

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตวายเรื้อรังเป็นโรคที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุขทั่วโลกเนื่องจากเป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานและต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก ในปี ค.ศ. 2012 จำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทั่วโลกมีประมาณ 3,010,000 คน และมีอัตราการเพิ่มของผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 7 ต่อปี (Fresenius Medical Care, 2013) ในประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 2009 พบผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายคิดเป็น 1,738 รายต่อประชากรล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี ค.ศ. 2008 ร้อยละ 2.1 (United States Renal Data System [USRDS], 2011) ในประเทศไทยจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษด้วยการบำบัดทดแทนไตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2551 อุบัติการณ์การเข้ารักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตคิดเป็น 100.3 รายต่อประชากรล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น 123.2 และ 181.2 รายต่อประชากรล้านคน ในปี พ.ศ. 2552 และ 2553 ตามลำดับ ในภาคเหนือจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษด้วยการบำบัดทดแทนไตมีแนวโน้มเพิ่มเช่นเดียวกัน จาก 358.7 รายต่อประชากรล้านคน ในปี พ.ศ. 2551 เป็น 436.2 และ 795.2 รายต่อประชากรล้านคน ในปี พ.ศ. 2552 และ 2553 ตามลำดับ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2555)

การรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในปัจจุบันมี 3 วิธี คือ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (continuous ambulatory peritoneal dialysis [CAPD]) และการปลูกถ่ายไต (renal transplantation) ในประเทศไทยการรักษากลับไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีการดำเนินการมากขึ้นเนื่องจากนโยบายบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องเป็นอันดับแรก (PD first policy) ของรัฐบาลร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขยายสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2551 ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้นส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจาก 965 รายในปีงบประมาณ

2551 เป็น 10,127 รายในปีงบประมาณ 2554 (กองทุนโรคไต สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554) ภาคเหนือพบจำนวนผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน จากปี พ.ศ.2551-2553 จำนวนผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องเพิ่มขึ้นจาก 295 ราย เป็น 376 และ 1,035 ราย ตามลำดับ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2555)

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง จะได้รับการผ่าตัดฝังท่อล้างไตไว้ในช่องท้องเพื่อใช้เชื่อมต่อกับถุงน้ำยาล้างไต ในการล้างไตแต่ละครั้งผู้ป่วยจะใส่น้ำยาล้างไตเข้าไปในช่องท้องค้างไว้ 4-6 ชั่วโมง เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนของเสียที่สะสมในร่างกาย และช่วยปรับสมดุลน้ำในร่างกายของผู้ป่วย เมื่อครบเวลาจึงปล่อยน้ำยาที่เป็นของเสียออกมาแล้วใส่น้ำยาถุงใหม่เข้าไป (สุกชัย ฐิตธิดาชากุล, 2551) การรักษาด้วยวิธีการนี้อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการที่ความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในของเยื่อช่องท้อง ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยได้แก่ ภาวะไส้เลื่อน อวัยวะสืบพันธุ์บวม ผื่นงูน้ำท้องบวม น้ำยาล้างไตรั่วเข้าทรวงอก ภาวะปวดหลัง และเยื่อผนังช่องท้องเสื่อมหน้าที่ในการแลกเปลี่ยนของเสีย (เถลิงศักดิ์ กาญจนมนุญย์, ชีรภาพ ฐานิสโร, อธิศพันธ์ จุลกัทพิพะ, และ สมชาย เอี่ยมอ่อง, 2551; Prakash et al., 2011) ในการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องผู้ป่วยจำเป็นต้องคาท่อล้างไตไว้ทางหน้าท้องตลอดเวลาจึงมีความเสี่ยงที่เชื้อโรคจากภายนอกจะเข้าสู่ร่างกายโดยผ่านทางรอยต่อระหว่างผิวหนังกับท่อล้างไต ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งทางออกของสาย (exit-site infection) และการติดเชื้ออาจลุกลามไปยังบริเวณแนวสายที่วางอยู่ในชั้นใต้ผิวหนังเกิดเป็นการ ติดเชื้อที่อุโมงค์ (tunnel infection) นอกจากนี้ยังพบว่าในการเปลี่ยนถุงน้ำยาล้างไตแต่ละครั้งมีความเสี่ยงต่อการปนเปื้อนจากการที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามหลักปลอดเชื้อ เช่น ไม่ล้างมือ เช็ดโต๊ะวางอุปกรณ์ไม่สะอาด สัมผัสบริเวณข้อต่อของสายในขณะที่ล้างไต ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง (peritonitis) (อัมพร สกุลแสงประภา, 2551)

