

ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้อง
แบบต่อเนื่องด้วยตนเองที่บ้านในชุมชน

Lived experiences of patients with end-stage kidney disease
undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis in the community

วาสนา กันคำ*, ปริยสลิ ไชยวุฒิ*

Wassana Kankom*, Preyasalin Chaiwut*

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**Boromarajonani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajachanok Institute

Corresponding author: Preyasalin Chaiwut; Email: Preyasalin.C@bcnpy.ac.th

Received: March 24, 2026; Revised: June 1, 2026; Accepted: June 2, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวทางปรากฏการณ์วิทยาตีความนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจและทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องด้วยตนเองที่บ้าน ในเขตพื้นที่ชุมชน จังหวัดพะเยา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างและการสังเกต กลุ่มผู้ให้ข้อมูลถูกคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 15 รายจนกระทั่งข้อมูลถึงจุดอิ่มตัว วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ตามแนวทางปรากฏการณ์วิทยาตีความ โดยการจัดกลุ่มหน่วยความหมายและสังเคราะห์เป็นแก่นสาระสำคัญของประสบการณ์

ผลการวิจัยพบแก่นสาระสำคัญของประสบการณ์ 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การสูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตนเองและภาวะพึ่งพาครอบครัว 2) อุปสรรคด้านสถานะทางเศรษฐกิจและข้อจำกัดของสภาพแวดล้อมที่พักอาศัย 3) ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเวชภัณฑ์และระบบขนส่งในชุมชน 4) พฤติกรรมการเผชิญปัญหาบนความเสี่ยงภายใต้ข้อจำกัดของวิถีชีวิต และ 5) ความทุกข์ระทมทางจิตวิญญาณจากการสูญเสียบทบาททางสังคม ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นอุปสรรคสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพ

คำสำคัญ: ไตวายระยะสุดท้าย, การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง, ประสบการณ์ชีวิต, ชุมชน

Abstract

This interpretive phenomenological study aimed to explore and gain an in-depth understanding of the lived experiences of patients with end-stage renal disease (ESRD) undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) at home in community settings in Phayao Province, Thailand. Data were collected through semi-structured in-depth interviews and observation. Fifteen participants were purposively selected, and data collection continued until data saturation was achieved. Demographic data were analyzed using descriptive statistics, while qualitative data were analyzed using an interpretive phenomenological approach through the identification and clustering of meaning units and the synthesis of essential themes.

The findings revealed five major themes: 1) loss of self-reliance and increased dependence on family members; 2) economic hardships and limitations of the home environment; 3) inequities in access to medical supplies and transportation systems within the community; 4) risk-taking coping behaviors under lifestyle constraints; and 5) spiritual suffering resulting from the loss of social roles. The findings indicate that socioeconomic factors constitute significant barriers to effective self-care, limiting patients' ability to manage their health and maintain a satisfactory quality of life.

Keywords: end-stage kidney disease, peritoneal dialysis, lived experiences, community

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (end-stage kidney disease: ESKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรวม 1,493,931 คน เพิ่มขึ้นจากปีก่อนถึง 133,150 คน โดยมีผู้ป่วยระยะที่ 5 สูงถึง 115,290 คน¹ สาเหตุหลักมาจากการเพิ่มขึ้นของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง² ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD) เป็นหนึ่งใน 4 วิธีของการบำบัดทดแทนไตที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง เนื่องจากผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยตนเองที่บ้าน มีความยืดหยุ่นในการดำเนินชีวิต และไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลบ่อยครั้ง³ จากข้อมูลสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ปีพ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยรับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธี CAPD ถึงจำนวน 24,439 คน³ อย่างไรก็ตามการรักษาด้วย CAPD มีความซับซ้อนสูง เนื่องจากผู้ป่วยต้องเปลี่ยนน้ำยาล้างไตด้วยตนเองวันละ 3-4 ครั้งตลอดชีวิต และมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสำคัญ โดยเฉพาะการติดเชื้อบริเวณเยื่อช่องท้อง (peritonitis) ซึ่งขึ้นอยู่กับความเคร่งครัดในเทคนิคปลอดเชื้อ สภาพแวดล้อมที่พักอาศัย และทรัพยากรที่ผู้ป่วยมีอยู่^{4,5} ในประเทศไทยพบอัตราการติดเชื้อบริเวณเยื่อช่องท้องร้อยละ 0.39 ต้องถอดสายสวนร้อยละ 14 เปลี่ยนวิธีรักษาร้อยละ 7 และมีอัตราความล้มเหลวของการรักษาสูงถึงร้อยละ 93.00⁶ นอกจากนี้ ยังพบภาวะแทรกซ้อนอื่น เช่น ภาวะน้ำเกิน สาย Tenckhoff หลุดเลื่อน และการรั่วซึมรอบสาย⁷ นอกเหนือจากภาวะแทรกซ้อนทางกายแล้ว การรักษาด้วย CAPD ยังส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ร่างกาย (body image) แบบแผนการดำเนินชีวิต และสภาพจิตใจของผู้ป่วยอย่างรุนแรง ผู้ป่วยมักเกิดความรู้สึกสูญเสียความเป็นอิสระ สูญเสียบทบาททางสังคม และรู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัว^{8,9} ปัญหาเหล่านี้ยิ่งทวีความรุนแรงขึ้นในผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทห่างไกล ซึ่งมีข้อจำกัดทั้งด้านเศรษฐกิจ ระบบขนส่ง และการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ถึงแม้ว่าในประเทศไทยจะมีงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วย CAPD จำนวนมาก แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณในบริบทของโรงพยาบาลศูนย์หรือเขตเมือง ยังขาดการศึกษาที่สามารถตอบคำถามเชิงประสบการณ์ได้ว่า ผู้ป่วย CAPD

