วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
Journal of Nursing and Public Health Research e273507
วารสารผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 1

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

Effects of a Family-Centered Care Promotion Program on Self-Management Behaviors in Patients Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

พิมพวรรณ เรืองพุทธ[1], ดาลิมา สำแดงสาร[1*], วรัญญา จิตรบรรทัด[1]

Pimpawan Rueangphut[1], Dalima Samdaengsarn[1*], Waranya Jitbantad[1]

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข[1]

Boromrajonnani College of Nursing, Nakhonsithammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health[1]

(Received: February 5, 2025; Revised: May 6, 2025; Accepted: July 31, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง คัดเลือกโดยวิธีแบบสุ่มอย่างง่าย จำนวน 23 ราย เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัวในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการสุขภาพ และแบบสังเกตพฤติกรรมการจัดการสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการสุขภาพ และการสังเกตพฤติกรรมการจัดการสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนพฤติกรรมการจัดการสุขภาพและคะแนนการสังเกตพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้น มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงว่าผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีพฤติกรรมการจัดการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นพยาบาล และทีมสุขภาพสามารถนำรูปแบบนี้ไปปรับใช้เป็นแนวทางการให้บริการในสถานพยาบาลและในชุมชนที่ต้องมีการติดตามเยี่ยมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

คำสำคัญ: การดูแลร่วมกันของครอบครัว, พฤติกรรมการจัดการสุขภาพ, การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

*ผู้ให้การติดต่อ ดาลิมา สำแดงสาร e-mail: dalima@bcnnakhon.ac.th

Abstract

This quasi-experimental research study with a one-group pretest-posttest aimed to study the effect of family care promoting program on self-management behaviors among patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis. The simple random sampling consisted of 23 participants. Research tool was the family care promoting program on self-management behaviors, developed by the researcher. Data collection instruments included a personal information questionnaire, a self-management behavior assessment, and a self-management observer. General data were analyzed using descriptive statistics and wilcoxon signed rank test.

The findings showed that, after experiment, the participants showed a statistically significant increased their mean score on self-management behavior and observed self-management before the experiment (*p-value* < .001). The results demonstrated that a family care promoting program on self-management behaviors effectively improves self-management behavior. Nurse and healthcare teams can apply this program to services in medical facilities and communities that require continuous home-based follow-up care.

Keywords: Family-Centered Care, Self-Management Behaviors, Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease (CKD)) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย เนื่องจากมีอุบัติการณ์และความชุกของโรคเพิ่มขึ้น จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center (HDC)) ในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1,062,756 คน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2565 มากถึง 85,064 คน จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 464,420 ราย ระยะที่ 4 จำนวน 122,363 ราย และระยะที่ 5 ที่ต้องล้างไตมากถึง 70,474 ราย (กรมควบคุมโรค, 2567) รัฐบาลให้สิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพผู้ป่วยทุกคนสามารถเข้ารับการบำบัดทดแทนไตได้ ทำให้ค่าใช้จ่ายที่บริหารจัดการด้วยกองทุนสำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยปัจจุบันมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องรับการบำบัดทดแทนไตในระบบสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ปีงบประมาณ 2565 จำนวนรวม 82,463 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ฟอกเลือด จำนวน 46,868 คน ล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 31,897 คน ส่วนที่เหลือเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนเฉพาะค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (ระบบรายงานสารสนเทศผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง, 2566)

การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis) เป็นวิธีการที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองที่บ้านซึ่งต้องปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างเคร่งครัด หากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการตนเองได้ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนถึงสูญเสียชีวิตได้ คือ การติดเชื้อเยื่อบุช่องท้อง จากการศึกษาของธวัช เตียวิไล และรสสุคนธ์ ตันติวิชิตเวช (2563) พบว่าปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อบุช่องท้อง ได้แก่ การล้างมือบางครั้ง การสวมผ้าปิดปากและจมูกบางครั้ง สถานที่เปลี่ยนน้ำยาล้างไตที่ไม่ได้มาตรฐาน และการศึกษาของวงศกร บุญกาญจน์ (2563) เกี่ยวกับการติดเชื้อในเยื่อบุช่องท้องในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง 10 ปี ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พบว่า อัตราการเกิดภาวะเยื่อบุช่องท้องอักเสบจากการติดเชื้อเท่ากับ 578 ครั้งในผู้ป่วย 1,051 คน ซึ่งสถิติหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จำนวน 282 ราย พบอุบัติการณ์การติดเชื้อในเยื่อบุช่องท้อง 0.38 ครั้งต่อผู้ป่วย-ปี และอุบัติการณ์การติดเชื้อทางช่องสายออก (Exit-Site) 0.02 ครั้งต่อผู้ป่วย-ปี ซึ่งในจำนวนนี้ มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อในเยื่อบุช่องท้อง ร้อยละ 4 (หน่วยไตเทียม, 2567) นอกจากนี้จากรายงานการวิจัยของ จันทร์เพ็ญ ปะวะโพตะโก, นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล และนงค์คราญ วิเศษกุล (2564) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ และทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (r_s = 0.34, *p-value* < 0.001 และ r_s = 0.21, *p-value* < 0.05 ตามลำดับ) ดังนั้น เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพและการคงอยู่ของชีวิตที่ยาวนาน ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีการจัดการสุขภาพตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management) เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองอย่างมีเป้าหมาย เพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และลดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น การปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด การปรับตัวต่อบทบาทในชีวิตประจำวัน รวมถึงการดูแลจัดการอารมณ์ของตนเอง เป็นกระบวนการต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (Creer, 2000) จากผลการศึกษาการใช้ชีวิตหลังการได้รับการรักษาโดยการล้างไตทางหน้าท้องในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เข้าใจเกี่ยวกับการล้างไต แต่ไม่สามารถปฏิบัติตนได้อย่างเคร่งครัด การเปลี่ยนน้ำล้างไตวันละ 4-5 รอบ เป็นอุปสรรคสำคัญในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย บางรายถึงขั้นต้องลาออกจากงาน ส่งผลให้รูปแบบการดำเนินชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน ผู้ป่วยบางรายยังมีความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว ความกังวลเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสภาวะทางอารมณ์และจิตใจ ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตและผ่านอุปสรรคไปได้เนื่องจากความเข้าใจจากสมาชิกในครอบครัว (ศิริลักษณ์ เมืองไทย และยุพาวดี ขันทบัลลัง, 2567) นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเผชิญกับภาวะเหนื่อยล้า ซึ่งมีสาเหตุจากการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ภาวะซีด การสูญเสียการทำงานของไต การขาดการออกกำลังกายหรือการขาดการมีกิจกรรมทางกาย และภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเอง และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มพึ่งพาครอบครัวหรือผู้ดูแล

มากขึ้น (ณจิต วงศ์ชัย และจุรีภรณ์ เจริญพงศ, 2565) จากปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในรูปแบบที่แตกต่างกัน

พฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเอง เป็นกลยุทธ์สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น สามารถควบคุมอาการของโรคได้ (Creer, 2000) อีกทั้งการสนับสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวในการดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับความเจ็บป่วย และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม การดูแลร่วมกันของครอบครัวเป็นความสามารถของสมาชิกครอบครัวในการบูรณาการความเจ็บป่วยเข้าเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน และมีชีวิตอยู่บนฐานของการดูแลร่วมกันซึ่งต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการจัดการกับภาวะความเจ็บป่วย (กมลรัตน์ เอี่ยมสำราญ, 2563) ทักษะที่สำคัญ (Sebern, 2005) ได้แก่ 1) การสื่อสาร เพื่อสร้างการรับรู้ บอกเล่าความรู้สึก ความต้องการการช่วยเหลือ และความเข้าใจในการดูแลร่วมกันในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพร่วมกันระหว่างผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องและครอบครัว 2) การตัดสินใจ เพื่อเลือกแนวทางในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพ การแก้ปัญหาอาการอาการแสดงที่เกิดขึ้น คงไว้ซึ่งการควบคุมอาการและความเจ็บป่วย และ 3) การกระทำร่วมกันของครอบครัวในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาของ มงคล วารีย์, นภาลัย แสงโพธิ์ และแจ่มจันทร์ แสนสุข (2562) พบว่า การสร้างเสริมการจัดการสุขภาพครอบครัว สามารถเพิ่มการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ สอดคล้องกับพันทิวา เวชกามา (2566) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของพยาบาล ญาติผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองได้ ไม่เกิดการติดเชื้อ