การติดเชื้อเป็นปัญหาและอุปสรรคสำคัญของการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องโดยเฉพาะการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง การติดเชื้อที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ อัตราการติดเชื้อในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศเกาหลีใต้ และประเทศออสเตรเลียอยู่ระหว่าง 0.24-0.51 ครั้ง/ราย/ปี (Aslam, Bernardini, Fried, Burr, & Piraino, 2006; Han et al., 2007; Rudnicki, Kerschbaum, Hausdorfer, Mayer, & Konig, 2010) อัตราการติดเชื้อในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา ได้แก่ ประเทศตุรกี ประเทศบราซิล และประเทศอาเจนตินาอยู่ระหว่าง 0.42-0.87 ครั้ง/ราย/ปี (Keles et al., 2010; Lobo, Villar, Jounir, & Bastos, 2010; Santonianni,

Predari, Veron, Zucchini, & Depaulis, 2008) การศึกษาในประเทศไทย พบอัตราการติดเชื้อในเยื่อ
ช่องท้องของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องอยู่ระหว่าง 0.57-0.66 ครั้ง/ราย/ปี (รัชนิ
เชียวชาญธนกิจ, 2553; สุเทพ จันทรมณีกุล, 2554) แม้ว่าอัตราการติดเชื้อส่วนใหญ่จะเป็นไปตาม
เกณฑ์ของสมาคม ล้างไตทางช่องท้องนานาชาติ (International Society Peritoneal Dialysis
[ISPD]) คือไม่เกิน 0.67 ครั้ง/ราย/ปี (ISPD, 2010) แต่การติดเชื้อแต่ละครั้งส่งผลกระทบโดยตรงต่อ
ผู้ป่วยและญาติ และอาจรุนแรงจนกระทบต่อการกระบวนกรรักษา

การติดเชื้อที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งทำให้ผู้ป่วยและญาติต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การศึกษา
ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าค่าใช้จ่ายเฉพาะค่ายาปฏิชีวนะที่ใช้รักษาการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง
ต่อครั้งอยู่ระหว่าง 30.21-39.32 เหรียญสหรัฐ (Khairullah et al., 2002) ผู้ป่วยที่มีอาการของการติด
เชื้อรุนแรงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลทำให้มีค่าใช้จ่ายมากขึ้นและค่าใช้จ่ายจะ
เพิ่มขึ้นตามจำนวนวันนอนของผู้ป่วย การศึกษาในประเทศออสเตรเลียพบว่าร้อยละ 69 ของผู้ป่วยที่
ติดเชื้อ ในเยื่อช่องท้องต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยมีระยะเวลาอนโรงพยาบาล
เฉลี่ย 4 วัน โดยการติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อราจะทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลเฉลี่ย 10 วัน (Ghali et
al., 2011) การติดเชื้อที่รุนแรงส่งผลกระทบต่อกระบวนกรรักษาโดยเฉพาะการติดเชื้อที่มีสาเหตุจากเชื้อรา
การศึกษาที่ผ่านมามีในประเทศอินเดียและประเทศออสเตรเลีย พบว่าร้อยละ 70-88 ของผู้ป่วยที่มีการ
ติดเชื้อจากเชื้อราต้องถอดสายล้างไตออก และร้อยละ 30-74 ต้องเปลี่ยนวิธีการรักษาไปเป็นการ
ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Indhumathi, Jagadeswaran, Varadarajan, Abraham, &
Soundararajan, 2009; Miles et al., 2009) การศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อในเยื่อช่อง
ท้องมีความเสี่ยงต่อความล้มเหลวในการรักษาคิดเป็น 2.34 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อในเยื่อช่อง
ท้อง และร้อยละ 34.2 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตเกิดจากการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง (Pongskul et al.,
2006) การศึกษาในประเทศสเปนพบว่าความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นทุกครั้งที่มีการติดเชื้อใน
เยื่อช่องท้อง โดยการติดเชื้อในครั้งแรกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 2.08 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อ
ในเยื่อช่องท้อง และความเสี่ยงจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 7.87 เท่าในการติดเชื้อครั้งที่ 5 (Munoz de Bustillo
et al., 2011)

การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเป็นกิจกรรมการรักษาที่ไม่ได้ดำเนินการโดยบุคลากรทาง
การแพทย์ในสถานพยาบาล แต่เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน จึงมีความเสี่ยงต่อ
การติดเชื้อจากการคาท่อล้างไตทางหน้าท้องและการปนเปื้อนเชื้อในขณะทำการล้างไตสูง ดังนั้น
ผู้ป่วยจะต้องมีความรู้และปฏิบัติอย่างถูกต้องตลอดเวลา สิ่งที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติเพื่อป้องกันการติด

เชื้อ ได้แก่ การทำความสะอาดมือ การป้องกันการปนเปื้อนจากการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต การสังเกตอาการผิดปกติ การดูแลแผลบริเวณตำแหน่งทางออกของสาย และการดูแลภาวะโภชนาการ (ISPD, 2006; สปสข., 2552) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าหลังจากเริ่มล้างไตด้วยตนเองไประยะหนึ่ง ผู้ป่วยจะละเลยการปฏิบัติที่ถูกต้อง ดังการศึกษาในประเทศจีนพบว่าเมื่อเวลาผ่านไป 6 เดือน ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องร้อยละ 51.5 ล้างมือไม่ถูกต้อง ร้อยละ 46.2 ไม่ตรวจสอบการรั่วของถุงน้ำยา และร้อยละ 11.5 ไม่สวมหมวกและผ้าปิดปากปิดจมูกเนื่องจากลืม (Dong & Chen, 2010) การศึกษาในประเทศอินเดียพบว่าเมื่อเวลาผ่านไป 2 ปี ผู้ป่วยร้อยละ 68 ไม่สวมผ้าปิดปากปิดจมูก ร้อยละ 60 ไม่ตรวจสอบการรั่วของถุงน้ำยา และไม่ใช่เทคนิค “flush before fill” ร้อยละ 24 ไม่ล้างมือ (Marwar, Gupta, & Mahajan, 2011) และการศึกษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศไทยพบว่าเมื่อเวลาผ่านไป 1 ปี ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องร้อยละ 61.5 เปลี่ยนถ่ายน้ำยาไม่ถูกต้อง ร้อยละ 46.2 ล้างมือไม่ถูกต้อง และร้อยละ 30.8 ทำแผลไม่ครบขั้นตอน (จิราภรณ์ สุพลมาตย์, 2554) ดังนั้นจึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีการปฏิบัติอย่างถูกต้องและต่อเนื่องเพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นตามมา

การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่ผ่านมามีน้อย เนื่องจากเป็นวิธีการรักษาที่เพิ่งได้รับความนิยม พบเพียงการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยวิธีการสอนแบบอภิปรายกลุ่ม ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่ทราบว่าการปฏิบัติที่ถูกต้องของผู้ป่วยจะคงอยู่ยาวนานเพียงใดเนื่องจากการศึกษาระยะสั้น มีระยะเวลาเพียง 1 เดือน (นุจริย์ รัตนประภาศิริ, 2536) การดำเนินการที่ผ่านมาในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองตามแนวทางปฏิบัติของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยโดยวิธีการสอนและให้ความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการล้างไต การฝึกทักษะการล้างไต การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และการเยี่ยมบ้าน แต่การศึกษากาวิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองตามแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลไตเทียมของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือของประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองผ่านเกณฑ์ภายหลังจากการอบรม แต่เมื่อเวลาผ่านไปในช่วง 1 ปี พบว่าผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองผ่านเกณฑ์ลดลง และมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องเมื่อมีระยะเวลาการล้างไตนานขึ้น

