



พลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ และอุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

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

แพรวพรรณ โกสินทร	พย.ม.*	Praewpan Kosintorn	M.N.S.*
อะเคื้อ อุนหเลขกะ	ปร.ด.**	Akeau Unahalekhaka	Ph.D.**
นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล	ปร.ด.***	Nongyao Kasatpibal	Ph.D.***

บทคัดย่อ

การป้องกันการติดเชื้อเป็นกิจกรรมสำคัญที่ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องจำเป็นต้องปฏิบัติ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิด 2 กลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อและอุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วย ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องด้วยตนเอง ที่มีระยะเวลาล้างไตตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดแพร่ จำนวน 27 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 14 ราย และกลุ่มควบคุม 13 ราย โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ เดือนกันยายน พ.ศ. 2556 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2557 โดยกลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตาม แนวคิดของกิบสัน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แผนการเสริม สร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง แบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันการ ติดเชื้อ และแบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ สถิติฟิชเชอร์ สถิติวิลคอกซัน และสถิติแมนน์-วิทนี ยู

ผลการวิจัยพบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจค่านัยฐานคะแนนการปฏิบัติของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม คิดเป็น 127 และ 125 จากคะแนนเต็ม 175 คะแนน ตามลำดับ ไม่แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจค่านัยฐานคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันการ ติดเชื้อของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 165 คะแนน สูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p = .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีค่านัยฐานคะแนนการปฏิบัติ 126 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .001$) ไม่พบการติดเชื้อในกลุ่มทดลอง ในกลุ่มควบคุมเกิดการติดเชื้อ 2 ครั้ง อัตราการติดเชื้อ คิดเป็น 0.46 ครั้ง/ราย/ปี

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่

* Professional Nurse, Phrae Hospital, Phrae Province

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



ผลการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อดีขึ้น ส่งผลให้อุบัติการณ์การติดเชื้อลดลง จึงควรนำวิธีการนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อลดการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ การปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อ อุบัติการณ์การติดเชื้อ ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

Abstract

Infection prevention (IP) is an important activity that patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) need to practice. This quasi-experimental research two group pretest-posttest design aimed to determine the effects of empowerment on infection prevention practices and incidences of infections among CAPD patients. The study samples were 27 CAPD patients who had a duration of CAPD ≥ 6 months and lived in Muang district, Phrae province. Fourteen patients were selected for the experimental group and 13 patients for the control group using a simple random sampling technique. The study was conducted during September 2013 to January 2014. Gibson's concept of empowerment was applied to the experimental group, while the control group received usual care. Study tools consisted of an empowerment plan for CAPD patients, an IP practices questionnaire and an infection surveillance form. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's exact probability test, Wilcoxon signed rank test and Mann Whitney U test.

The study results revealed that before the implementation of the empowerment program, the median score of IP practices among the experimental and control group were 127 and 125 from a total of 175 scores, respectively. After the implementation of the empowerment, the median score of IP practices of the experimental group significantly increased to 165 ($p=.001$), which was significantly higher than control group for which the median score was 126 ($p<.001$). No infection occurred in experimental group. There were 2 infections in the control group with an infection rate of 0.46 /patient-years.

The study findings show that the empowerment implementation can help CAPD patients improve IP practices, resulting in a reduction of the incidence of infection. It should be applied to decrease infection rates in CAPD patients.

Key words: Empowerment, Infection Prevention Practices, Incidence of Infections, Patients with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (continuous ambulatory peritoneal dialysis [CAPD]) เป็นหนึ่งในวิธีการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับคามนิยมเพิ่มขึ้นในประเทศไทยจากนโยบายบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องเป็นอันดับแรก (PD first policy) ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจาก 965 รายในปีงบประมาณ 2551 เป็น 10,127 รายในปีงบประมาณ 2554 (กองทุนโรคไต สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554) ในการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดฝังท่อล้างไตไว้ในช่องท้องร่วมกับการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตวันละ 4-6 ครั้ง ทำให้มีความเสี่ยงสำคัญต่อการติดเชื้อที่ตำแหน่งทางออกของสาย (exit-site infection) ซึ่งอาจลุกลามไปยังบริเวณแนวสายที่วางอยู่ในชั้นใต้ผิวหนังเกิดการติดเชื้อที่อุโมงค์ (tunnel infection) นอกจากนี้ยังพบว่าในการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตแต่ละครั้งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง (peritonitis) อุบัติการณ์การติดเชื้อในเยื่อช่องท้องของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในประเทศไทยอยู่ระหว่าง 0.57-0.66 ครั้ง/ราย/ปี (รัชนิ เชี่ยวชาญธนกิจ, 2553; สุเทพ จันทรมณีกุล, 2554)