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัว ต่อพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย 1) สร้างสัมพันธภาพ (Relationship) และตั้งเป้าหมายการดูแลร่วมกัน โดยใช้ทักษะการสื่อสาร 2) รวบรวมความรู้และประมวลผลข้อมูล (Education) เกี่ยวกับการปฏิบัติล้างไตทางช่องท้อง การดูแลแผลช่องสายออก การจัดการอาหาร น้ำ และยา การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย และการจัดการสิ่งแวดล้อม 3) ตัดสินใจเลือก (Decide) แนวทางในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพ โดยวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมดูแลร่วมกัน 4) ฝึกปฏิบัติกิจกรรม (Use) การล้างไตทางช่องท้อง การดูแลแผลช่องสายออก การบันทึกข้อมูล และการสังเกตอาการผิดปกติ การจัดการอาหารน้ำและยา การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย และการจัดการสิ่งแวดล้อม 5) แลกเปลี่ยนความคิดเห็น (Confer) และแก้ปัญหาในการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว และ 6) การสะท้อนประเมินผลการปฏิบัติ (Evaluation) โดยนำแนวคิดการจัดการตนเองของ เครียร์ (Creer, 2000) ในการคิด การแก้ปัญหา การวางแผน การจัดการปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นปัญหาด้วยตนเอง ประเมินผลการปฏิบัติ รวมถึงการปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติ ร่วมกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวของซีเบิร์น (Sebern, 2005) ในการสนับสนุนการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องและครอบครัว ในการสื่อสาร การตัดสินใจ และการกระทำร่วมกันในการปฏิบัติ

พฤติกรรมสุขภาพ โดยการให้ความรู้หรือการสอนรายบุคคล หรือรายกลุ่ม ร่วมกับคู่มือการดูแลตนเอง การติดตามประเมินเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำทั้งก่อนและหลังปฏิบัติการล้างไต การประเมินสภาพแวดล้อม เพื่อให้การดูแลเหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วย และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัว

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการสังเกตพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัว

สมมติฐานการวิจัย

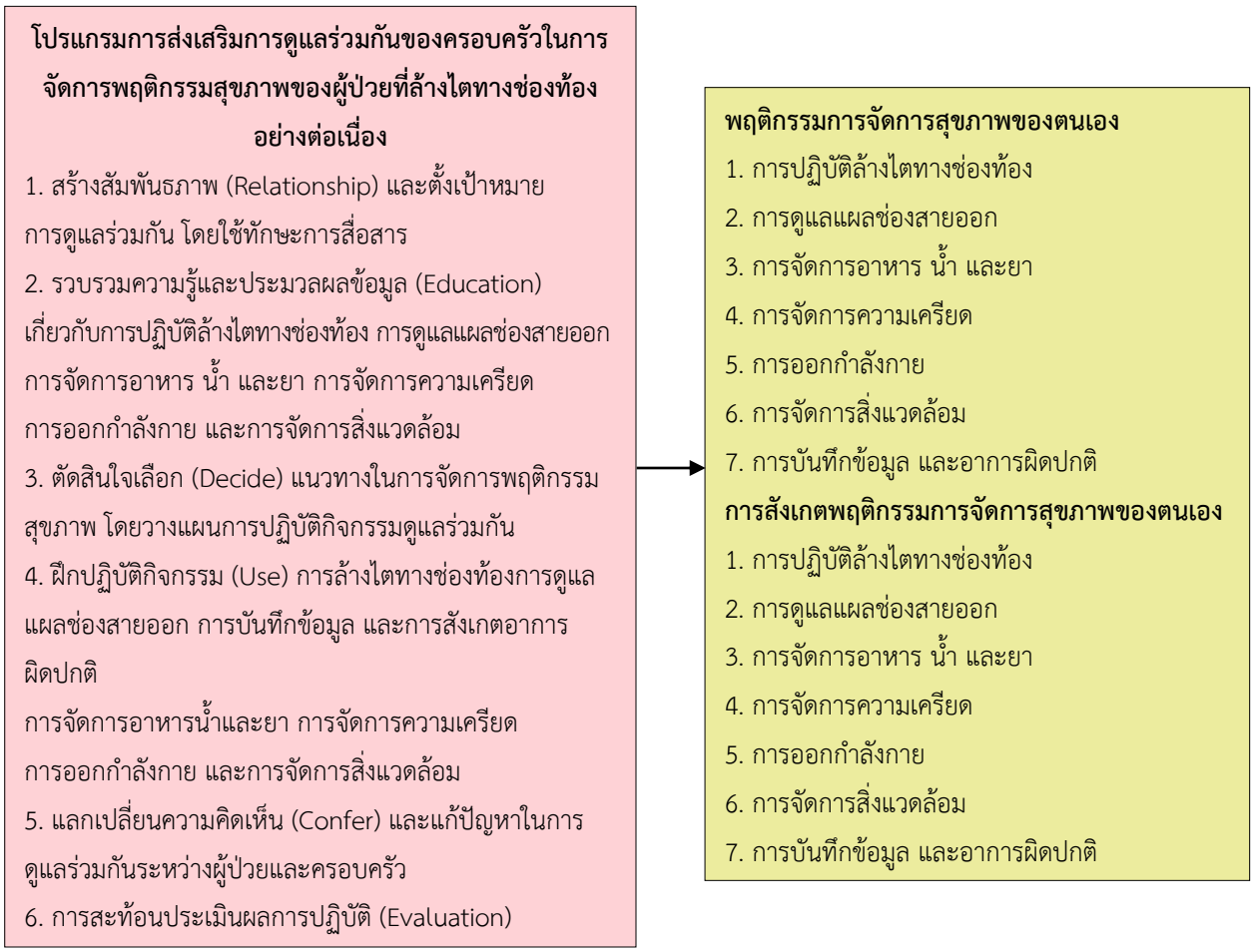
1.หลังได้รับโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างสูงขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

