



ผลของการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันต่อการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อและอุบัติการณ์การติดเชื้อของผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

Effects of Protection Motivation on Practices for Infection Prevention and Incidence of Infection Among End-stage Renal Disease Patients Receiving Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

อังสุมาลิน	ศรีจรูญ	พย.ม.*	Aungsumalin	Sricharoon	M.N.S. *
จิตตาภรณ์	จิตรีเชื้อ	วท.ม.**	Jittaporn	Chitreecheur	M.Sc. **
วราภรณ์	บุญเชียง	ปร.ด.***	Waraporn	Boonchieng	Ph.D.***

บทคัดย่อ

การป้องกันการติดเชื้อเป็นกิจกรรมที่สำคัญที่ผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องจำเป็นต้องปฏิบัติ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิด 2 กลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันต่อการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อและอุบัติการณ์การติดเชื้อของผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง มีระยะเวลาล้างไตตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป และมาตรวจตามนัดที่ศูนย์ล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 ราย และกลุ่มควบคุม 25 ราย โดยวิธีการสุ่มแบบง่าย ดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือนเมษายนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2556 โดยกลุ่มทดลองได้รับการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันตามแนวคิดของโรเจอร์ส กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แผนการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันแบบสอบถามการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อ และแบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติวิลคอกซัน สถิติฟริตแมน สถิติ t-test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มทดลองหลังการสร้างแรงจูงใจในการป้องกัน 4 สัปดาห์เพิ่มขึ้นจาก 38.6 คะแนน เป็น 41.2 คะแนน จากคะแนนเต็ม 44 คะแนน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของกลุ่มทดลองหลัง 8 สัปดาห์เพิ่มขึ้นจาก 38.6 คะแนน เป็น 41.8 คะแนน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ภายหลังการสร้างแรงจูงใจในการป้องกัน 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ 41.2 คะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ย 37.7 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และหลัง 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ 41.8 คะแนน สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ย 36.7 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อทั้งในกลุ่มทดลองและในกลุ่มควบคุม

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จังหวัดกรุงเทพมหานคร
* Professional Nurse, Somdech Phra Pinklao Hospital, Bangkok Province, yuiaung_502@hotmail.com
** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, jittaporn@mail.nurse.cmu.ac.th
*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



ผลการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นว่าการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันสามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องให้มีการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ถูกต้อง

คำสำคัญ: การสร้างแรงจูงใจในการป้องกัน การป้องกันการติดเชื้อ อุบัติการณ์การติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

Abstract

Infection prevention (IP) is an important activity for end-stage renal disease patients receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). This quasi-experimental two-group pretest-posttest study aimed to determine the effects of protection motivation on practices for infection prevention and incidence of infection among end-stage renal disease patients receiving CAPD. The study samples were 50 CAPD patients who had a duration of CAPD over 2 months and follow-up on CAPD service in Banphaeo hospital. Twenty-five patients each a community hospital were simple random sampling allocated to the experimental group and the control group. The study was conducted during April to August 2013. Rogers's Protection Motivation Theory (PMT) was applied to the experimental group, while the control group received usual care. Study tools consisted of a PMT plan for CAPD patients, an IP practice questionnaire, and an infection surveillance form. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon signed rank test, the Friedman test, the Independent t-test and Repeated-ANOVAs.

The study results revealed that the mean score of IP practices of the experimental group after the implementation of protection motivation 4 weeks significantly increased from 38.6 to 41.2 from a total of 44 score ($p < .001$) and the mean score of IP practices of the experimental group after 8 weeks significantly increased from 38.6 to 41.8 score ($p < .001$). After the implementation of protection motivation 4 weeks, the mean score of IP practices of experimental group was 41.2 score which was significant higher than control group in which the mean score was 37.7 ($p < .001$) and after 8 weeks, the mean score of IP practices of experimental group was 41.8 score which was significant higher than control group in which the mean score was 36.7 ($p < .001$). There was no infection occurring in both groups.

The study findings showed that protection motivation implementation can be applied for caring of end-stage renal disease patients receiving CAPD to strengthen correct IP practices.