การติดเชื้อส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยและญาติ การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าค่าใช้จ่ายเฉพาะค่ายาปฏิชีวนะที่ใช้รักษาการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องต่อครั้งอยู่ระหว่าง 30.21-39.32 เหรียญสหรัฐ (Khairullah et al., 2002) การศึกษาในประเทศออสเตรเลียพบว่าร้อยละ 69 ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อในเยื่อช่องท้องต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยมีระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลเฉลี่ย 4 วัน และการติดเชื้อจะทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น โดยมีระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลเฉลี่ย 10 วัน (Ghali et al., 2011) การศึกษาในประเทศอินเดียและประเทศออสเตรเลีย พบว่าร้อยละ 70-88 ของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อราต้องถอดสายล้างไตออก และร้อยละ 30-74 ต้องเปลี่ยนวิธีการรักษาเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Indhumathi, Jagadeswaran, Varadarajan, Abraham, & Soundararajan, 2009;

Miles et al., 2009) การศึกษาในประเทศไทยพบว่าร้อยละ 34.2 ของการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเกิดจากการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง (Pongskul et al., 2006)

สาเหตุของการติดเชื้อเกิดจากการที่ผู้ป่วยละเลยการปฏิบัติที่ถูกต้อง (Dong & Chen, 2010; Marwar Mawar, Gupta, & Mahajan, 2011) ดังนั้น จึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีการปฏิบัติอย่างถูกต้องและต่อเนื่องเพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นตามมา การดำเนินการที่ผ่านมาในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองตามแนวปฏิบัติของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย แม้ว่าผู้ป่วยจะมีการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นในช่วงแรก แต่เมื่อเวลาผ่านไป 1 ปี พบว่า ผู้ป่วยจะมีการปฏิบัติที่ถูกต้องลดลง และมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องเมื่อมีระยะเวลาการล้างไตนานขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ ต่อภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและการรับรู้ถึงความไม่สิ้นสุดของกระบวนการรักษา (จิราภรณ์ สุพลมัตย์, 2554) การศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง พบว่าความรู้สึกเบื่อหน่ายต่อกระบวนการรักษาที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องซ้ำๆ ทุกวัน มีผลให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง การรับรู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพไม่แข็งแรงทำให้ผู้ป่วยขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (พินดา เทียมจรรยา, ชมนาด วรรณพรศิริ และดวงพร หุ่นตระกูล, 2554)

การเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นให้บุคคลค้นพบปัญหาด้วยตนเอง โดยมีบุคลากรพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนหรือชี้แนะส่งเสริมพัฒนาทักษะที่จำเป็นเพื่อให้บุคคลนั้นสามารถจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นและมั่นใจในการปฏิบัติอย่างยั่งยืน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันมาใช้ส่งเสริมการปฏิบัติของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในการป้องกันการติดเชื้อ เพื่อให้ผู้ป่วยเหล่านี้รับรู้ถึงความสามารถของตน และเกิดความเชื่อมั่นในตนเองในการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ส่งผลให้สามารถปฏิบัติ



กิจกรรมการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องได้อย่างถูกต้องและทำให้เกิดการติดเชื้อลดลง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องระหว่างก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ประกอบด้วยการดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสถานการณ์จริง 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพโดยวัดผลต่อการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในชุมชนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552) ประกอบด้วย การทำความสะอาดมือ การป้องกันการปนเปื้อนจากการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต การสังเกตอาการผิดปกติ การดูแลแผลบริเวณตำแหน่งทางออกของสาย และการดูแลภาวะโภชนาการ และประเมินการติดเชื้อตามเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องของสมาคมล้างไตทางช่องท้องนานาชาติ (International Society Peritoneal Dialysis [ISPD]) (ISPD, 2005) ประกอบด้วย การติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง การติดเชื้อตำแหน่งทางออกของสาย และการติดเชื้อที่อุ้งเชิงกรานอุบัติการณ์การติดเชื้อโดยใช้หน่วยเป็นครั้ง/ราย/ปี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups pre - post test design) ระยะเวลาในการวิจัยตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2556 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2557

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องด้วยตนเองที่บ้าน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ต่อไปนี้

- 1) อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดแพร่
- 2) มีระยะเวลาการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมานานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป
- 3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และอ่านออกเขียนได้
- 4) ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น
- 5) ไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อจากการประเมินตามเกณฑ์ของ ISPD
- 6) ยินดีเข้าร่วมการศึกษา