ในพื้นที่ชนบทที่มีทรัพยากรจำกัดนั้น ได้รับความหมายและดำรงชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยอย่างไร ช่องว่างเชิงประสบการณ์ (experiential gap) นี้ไม่อาจถูกเติมเต็มด้วยการวัดเชิงตัวเลข ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาตีความ (hermeneutic phenomenology) จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมที่สุด เนื่องจากสามารถเจาะลึกถึงความหมายที่ซ่อนอยู่ในประสบการณ์ที่ดำรงอยู่จริง (lived experience)^{10, 11} ของผู้ป่วยการวิจัยครั้งนี้มุ่งสำรวจและทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องด้วยตนเองในชุมชน จังหวัดพะเยา ทั้งในด้านการเผชิญปัญหา อุปสรรค และความต้องการความช่วยเหลือ เพื่อเป็นฐานความรู้ให้ทีมสุขภาพพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของผู้ป่วยในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องด้วยตนเองที่บ้านในชุมชน

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องดำรงชีวิตร่วมกับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องด้วยตนเองในชุมชนมีความหมายและมีลักษณะอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องด้วยตนเองที่บ้าน ในพื้นที่จังหวัดพะเยา จำนวน 15 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยฯ ครอบคลุมถึง การรับรู้ความหมายของการเจ็บป่วย การดูแลตนเอง การปรับตัวทางร่างกายและจิตใจ ผลกระทบต่อวิถีชีวิต สังคม และเศรษฐกิจ ตลอดจนประสบการณ์การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและระบบเครือข่ายสุขภาพในชุมชน

ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง วันที่ 1 กันยายน ถึง 30 พฤศจิกายน 2568 ณ ชุมชนในพื้นที่จังหวัดพะเยา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาตีความ (hermeneutic phenomenology) บนพื้นฐานปรัชญาการดำรงอยู่ร่วมกับบริบทแวดล้อม (being-in-the-world)¹² มาเป็นกรอบในการทำความเข้าใจและตีความประสบการณ์ชีวิต (lived experience) ภาวะแห่งเวลา (temporality) และความเอื้ออาทร (care) เพื่อสะท้อนความหมายของการดำรงอยู่ภายใต้ความเจ็บป่วย ของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องจัดการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองในบริบทชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาตีความ (hermeneutic phenomenology) เพื่อมุ่งเน้นทำความเข้าใจและตีความความหมายที่ซ่อนอยู่ในประสบการณ์ชีวิตที่ซับซ้อนของผู้ป่วย¹²

ผู้ให้ข้อมูลและการคัดเลือก ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องด้วยตนเองที่บ้านในพื้นที่จังหวัดพะเยา โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive

sampling) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ขนาดของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล จำนวน 15 ราย ตามแนวทางการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ขนาดของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำนวน 12-20 คน เพียงพอสำหรับข้อมูลมีความอิ่มตัว และจากการดำเนินการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13 ไม่พบประเด็นความหมายใหม่ คณะผู้วิจัยจึงสัมภาษณ์เพิ่มอีก 2 รายเพื่อยืนยันความอิ่มตัว ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 15 ราย ซึ่งอยู่ในกรอบที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเข้า (inclusion criteria)

1. ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน
2. สามารถสื่อสารภาษาไทยหรือภาษาถิ่นเหนือได้เข้าใจและชัดเจน
3. ไม่มีอาการทางคลินิกที่รุนแรงหรืออยู่ในภาวะวิกฤต (เช่น ภาวะน้ำท่วมปอด หอบเหนื่อยรุนแรง) ในขณะเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลออก (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรือจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างกะทันหันขณะอยู่ในช่วงเก็บรวบรวมข้อมูล
 2. ผู้ป่วยมีความบกพร่องทางสติปัญญา การได้ยิน หรือมีภาวะสับสนที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลเชิงลึกได้
- ผู้ป่วยขอถอนตัวหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลระหว่างกระบวนการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้อง และโรคร่วม
2. แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง (in-depth semi-structured interview guide) ประกอบด้วยคำถามปลายเปิดที่ครอบคลุมประเด็นหลัก ได้แก่ การรับรู้ความหมายของการเจ็บป่วย ประสบการณ์การล้างไตและการดูแลตนเอง ผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน/ครอบครัว และแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยมีการใช้เทคนิคการถามเจาะลึก (probing questions) เพื่อขยายความเข้าใจ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) ความน่าเชื่อถือได้ (credibility): ตรวจสอบความเที่ยงตรงของข้อคำถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดลองสัมภาษณ์ (pilot) 1-2 ราย 2) ความสามารถตรวจสอบและยืนยันได้ (dependability & confirmability) จัดบันทึกภาคสนามและบันทึกสะท้อนคิด (reflexivity) อย่างละเอียด เพื่อสร้างร่องรอยการตรวจสอบข้อมูล (audit trail) และ 3) การนำไปใช้ได้ (transferability) พรรณนาบริบทและลักษณะผู้ให้ข้อมูลอย่างละเอียดถี่ถ้วน (thick description) เพื่อให้ผู้อ่านพิจารณาประยุกต์ใช้ในบริบทที่ใกล้เคียงกัน¹³

