

การดำรงชีวิตกับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยในชุมชน:

การสังเคราะห์เชิงอภิธานของงานวิจัย เชิงคุณภาพ

Living with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis among Community-Dwelling Patients: A Qualitative Meta-synthesis.

(Received: March 3,2026 ; Revised: March 7,2026 ; Accepted: March 28,2026)

ดลรวี สิมคำ¹

Donlarawee Simkum¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์และแปลความหมายเชิงลึกของประสบการณ์การดำรงชีวิตกับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องชนิด Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) ของผู้ป่วยในบริบทชุมชน โดยใช้การสังเคราะห์เชิงอภิธานแบบ meta-ethnography ตามแนวคิดของ Noblit และ Hare งานวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 11 เรื่องที่ผ่านการคัดเลือกและประเมินคุณภาพถูกนำมาวิเคราะห์ผ่านกระบวนการแปลความหมายข้ามการศึกษา

ผลการสังเคราะห์ชี้ให้เห็นว่า การดำรงชีวิตกับ CAPD ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการดูแลตนเองเชิงเทคนิคหรือการปฏิบัติตามข้อกำหนดทางการแพทย์ หากเป็นกระบวนการเชิงพลวัตของการจัดระเบียบชีวิตใหม่ภายใต้เงื่อนไขการรักษาระยะยาวสามารถอธิบายผ่านโครงสร้างความหมายร่วม 4 มิติ ได้แก่ การยอมรับการรักษาในฐานะเงื่อนไขถาวรของชีวิต การจัดการชีวิตประจำวันภายใต้บทบาทผู้ดูแลตนเองอย่างเข้มข้น การดูแลตนเองในฐานะศักดิ์ศรีและอัตลักษณ์ของผู้ป่วย และครอบครัวในฐานะระบบสนับสนุนและพื้นที่ของการต่อรองบทบาท

คำสำคัญ : การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การดำรงชีวิต ผู้ป่วยในชุมชน

Abstract

This study aimed to synthesize and interpret in depth the lived experiences of community-dwelling patients undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD). A qualitative meta-synthesis was conducted using the meta-ethnography approach proposed by Noblit and Hare. Eleven qualitative studies that met the inclusion criteria and passed quality appraisal were systematically analyzed through a process of cross-study translation.

The synthesis revealed that living with CAPD is not limited to technical self-care practices or adherence to medical regimens; rather, it represents a dynamic process of continual life reorganization under the conditions of long-term treatment. Four interrelated dimensions of shared meaning emerged: acceptance of treatment as a permanent life condition; intensive management of everyday life through the self-care role; self-care as an expression of dignity and personal identity; and the family as both a key support system and a space for negotiating roles and responsibilities.

Keywords: Continuous ambulatory peritoneal dialysis, living with chronic illness, community-dwelling patients

บทนำ

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (end-stage renal disease; ESRD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก และก่อให้เกิดภาระด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมในระยะยาว

อย่างมีนัยสำคัญ¹ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก และรายงาน Global Health Estimates ระบุว่า ในช่วงปี ค.ศ. 2022–2023 มีประชากรทั่วโลกมากกว่า 850 ล้านคนที่ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง และจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไตมี

¹ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

แนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ ณะเดียวกัน รายงาน United States Renal Data System (USRDS) ฉบับปี 2022–2023 ชี้ให้เห็นว่า มีผู้ป่วย ESRD มากกว่า 800,000 รายในสหรัฐอเมริกา และมีผู้ป่วยรายใหม่เข้าสู่ระบบบำบัดทดแทนไตมากกว่า 130,000 รายต่อปี โดยการล้างไตทางช่องท้องมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงหลังการระบาดของโควิด-19²

ในระดับสากล การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) ได้รับการส่งเสริมอย่างกว้างขวาง เนื่องจากสามารถดำเนินการได้ที่บ้าน ลดความแออัดของสถานพยาบาล ลดต้นทุนด้านโครงสร้างพื้นฐาน และเอื้อต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ³⁻⁵ ข้อมูลจากองค์กรวิชาชีพระดับนานาชาติและรายงานทะเบียนผู้ป่วยไตระบุว่า ในช่วงปี ค.ศ. 2022–2024 สัดส่วนผู้ป่วยที่เริ่มต้นการบำบัดทดแทนไตด้วย PD เพิ่มขึ้นในหลายประเทศ โดยเฉพาะประเทศรายได้ปานกลางถึงต่ำ ซึ่งสะท้อนบทบาทของ PD ในการขยายการเข้าถึงบริการและการดูแลผู้ป่วยในชุมชน³⁻⁵ ในประเทศไทย การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) ถูกกำหนดให้เป็นแนวทางหลักภายใต้นโยบาย “PD First” ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีนี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลจากทะเบียนการบำบัดทดแทนไตของประเทศไทยระบุว่า ในปี พ.ศ. 2565–2566 มีผู้ป่วย ESRD ที่ได้รับการรักษาด้วย CAPD มากกว่า 60,000 ราย และผู้ป่วยรายใหม่มากกว่ากึ่งหนึ่ง เริ่มต้นการบำบัดทดแทนไตด้วย CAPD เป็นวิธีแรก³ แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนว่าผู้ป่วยจำนวนมากต้องดำรงชีวิตและจัดการการรักษาอยู่ในบริบทครัวเรือนและชุมชนเป็นระยะเวลานาน

ภายใต้บริบทดังกล่าว การพยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตร่วมกับ การล้างไตทางช่องท้องได้อย่างต่อเนื่อง ผ่านการติดตามดูแล การเสริมสร้างศักยภาพการดูแลตนเอง และการทำงานร่วมกับ

ครอบครัวและทรัพยากรในชุมชนอย่างสอดคล้องกับชีวิตจริงของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม แม้การล้างไตทางช่องท้องจะเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยในชุมชน แต่เป็นการรักษาระยะยาวที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวันอย่างครอบคลุม ผู้ป่วยจำเป็นต้องดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการควบคุมความสะอาด การป้องกันการติดเชื้อ การจัดการเวลาและพื้นที่ในชีวิตประจำวัน รวมถึงการรับมือกับภาวะแทรกซ้อน งานวิจัยรายงานว่าผู้ป่วย CAPD และผู้ดูแลได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เช่น ความเหนื่อยล้า ความวิตกกังวล ความกลัวการติดเชื้อ และการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว⁶⁻⁸ สะท้อนว่าการล้างไตทางช่องท้องเป็นการรักษาที่มีความซับซ้อนในเชิงการดำรงชีวิต ไม่ใช่เพียงกระบวนการรักษาทางเทคนิคเท่านั้น

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา มีงานวิจัยเชิงคุณภาพจำนวนหนึ่งที่ศึกษาประสบการณ์และมุมมองของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นประเด็นการดูแลตนเอง การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา บทบาทของครอบครัว และความสัมพันธ์กับบุคลากรสุขภาพ⁸⁻⁹ แม้งานวิจัยเหล่านี้ช่วยเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยในบริบทเฉพาะ แต่ผลการศึกษายังคงจำกัดกระจายและขาดการสังเคราะห์เพื่ออธิบายภาพรวมของการดำรงชีวิตกับ CAPD ในบริบทชุมชนอย่างเป็นระบบ ดังนั้น การสังเคราะห์เชิงอภิमानแบบ meta-ethnography ตามแนวคิดของ Noblit และ Hare¹⁰ จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสม เนื่องจากเป็นกระบวนการที่มุ่งบูรณาการและตีความผลการศึกษาจากงานวิจัยเชิงคุณภาพหลายบริบท เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจเชิงแนวคิดเกี่ยวกับการดำรงชีวิตกับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องในชุมชน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์เชิงอภิमानของงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาการดำรงชีวิตกับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยในชุมชน เพื่อเติมเต็มช่องว่างองค์ความรู้ และสนับสนุนการพัฒนาการพยาบาล

และการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในบริบทชุมชนอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อสังเคราะห์และแปลความหมายเชิงลึกของประสบการณ์การดำรงชีวิตกับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยในชุมชน โดยใช้การสังเคราะห์อภิमानเชิงคุณภาพแบบ meta-ethnography

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการสังเคราะห์อภิमानเชิงคุณภาพ (qualitative meta-synthesis) โดยใช้แนวทาง meta-ethnography ตามกรอบแนวคิดของ Noblit และ Hare¹¹ เพื่อสังเคราะห์และแปลความหมายเชิงลึกของประสบการณ์การดำรงชีวิตกับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องชนิด Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) ในบริบทชุมชน โดยมุ่งพัฒนาองค์ความรู้ระดับแนวคิดผ่านกระบวนการ translation of studies และ line-of-argument synthesis¹¹

1. รูปแบบการวิจัยและกรอบการรายงาน การศึกษานี้เป็นการสังเคราะห์เชิงตีความ (interpretive qualitative synthesis) ด้วย meta-ethnography¹¹ ซึ่งเหมาะสำหรับบูรณาการข้อค้นพบจากงานวิจัยเชิงคุณภาพที่มีบริบทหลากหลาย โดยใช้กรอบ ENTREQ¹² เพื่อเสริมความโปร่งใสและความสามารถในการตรวจสอบย้อนกลับ

2. แหล่งข้อมูลและการสืบค้นวรรณกรรม สืบค้นจากฐานข้อมูล PubMed, CINAHL, Scopus, Web of Science และ ThaiJO โดยใช้คำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับ CAPD, peritoneal dialysis, community-dwelling, home-based และ qualitative research คำค้นถูกจัดกลุ่มอย่างเป็นระบบ ใช้เครื่องหมายวงเล็บ (“ ”) และปรับให้เหมาะสมกับแต่ละฐานข้อมูล กำหนดช่วงเวลาการตีพิมพ์ พ.ศ. 2557–2568 (ค.ศ. 2014–2025)

3. เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ งานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาผู้ป่วย CAPD โดยตรง รายงานประสบการณ์หรือการดำรงชีวิตในบริบทชุมชน และมีข้อมูลเพียงพอสำหรับภาระสังเคราะห์ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ งานวิจัยเชิงปริมาณ บททบทวน รายงานกรณีศึกษา งานที่ศึกษา Automated Peritoneal Dialysis (APD) หรือ peritoneal dialysis แบบผสมที่ไม่สามารถแยกผล CAPD ได้ชัดเจน และงานที่เน้นผลลัพธ์ทางคลินิกโดยไม่สะท้อนประสบการณ์ชีวิต

4. กระบวนการคัดกรองและคัดเลือกงานวิจัย ดำเนินการตัดรายการซ้ำ คัดกรองชื่อเรื่องและบทคัดย่อ และประเมินฉบับเต็มตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้ประเมิน 2 คนอย่างอิสระ หากมีความเห็นไม่สอดคล้อง ใช้การอภิปรายเพื่อหาข้อยุติ และบันทึกเหตุผลการคัดออกอย่างเป็นระบบ

5. การประเมินคุณภาพงานวิจัย ใช้ Critical Appraisal Skills Programme (CASP): Qualitative Research Checklist¹³ เพื่อประเมินความเหมาะสมของระเบียบวิธี ความน่าเชื่อถือของข้อมูล และความครบถ้วนของการรายงาน งานที่ไม่ผ่านเกณฑ์จะไม่ถูกนำเข้าสู่สังเคราะห์ โดยมีงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด 11 เรื่อง