Key word: Protection motivation, Infection prevention, Incidence of infection, End-stage renal disease patients receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะโรคไตระยะสุดท้าย (end-stage renal disease) เป็นภาวะที่ไตสูญเสียการทำงานอย่างถาวร ในปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก ในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2011 พบผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.2 โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ 115,643 รายทั่วประเทศ (Collin, Foley, Herzog, Chavers, Gilbertson, Ishani, 2009) การรักษาผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายคือ การบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy) มีด้วยกัน 3 วิธี ได้แก่ การฟอกเลือด (hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis) และการปลูกถ่ายไต (renal transplantation) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2551 รัฐบาลได้มีนโยบายสำหรับผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายให้ใช้วิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเป็นทางเลือกแรก (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) วิธีการรักษาดังกล่าวมีความเหมาะสมในเรื่องต้นทุนและการใช้ทรัพยากรที่น้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาด้วยการฟอกเลือด และการปลูกถ่ายไต (Yot, Marinda, & Viroj, 2007)

การล้างไตทางช่องท้องอาจทำให้เกิดการติดเชื้อได้ การติดเชื้อที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสำคัญได้แก่ การติดเชื้อที่ช่องทางออกของสาย (exit site infection) การติดเชื้ออุโมงค์รอบสาย (tunnel infection) และการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง (peritonitis) (Gokal, 2000) การศึกษาในประเทศไทย พบผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีการติดเชื้อเยื่อช่องท้องคิดเป็น 0.86 ครั้งต่อปี มีการติดเชื้อบริเวณช่องทางออกของสายคิดเป็น 0.21 ครั้งต่อปี และการติดเชื้ออุโมงค์รอบสายคิดเป็น 0.034 ครั้งต่อปี (Luvira, Satirapoj, Supasindh, Chaiprasert, Ruangkananasetr, Nata, Phiboonbanakit, 2011) แม้การติดเชื้อจะพบอัตราไม่สูงมาก แต่เมื่อเกิดการติดเชื้อแล้วจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ได้แก่ การเจ็บปวดจากผลติดเชื้อ ผลมีหนอง บวมแดง และหากเกิดการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง จะส่งผลให้ผู้ป่วยต้องหยุดการล้างไตทางช่องท้อง เนื่องจากการสูญเสียคุณสมบัติของเยื่อช่องท้อง (Kabat-Koperska, Golembiewska, & Ciechanowski, 2008) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

นานขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้โรงพยาบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากกับการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง ผลกระทบที่รุนแรงที่สุดคือ การติดเชื้อในเยื่อช่องท้องแล้วส่งผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ พบอัตราการตายของผู้ป่วยจากสาเหตุการติดเชื้อในเยื่อช่องท้องอยู่ในช่วงร้อยละ 3.5 – 10 (Hakemi, Golbabei, Nassiri, Kayedi, Hosseini, Atabak, Najafi 2010; Denise, David, David, Martin, & Jonathan, 2014) ดังนั้นจึงจำเป็นต้องหาแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

การป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องมีการปฏิบัติอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยต้องได้รับการสอนและเน้นการดูแลตนเองด้วยการเปลี่ยน น้ำยาที่อยู่ในช่องท้องด้วยเทคนิคปลอดเชื้ออย่างเข้มงวด (คัทลียา อุคติ และณัฐนิช จันทจิราภิวัตน์, 2549) โดยมีแนวทางการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อประกอบด้วย การดูแลแผล การสังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหารที่เหมาะสม (ทวี ศิริวงศ์ และคณะ, 2550) และแนวทางในการเปลี่ยน น้ำยาล้างไตทางช่องท้องประกอบด้วย การทำความสะอาดมือ การเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ การเปลี่ยน น้ำยาล้างไต (ชมรมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย, 2550) อย่างไรก็ตาม พบว่าถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับความรู้ในเรื่องการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไปผู้ป่วยมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยละเลยการปฏิบัติที่ถูกต้อง พบว่าเกิดจากสภาวะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดูแลตนเองที่มีความซับซ้อน เกิดความเบื่อหน่ายในการปฏิบัติที่ต้องเน้นการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่บ้านด้วยตนเอง (Khaled, Mark, & Steven, 2009; Fructuoso et al., 2011) การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องจึงเกิดขึ้นได้ง่ายในผู้ป่วยกลุ่มนี้

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง มีวิธีการที่นำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น ในประเทศไทยศึกษาผลการสอนแบบอภิปรายกลุ่มต่อความรู้และพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รับการ



รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความรู้และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่ทราบว่าการปฏิบัติที่ถูกต้องจะคงอยู่ได้นานเพียงใด เนื่องจากการศึกษาในระยะเวลายาวเพียง 1 เดือน (นุชจริย รัตนประภาศิริ, 2539) ซึ่งสาเหตุที่ทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ลดลงนั้นสืบเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ความรู้สึกเบื่อหน่ายต่อแพทย์ที่มีต่อภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การรับรู้ถึงความไม่สิ้นสุดของกระบวนการในการรักษา (จิราภรณ์ สุพลมัตย์, 2554) วิธีการศึกษาที่ผ่านมาอาจไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติที่ยั่งยืน เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง และความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ในการส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง และเห็นว่าสิ่งที่เกิดขึ้นมีอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดอันตราย ในการศึกษารังนี้จึงใช้แนวคิดของโรเจอร์สเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง เกิดแรงจูงใจและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ในที่สุด (Rogers, 1986)

แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory [PMT]) ของโรเจอร์ส (Rogers, 1986) เป็นวิธีการเริ่มต้นจากการนำการกระตุ้นความกลัวมาใช้ โดยเชื่อว่าบุคคลจะเกิดความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขึ้นอยู่กับกระบวนการรับรู้ของตนเอง 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (perceived probability) 3) ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง (response efficacy) 4) ความคาดหวังในความสามารถตนเอง (self-efficacy expectancy) ปฏิสัมพันธ์ของกระบวนการรับรู้ทั้ง 4 กระบวนการนี้จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรคซึ่งมีผลต่อความตั้งใจที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในที่สุด (Floyd, Prentice-Dunn, & Rogers, 2000)

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการนำเอาแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน

ชนิดไม่พึ่งอินซูลินในตำบลหนองตุ้ม จังหวัดขอนแก่น จำนวน 60 คนพบว่า หลังได้รับแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคผู้ป่วยเบาหวานมีระดับ น้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุขปราณี นรารมย์, 2552) ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ดีขึ้น

การศึกษารังนี้ผู้วิจัยสนใจนำเอาแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคดังกล่าวมาใช้ในการส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักว่าการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องนั้นมีความอันตรายต่อสุขภาพ มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง แต่หากผู้ป่วยมีการรับรู้ที่เหมาะสมนั้นจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นให้ดีขึ้นได้ และสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยสามารถก้าวผ่านอุปสรรคที่ต้องเผชิญกับการดูแลตนเองที่มีความซับซ้อน ความเบื่อหน่ายและความยุ่งยากในการปฏิบัติ และยอมรับว่าการปฏิบัตินี้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันสามารถปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อถูกต้องและต่อเนื่องได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องระหว่างก่อนและหลังการสร้างแรงจูงใจในการป้องกัน
2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันและผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อของผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันและผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่ได้รับการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันมีการ



ปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อถูกต้องมากกว่าก่อนการได้รับการสร้างแรงจูงใจในการป้องกัน

2. ผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่ได้รับการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันมีการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ

3. อุปสรรคการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่ได้รับการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเป็นปัญหาที่สำคัญส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและโรงพยาบาลเป็นอย่างมาก การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยต้องมีการปฏิบัติอย่างถูกต้อง ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ส (Rogers, 1986) มาประยุกต์ใช้โดยการกระตุ้นทำให้เกิดความตระหนัก เพื่อให้เกิดกระบวนการรับรู้ 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ คือ การทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึงผลร้ายแรงหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการติดเชื้อ โดยสื่อเป็นสิ่งสำคัญในการเผยแพร่ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค คือ การทำให้ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยสื่อเป็นสิ่งสำคัญในการเผยแพร่ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ 3) การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันการติดเชื้อ คือ การทำให้ผู้ป่วยทราบถึงผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่อยู่ในรูปแบบของการปรับหรือลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง 4) ความคาดหวังในความสามารถตนเอง คือ การทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าจะสามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตนเองมุ่งหวังไว้ ซึ่งภาพรวมของการรับรู้นี้เป็นตัวเชื่อมโยงที่ทำให้เกิดแรงจูงใจ และความตั้งใจในการปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยสามารถก้าวผ่านอุปสรรคที่ต้องเผชิญกับการดูแลตนเองที่มีความซับซ้อน ความเบื่อหน่ายและความยุ่งยากในการปฏิบัติ และยอมรับว่าการปฏิบัตินี้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต

ประจำวันสามารถปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อถูกต้องและต่อเนื่องได้ และนำไปสู่การลดอัตราการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องลงมากกว่าการปฏิบัติตามปกติ โดยวิธีการที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การบรรยายใช้สื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก การใช้สื่อวีดิทัศน์เสนอตัวแบบ และการอภิปรายกลุ่ม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (two groups pretest-posttest) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และมาตรวจตามนัดที่ศูนย์ล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลบ้านแพ้ว สาขาร่วมมิตร ซึ่งได้จากการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อเลือกเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่คำนวณได้ ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยในขั้นตอนการจับฉลากรายชื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าการทดลองใช้วิธีการจับคู่ (matching method) มาจับคู่ 2 ด้าน เพื่อให้มีคุณสมบัติเหมือนกันคือ เพศ และอายุ โดยที่ให้อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมให้แล้วเสร็จก่อนทำการศึกษาในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้มีจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยนำผลการศึกษาของ ชนิษฐา ทองหยอด (2543) ซึ่งได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง ของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี กำหนดให้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% ที่อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 80% มาคำนวณหาขนาดตัวอย่าง (effect size) เท่ากับ 0.8 นำค่าที่ได้ไปเปิดตารางขนาดตัวอย่างประมาณจากค่าขนาดอิทธิพลของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มเพื่อกำหนดขนาดตัวอย่าง (Polit & Hungler, 1987) พบว่าต้องใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่



ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย แผนการสร้างแรงจูงใจในการป้องกัน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส (Rogers, 1986) และแบบประเมินแรงจูงใจในการป้องกัน ประกอบด้วย 4 หมวด 1) การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ 3) การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันการติดเชื้อ 4) การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ ข้อคำถามเป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็น สร้างขึ้นตามหลักการสร้างข้อคำถามจากแบบวัดลิเคิร์ต (likert scale) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สอบถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง คำถามมีลักษณะปลายปิด และเลือกตอบ 2) แบบสอบถามการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 4 หมวด รวมมี 44 ข้อ ได้แก่ การดูแลแผล และการสังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ จำนวน 9 ข้อ การเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ จำนวน 4 ข้อ การทำความสะอาดมือและการเปลี่ยน น้ำยาล้างไต จำนวน 23 ข้อ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการรับประทานอาหารที่เหมาะสม จำนวน 8 ข้อ คำตอบมีให้เลือก 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ เกณฑ์การให้คะแนนคือ หากตอบว่าปฏิบัติทุกครั้ง ถือว่ามี การปฏิบัติตามข้อเสนอแนะการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องได้ 1 คะแนน แต่หากตอบว่าปฏิบัติบางครั้ง หรือไม่ปฏิบัติ ใน การศึกษาครั้งนี้ถือว่าไม่ปฏิบัติตามข้อเสนอแนะการปฏิบัติ ในการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องได้ 0 คะแนน 3) แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยใช้แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องของศูนย์ล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลบ้านแพ้ว สาขาพร้อมมิตร

ลักษณะของแบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเป็นแบบเติมข้อความ เครื่องมือดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบความตรงต่อเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .98 แบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ นำมาหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีการวัดซ้ำ (Test-retest method) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง นำไปทดลองเฝ้าระวังการติดเชื้อพร้อมพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการล้างไตทางช่องท้อง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1.0

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการภายหลังการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย รวมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มยินยอม เข้าร่วมการวิจัย ดำเนินการรวบรวมข้อมูล 3 ครั้ง ในแต่ละครั้งห่างกัน 4 สัปดาห์ โดยดำเนินการในกลุ่มควบคุมให้แล้วเสร็จก่อน จึงดำเนินการในกลุ่มทดลอง ในช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยมารอดตรวจตามนัดที่ศูนย์ล้างไตทางช่องท้อง ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ประเมินการรับรู้ครั้งที่ 1 และดำเนินกิจกรรมตามแผนการสร้างแรงจูงใจในการป้องกัน แบบรายกลุ่ม 3-4 คน กิจกรรมเริ่มขึ้นภายหลังผู้ป่วยได้รับการตรวจตามนัด โดยการทำกิจกรรมในห้องที่ศูนย์ล้างไตทางช่องท้องได้จัดเตรียมไว้ ที่ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง 30 นาที ดังนี้

1) การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ โดยใช้สื่อกระตุ้นเพื่อให้เกิดความตระหนัก ประกอบด้วย การบรรยายเกี่ยวกับ อุบัติการณ์ ผลกระทบ สาเหตุของการติดเชื้อ

2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การนำเสนอโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ การเปลี่ยน น้ำยาล้างไต การสังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ การรับประทานอาหาร และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

3) การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการ



ป้องกันการติดเชื้อ การเสนอตัวแบบโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “ชีวิตนี้ยังมีหวัง” เป็นการนำเสนอเรื่องราวจากประสบการณ์จริงของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

4. การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถตนเอง ในการป้องกันการติดเชื้อ อภิปรายกลุ่ม ระดมความคิดในหัวข้อ “ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ”

2. สัปดาห์ที่ 4 ประเมินการรับรู้ ครั้งที่ 2 จากแบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างนี้ผู้วิจัยได้โทรศัพท์ถึงกลุ่มตัวอย่างเพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ ให้คำแนะนำและกำลังใจแก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับการนัดหมายในครั้งต่อไป

3. สัปดาห์ที่ 8 ประเมินการรับรู้ ครั้งที่ 3 และแจกแบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อแก่กลุ่มตัวอย่างติดตามรวบรวมข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อ จากนั้นคำนวณหาอัตราการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องจากกลุ่มตัวอย่าง สรุปผลเปรียบเทียบกับระหว่างดำเนินการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ หลังจากการทดสอบพบว่าข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ ใช้สถิติการทดสอบ Friedman และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่โดยใช้การทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon signed ranks test)

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ ภายในกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ หลังจากการทดสอบพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบมีการวัดซ้ำ (Repeated-ANOVAs)

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติวิเคราะห์ t-test หลังจากการทดสอบพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

5. เปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม โดยคำนวณหาอัตราการติดเชื้อแสดงเป็น จำนวนครั้งของการติดเชื้อของผู้ป่วยไตวายที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องต่อระยะเวลาที่ศึกษา คุณด้วย 100

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันในทางสถิติในเรื่อง อายุ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง

ภายหลังดำเนินการตามแผนการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้นก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ และหลัง 8 สัปดาห์ เท่ากับ 38.6, 41.2 และ 41.8 ตามลำดับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมในการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องลดลงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ เท่ากับ 38.1, 37.7 และ 36.7 ตามลำดับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .002$) (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะเวลาก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ (คะแนนเต็ม=44 คะแนน)

การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ	กลุ่มตัวอย่าง							
	กลุ่มทดลอง (n=25)				กลุ่มควบคุม (n=25)			
	ก่อนการทดลอง	หลัง 4 สัปดาห์	หลัง 8 สัปดาห์	p-value	ก่อนการทดลอง	หลัง 4 สัปดาห์	หลัง 8 สัปดาห์	p-value
คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	29-44	31-44	36-43	.000	32-44	32-43	32-42	.002
คะแนนเฉลี่ย	38.6	41.2	41.8		38.1	37.7	36.7	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.2	3.3	1.7		2.6	2.6	2.8	

ภายหลังดำเนินการตามแผนการสร้างแรงจูงใจในการป้องกัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ $p < .001$ (ตารางที่ 2) และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 8 สัปดาห์ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ (ตารางที่ 3) สำหรับอุบัติการณ์การติดเชื้อระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังดำเนินการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันไม่พบการติดเชื้อทั้งสองกลุ่ม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 4 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่าง	Mean	SD	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง (n=25)	41.2	3.3	4.2	48	.000
กลุ่มควบคุม (n=25)	37.7	2.6			

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 8 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่าง	Mean	SD	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง (n=25)	41.8	1.7	7.9	39.7	.000
กลุ่มควบคุม (n=25)	36.7	2.8			



การอภิปรายผล

ภายหลังการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันคะแนนเฉลี่ยในการป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มทดลองหลังการสร้างแรงจูงใจในการป้องกัน 4 สัปดาห์เพิ่มขึ้นจาก 38.6 คะแนน เป็น 41.2 คะแนน จากคะแนนเต็ม 44 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และหลัง 8 สัปดาห์เพิ่มขึ้นจาก 38.6 คะแนน เป็น 41.8 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 1) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันตามแนวคิดของโรเจอร์ส มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเพิ่มมากขึ้น การปฏิบัติที่เพิ่มขึ้นนั้นเป็นผลมาจากการกระตุ้นเพื่อให้เกิดกระบวนการรับรู้ 4 รูปแบบ ดังนี้ 1) การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึงผลร้ายแรงหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการติดเชื้อ 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อทำให้เกิดการปรับตัวตอบสนองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง 3) การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันการติดเชื้อ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยทราบถึงผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ 4) ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าจะสามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตนเองมุ่งหวังไว้ ซึ่งกระบวนการรับรู้ทั้ง 4 รูปแบบดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับการปฏิบัติตามคำแนะนำว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไรเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และการทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นได้ว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่มุ่งหวังไว้ได้ (Floyd, Prentice-Dunn, & Rogers, 2000) จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันนั้นจำเป็นต้องใช้วิธีการหลายๆ วิธีร่วมกัน เพื่อให้เกิดการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน ผู้วิจัยได้ใช้แผนการสร้างแรงจูงใจในการป้องกัน ซึ่งประกอบไปด้วยการบรรยายใช้สื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก การใช้สื่อวีดิทัศน์เสนอตัวแบบ และการอภิปรายกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นว่าสิ่งที่เกิดขึ้นมีอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดอันตราย เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง และ