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา (รหส 014/2568) ลงวันที่รับรอง 29 สิงหาคม 2568 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร (informed consent) โดยยึดหลักความสมัครใจ (autonomy) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการ

วิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลส่วนบุคคลจะถูกปกปิดโดยใช้นามแฝงและรหัส ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและจะถูกทำลายอย่างถูกวิธีภายใน 3 ปี หลังจากงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อคัดกรองและขอความยินยอม (Informed consent) จากกลุ่มตัวอย่าง ก่อนดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยตนเอง ณ บ้านของผู้ป่วย (30-45 นาที/ราย) โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและบันทึกเสียง ผู้วิจัยเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลควบคู่กันจนข้อมูลถึงจุดอิ่มตัว (data saturation) จึงยุติที่ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15 ทั้งนี้ ได้รวบรวมข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) โดยผลจากการสัมภาษณ์ การสังเกต การจดบันทึกภาคสนาม และบันทึกสะท้อนคิด เพื่อลดอคติ จากนั้นจึงถอดเทปแบบคำต่อคำ และนำข้อค้นพบกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบยืนยันความถูกต้อง เพื่อความน่าเชื่อถือสูงสุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ความถี่และร้อยละ) และ 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยการทำความเข้าใจภาพรวม (holistic reading) ถอดเทปแบบคำต่อคำ และระบอบคติส่วนตัว (bracketing) เป็นการระบอบคติเพื่อเปิดรับความหมายใหม่ (phenomenological reduction) ควบคู่กับการสะท้อนคิด (reflexivity) สกัดและจัดกลุ่มหน่วยความหมาย (identifying & clustering meaning units) โดยใช้ถ้อยคำที่ใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูล (in vivo codes) แล้วจึงนำมาสังเคราะห์เป็นแก่นสาระสำคัญ (synthesizing essential themes) ควบคู่กับการตรวจสอบความสอดคล้อง (hermeneutic circle)¹³ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (trustworthiness) ตลอดกระบวนการ ด้วยการบันทึกร่องรอยอย่างเป็นระบบ (audit trail) และนำโครงร่างการเข้ารหัสไปแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้เชี่ยวชาญ (peer debriefing) เพื่อยืนยันความสมเหตุสมผลของการตีความ และป้องกันความลำเอียง

ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลส่วนบุคคล** ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 15 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.33 อายุเฉลี่ย 63.63 ปี (55-83 ปี) ทุกคนมีสถานภาพสมรสคู่และนับถือศาสนาพุทธ การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 93.33 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60.00 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 1,000 บาท ซึ่งส่วนใหญ่มาจากเบี้ยยังชีพของรัฐ และพึ่งพาครอบครัวเป็นหลัก มีระยะเวลาการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเฉลี่ย 5.60 ปี (1-12 ปี) และมีโรคร่วม ร้อยละ 93.33 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 80.00 และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 86.67

2. **ผลการวิจัยประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องในชุมชน** สาระสำคัญของประสบการณ์ (essential themes) ได้ 5 ประเด็น ดังนี้:

2.1 **การสูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตนเองและภาวะพึ่งพาครอบครัว** ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงประสบการณ์ของความเสื่อมถอยทางร่างกายที่รวดเร็ว ทำให้มีความเหนื่อยล้าในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ไม่สามารถทำงานบ้าน รวมถึงการล้างไตทางช่องท้องและการทำแผลหน้าท้อง (catheter exit-site) ต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัว นำไปสู่ภาวะพึ่งพิงในครอบครัว ดังคำกล่าวที่ว่า "เมื่อก่อนฉันทำได้ ต่อมาฉันเริ่มอ่อนแอลง... ตอนนี้นั้นต้องพึ่งเขาทำทุกอย่างให้ ทั้งเปลี่ยนน้ำยาและทำแผล" (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 1, ชายอายุ 68 ปี, มีภาวะพึ่งพาครอบครัวสูง) "ภรรยาทำทุกอย่างให้ฉันตอนนี้ ทั้งล้างไต ทำแผลที่หน้าท้อง ทำอาหาร และทำงานบ้าน" (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 9, ชายอายุ 66 ปี, อาศัยเพียงลำพังในช่วงกลางวันและรอรถสาธารณะนาน)