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้หลักการวิเคราะห์อำนาจทางสถิติ (power analysis) โดยการกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ (significant level) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (level of power) เท่ากับ .80 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 14 ราย (กลุ่มควบคุมเสียชีวิตในระหว่างดำเนินการวิจัย 1 ราย)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และผู้วิจัยเรียนรู้วิธีการดำเนินการกับผู้เชี่ยวชาญด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
 - 2.1 แบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่ผู้วิจัย



พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วย ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 35 ข้อ คำถามเป็นแบบข้อความทางบวกและทางลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วย ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติน้อยครั้ง และไม่ปฏิบัติ ผ่านการตรวจวัดดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ 0.89 นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 5 ราย เก็บข้อมูล 2 ครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ นำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .99

2.2 แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตามเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อของ ISPD ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการวินิจฉัยการติดเชื้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน นำไปการหาค่าความเชื่อมั่นในการวินิจฉัยของผู้วิจัย ร่วมกับพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ 1 ท่าน โดยดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อพร้อมๆ กันในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องจำนวน 5 ราย หลังจากนั้นนำข้อมูลมาตรวจสอบความตรงกันของการวินิจฉัยการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (interater reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่นของการวินิจฉัยการติดเชื้อเท่ากับ 1

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพร่แล้ว ดังนี้

เดือนที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่หน่วยบริการล้างไตทางช่องท้องของโรงพยาบาลแพร่ตามวันเวลาการนัดหมายของหน่วยบริการล้างไต เพื่อแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของ

โครงการวิจัย หลังจากนั้นให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ร่วมกับเฝ้าระวังการติดเชื้อตามแบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

เดือนที่ 2 กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ โดยพยาบาลของหน่วยบริการล้างไตทางช่องท้องของโรงพยาบาลแพร่ให้ความรู้และคำแนะนำเป็นรายบุคคลเมื่อผู้ป่วยมารับบริการตามนัด และดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มทดลอง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริงเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ ผู้วิจัยสร้างความตระหนักถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องโดยทบทวนความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง และให้กลุ่มทดลองแต่ละคนเล่าประสบการณ์การติดเชื้อ หรือการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของตนเองให้กลุ่มฟัง เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองซักถามปัญหา ข้อเสนอแนะ และระบายความรู้สึกเพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจสถานการณ์การปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของตนเองได้มากขึ้น จนรู้สึกการยอมรับและพร้อมที่จะปรับตัว

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดมีวิจารณ์ญาณ ผู้วิจัยใช้คำถามสะท้อนคิด กระตุ้นให้กลุ่มทดลองคิดทบทวนเหตุการณ์ปัญหาการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อของตนเอง และฝึกทักษะการค้นหาคำตอบด้วยตนเอง โดยให้เปรียบเทียบการปฏิบัติที่ผ่านมากับประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่ม และข้อมูลที่ได้รับจากผู้วิจัย หลังจากนั้นให้แต่ละคนเสนอปัญหาการปฏิบัติของตนเองโดยผู้วิจัยเป็นผู้จัดบันทึกบนกระดานที่เตรียมไว้ และร่วมกันหาแนวทางการแก้ไข้ปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองร่วมกันเลือกวิธีการที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา เพื่อสร้างความรู้สึกมีส่วนร่วม ร่วมกันกำหนดเป้าหมาย และกิจกรรมในการปฏิบัติ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษา จัดบันทึกเป้าหมาย และกิจกรรมที่กลุ่มร่วมกันกำหนดขึ้น แล้วอ่านทวนซ้ำเพื่อสร้างความรู้สึกยอมรับในกิจกรรมที่



กำหนด หลังจากนั้นผู้วิจัยให้แต่ละรายลงลายมือชื่อเพื่อ
สร้างพันธะสัญญาร่วมกัน และสนับสนุนให้นำไปปฏิบัติ
ที่บ้าน

เดือนที่ 3 กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ และ
ดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มทดลอง ใน
ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ
ผู้วิจัยฝึกทักษะการประเมินตนเองแก่กลุ่มทดลอง โดยให้
ผู้ป่วยแต่ละรายเล่าถึงความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค
ในการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ ตลอดจนวิธี
การจัดการกับปัญหาอุปสรรคของตนเอง ประเมินผลย้อน
กลับทางบวก โดยกล่าวชื่นชมผู้ที่สามารถปฏิบัติตาม
เป้าหมายที่ตั้งไว้ สำหรับผู้ที่ไม่บรรลุตามเป้าหมาย ผู้วิจัย
ได้ใช้คำถามสะท้อนคิดกระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาสาเหตุที่
ทำให้ตนเองไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย เป็นการนำผู้ป่วย
กลับสู่ขั้นตอนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ และ
ดำเนินการตามขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลัง
อำนาจอีกครั้ง หลังจากนั้นให้กลุ่มทดลองเขียนสิ่งที่ต้อง
ปฏิบัติต่อไปในอนาคต และสิ่งที่ต้องเลิกปฏิบัติเพื่อคงไว้
ซึ่งการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อที่ถูกต้อง