มีความตั้งใจในการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นได้ ดังการศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคในการตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบีด้วยตนเองของสตรีในชนบทจังหวัดบุรีรัมย์ โดยการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมเพื่อสร้างความตื่นตัวแก่สตรี จัดการบรรยายประกอบวีดิทัศน์เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ความรุนแรงของมะเร็งเต้านมที่ทำให้เสียชีวิตได้ และการตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบีด้วยตนเองซึ่งจะสามารถช่วยวินิจฉัยได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกทำให้การรักษาได้ผลดี (จิรวรรณกมลชัย, 2540)

ภายหลังการสร้างแรงจูงใจในการป้องกัน 4 สัปดาห์กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 41.2 คะแนน สูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 37.7 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และหลัง 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 41.8 คะแนน สูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 36.7 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 2 และตารางที่ 3) ในกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติเพิ่มขึ้นหลังการทดลองในระยะ 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ สะท้อนให้เห็นว่าเป็นผลมาจากการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันได้อย่างชัดเจน ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่าการละเลยการปฏิบัติเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินเดียที่พบว่าเมื่อเวลาผ่านไป ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องจะละเลยการปฏิบัติเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 60 (Mawar, Gupta, & Mahajan, 2014) และทั้งนี้ยังพบว่าหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นเตือน โดยผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามอาการ ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่พบในการปฏิบัติ พร้อมทั้งให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ทำให้การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีน พบว่าการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์โดยพยาบาลเป็นผู้สอบถามอาการ ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติรวมทั้งการได้รับกำลังใจจากพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจมีความสามารถที่จะปฏิบัติในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Juan, Huizhen, Hongzhen, Guiping, Wenzhi, Junsheng, Huimin, 2013)

3. ภายหลังดำเนินการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันกลุ่มทดลองไม่เกิดการติดเชื้อ การที่กลุ่มทดลองไม่เกิดการ



ติดเชื่อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องอาจเป็นผลสืบเนื่องจากการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมากขึ้น รับรู้ถึงอันตรายและความรุนแรงของการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง รับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันการติดเชื้อ ทำให้เกิดความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะจัดการกับปัญหาในการปฏิบัติของตนเอง มีความตั้งใจในการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อดีขึ้นส่งผลให้ไม่เกิดการติดเชื้อ ส่วนในกลุ่มควบคุมซึ่งพบว่าไม่เกิดการติดเชื้อเช่นกัน เนื่องมาจากในกลุ่มควบคุมนั้นมีการแสวงหาข้อมูลจากแหล่งความรู้ต่างๆ นอกเหนือจากความรู้ที่ได้รับจากการสอนตามปกติของทางศูนย์ล้างไตทางช่องท้อง ได้แก่ โทรทัศน์ คอมพิวเตอร์ เอกสาร แผ่นพับ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลควรจัดการอบรมแก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยล้างไตทางช่องท้องให้มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการใช้แผนการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันเพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วย
2. โรงพยาบาลควรมีนโยบายการนำแผนการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันในหน่วยล้างไตทางช่องท้องมาใช้เพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาติดตามผลของการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันในระยะยาว เพื่อติดตามถึงการคงอยู่ของพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อ และอุบัติการณ์การติดเชื้อของผู้ป่วย
2. ควรศึกษาเกี่ยวกับการสร้างแรงจูงใจเพื่อแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

- ชนิษฐา ทองหยอด. (2543). *ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันภาวะความดันสูง ของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล*. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คัทธียา อุดดี และณัฐนิช จันทจิราภิวัตน์. (2549). ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องต่อเนื่อง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25 (3), 171-177.
- จิรวรรณ กมลชัย. (2540). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคในการตรวจหาเมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกด้วยตนเองของสตรีในชนบท จังหวัดบุรีรัมย์. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิราภรณ์ สุลลมาตย์. (2554). *การวิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชมรมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย (2550). *แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการล้างไตทางช่องท้อง*. ใน ฉัตรสุตา เอื้อมานะพงษ์, อัจฉรา บุญกาญจน์, ปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์, จันทนา ชื่นวิสิทธิ์ (บรรณาธิการ), *แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้อง* (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 50-76). กรุงเทพฯ: เอส.พี.เอ็ม การพิมพ์.
- ทวี ศิริวงศ์ และคณะ. (2550). *แนวปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง พ.ศ. 2550*. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกรียง ตั้งสง่า, อดิสร จิตตินันท์, เถลิงศักดิ์ กาจนบุษย์, ดุสิต ลำเลิศกุล และประเสริฐ ธนกิจจารุ (บรรณาธิการ), *Text book of peritoneal dialysis* (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 783-852). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัลพับลิเคชั่น จำกัด.



- นุชจริย รัตนประภาศิริ. (2539). ผลการสอนแบบอภิปรายกลุ่มต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รับ
การรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
ผู้ใหญ่). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุขปราณี นารมย์. (2552). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการปรับ
เปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งพาอินซูลินในตำบลหนองตม
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริม
สุขภาพ). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Collin, A. J., Foley, R. N., Herzog, C., Chavers, B.M., Gilbertson, D., Ishani, A., et al. (2009). Excerpts
from the US Renal Data System 2009 annual data report. *American Journal Kidney Disease*.
55(Suppl.1), S1-A7.
- Denise, J.C., David, W.J., David, W.M., Martin, P.G., & Jonathan, C. C. (2014). Prevention of peritoneal
dialysis-related infections. *Nephrol Dialysis Transplant*, 0,1–12.
- Floyds, D. L., Prentice-Dunn, S., & Rogers, R. W. (2000). A meta-analysis of research on Protection
motivation theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(2), 407-429.
- Fructuoso, M., Castro, R., Oliveira, L., Prata, C., & Morgado, T. (2011). Quality of Life in Chronic Kidney
Disease. *Nefrologia*, 31, 91-6.
- Gokal, R. (2000). Peritoneal dialysis prevention and control of infection. *Adis International Limited*,
17(4), 269-282.
- Hakemi, M. S., Golbabei, M., Nassiri, A., Kayedi, M., Hosseini, M., Atabak, S.,... & Najafi, I. (2010).
Predictors of patient survival in continuous ambulatory peritoneal dialysis: 10-year experience
in 2 major centers in Tehran. *Iranian Journal of Kidney Diseases*, 4(1), 44-49.
- Juan, L., Huizhen, W., Hongzhen, X., Guiping, M., Wenzi, C., Junsheng, Y.,... Huimin, Z. (2013). Effects
of post-discharge nurse-led telephone supportive care for patients with chronic kidney
disease undergoing peritoneal dialysis in china: A randomized controlled trial. *International
Society for Peritoneal Dialysis*, in Press
- Kabat-Koperska, J., Golembiewska, E., & Ciechanowski, K. (2008). Peritoneal dialysis-related peritonitis
in the year 2005-2007 among patients of the peritoneal dialysis clinic of the department of
nephrology, transplantology and internal medicine, Pomeranian Medical University in Szczecin.
Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, 118(12), 694-698.
- Khaled, A-K., Mark, L. U., & Steven D. W., (2009). Symptom burden, depression, and quality of life
in chronic and end-stage kidney disease. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*,
4, 1057–1064.
- Luvira, V., Satirapoj, B., Supasindh, O., Chaiprasert, A., Ruangkanchanasetr, P, Nata, N.,... Phiboonbanakit,
D. (2011). A single-centre experience: peritoneal dialysis-related infections in patients on long-
term dialysis. *Journal Medication Association Thai*, 894(Suppl.4), S30-S36.
- 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*, 9(2),
e89001
- Rogers, R. W. (1986). Protection motivation theory. *Health Education Research Theory and Practice*.
1, 153-161.
- Yot, T., Miranda, M., & Viroj T. (2007). Economic evaluation of palliative management versus peritoneal
dialysis and hemodialysis for end-stage renal disease: Evidence for coverage decisions in
Thailand. *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 10(1), 61-72.