2.2 อุปสรรคด้านสถานะทางเศรษฐกิจและข้อจำกัดของสภาพแวดล้อมที่พังกาศัย ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเป็นอุปสรรคสำคัญผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ รายได้ที่ไม่เพียงพอทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เป็นห้องปลอดเชื้อสำหรับการล้างไตได้ บางรายต้องล้างไตในพื้นที่ที่ไม่ถูกสุขลักษณะ นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายแฝง (out-of-pocket costs) ในการจัดหาเวชภัณฑ์พื้นฐาน ดังคำกล่าว: "ย้ายลงมานอนใต้ถุนบ้าน และล้างไตทางช่องท้องใต้ถุนบ้าน... จะสร้างผนังกันเทพื้นให้เป็นห้องนอนก็ไม่มีเงิน ต้องใช้ผ้ากันทำเป็นห้องนอน" (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 13, หญิงอายุ 61 ปี, อาศัยใต้ถุนบ้านซึ่งเสี่ยงต่อฝุ่นละอองแมลงและมีข้อจำกัดเรื่องการเงิน) "เมื่อฉันขอชุดทำแผล... พยาบาลชุมชนบอกว่าไม่ใช่หน้าที่ของเธอ ฉันต้องซื้อเอง... ฉันต้องยืมเงินมาซื้อชุดทำแผลและแอลกอฮอล์" (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 14, ชายอายุ 59 ปี, ต้องกู้ยืมเงินนอกระบบเพื่อหารมาโรงพยาบาล) "ฉันไม่รู้ว่าจะมีชีวิตจะเป็นอย่างนี้ไปอีกนานแค่ไหน รู้สึกท้อแท้มาก ไม่อยากสู้แล้ว" (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 15, หญิงอายุ 69 ปี, รู้สึกสิ้นหวังกับความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง)

2.3 ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเวชภัณฑ์และระบบขนส่งในชุมชน ระยะทางและระบบขนส่งสาธารณะในท้องถิ่นที่ไม่เอื้ออำนวย เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการมาตรวจตามนัดและบางรายไม่สามารถมาตรวจตามนัด ผู้ให้ข้อมูลหลายรายยืนยันตรงกันว่า การพึ่งพาการรับส่งของท้องถิ่นมักมีความล่าช้าและไม่แน่นอน ทำให้ผู้ป่วยต้องแก้ปัญหาด้วยการกู้ยืมเงินเพื่อจ้างหารรถเอกชน นำไปสู่การเกิดหนี้สินที่ซ้ำเติมความยากจน ดังคำกล่าว: "ผมเคยโทรศัพท์ขอรถประจำตำบลมารับ... บอกว่าจะมาถึงบ้าน 9.00 น. มาถึงอีกทีบ่ายสองโมง ผมเข็ดมาก ไม่โทรไปขอความช่วยเหลืออีกเลย" (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 8, ชายอายุ 50 ปี, อาชีพเกษตรกรและยังคงทำงานกลางแจ้ง) "ต้องยืมเงินจากคนในหมู่บ้านมาจ่ายค่ารถส่วนตัว... จ่าย 1,000 บาทต่อครั้ง... แล้วนำเงินรัฐบาล (600 บาท) มาคืนหนี้ แล้วก็ยืมใหม่อีก" (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 6, หญิงอายุ 58 ปี, มีข้อจำกัดเรื่องพื้นที่ล้างไตในบ้านที่คับแคบ)

2.4 พฤติกรรมการเผชิญปัญหาบนความเสี่ยงภายใต้ข้อจำกัดทางวิถีชีวิต ภายใต้ข้อจำกัดด้านรายได้และสภาพแวดล้อม นำไปสู่พฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสมและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งการไม่สามารถเข้าถึงอาหารตามโภชนาการที่แพทย์สั่งได้เช่นการรับประทานไข่ขาวเพื่อเพิ่มระดับอัลบูมินในกระแสเลือดเนื่องจากความยากจน การหวนกลับไปบริโภคอาหารสุกๆ ดิบๆ ตามความคุ้นเคยทางวัฒนธรรม ตลอดจนการหาวิธีคลายหนาวด้วยวิธีพื้นบ้านจนเกิดอุบัติเหตุทางร่างกาย ดังตัวอย่าง: "ผมก็ยังกินลาบดิบเป็นประจำครับ แล้วผมก็เคยติดเชื้อในช่องท้อง นอน รพ. 7 วัน" (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 8, ชายอาชีพเกษตรกร) "พยาบาลแนะนำให้กินไข่วันละ 6 ฟอง... อยากทำตาม แต่ฉันไม่มีเงินซื้อไข่... จะได้กินเมื่อได้รับเงินผู้สูงอายุจากรัฐบาล" (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 11, หญิงอายุ 75 ปี, ขาดแคลนอาหารโปรตีนสูง) "บางครั้งนั่งผิงไฟผ่านข้างนอกเพื่อให้ร่างกายอบอุ่นแต่โดนไฟลวกขา... ผิวนั่งขาทั้งสองข้างมีรอยแผลไหม้" (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 5, ชายอายุ 62 ปี, เคยได้รับบาดเจ็บจากการผิงไฟคลายหนาว)

2.5 ความทุกข์ระทมทางจิตวิญญาณจากการสูญเสียบทบาททางสังคม การเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นและการจำกัดพื้นที่อยู่แต่ในบ้าน ทำให้อัตลักษณ์และบทบาททางสังคมเปลี่ยนแปลงไป ผู้ให้ข้อมูลต้องเผชิญกับความรู้สึกไร้ค่ารู้สึกตนเองเป็นภาระ นำมาซึ่งภาวะวิกฤตทางจิตใจและความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ (existential suffering) อย่างรุนแรงจนถึงขั้นมีความคิดอยากตาย ดังคำกล่าว: "ก่อนป่วย ฉันเป็นผู้นำหมู่บ้าน... แต่ตอนนี้ขี้บอไม่ได้แล้ว อยากเข้าร่วมกิจกรรมมาก รู้สึกเสียใจเรื่องนี้" ผู้ให้ข้อมูลรหัส 3, ชายอายุ 55 ปี, ค้นคืนกับการบริโภคอาหารพื้นบ้าน/ลาบดิบ) "รู้สึกเครียดมาก... บางครั้งอยากตาย บอกสามีว่าอยากผูกคอตาย... หายก็ไม่หาย แต่ก็ไม่ได้ตาย" (ผู้ให้ข้อมูลรหัส 11, หญิงอายุ 75 ปี, ขาดแคลนอาหารโปรตีนสูง)

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องในชุมชนครั้งนี้ มีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายดังนี้:

1. ประสบการณ์การสูญเสียตัวตนและการดำรงอยู่อย่างอิสระ (loss of self and being-in-the-world)

จากผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตนเองและต้องพึ่งพาครอบครัวอย่างสมบูรณ์

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของไฮเดกเกอร์¹² การดำรงอยู่ในโลก (being-in-the-world) โดยปกติมนุษย์จะดำรงอยู่ด้วยความสามารถในการจัดการสิ่งต่าง ๆ รอบตัวได้อย่างเป็นธรรมชาติ แต่เมื่อเผชิญกับภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องล้างไตทางหน้าท้องด้วยตนเองที่บ้านตลอดชีวิต ประสบการณ์นี้สะท้อนให้เห็นถึง ภาวะที่ผู้ป่วยเผชิญกับ การสูญเสียตัวตน (loss of self-agency) ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีทางการแพทย์ จะเผชิญกับความรู้สึกสูญเสียความเป็นอิสระและสูญเสียอัตลักษณ์ของตนเอง นำไปสู่ภาวะพึ่งพิงผู้ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้^{14, 15}

2. อิทธิพลของเศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมต่อความปลอดภัยในการรักษา (economic stability & physical environment)

จากผลการศึกษาที่พบว่า ความยากจนและสภาพที่อยู่อาศัยที่ไม่เหมาะสมสาเหตุจากข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ ทำให้ส่งผลกระทบต่อการรักษา

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า การมีรายได้น้อย ความยากจนทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถสร้างห้องล้างไตที่ได้มาตรฐานเนื่องจากขาดแคลนทุนทรัพย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องล้างไตในบริเวณบ้าน ที่ไม่ถูกสุขลักษณะไม่เหมาะสมตามมาตรฐานของการล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยในชนบท นอกจากนี้ยังสะท้อนถึงข้อจำกัดของระบบบริการพยาบาลในระดับชุมชน

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยด้านรายได้และสภาพแวดล้อมเป็นตัวแปรสำคัญที่กำหนดคุณภาพชีวิตและความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล¹⁶ นอกจากนี้การดำรงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอุปสรรคที่พบคือ ความยากจน สภาพที่พักอาศัยที่ไม่เหมาะสม และการขาดการเข้าถึงเวชภัณฑ์ที่จำเป็น^{17, 18} ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ นอกจากนี้มีงานวิจัยที่พบว่าคุณภาพการดูแลในระดับโรงพยาบาลชุมชนยังคงเผชิญกับข้อจำกัดด้านทรัพยากร ทั้งในมิติของการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง ภาระงานที่สูงเกินเกณฑ์ และข้อจำกัดด้านการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ ซึ่งอุปสรรคเหล่านี้คือ การไม่สามารถจัดทำห้องล้างไตที่ได้มาตรฐานปลอดภัย การขาดแคลนอุปกรณ์ทำแผลและวัสดุสิ้นเปลือง รวมถึงการพึ่งพาผู้ดูแลในการปฏิบัติหัตถการล้างไต ซึ่งล้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในช่องท้อง (peritonitis) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่งผลกระทบโดยตรงต่อประสิทธิภาพและความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่บ้าน (continuity of care)^{19, 20, 21}

3. ความเหลื่อมล้ำเชิงระบบและการเข้าถึงบริการสุขภาพ (healthcare access and quality)

ปัญหาการเข้าไม่ถึงเวชภัณฑ์พื้นฐานเช่น อุปกรณ์ล้างแผลหน้าท้อง (catheter exit-site) และระบบขนส่งสาธารณะที่ไม่ทั่วถึงในพื้นที่ชนบท แสดงให้เห็นถึงช่องว่างในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่นผู้ป่วยไม่สามารถขอรับอุปกรณ์ล้างแผลให้แก่ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียงได้ ต้องซื้ออุปกรณ์ดังกล่าวด้วยเงินของตนเอง และในชุมชนไม่มีรถบริการรับ-ส่งผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ณ โรงพยาบาลใกล้บ้าน บางรายต้องใช้บริการรถสอง

7/12

แถมสาธารณะ ซึ่งบริการในถนนสายหลัก ที่ห่างไกลจากชุมชน ต้องเดิน หรือ ขับขี่รถจักรยานยนต์ มารอตั้งแต่เช้ามืด (05.00 น.) เนื่องจากรอบรถบริการมีจำกัด และต้องรีบมาถึงโรงพยาบาลแต่เช้า เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่มาก และต้องกลับให้ทันรถโดยสารเที่ยวสุดท้าย ซึ่งบางพื้นที่รถโดยสารเที่ยวสุดท้าย คือ เวลา 14.00 น. หากไม่เสร็จธุระจากโรงพยาบาลช้ากว่ารถโดยสาร บางรายต้องเช่าเหมารถในราคาสูง เพื่อกลับบ้านที่พักในชุมชน บางรายต้องเหมารถยนต์ของเพื่อนบ้านเพื่อมาตรวจตามนัด เนื่องจากชุมชนที่พักอาศัยอยู่ห่างไกลจากรถบริการสาธารณะ