สาเหตุที่ทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลงเกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง การขาดความรับผิดชอบและความตระหนักในการดูแลตนเอง การขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง จากความรู้สึกลึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ ต่อภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและการรับรู้ถึงความไม่สิ้นสุดของ กระบวนการรักษา (จิราภรณ์ สุพลมัตย์, 2554) การศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ ในเยื่อหุ้มสมองท้องจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง พบว่าความรู้สึกลึกเบื่อหน่ายต่อ กระบวนการรักษาที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องซ้ำๆ ทุกวัน มีผลให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ การรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพไม่แข็งแรงทำให้ ผู้ป่วยไม่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองคิดว่าตนเองหลีกเลี่ยงการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง ไม่ได้ (พนิดา เทียมจรรยา, ชมนาค วรรณพรศิริ และ ดวงพร หุ่นตระกูล, 2554) วิธีการเหล่านี้อาจ ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยบางรายตระหนักยอมรับปัญหาและเกิดการแก้ไขปัญหายั่งยืนได้ด้วยตนเอง ดังนั้นจึงหาวิธีการปฏิบัติการดูแลสุขภาพด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนในผู้ป่วยล้างไตทางช่อง ท้องแบบต่อเนื่องด้วยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งจะช่วยเพิ่มความรู้ ความตระหนักให้กับ ผู้ป่วย ช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถ ของตนเองในการควบคุมปัญหาการปฏิบัติที่เกิดขึ้น

การเสริมสร้างพลังมีหลักการคือ ใ้บุคคลสามารถค้นพบปัญหาด้วยตนเอง บุคลากรพยาบาลเป็น ผู้สนับสนุนอย่างต่อเนื่อง หรือชี้แนะส่งเสริมพัฒนาทักษะที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการ แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นและมั่นใจในการปฏิบัติอย่างยั่งยืน กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) การตัดสินใจเลือก วิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (taking charge) และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มี ประสิทธิภาพ (holding on) ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้พลังอำนาจมีอยู่ด้วยกัน 2 ปัจจัย คือปัจจัย ภายในบุคคลประกอบด้วยค่านิยม ความเชื่อ ความมุ่งมั่นตั้งใจ ประสบการณ์ส่วนบุคคล และปัจจัย ระหว่างบุคคล ประกอบด้วยการสนับสนุนจากสังคม ได้แก่ บุคคลในครอบครัว บุคลากรทาง สุขภาพของโรงพยาบาล และกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันเอง (Gibson, 1995)

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามี การนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการ ส่งเสริมพฤติกรรมปฏิบัติของผู้ป่วยเรื้อรังในกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ได้แก่ การศึกษาการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ป่วยเพศหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศ สหรัฐอเมริกาเป็นเวลา 1 ปีพบว่าหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยมีวินัยในการ

รับประทานยาต้านไวรัสมากขึ้น (Marellich & Murphy, 2003) เช่นเดียวกับการศึกษาการรับประทานยาต้านไวรัสในกลุ่มเยาวชนในประเทศไทย พบว่าเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีและป่วยเป็นโรคเอดส์ที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสมากขึ้นและมีพฤติกรรมการแพร่เชื้อและการรับเชื้อเอชไอวีลดลง (รัชนิกร ไช่หิน, 2554) การศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีผลที่เท่าในประเทศไทยจำนวน 20 ราย พบว่าหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลเท้าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เขวภา พรเวียง, วิทยารณ หมีนมา, พิศมัย ศรีสุวรรณนพกุล, และวันทนา แก้วของผาง, 2555) นอกจากนี้ยังพบการศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในประเทศไทยจำนวน 48 ราย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ และยังพบว่าค่าผลตรวจทางคลินิก ได้แก่ ความดันโลหิต ความเข้มข้นของเลือด และระดับฮีโมโกลบินในเลือดของผู้ป่วยกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Moattari, Ebrahimi, Sharifi, & Rouzbeh, 2012) ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถช่วยปรับปรุงพฤติกรรมดูแลตนเองในกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติต่อเนื่องซ้ำๆทุกวันให้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเรื้อรังมีผลตรวจทางคลินิกดีขึ้น

การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่ผ่านมานี้อยู่ (ISPD, 2006) ประกอบกับผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงทั้งจากกระบวนการล้างไตและการต้องปฏิบัติต่อเนื่องยาวนาน ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการเพิ่มความรู้ ทักษะ ความตระหนักรู้ แรงจูงใจ ความภาคภูมิใจในตนเอง และสร้างความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมให้ดูแลตนเองเพิ่มขึ้น (Moattari et al., 2012) ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันมาใช้ส่งเสริมการปฏิบัติของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในการป้องกันการติดเชื้อ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถของตน และเกิดความเชื่อมั่นในตนเองในการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ส่งผลให้สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและอุบัติการณ์การติดเชื้อลดลง

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1.2.1 เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องระหว่างก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 1.2.2 เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ
- 1.2.3 เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจและกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ

1.3 สมมติฐานการวิจัย

- 1.3.1 ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 1.3.2 ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อสูงกว่าผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่ได้รับการดูแลตามปกติ
- 1.3.3 อุตบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่ได้รับการดูแลตามปกติ

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่มโดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (two groups pre - post test design) เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อและอุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่บ้าน ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดแพร่ ระยะเวลาในการวิจัยตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2556 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2557

1.5 นิยามศัพท์

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในการประเมินปัญหา แสวงหาทางเลือก ตัดสินใจ ลงมือปฏิบัติในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ตามแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การค้นพบสถานการณ์จริง 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

การปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเพื่อการป้องกันการติดเชื้อ ประเมินการกระทำของผู้ป่วยจากแบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในชุมชนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช., 2552) ประกอบด้วย กิจกรรมการทำความสะอาดมือ การป้องกันการปนเปื้อนจากการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต การสังเกตอาการผิดปกติ การดูแลแผลบริเวณตำแหน่งทางออกของสาย และการดูแลภาวะโภชนาการ

อุบัติการณ์การติดเชื้อ หมายถึง จำนวนครั้งของการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง การติดเชื้อตำแหน่งทางออกของสาย และการติดเชื้อที่อุโมงค์ ที่เกิดขึ้นใหม่ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ที่รวบรวมและบันทึกข้อมูลขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการที่หน่วยล้างไตทางช่องท้องของโรงพยาบาลแพร่ ตามแบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องของสมาคมล้างไตทางช่องท้องนานาชาติ (ISPD, 2000; ISPD, 2005) ประกอบด้วย 1) อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ 2) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ 3) ผลการวินิจฉัยการติดเชื้อตามเกณฑ์ของสมาคมล้างไตทางช่องท้องนานาชาติ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้นำข้อมูลมาคำนวณอัตราการติดเชื้อโดยใช้หน่วยเป็นครั้ง/ราย/ปี

ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง หมายถึง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังซึ่งอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดแพร่ ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดฝังคาทอไลด์ไต (Tenckhoff's catheter) ไว้ในช่องท้อง

สำหรับเชื่อมต่อกับถุงน้ำยาล้างไตที่จะใช้ใส่เข้าไปในช่องท้องเพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนของเสียที่
คั่งค้างในร่างกาย โดยเปลี่ยนน้ำยาล้างไตวันละ 4-6 ครั้ง

การดูแลตามปกติ หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไต
ทางช่องท้องแบบต่อเนื่องจากพยาบาลหน่วยบริการล้างไตทางช่องท้องของโรงพยาบาลแพร่
ประกอบด้วย การให้ความรู้และคำแนะนำเป็นรายบุคคลตามปัญหาที่พบเมื่อผู้ป่วยมารับบริการตาม
นัด



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved