและสะอาดอยู่เสมอ เปลี่ยนเสื้อผ้าทุกครั้งเมื่อมีการเปียกชื้น เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Peaschpunpisal, Leungsomnapa, Chanthapech, & Pangsee (2018) ที่พบว่า การจัดการของครอบครัวเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญในการอำนวยความสะดวกจัดเตรียมสภาพแวดล้อมรวมถึงการดูแลและกระตุ้นเตือนผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ด้านการดูแลความสะอาดแผลก่อนและหลังทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง แต่จากการสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยบางรายไม่ได้ทำความสะอาดแผลหน้าท้องและช่องสายออกของสายล้างท้องทุกวัน โดยผู้ป่วยทำความสะอาดแผล 2 วันต่อครั้ง และจะระมัดระวังไม่ให้อาหารสัมผัสแผลเปียกชื้น ทั้งนี้ผู้ป่วยให้เหตุผลว่าอุปกรณ์ในการทำแผลและแผ่นแปะแผลกันน้ำนั้นผู้ป่วยต้องจัดหาซื้อเอง หากทำแผลทุกวันจะทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และจากการทดลองยืดระยะเวลาในการทำแผลเป็นวันเว้นวันพบว่าแผลปกติดี ไม่บวมแดง จากการศึกษาของ Sriudom, Kengganpanich, & Benjakul (2018) ได้อธิบายถึงการรับรู้ความสามารถตนเองในการล้างไตทางช่องท้องของผู้ป่วยไว้ว่า การฝึกทักษะการทำความสะอาดแผลจนเกิดความชำนาญ สามารถจดจำขั้นตอนได้ถูกต้อง มีการเรียนรู้ประสบการณ์ด้วยตนเอง รับรู้ถึงปัญหาและอุปสรรคจากการปฏิบัติ จึงมีการปรับวิธีการดูแลให้เข้ากับบริบทของตนเอง แต่ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้คำพูดกระตุ้นให้เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติที่ถูกต้อง และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการไม่ทำแผลทุกวัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในหน่วยไตเทียมของโรงพยาบาล โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง นอกจากนี้ กลุ่มงานเวชกรรมสังคมและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย ควรติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้ออย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง ให้มีระยะเวลาในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น ควรมีการประเมินอัตราการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ และการติดเชื้อบริเวณแผลช่องสายออก

References

- Artiwitachayanon, A. (2017). Depression in patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Burapha Journal of Medicine*, 4(2), 67-78. (in Thai)
- Chieochanthanakij, R. (2020). Twelve Years CAPD Outcomes in Peritoneal Dialysis Unit of Sawanpracharak Hospital. *Sawanpracharak Medical Journal*, 17(3), 63-80. (in Thai)
- Chirawatkul, A. (2013). *Statistics for Health Science Research*. Bangkok: Wittayapat. (in Thai)
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). *G*Power 3: A Flexible Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.*
- Kanjanabuch, T. (2013). *Textbook of practical peritoneal dialysis*. Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)
- Kongkasaem, C., Lagampan, S., & Chuengsaman, P. (2017). A program enhancing adaptation of patients with end stage renal disease and treatment by continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Journal of Public Health Nursing*, 31(1), 75-89. (in Thai)

- Muangthai, S., & Kantabanlang, Y. (2024). End-stage Renal Patients' Lifestyle after Receiving Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 18(2), 679-694. (in Thai)
- Pairojkitrakul, S., Harnirattisai, T., & Thitiarchakul, S. (2014). The Effect of a Shared Care-Promoting Program on Shared Care, Nutritional Status and, Exit Site Infection among Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Patients. *Ramathibodi Nursing Journal*, 20(3), 325-340. (in Thai)
- Pawapotako, J., Kasatpibal, N., & Viseskul, N. (2024). Factors Related to Infection Prevention Practices among Patients Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis. *Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi*, 35(2), 99-113. (in Thai)
- Peaschpunpisal, C., Leaungsomnapa, Y., Chanthapech, R., & Pangsree, S. (2018). Self-management for Preventing Peritonitis at Least 18 Months in Patients with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD). *Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi*, 29(1), 17-28. (in Thai)
- Pongkerd, R., & Choowattanapakorn, T. (2016). The Effect of Empowerment Program on Self-Care Behaviors in the Older Persons with Chronic Kidney Disease Receiving Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis. *Kuakarun Journal of Nursing*, 23(2), 165-182. (in Thai)
- Prapaiwong, P., Sriyuktasuth, A., Na Ayuthya, S. K., & Vongsirimas, N. (2015). Factors Influencing Quality of Life in Women Receiving Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 7(3), 37-48. (in Thai)
- Promchaiman, J. (2020). *The Effects of Self-Management Program on Knowledge, Self-Management Behaviors and Peritonitis in Patients with Chronic Kidney Disease Having Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirement for the Master of Nursing Science (Adult Nursing) College of Nursing, Christian University of Thailand. (in Thai)
- Sebern, M. (2005). Shared Care, elder and family member skills used to manage burden. *Journal of Advanced Nursing*, 52(2), 170-179.
- Somboon, K., & Kamsa-ard, S. (2019). Epidemiology and Treatment Outcome of Peritoneal Dialysis (PD)-Related Peritonitis. *Mahasarakham Hospital Journal*, 16(1), 13-21. (in Thai)
- Sriudom, K., Kengganpanich, T., Kengganpanich, M., & Benjakul, S. (2018). Behavioral Modification Program for Continuous Peritoneal Dialysis of Patients with End-Stage Renal Disease. *Journal of Health Education*, 41(1), 49-61. (in Thai)
- Suanpoot, W. (2014). Factors associated with infection in patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis, Song District, Phrae Province, Thailand. *Journal of Health Science of Thailand*, 23(2), 284-289. (in Thai)
- The Nephrology Society of Thailand. (2020). *Thailand renal replacement therapy: Year 2020*. Retrieved November 3, 2023 from <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2022/06/Final-TRT-report-2020.pdf> (in Thai)

- Theppaengta, A. (2024). Effect of Peritoneal Dialysis Skills Training Program in Patients with End-stage Chronic Kidney Disease who Receive Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis on Behaviour Prevention Peritonitis. *Journal of Rajabhat Nursing and Health Sciences*, 4(1), 14-26. (in Thai)
- Tiawilai, T., & Tantivichitvej, R. (2020). The Incidence and Risk Factors of First Peritonitis Episode in Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Patients of Photharam Hospital. *Region 4-5 Medical Journal*, 39(1), 51-64. (in Thai)
- Waree, M., Saengpho, N., & Sansuk, J. (2019). The Effect of Enhancing Family Health Management to Prevention Peritonitis Behavior Among Persons with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis. *Nursing, Health, and Education Journal*, 2(3), 22-31. (in Thai)