เดือนที่ 4 ยุติการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่ม
ทดลอง ผู้วิจัยสรุปและประเมินกระบวนการเสริมสร้าง
พลังอำนาจ หลังจากนั้นรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม
การปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่อง
ท้องแบบต่อเนื่อง และรวบรวมข้อมูลการติดเชื้อในแบบ
เฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อ
เนื่องทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ข้อมูล
ทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Chi-square test
เปรียบเทียบการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อโดยใช้สถิติ
Wilcoxon signed rank test และ Mann Whitney U
test และเปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อโดยคำนวณ
หาอัตราการติดเชื้อแสดงเป็น ครั้งต่อรายต่อปี

ผู้วิจัยดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่กลุ่ม
ควบคุมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองจำนวน 14 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ
57.1 มีอายุตั้งแต่ 30-68 ปี อายุเฉลี่ย 51.71 ปี

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.98 ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มอายุ 40-49
และ 50-59 ปี ร้อยละ 35.7 เท่ากัน มีสถานภาพสมรสคู่
ร้อยละ 71.4 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ
78.6 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 71.4 มีโรคประจำตัว
10 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.4 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด
คือ โรคความดันโลหิตสูง ไม่มีผู้ใดสูบบุหรี่ มีระยะเวลา
ล้างไตตั้งแต่ 11 เดือน ถึง 5 ปี 3 เดือน ระยะเวลาเฉลี่ย
2.81 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.63 ผู้ป่วยมีระยะเวลา
ล้างไต 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.7 ทุกรายฝังท่อล้างไตแบบขด
และใช้น้ำยาล้างไตชนิด 1.5 % เด็กโตส กลุ่มควบคุมมี
จำนวน 13 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 61.5 มีอายุระหว่าง
43-70 ปี อายุเฉลี่ย 55.08 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
8.28 ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 38.5 มี
สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 69.2 การศึกษาอยู่ในระดับ
ประถมศึกษา ร้อยละ 76.9 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ
53.8 มีโรคประจำตัว 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 84.6
โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ไม่มี
ผู้ใดสูบบุหรี่ มีระยะเวลาล้างไตตั้งแต่ 11 เดือน ถึง 4 ปี
7 เดือน ระยะเวลาเฉลี่ย 2.21 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1.19 ผู้ป่วยมีระยะเวลาล้างไต 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.2
ทุกรายฝังท่อล้างไตแบบขดและใช้น้ำยาล้างไตชนิด 1.5%
เด็กโตส กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะไม่แตกต่างกัน

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทุกรายเคยได้รับ
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ กลุ่มทดลองเคย
เกิดการติดเชื้อจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.1 มีระดับ
ความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่าร้อยละ 36 ร้อยละ 78.6 มี
ระดับฮีโมโกลบินตั้งแต่ 10 กรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป ร้อยละ
57.1 มีระดับซีรั่มอัลบูมินตั้งแต่ 3 กรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป
ร้อยละ 71.4 กลุ่มควบคุมเคยเกิดการติดเชื้อจำนวน 3 ราย
คิดเป็นร้อยละ 23.1 มีระดับความเข้มข้นของเลือดน้อย
กว่าร้อยละ 36 ร้อยละ 78.6 มีระดับฮีโมโกลบินตั้งแต่
10 กรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไปร้อยละ 3.81 มีระดับซีรั่มอัลบูมินตั้งแต่
3 กรัมต่อขึ้นไปร้อยละ 76.9 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
มีลักษณะไม่แตกต่างกัน

ผลการเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการป้องกันการ
การติดเชื้อของผู้ป่วย พบว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลัง
อำนาจ ค่ามัธยฐานคะแนนการปฏิบัติของกลุ่มทดลอง