2. หลังได้รับโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยการสังเกตพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างสูงขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของเครียร์ (Creer, 2000) ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลผลและประเมินผลของข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การปฏิบัติ และ 6) การสะท้อนผลการปฏิบัติ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัวตามแนวคิดการดูแลร่วมกัน (Share Care) ของซีเบิร์น (Sebern, 2005) ได้แก่ 1) การสื่อสาร 2) การตัดสินใจ และ 3) การกระทำร่วมกัน นำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัวในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ 1) การล้างไตทางช่องท้อง 2) การดูแลแผลช่องทางออก 3) การจัดการอาหาร น้ำ และยา 4) การจัดการความเครียด 5) การออกกำลังกาย 6) การจัดการสิ่งแวดล้อม และ 7) การบันทึกข้อมูล

และการสังเกตอาการผิดปกติ ช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมกับบริบท ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของตนเองที่ดีขึ้น ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Quasi-Experimental Research, one group pre-test post-test design) ชนิดกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2567 ถึงเดือนธันวาคม 2567 ที่มารับบริการ ณ หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และผู้ดูแลที่มารับบริการ ที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 282 ราย (หน่วยไตเทียม, 2567)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และผู้ดูแลที่มารับบริการที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช ซึ่งอาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2567 ถึง เดือนธันวาคม 2567 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Bucher, 2007) ใช้ Test Family เลือก t-test, Statistical test เลือก Mean: Difference Between Two Dependent Mean (Matched Pairs) เลือก One Tailed กำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติ เท่ากับ 0.05 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of Analysis) 0.80 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) จากงานวิจัยของ รุจิราพร ป้องเกิด และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ (2559) เท่ากับ 0.6 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 19 คน และเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหาย ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 15 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 23 ราย (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2558) ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยจับฉลากแบบไม่คืน (Sampling without Replacement) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดผู้ป่วยเข้าวิจัย

1. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการรักษาโรคไตเรื้อรังด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป
3. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ การรับรู้วันเวลาสถานที่ อยู่ในระดับปกติ
4. ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการทำวิจัยตามขั้นตอนตลอดการวิจัย

เกณฑ์คัดผู้ป่วยออกจากวิจัย

1. มีการเจ็บป่วยรุนแรง หรือมีโรคติดต่อที่มีผลต่อการรักษา เช่น วัณโรค โควิด-19 เป็นต้น
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการติดเชื้อในช่องท้องระหว่างการศึกษา
3. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัยจนครบทุกขั้นตอน
4. ขอยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาในภายหลัง หรือเปลี่ยนวิธีการรักษา หรือเสียชีวิตในระหว่างวิจัย หรือย้ายออกจากพื้นที่การวิจัย

เกณฑ์การคัดผู้ดูแลเข้าร่วมวิจัย

1. เป็นสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้น
2. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ การรับรู้วันเวลาสถานที่ อยู่ในระดับปกติ
3. ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการทำวิจัยตามขั้นตอนตลอดการวิจัย

เกณฑ์การคัดผู้ดูแลออกจากวิจัย

1. ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องตามโปรแกรมฯ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1 โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องและครอบครัวในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแล (Shared Care) ของซีเบิร์น (Sebern, 2005) และแนวคิดการจัดการตนเองของเครียร์ (Creer, 2000) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแผนการจัดกิจกรรม และคู่มือการจัดการพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อใช้ในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ด้านการปฏิบัติล้างไต การดูแลแผลช่องสายออก การจัดการอาหาร น้ำและยา การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การจัดการสิ่งแวดล้อม การบันทึกข้อมูลและอาการผิดปกติ

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิการรักษา โรคประจำตัวร่วม ระยะเวลารักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง การติดเชื้อเยื่อบุช่องท้อง/แผลช่องสายออก