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับรายงานของ สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย²² ที่ชี้ให้เห็นว่าแม้ประเทศไทยจะมีนโยบายล้างไตทางช่องท้องเป็นทางเลือกแรก (PD first policy) แต่ความท้าทายในการบริหารจัดการเชิงระบบในพื้นที่ห่างไกลยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญ การที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความล่าช้าของรถรับส่งสาธารณะ ไม่เพียงแต่เป็นปัญหาด้านการเข้าถึงบริการ (access) เท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อความรู้สึกถูกทอดทิ้งจากรัฐ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการสร้างระบบสนับสนุนในชุมชน

4. พฤติกรรมการดูแลตนเองภายใต้ความเสี่ยงและข้อจำกัดในการดำรงชีวิต (risky coping Mechanisms)

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารดิบ หรือ การดูแลตนเองในฤดูหนาวที่ก่อให้เกิดอันตราย ไม่ได้เกิดจากความไม่รู้เพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลจากบริบททางวัฒนธรรมและความยากจนที่บีบคั้น เป็นภาพสะท้อนที่ชัดเจนว่าเมื่อทรัพยากรพื้นฐานขาดแคลน ผู้ป่วยจำต้องเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาบนความเสี่ยงเพื่อความอยู่รอดในวิถีชีวิตประจำวันที่สำคัญยิ่ง คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามวัฒนธรรมท้องถิ่น เช่น การกินลาบดิบ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญทางคลินิกสูงสุดต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในช่องท้อง (peritonitis) ปรากฏการณ์นี้แสดงให้เห็นว่าความเคยชินในวิถีชีวิตเดิมส่งผลให้ผู้ป่วยความตระหนักในด้านการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรคไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเอง (self-care maintenance) ของผู้ป่วยเรื้อรังถูกหล่อหลอมด้วยความเชื่อดั้งเดิมและภาวะทางจิตสังคม ประสบการณ์การได้รับบาดเจ็บจากไฟลวกขณะพยายามสร้างความอบอุ่น²³ เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงและผลลัพธ์ทางคลินิกของการติดเชื้อที่แผลช่องทางสายออกในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ที่ยืนยันว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อในผู้ป่วย CAPD ซึ่งการติดเชื้อแต่ละครั้งไม่ได้เป็นเพียงความเจ็บป่วยทางกายเท่านั้น แต่เป็นปัญหาที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยที่อาจจะสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา²⁴

5. ความทุกข์ระทมทางจิตใจ (existential suffering)

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงสภาวะที่ผู้ป่วยมีความคิด ‘อยากตาย’ จากสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ปรากฏการณ์นี้สามารถอธิบายได้ผ่านความรู้สึกสูญเสียความหมายในการมีชีวิต (loss of meaning) กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยสูญเสียบทบาทและอัตลักษณ์ทางสังคมที่เคยเป็นมีความหมายในชีวิต เช่น การเป็นผู้นำชุมชน ผู้นำครอบครัวที่มีรายได้หลักในครอบครัว ความรู้สึกสูญเสียเหล่านี้นำไปสู่ภาวะที่เรียกว่า ความเป็นอยู่เพื่อความตาย (being-toward-death)¹² ซึ่งในบริบทของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายจะแสดงออกมาเป็นความรู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกเป็นภาระ และในรายที่รุนแรงอาจมีความคิดอยากสั้นชีวิต เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าและความทุกข์ทางจิตวิญญาณสูง โดยเฉพาะในกลุ่มที่สูญเสียบทบาทการผลิตทางเศรษฐกิจและบทบาททางสังคม²⁴ ทั้งนี้ผู้วิจัยขอระบุข้อจำกัดในการตีความว่า การอธิบายผ่านกรอบแนวคิดปรัชญาดังกล่าวมีพื้นฐานมาจากผู้ให้ข้อมูล 15 รายในบริบทชุมชนเฉพาะของจังหวัดพะเยา ผลการวิจัยจึงไม่อาจสรุปอ้างอิง

สู่กลุ่มประชากรอื่นหรือพื้นที่อื่นได้โดยตรง แต่มีคุณค่าในเชิงการทำความเข้าใจเชิงลึก (thick understanding) ที่สามารถนำไปพิจารณาในบริบทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับแนวคิดเชิงปรัชญาที่อธิบายถึงการที่บุคคลถูกโยนเข้าสู่ภาวะเจ็บป่วยรุนแรงโดยไม่เต็มใจและไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ประกอบกับการสูญเสียบทบาททางสังคมที่เคยเป็นเสมือนทุนทางสังคม (social capital) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความไร้ค่าและนำไปสู่ภาวะ ความเป็นอยู่เพื่อความตาย (being-toward-death)¹² เช่นเดียวกับการศึกษาผลกระทบของการบำบัดทดแทนไตต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลมักต้องเผชิญกับสภาวะที่รู้สึก “หายใจไม่ได้ แต่ก็ไม่ได้ตาย” ซึ่งถือเป็นการสะท้อนถึงความทุกข์ทรมานด้านจิตวิญญาณอย่างแท้จริง²⁴