และกลุ่มควบคุมในภาพรวม คิดเป็น 127 และ 125 คะแนน จากคะแนนเต็ม 175 คะแนน ตามลำดับ คะแนนการปฏิบัติของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจค่ามัธยฐานคะแนนการปฏิบัติของกลุ่มทดลองในภาพรวมเพิ่มจาก 127 เป็น 165 จากคะแนนเต็ม 175 คะแนน แตกต่างจากก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) เมื่อพิจารณาคะแนนการปฏิบัติในแต่ละกิจกรรมพบว่าค่ามัธยฐานคะแนนการทำความสะอาดมือเพิ่มจาก 12 เป็น 20 จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน การป้องกันการปนเปื้อนจากการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตเพิ่มจาก 67 เป็น 86

จากคะแนนเต็ม 90 คะแนน แตกต่างจากก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ และ $p = .001$ ตามลำดับ ค่ามัธยฐานคะแนนการดูแลแผลบริเวณตำแหน่งทางออกของสายเพิ่มจาก 12 เป็น 30 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน การดูแลภาวะโภชนาการเพิ่มจาก 16 เป็น 19 จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน แตกต่างจากก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .001$ และ $p = .004$ ตามลำดับ ค่ามัธยฐานคะแนนการสังเกตอาการผิดปกติคิดเป็น 11 คะแนนจากคะแนนเต็ม 15 คะแนนทั้งก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ($n=14$)

การปฏิบัติ	คะแนนเต็ม	ก่อน		หลัง		Wil-coxon signed rank	p-value
		ค่ามัธยฐาน	คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	ค่ามัธยฐาน	คะแนนต่ำสุด-สูงสุด		
การทำความสะอาดมือ	20	12	8-12	20	16-20	-3.490	.000
การป้องกันการปนเปื้อนขณะเปลี่ยนน้ำยาล้างไต	90	67	57-72	86	68-90	-3297	.001
การสังเกตอาการผิดปกติ	15	11	11	11	11	-1.000	.317
การดูแลแผลบริเวณตำแหน่งทางออกของสาย	30	12	16-26	30	28-30	-3.303	.001
การดูแลภาวะโภชนาการ	20	16	10-19	19	15-20	-2.876	.004
รวม	175	127	108-136	165	141-171	-3.301	.001

หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ค่ามัธยฐานคะแนนการปฏิบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในภาพรวมคิดเป็น 165 และ 126 จากคะแนนเต็ม 175 คะแนน ตามลำดับ ค่ามัธยฐานคะแนนการปฏิบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อพิจารณาการปฏิบัติในแต่ละกิจกรรมพบว่า ค่ามัธยฐานคะแนนการทำความสะอาด

มือ การป้องกันการปนเปื้อนจากการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต และการดูแลแผลบริเวณทางออกของสาย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่ามัธยฐานคะแนนการดูแลภาวะโภชนาการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = .008$) ค่ามัธยฐานคะแนนการสังเกตอาการผิดปกติไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
หลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การปฏิบัติ	คะแนน เต็ม	กลุ่มทดลอง (n=14)		กลุ่มควบคุม (n=13)		Mann Whitney U	p-value
		ค่า มัธยฐาน	คะแนน ต่ำสุด- สูงสุด	ค่า มัธยฐาน	คะแนน ต่ำสุด- สูงสุด		
การทำความสะอาดมือ	20	20	16-20	12	6-12	.000	.000
การป้องกันการปนเปื้อนขณะ เปลี่ยนน้ำยาล้างไต	90	86	68-90	62	54-70	2.500	.000
การสังเกตอาการผิดปกติ	15	11	11	11	11-15	84.000	.299
การดูแลแผลบริเวณตำแหน่ง ทางออกของสาย	30	30	28-30	26	22-30	16.500	.000
การดูแลภาวะโภชนาการ	20	19	15-20	17	13-20	37.000	.008
รวม	175	165	141-171	126	115-137	.000	.000

เปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อระหว่างกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ในช่วงเวลาที่ดำเนินการ
เสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มทดลองมีระยะเวลาล้างไต
รวมกัน คิดเป็น 56 เดือน และไม่เกิดการติดเชื้อ กลุ่ม

ควบคุมมีระยะเวลาล้างไตรวมกัน คิดเป็น 52 เดือน และ
เกิดการติดเชื้อ 2 ครั้ง อุบัติการณ์การติดเชื้อคิดเป็น 0.46
ครั้ง/ราย/ปี ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงเวลาที่ดำเนินการเสริมสร้างพลัง
อำนาจ

กลุ่มตัวอย่าง	ระยะเวลาล้างไต (เดือน)	การติดเชื้อ (ครั้ง)	อัตราการติดเชื้อ (ครั้ง/ราย/ปี)
กลุ่มทดลอง (n=14)	56	0	0
กลุ่มควบคุม (n=13)	52	2	0.46

การอภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของ
การเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการป้องกันการ
ติดเชื้อและอุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่อง

ท้องแบบต่อเนื่องที่บ้าน ผลการวิจัยอภิปรายตามประเด็น
ดังต่อไปนี้

การปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยผลการ
วิจัย พบว่า ค่ามัธยฐานคะแนนการปฏิบัติการป้องกันการ



ติดเชื่อของกลุ่มทดลองหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1 และ 2) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจมีส่วนช่วยให้กลุ่มทดลองเกิดการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่การแก้ไขปัญหาการปฏิบัติของตนเองตามลำดับขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยผู้วิจัยพบว่าสิ่งสำคัญประการแรกที่ส่งผลให้การเสริมสร้างพลังอำนาจประสบความสำเร็จ คือ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยและผู้ป่วยด้วยกันเองในขั้นตอนการค้นพบสภาพการณ์จริง ส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดความรู้สึกไว้วางใจ กล้าพูด กล้าแสดงออก นำไปสู่การบอกเล่าถึงสถานการณ์การปฏิบัติของตนเองตามความเป็นจริง เช่น “เมื่อก่อนผมไม่เคยตรวจสอบถุงน้ำยาล้างไตเลย เพราะคิดว่าบริษัทมาส่งให้ทุกเดือนไม่น่าจะหมดอายุ และไม่เคยเจอถุงน้ำยารั่วรั่วก็ มีอยู่ครั้งหนึ่งที่ใส่น้ำยาเข้าไปในท้องจนหมดถุงแล้วถึงมารู้ว่าถุงมันรั่ว ที่แรกก็คิดว่าคงไม่เป็นไร พอตกเย็นปวดท้องเลย หมอบอกว่าติดเชื้อในช่องท้อง ทรมาณมาก ตั้งแต่นั้นมาผมดูแลตัวเองก็เช็คจริงๆ” ซึ่งคำพูดดังกล่าว มีผลให้สมาชิกในกลุ่มรับรู้ถึงสถานการณ์ความเสี่ยงจากการปฏิบัติของตนเอง และตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ

การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ถือเป็นหัวใจของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1995) ผู้วิจัยได้ใช้คำถามที่กระตุ้นให้กลุ่มทดลองได้ทบทวนการปฏิบัติที่ผ่านมาของตนเองเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้รับจากผู้วิจัย และประสบการณ์ของผู้ป่วยอื่น เช่น “ท่านคิดว่า การปฏิบัติที่ผ่านมาของท่านเป็นอย่างไร” “ทำไมท่านถึงมีการปฏิบัติเช่นนั้น” ซึ่งการคิดทบทวนอย่างมีวิจารณญาณทำให้กลุ่มทดลองรับรู้ว่าคุณสมบัติในการปฏิบัติ ทราบว่าปัญหาของตนเองคืออะไร และสามารถมองเห็นหนทางในการแก้ไขปัญหาของตนเอง ดังคำกล่าว “ผมก็คิดว่าผมทำถูกต้องมาโดยตลอด พอได้มาคิดทบทวนในวันนี้ถึงรู้ว่ามียุทธวิธีเหมือนกันที่ต้องกลับไปปรับใหม่ โดยเฉพาะเรื่องการทิ้งน้ำยาและถุงน้ำยา” “ยายไม่ค่อยได้ใส่ผ้าปิดปากปิดจมูก มันลืมน บางที

ยายตั้งใจว่าจะไม่ลืม พอถึงเวลาก็ลืมอีกจนได้ สงสัยต้องเอามาแขวนไว้ที่เสาแบบที่ทุกสทำบ้าง” การทบทวนการปฏิบัติที่ผ่านมาของตนเองมีผลให้กลุ่มทดลองรับรู้และเข้าใจปัญหาในการปฏิบัติของตนเองมากขึ้น ส่งผลให้กลุ่มทดลองสามารถระบุสิ่งที่ปัญหาของตนเองและกำหนดเป็นรายการปัญหาการปฏิบัติภายในกลุ่มได้

ในขั้นตอนการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองช่วยกันคิดหาวิธีการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นทีละปัญหาจนได้แนวทางในการแก้ไขปัญหแต่ละเรื่อง ซึ่งการคิดหาวิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ทำให้กลุ่มทดลองรับรู้ว่าการแก้ไขปัญหาเป็นเรื่องของตนเอง และมีความต้องการที่จะปฏิบัติตามวิธีการที่ร่วมกันคิดขึ้นมา นอกจากนี้ผู้วิจัยยังให้กลุ่มทดลองตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติ และสร้างพันธะสัญญาในการปฏิบัติร่วมกัน ทำให้กลุ่มทดลองเกิดแรงจูงใจ และมีความมุ่งมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติของตนเองเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายของกลุ่ม ดังคำกล่าวของผู้ป่วยที่ว่า “คนอื่นยังทำได้ เราก็ต้องทำได้” สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่าการสร้างพันธะสัญญาเป็นกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยได้ฝึกคิดวิเคราะห์แก้ปัญหาด้วยตนเอง การมีเป้าหมายร่วมกันทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปฏิบัติตัว ทำให้เห็นคุณค่าในการดูแลตนเองเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น (สุกัญญา มาลัยมาตร, ชุติกร ด่านยุทธศิลป์, ฐิติอาภา ตั้งคำวานิช และนิพัทธ์ กิตติมานนท์, 2555)

เมื่อก่อนกลุ่มทดลองนำวิธีการที่ร่วมกันคิดไปปฏิบัติแล้วพบว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ทำให้รับรู้ถึงความสามารถ และพลังอำนาจของตนเอง จึงเกิดความมุ่งมั่นและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ดังคำกล่าวของผู้ป่วยรายหนึ่งที่ว่า “ที่แรกก็ไม่แน่ใจว่าจะทำตามข้อตกลงได้แค่ไหน แต่พอเอาไปทำจริงๆ ก็ทำได้ง่ายขึ้นเลยอยากทำไปเรื่อยๆ” ซึ่งในขั้นตอนของการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยที่สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติของตนเองเล่าสิ่งที่ได้ปรับเปลี่ยนให้สมาชิกในกลุ่มฟังว่าทำได้อย่างไร ทำให้ได้รับการชื่นชมจากผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่ม ดังคำกล่าว “ทีสุเวศนี่เก่งจริงๆ เลยนะ ผมจะทำแบบที่บ้าง อยาก

ทำให้ได้เหมือนที่” “ลุงชาญสุดยอดเลย ขนาดอายุมากกว่าเรานะเนี่ย” การชื่นชมเหล่านี้ส่งผลให้กลุ่มทดลองที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความภาคภูมิใจในตนเอง และมีกำลังใจที่จะปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ผู้วิจัยพบว่า การดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มทำให้กลุ่มทดลองมีโอกาสนในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง ระบุว่าไม่ได้มีเพียงตนเองเท่านั้นที่มีปัญหาการปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดการยอมรับในสถานการณ์ปัญหาของตนเองมากขึ้น การรับรู้ถึงการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มทำให้กลุ่มทดลองมีความมุ่งมั่นตั้งใจที่ปฏิบัติตามวิธีการที่ร่วมกันกำหนดขึ้นเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายของกลุ่ม และการดำเนินการแบบกลุ่มทำให้กลุ่มทดลองมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในแต่ละขั้นตอน ทำให้เกิดความรู้สึกร่วมทำให้ไม่เกิดความเบื่อหน่าย ซึ่งผู้วิจัยสังเกตว่ากลุ่มทดลองทุกคนมีความกระตือรือร้นในการพูดคุย ชักถาม และมีแสดงความคิดเห็นของตนเองต่อปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติ

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสันที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องของตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อถูกต้องมากขึ้นเมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติที่ผู้ป่วยได้รับจากหน่วยบริการล้างไตทางช่องท้องของโรงพยาบาลแพร์โดยให้ความรู้และคำแนะนำเป็นรายบุคคลตามปัญหาที่พบเมื่อผู้ป่วยมารับบริการตามนัด สอดคล้องกับการศึกษาในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่าหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อ และการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มลดลง และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (รัชนิกร ไช่หิน, นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล และจิตติารณ จิตริเชื้อ, 2555)

การติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจผลการวิจัยพบ

ว่า หลังดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มทดลองไม่เกิดการติดเชื้อในขณะที่กลุ่มควบคุมเกิดการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง 2 ครั้ง (ตารางที่ 3) การที่กลุ่มทดลองมีอุบัติการณ์การติดเชื้อต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอาจเป็นผลสืบเนื่องมาจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมากขึ้น รับรู้ถึงสถานการณ์ปัญหาของตนเองที่จะส่งผลต่อการติดเชื้อ รับรู้ถึงความสามารถและมีการพัฒนาความสามารถในการจัดการกับปัญหาการปฏิบัติของตนเอง ทำให้มีการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อดีขึ้น ส่งผลให้ไม่เกิดการติดเชื้อในระหว่างการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้รวบรวมข้อมูลการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องโดยวิธีการสอบถามอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยร่วมกับข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ภายในของโรงพยาบาลแพร์ ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลการติดเชื้อตามความเป็นจริง สำหรับการติดเชื้อที่ตำแหน่งทางออกของสายผู้วิจัยไม่ได้เป็นคนตรวจดูตำแหน่งบริเวณทางออกของสายด้วยตนเอง แต่จะใช้ข้อมูลจากการรายงานของผู้ป่วยซึ่งอาจได้ข้อมูลการติดเชื้อที่ต่ำกว่าความเป็นจริงในกรณีที่ผู้ป่วยไม่คิดว่าแผลบริเวณตำแหน่งทางออกของสาย ของตนเองมีความผิดปกติ ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไปผู้วิจัยควรสังเกตแผลบริเวณตำแหน่งทางออกของสายของผู้ป่วยด้วยตนเอง

ผู้วิจัยพบว่า แม้การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องจะใช้ได้ดีผลดี ทำให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่มีสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญ คือ ผู้ที่ทำหน้าที่ในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน และมีการพัฒนาสมรรถนะสำคัญในด้านการใช้คำถามสะท้อนคิด การคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ การสรุปความคิดรวบยอด และการถอดบทเรียน เพื่อให้ได้ปัญหาที่แท้จริง และได้วิธีการแก้ไขปัญหามาที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วย นอกจากตัวผู้เสริมสร้างพลังอำนาจแล้ว สถานที่ที่ใช้ดำเนินกิจกรรมควรมีความเป็นส่วนตัวเพื่อให้



สมาชิกในกลุ่มสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลควรจัดการอบรมแก่พยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องให้มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วย

2. โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการล้างไตทางช่องท้องควรจัดกระบวนการเสริมสร้าง พลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยทุกรายหรืออย่างน้อยในผู้ป่วยที่ประเมินว่ามีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาความยั่งยืนของการปฏิบัติหลังดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจ และศึกษาในผู้ป่วยที่เริ่มรับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเพื่อป้องกันการติดเชื้อตั้งแต่เริ่มแรก

เอกสารอ้างอิง

- กองทุนโรคไตวาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2554). รายงานผลการดำเนินงานโครงการล้างไตผ่านทางช่องท้องในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า CAPD (1 ต.ค. 50-30 พ.ย. 54). สืบค้นจาก http://kdf.nhso.go.th/form_login1.php
- จิราภรณ์ สุพลมัตย์. (2554). การวิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พนิดา เทียมจรรยา, ชมนาด วรรณพรศิริ และดวงพร หุ่นตระกูล. (2554). การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้องจากการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 5 (3), 92-103.
- รัชนิกร ไชยหิน, นงเยาว์ เกษตรภิบาล และจิตตาภรณ์ จิตธีเชื้อ. (2555). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. *พยาบาลสาร*, 39 (3), 38-51.
- รัชณี เชี่ยวชาญธนกิจ. (2553). ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเยื่อช่องท้องอักเสบของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง. *สวรงค์ประชารักษ์เวชสาร*, 7 (1),
- สุกัญญา มาลัยมาตร, ชุติกร ด่านยุทธศิลป์, จิตติอาภา ตั้งคำวานิช และ นิพัช กิตติมานนท์. (2555). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและความ เจ็บปวดข้อเข้าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 26 (2), 44-57.
- สุเทพ จันทรมณีกุล. (2554). ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเยื่อช่องท้องในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 7 (4), 76-8.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2552). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในชุมชน*. สงขลา: วนิดาเอกสาร.
- Dong, J., & Chen, Y. (2010). Impact of the bag exchange procedure on risk of peritonitis. *Peritoneal Dialysis International*, 30, 440-447.



- 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, 651-662.
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1201-1210.
- Indhumathi, E., Jagadeswaran, D., Varadarajan, M., Abraham, G., & Soundararajan, P., (2009). The risk factors and outcome of fungal peritonitis in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. *Indian Journal of medical Microbiology*, 27, 59-61.
- 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.
- 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.
- Miles, R., Hawley, C. M., Macdonald, S. P., Brown, F. G., Roman, J. B., Wiggins, K.J., Bannister, K.M.,... Johnson, D. W. (2009). Predictors and outcomes of fungal peritonitis in peritoneal dialysis patients. *Kidney International*, 76 (6), 622-628.
- Pongskul, C., Sirivongs, D., Keobounma, T., Chanlertrith, D., Promajuk, P. & Limwatananon, C. (2006). Survival and technique failure in large cohort of Thai CAPD patients. *Journal medicine associated Thai*, 89 (2), 98-105.