2.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย แบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์ฝึกปฏิบัติล้างไตทางช่องท้อง หน้าที่หลักของผู้ดูแล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การปฏิบัติล้างไต การดูแลแผลช่องสายออก การจัดการอาหารน้ำและยา การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การจัดการสิ่งแวดล้อม การบันทึกข้อมูลและอาการผิดปกติ รวมทั้งหมด 50 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่ใช่เลย (1) ใช่น้อยมาก (2) ใช่บางครั้ง (3) ใช่บ่อยครั้ง (4) และ ใช่ตลอดเวลา (5) คะแนนรวม 50-250 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ พฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองดี ได้คะแนนร้อยละ 75 ขึ้นไป (188-250 คะแนน) พฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองปานกลาง ได้คะแนนร้อยละ 50-74 (125-187 คะแนน) และพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองไม่ดี ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50 (50-124 คะแนน)

2.4 แบบสังเกตพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยประเมินการปฏิบัติของผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้แก่ การล้างไตทางช่องท้อง การดูแลแผลช่องสายออก การจัดการอาหารน้ำและยา การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การจัดการสิ่งแวดล้อม การบันทึกข้อมูลและอาการผิดปกติ รวมทั้งหมด 24 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติได้ถูกต้องทั้งหมด (2) ปฏิบัติได้ถูกต้องบางส่วน (1) และ ปฏิบัติไม่ถูกต้อง/ไม่ปฏิบัติ (0) คะแนนรวม 0-48 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติได้ดี ได้คะแนนร้อยละ 75 ขึ้นไป (37-48 คะแนน) ปฏิบัติได้ปานกลาง ได้คะแนนร้อยละ 50-74 (25-36 คะแนน) และปฏิบัติได้น้อย ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50 (0-24 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง แบบสังเกตพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องและครอบครัวในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคไต จำนวน 1 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านเวชปฏิบัติครอบครัว จำนวน 1 ท่าน โดยค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 0.95, 0.97, 0.97, 0.98 ตามลำดับ

2. การตรวจสอบความเที่ยงตรง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และแบบสังเกตพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกัน จำนวน 10 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธีการของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.82 และ 0.85 ตามลำดับ ส่วนโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมฯ นำไปศึกษานำร่องกับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย พบว่า สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมฯ ไปใช้ได้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่คืน ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 23 คน ซึ่งจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยที่ ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องและครอบครัวในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลผล และประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การปฏิบัติ และการสะท้อนผลการปฏิบัติ และแนวคิดการดูแลร่วมกันของ Sebern (2005) ได้แก่ การสื่อสาร การตัดสินใจ และการกระทำร่วมกัน โดยใช้ระยะเวลาในการทดลอง ทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ (Relationship) กับผู้ป่วยและครอบครัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันกำหนดเป้าหมายการดูแลสุขภาพ โดยเปิดโอกาสให้มีการสื่อสารอย่างอิสระและการตัดสินใจร่วมกัน ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ใช้เวลา 20-30 นาที

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านเพื่อรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลทำแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

(Pre-test) และผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Pre-test) จากนั้นจัดประชุมครอบครัวเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ประเมินข้อมูลที่ได้ร่วมกัน กระตุ้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการตัดสินใจร่วมกัน (Decision Making) เกี่ยวกับวิธีการดูแลที่เหมาะสม และให้ความรู้เรื่องการล้างไต การดูแลแผล การจัดการอาหาร น้ำและยา การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การจัดการสิ่งแวดล้อม การบันทึกข้อมูลและการสังเกตอาการผิดปกติ พร้อมอธิบายการใช้คู่มือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