อย่างไรก็ตาม ในมิติของการพิทักษ์สิทธิ์และสวัสดิภาพของผู้ให้ข้อมูล เมื่อผู้วิจัยเผชิญเหตุการณ์ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ทำให้ข้อมูลบางรายมีภาวะวิกฤตทางจิตใจและมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามแนวทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยได้ยุติการสัมภาษณ์ชั่วคราวเพื่อประเมินความเสี่ยงและให้การประคับประคองจิตใจเบื้องต้น พร้อมทั้งประสานงานส่งต่อข้อมูลให้แก่พยาบาลผู้ประสานงานโรคไต (PD Nurse) และทีมสุขภาพในพื้นที่เพื่อเข้าประเมินและเฝ้าระวังอย่างทันทั่วถึง นอกจากนี้ จากการติดตามผลการดูแลด้านจิตใจอย่างต่อเนื่อง พบว่าศูนย์ล้างไตทางช่องท้องประจำจังหวัดได้ดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาโดยจิตแพทย์ ขณะที่คลินิกล้างไตทางช่องท้องได้ร่วมเฝ้าระวังความเสี่ยงอย่างใกล้ชิด เพื่อให้มั่นใจถึงความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลชุมชนและการดูแลสุขภาพจิต พยาบาลควรประเมินภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเชิงรุก โดยบูรณาการเครื่องมือคัดกรองสุขภาพจิต (เช่น 2Q, 9Q) ร่วมกับการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน และพัฒนาระบบส่งต่อ (referral system) ไปยังทีมจิตเวชอย่างทันทั่วถึง เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณจากการสูญเสียบทบาททางสังคมของผู้ป่วย
2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพและโภชนาการ พยาบาลควรประยุกต์การให้คำแนะนำด้านโภชนาการ โดยเน้นการใช้วัตถุดิบและอาหารท้องถิ่นภาคเหนือที่เหมาะสมกับโรค และสอดคล้องกับข้อจำกัดทางรายได้ของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองให้ปลอดภัยและสอดคล้องกับวิถีชีวิต
3. ด้านการบริหารจัดการระบบบริการและระบบส่งต่อ พยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพควรบูรณาการความร่วมมือกับผู้นำชุมชนและเครือข่ายท้องถิ่น เพื่อจัดทำระบบรถรับ-ส่งผู้ป่วยสำหรับการมาตรวจตามนัดและกรณีฉุกเฉิน (เช่น ภาวะติดเชื้อในช่องท้อง) เพื่อลดความเหลื่อมล้ำและแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย
4. ด้านการบูรณาการเครือข่ายและนโยบายระดับท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิควรประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (กปท.) เพื่อจัดสรรงบประมาณสนับสนุนเวชภัณฑ์พื้นฐานสำหรับการดูแลแผล (เช่น ชุดทำแผล แอลกอฮอล์) ให้แก่ผู้ป่วย CAPD ที่มีรายได้น้อย ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาระยะค่าใช้จ่ายซ่อนเร้นและการขาดการเข้าถึงเวชภัณฑ์ที่จำเป็น นอกจากนี้ ควรส่งเสริมการปรับปรุง

สภาพแวดล้อมที่ท้าทายขั้นพื้นฐาน เช่น การจัดกันพื้นที่สะอาดสำหรับการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต โดยประสานทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีชุมชนให้เข้ามาช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ

5. ด้านการศึกษาทางการพยาบาล สถาบันการศึกษาทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นกรณีศึกษา (case study) ในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนหรือการพยาบาลผู้ใหญ่ เพื่อสร้างความตระหนักรู้ (empathy) และความเข้าใจถึงบริบทชีวิตที่ซับซ้อนของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมของนักศึกษาพยาบาลในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลัก (primary caregivers) จากข้อค้นพบที่ระบุว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตนเองและมีภาวะพึ่งพิงครอบครัวสูง จึงควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวทางปรากฏการณ์วิทยาเพื่อศึกษาลึกลงไปในกลุ่มผู้ดูแลหลัก เพื่อทำความเข้าใจถึงประสบการณ์ ภาระการดูแล ปัญหาอุปสรรค และความต้องการ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการสนับสนุนผู้ดูแลในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและตรงจุด

2. การศึกษาประสบการณ์และมุมมองของผู้ให้บริการสุขภาพ ควรมีการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์และอุปสรรคในการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการล้างไตทางช่องท้อง (PD Nurses) และพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ตลอดจนเครือข่ายส่งต่อผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในชุมชนให้สอดคล้องกับบริบทและข้อจำกัดของพื้นที่

3. การวิจัยและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล (nursing practice guidelines) ควรมีการศึกษาโดยนำข้อค้นพบที่ได้จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน (ผู้ป่วย ผู้ดูแล PD nurses และพยาบาล รพ.สต.) มาบูรณาการร่วมกันเพื่อพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยเน้นให้มีความเฉพาะเจาะจงและเหมาะสมกับบริบทวิถีชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในเขตพื้นที่จังหวัดพะเยาอย่างแท้จริง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ที่สนับสนุนทุนและส่งเสริมการสร้างสรรคผลงานวิชาการ ขอบพระคุณผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายและครอบครัวในพื้นที่จังหวัดพะเยาทุกท่านที่สละเวลาแบ่งปันประสบการณ์ชีวิตอันมีคุณค่า ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สมบูรณ์ ตลอดจนขอขอบคุณทีมพยาบาลในพื้นที่ที่ช่วยประสานงานและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ทำนุนี้ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงบทความให้มีความสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). 2567. <https://hdc.moph.go.th/center>
- Satirapoj B, editor. Thailand Renal Replacement Therapy (TRT) Registry 2024 annual data report. Bangkok: The Nephrology Society of Thailand; 2026. <https://www.nephrothai.org/>

3. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย พ.ศ. 2564-2565. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2567. <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2024/10/New-Annual-report-2021-2022.pdf>
4. Li PK, Szeto CC, Piraino B, de Arteaga J, Fan S, Figueiredo AE, et al. ISPD peritonitis recommendations: 2016 update on prevention and treatment. *Perit Dial Int.* 2016;36(5):481-508. doi:10.3747/pdi.2016.00078.
5. Wu X, Yang X, Liu X, Yi C, Guo Q, Feng X, et al. Patient survival and technique failure in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients with prior stroke. *Perit Dial Int.* 2016;36(3):308-14. doi:10.3747/pdi.2014.00030.
6. Satirapoj B, Tantiyavarong P, Thimachai P, Chuasuwan A, Lumpaopong A, Kanjanabuch T. Thailand renal replacement therapy registry 2023: epidemiological insights into dialysis trends and challenges. *Ther Apher Dial.* 2025;29(5):721-9. doi:10.1111/1744-9987.70056.
7. ธวัช เตียวิไล, รสสุคนธ์ ตันติวิชิตเวช. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลโพธาราม. *วารสารแพทย์เขต 4-5.* 2563;39(1):15-28.
8. ชิดชนก เรือนก้อน, ขจรศักดิ์ นพคุณ, เศรษฐพล ปัญญาทอง, พงศ์ศักดิ์ ด้านเดชา, สุรพล โนชัยวงศ์, เกียรติเกรียงไกร โกยรัตน์โกศล, และคณะ. การดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2560. <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4653>
9. ทินัสชา เจริญหอม, ผ่องใส เวียงนนท์, เรณู ตะไชยา, เอกลักษณ์ ลักษณะลิขิตกุล, ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย. ปัจจัยเสี่ยงและผลลัพธ์ทางคลินิกของการติดเชื้อที่แผลช่องทางสายออกในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง. *วารสารการพัฒนาศุภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.* 2563;8(3):363-76.
10. Escudero-Lopez M, Martinez-Andres M, Marcilla-Toribio I, Moratalla-Cebrian ML, Perez-Moreno A, Bartolome-Gutierrez R. Barriers and facilitators in self-care and management of chronic kidney disease in dialysis patients: a systematic review of qualitative studies. *J Clin Nurs.* 2024;33(10):3815-30. doi:10.1111/jocn.17193.
11. Petersson I, Lennerling A. Experiences of living with assisted peritoneal dialysis: a qualitative study. *Perit Dial Int.* 2017;37(6):605-12. doi:10.3747/pdi.2017.00045.
12. Heidegger M. Being and time. Macquarrie J, Robinson E, translators. New York: Harper & Row; 1962. p.227-44.
13. Van Manen M. Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy. Albany (NY): State University of New York Press; 1990. p.77-109.
14. Rodríguez-Prat A, Monforte-Royo C, Porta-Sales J, Escribano X, Balaguer A. Patient perspectives of dignity, autonomy and control at the end of life: systematic review and meta-ethnography. *PLoS One.* 2016;11(3):e0151435.
15. Green G. How end-of-life blogs re-affirm the “power to be oneself”. *Front Sociol.* 2022;6:775279.
16. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Beverly Hills (CA): Sage Publications; 1985. p.289-331.

17. วาสนา กันคำ, ปัทมา ธัญพานสิน, วราภรณ์ ศรีจันทร์พาล. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้อง. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ. 2566;24(2):20-36.
18. ดาราวรรณ รองเมือง, อินทิรา สุขรุ่งเรือง. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2564;15(2):161-72.
19. วิณา สุทธิดี, ทิพทัศน์ ชินตาปัญญากุล, นพวรรณ สุนทรวิภาต. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไต: การศึกษาเปรียบเทียบ. วารสารสุขภาพและการพยาบาล. 2566;2(2):113-26.
20. นุช โพธิ์ศรีวิไล. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้านซึ่งได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่อง [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2557. หน้า 68-82.
21. ธนัญญา กาสา, พิษณุ อภิสมภารโยธิน. ภาวะทุพโภชนาการและการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2564;15(3):12-23.
22. Kittiratchakool N, Saeraneesopon T, Suwanpanich C, Athibodee T, Namahoot P, Kaewchompoo T, et al. A retrospective secondary data analysis of telemedicine service utilization (2020-2023) among patients covered by the universal coverage scheme in Thailand. Telemed J E Health. 2025;31(1):18-27. doi:10.1089/tmj.2024.0140.
23. เพชรรุ่ง อธิรัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2561;12(2):85-96.
24. Fidan C, Ağırbaş İ. The effect of renal replacement therapy on health-related quality of life in end-stage renal disease: a meta-analysis. Clin Exp Nephrol. 2023;27(10):829-46. doi:10.1007/s10157-023-02377-3.