สัปดาห์ที่ 2-4 ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านตามแผนการดูแลรายบุคคล ฝึกทักษะการล้างไต ดูแลแผล การจัดการอาหาร น้ำและยา การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การจัดการสิ่งแวดล้อม การบันทึกข้อมูล และการสังเกตอาการผิดปกติ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวปฏิบัติตามแผน (Implementation) พร้อมทั้งกระตุ้นการสื่อสารระหว่างสมาชิกครอบครัว สร้างการกระทำร่วมกัน (Shared Action) ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล เสริมแรงกำลังใจ ให้ข้อเสนอแนะและทบทวนวิธีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ กิจกรรมนี้ใช้เวลาสัปดาห์ละ 2 ชั่วโมง ต่อเนื่องเป็นเวลา 3 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านเพื่อสังเกตและประเมินผลการปฏิบัติของผู้ป่วยและผู้ดูแล (Post-test) โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติของผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้นจากโปรแกรมฯ ตรวจสมุดบันทึกข้อมูล พูดคุยสะท้อนผลการดูแลร่วมกัน (Self-Reflection and Evaluation) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวแบ่งปันประสบการณ์ ผลลัพธ์ และประโยชน์ของการดูแลร่วมกัน เพื่อสร้างแรงจูงใจในการดำเนินพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องหลังสิ้นสุดโครงการ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัว โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการสังเกตพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัว โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ได้รับรองจริยธรรม เลขที่ SCPHYLIRB-2567/229 เมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม 2567 ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัย และสิทธิ์ที่จะขอถอนตัวจากการเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลเป็นรายบุคคล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีจำนวน 23 ราย เพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.87 และ 39.13 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 55 ปี (S.D. = 12.77) โดยอยู่ในช่วง 45-60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 52.17 รองลงมาอายุ 61-77 ปี ร้อยละ 34.78 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.48 สถานภาพสมรส โสด/หย่าร้าง ร้อยละ 52.17 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.91 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 86.96 ใช้สิทธิประกันสุขภาพ ร้อยละ 82.61 มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพ ร้อยละ 82.61 มีโรคประจำตัวร่วมด้วยอย่างน้อย 1 โรค คือ โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 47.83 มีระยะเวลาในการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน-3 ปี (Mean = 4.50, S.D. = 3.22) ส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.22 ไม่เคยติดเชื้อเยื่อบุช่องท้อง/แผลช่องสายออก

ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 23 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.22 มีอายุเฉลี่ย 49.08 ปี (S.D. = 13.90) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอนุปริญญา/ปริญญาตรี ร้อยละ 39.13 เท่ากัน ร้อยละ 69.57 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 47.83 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 65.22 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 6 เดือน-3 ปี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 91.30 ผ่านประสบการณ์ฝึกปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้องจากหน่วยไตเทียม ร้อยละ 26.08 มีหน้าที่หลักคือช่วยล้างไตให้ผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นญาติ ร้อยละ 34.78

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัว

พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัว พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการสุขภาพภาพรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่างสูงขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.001 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัว (n=23)

พฤติกรรมการจัดการสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Z	P-value
	Median	IQR	Median	IQR		(1-tailed)
1. ปฏิบัติล้างไตทางช่องท้อง	4.73	0.55	4.91	0.27	3.16	0.001**
2. ดูแลแผลช่องสายออก	4.88	0.50	4.88	0.04	2.38	0.008*
3. จัดการอาหาร น้ำ และยา	4.27	0.73	4.73	0.36	4.12	0.001**
4. จัดการความเครียด	4.20	1.60	4.40	0.80	3.04	0.001*
5. ออกกำลังกาย	4.50	0.75	5.00	0.50	3.44	0.001**
6. จัดการสิ่งแวดล้อม	4.80	0.80	5.00	0.20	3.32	0.001**
7. บันทึกข้อมูลและอาการผิดปกติ	4.50	0.67	5.00	0.50	2.86	0.002*
รวม	4.45	0.48	4.76	0.16	4.20	0.001**

*p-value < 0.01, **p-value < 0.001

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการสังเกตพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัว

พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัว พบว่า คะแนนเฉลี่ยการสังเกตพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งภาพรวมและรายด้านสูงขึ้น มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05, 0.01 และ 0.001 ตามลำดับ ยกเว้นด้านการดูแลแผลช่องสายออก พบว่าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยการสังเกตพฤติกรรมการจัดการดูแลแผลไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการสังเกตพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัว (n=23)

การสังเกตพฤติกรรมการจัดการ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Z	P-value
สุขภาพ	Median	IQR	Median	IQR		(1-tailed)
1. ปฏิบัติล้างไตทางช่องท้อง	1.80	0.40	2.00	0.10	3.55	0.001***
2. ดูแลแผลช่องสายออก	2.00	0.33	2.00	0.00	1.54	0.06
3. จัดการอาหาร น้ำ และยา	1.33	0.67	2.00	0.33	3.61	0.001***
4. จัดการความเครียด	2.00	0.00	2.00	0.00	1.73	0.041*
5. ออกกำลังกาย	2.00	1.00	2.00	0.00	2.71	0.003**
6. จัดการสิ่งแวดล้อม	1.50	1.00	2.00	0.25	3.76	0.001***
7. บันทึกข้อมูลและอาการผิดปกติ	2.00	0.00	2.00	0.00	2.06	0.02*
รวม	1.72	0.47	1.92	0.23	4.22	0.001***

*p-value < 0.05, **p-value < 0.01, ***p-value < 0.001

การอภิปรายผล

จากการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัว คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างสูงขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของซีเบิร์น (Sebern, 2005) ได้แก่ การสื่อสาร การตัดสินใจ และการกระทำร่วมกัน ในการส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าใจถึงความสำคัญของการดูแลร่วมกันของครอบครัว การพูดคุยใช้คำถามปลายเปิด รวมถึงการวิเคราะห์สถานการณ์ และความต้องการของครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจตรงกัน สามารถวางแผนการดูแลร่วมกันและให้การช่วยเหลือกันได้ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของกาญฎา ศรีอุดม, ธราดล เก่งการพานิช, มณฑา เก่งการพานิช และศรัณญา เบญจกุล (2561) ที่พบว่าการสร้างบรรยากาศภายในกลุ่มรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยและครอบครัว กระตุ้นและให้กำลังใจพร้อมกำหนดเป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นกลวิธีในการเสริมสร้างการเรียนรู้ที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดการจัดการตนเองของเครียร์ (Creer, 2000) ในการจัดการตนเองอย่างเป็นขั้นตอน ตั้งแต่การตั้งเป้าหมายให้มีความรู้ในการจัดการโรคและความเจ็บป่วย การสังเกตเฝ้าระวังอาการผิดปกติของตนเองเพื่อนำสู่การตัดสินใจที่เหมาะสมในการลงมือปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสะท้อนผลการปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดหรือไม่ มาใช้ในโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ในหัวข้อปฏิบัติการล้างไต การดูแลแผลช่องสายออก การจัดการอาหาร น้ำและยา การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย การจัดการสิ่งแวดล้อม การบันทึกข้อมูลและอาการผิดปกติ พร้อมทั้งการลงมือปฏิบัติตามขั้นตอนและแผนที่วางไว้ ผู้วิจัยสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมใช้คำพูดจูงใจ กระตุ้นอารมณ์ทางบวกของผู้ป่วยและครอบครัวในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคที่พบและร่วมกันหาแนวทางแก้ปัญหา การสะท้อนผลของการปฏิบัติช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเข้าใจและเกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของกมลรัตน์ เอี่ยมสำราญ (2563) พบว่าผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องภายหลังได้รับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้น อย่างนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปิยะดา ด้วงพิบูลย์ (2565) ที่พบว่าผู้ป่วยไตเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับความรู้ มีการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติจนมีทักษะการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นอย่างนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

ผลการวิจัยยังพบว่า คะแนนเฉลี่ยการสังเกตพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัวสูงขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ยกเว้นด้านการดูแลแผลช่องสายออก พบว่า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัว พฤติกรรมจัดการดูแลแผลไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วย

และผู้ดูแลได้รับความรู้ภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อเยื่อบุช่องท้อง/ช่องสายออก และบางรายเคยมีประสบการณ์ของการติดเชื้อเยื่อบุช่องท้องที่มีอาการปวดท้อง มีไข้ น้ำยาล้างไตขุ่นและออกน้อย ต้องไปนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล จึงระมัดระวังปฏิบัติตามขั้นตอนการทำแผลและดูแลแผลช่องสายออกอย่างเคร่งครัด สอดคล้องกับการศึกษาของสิริลักษณ์ สุทธรัตนกุล, ลลนา แร่กาสินธุ์ และวินัฐ ดวงแสนจันทร์ (2566) พบว่า การใช้ภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* < 0.05) เช่นเดียวกับการศึกษาของมงคล วารีย์, นภาลัย แสงโพธิ์ และแจ่มจันทร์ แสนสุข (2562) พบว่าผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและครอบครัวภายหลังได้รับการจัดการสุขภาพบุคคลและครอบครัวมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเยื่อบุช่องท้องในระดับบุคคลระดับครอบครัวสูงขึ้น อย่างนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* < 0.05) นอกจากนี้ในระหว่างการดำเนินงานวิจัย ผู้วิจัยได้ประสานกับชุมชนและ อสม. ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและครอบครัว พบว่า อสม. มีโอกาสเรียนรู้กระบวนการส่งเสริมการดูแลร่วมกัน ผ่านการสังเกตและรับฟังการให้คำแนะนำจากผู้วิจัย ส่งผลให้ได้รับความรู้และทักษะที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังส่งเสริมให้เกิดการติดตามต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ ซึ่งช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิและสอดคล้องกับยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างยั่งยืน ผลลัพธ์ที่ได้สะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมฯ มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีแนวโน้มในการดำรงชีวิตร่วมกับโรคเรื้อรังอย่างมีคุณภาพมากขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถใช้ผลการวิจัยนี้เป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายหรือแนวปฏิบัติของคลินิกล้างไต โดยเน้นการสร้างความตระหนักถึงบทบาท และการสร้างทักษะในการส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัวในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพ

2. พยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพ สามารถนำโปรแกรมฯนี้เป็นแนวทางในการวางแผนร่วมกับผู้ป่วยที่มีการล้างไตทางหน้าท้องและครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีศักยภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีคุณภาพ

3. ควรนำโปรแกรมฯ นี้ไปเชื่อมโยงกับการดำเนินงานของ อสม. เพื่อให้มีการติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาและพัฒนาศักยภาพ อสม.ให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่องและครอบครัว เนื่องจาก อสม.เป็นคนในพื้นที่ชุมชนที่มี

ความใกล้ชิด สนิทสนม และเข้าใจบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว สามารถติดตามพฤติกรรมการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างต่อเนื่อง

2. การวิจัยเพื่อพัฒนาสื่อออนไลน์ที่ใช้ในการปฏิบัติการล้างไตและการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

กมลรัตน์ เอี่ยมสำราญ. (2563). ผลการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลนครพนม. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม, 7*(1), 63-74.

กรมควบคุมโรค. (2567). *กรมควบคุมโรค รณรงค์ “วันไตโลก” 2567 ขับเคลื่อนการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ประชาชน มุ่งเน้นการเข้าถึงการบริการที่เท่าเทียม*. สืบค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2567 จาก https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?deptcode=brc&news=41551.

กาญฎา ศรีอุดม, ธราดล เก่งการพานิช, มณฑา เก่งการพานิช และศรัณญา เบญจกุล. (2561). โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการล้างไตทางช่องท้องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย. *วารสารสุขศึกษา, 41*(1), 49-61.

จันทร์เพ็ญ ปะวะโพตะโก, นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล และนงค์คราญ วิเศษกุล. (2564). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 35*(2), 99-113.

ณจิต วงศ์ชัย และจุรีภรณ์ เจริญพงศ. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีความเหนื่อยล้า. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน, 9*(1), 114-129.

ธวัช เตียวไล และรสสุคนธ์ ตันติวิชิตเวช. (2563). อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อบุช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลโพธาราม. *วารสารแพทย์เขต 4-5, 39*(1), 51-64.

ปิยะดา ด้วงพิบูลย์. (2565). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างทักษะในการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรัง คลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลวัดเพลง. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 2*(3), 13-24.

พันทิวา เวชกามา. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลยโสธร. *ยโสธรเวชสาร, 25*(1), 38-51.

มงคล วารีย์, นภาลัย แสงโพธิ์ และแจ่มจันทร์ แสนสุข. (2562). ผลการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเยื่อบุช่องท้องของบุคคลที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา, 2*(3), 22-31.

ระบบรายงานสารสนเทศผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. (2566). *การใช้บริการการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง กองทุน สปสช*. เชียงใหม่: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

รุจิราพร ป้องเกิด และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์. (2559). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. *วารสารเกื้อการุณย์, 23*(2), 165-181.

วงศกร บุญกาญจน์. (2563). การติดเชื้อราในเยื่อบุช่องท้องในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง: ประสบการณ์ 10 ปี ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. *มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร, 4*(1), 97-107.

ศิริลักษณ์ เมืองไทย และยุพาวดี ขันทบัลลัง. (2567). การใช้ชีวิตหลังการได้รับการรักษาโดยการล้างไตทางหน้าท้องในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 18*(2), 679-694.

สิริลักษณ์ สุทธรัตนกุล, ลลนา แร่กาสินธุ์ และวินัฐ ดวงแสนจันทร์. (2566). ผลของโปรแกรมภาพสะท้อนทางความคิดต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง. *วารสารพยาบาล, 72*(3), 1-10.

หน่วยไตเทียม. (2567). *รายงานสถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง พ.ศ. 2562-2566*. นครศรีธรรมราช: หน่วยไตเทียมโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช.

อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2558). *สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย.* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: วิทยาพัฒน์.

Creer, L. T. (2000). Self- management of chronic illness. In Boekaerts, M., Pintrich, P. R., & Zeidner, M. (Eds.). *Handbook of self-regulation* (pp. 601-629). Cambridge, Massachusetts: Academic Press.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, *39*(2), 175-191. https://doi.org/10.3758/bf03193146

Sebern, M. D. (2005). Shared care elder and family member skills used to manage burden. *Journal of Advanced Nursing, 52*(2), 170-179. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03580.x