6. การสกัดข้อมูลและการสังเคราะห์ สกัดข้อมูลเชิงพรรณนาและเชิงตีความ โดยจัดระดับแนวคิดเป็น first-order constructs (มุมมองผู้ให้ข้อมูล) และ second-order constructs (การตีความของผู้วิจัยต้นทาง) การสังเคราะห์ดำเนินการตามขั้นตอน meta-ethnography¹¹ ได้แก่ การอ่านซ้ำ การระบุแนวคิดหลัก การแปลความหมายข้ามการศึกษา และการสังเคราะห์เชิงอธิบาย เพื่อพัฒนาแบบจำลองแนวคิดของการดำรงชีวิตกับ CAPD

7. ความเข้มงวดและความน่าเชื่อถือของข้อค้นพบ เสริมความเข้มงวดด้วยการจัดทำ audit trail การเทียบเคียงการตีความ และการรายงาน

อย่างไร้ประไร ทั้งนี้ อาจประเมินความเชื่อมั่นของ
ข้อค้นพบโดยใช้กรอบ GRADE-CERQual¹⁴ ตาม
ความเหมาะสม

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการสังเคราะห์ห่อถักคุณภาพเชิง
คุณภาพจากข้อมูลทุติยภูมิที่เผยแพร่แล้วในแหล่ง
สาธารณะ ข้อมูลทั้งหมดไม่สามารถระบุตัวตนได้
และไม่มีการเก็บข้อมูลใหม่หรือเข้าถึงข้อมูลส่วน
บุคคล จึงไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ให้ข้อมูล และ
ไม่เข้าข่ายการวิจัยในมนุษย์ตามหลักจริยธรรม
สากล

งานวิจัยต้นทางที่นำมาสังเคราะห์ล้วนผ่าน
การรับรองจริยธรรมจากสถาบันต้นสังกัดแล้ว
ผู้วิจัยมีบทบาทเฉพาะในการสกัด วิเคราะห์ และ
สังเคราะห์เชิงตีความ โดยไม่กระทบสิทธิหรือ
ศักดิ์ศรีของผู้ให้ข้อมูล แม้ไม่จำเป็นต้องขอรับรอง
จริยธรรมเพิ่มเติม ผู้วิจัยยังคงยึดหลักความซื่อสัตย์
ทางวิชาการ การอ้างอิงที่ถูกต้อง และการรายงาน
ผลอย่างโปร่งใส เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพและความ
น่าเชื่อถือของงานวิจัย

ผลการวิจัย

การสังเคราะห์ห่อถักคุณภาพแบบ
meta-ethnography จากงานวิจัยเชิงคุณภาพ
จำนวน 11 เรื่อง ซึ่งศึกษาประสบการณ์การ
ดำรงชีวิตกับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
ชนิด Continuous Ambulatory Peritoneal
Dialysis (CAPD) ของผู้ป่วยในบริบทชุมชน ทำให้
ปรากฏโครงสร้างความหมายร่วมของการดำรงชีวิต
ภายใต้การรักษาระยะยาวอย่างเป็นระบบ ผลการ
สังเคราะห์แสดงให้เห็นว่า การดำรงชีวิตกับ CAPD
ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการดูแลตนเองเชิงเทคนิคหรือ
การปฏิบัติตามข้อกำหนดทางการแพทย์ หากเป็น
ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปรับรูปแบบชีวิต
กิจวัตรประจำวัน และความสัมพันธ์ในครอบครัว
อย่างต่อเนื่อง ภายใต้บริบทของโรคเรื้อรังและการ
รักษาระยะยาว จากกระบวนการแปลความหมาย

ข้ามการศึกษาและการสังเคราะห์เชิงอธิบาย
สามารถจัดประสบการณ์การดำรงชีวิตกับ CAPD
ในชุมชนออกเป็น 4 มิติหลักเชิงตีความที่เชื่อมโยง
กัน ดังนี้

**1. การยอมรับชีวิตภายใต้เงื่อนไขการ
ของการรักษา** ผลการสังเคราะห์พบว่า ผู้ป่วย
CAPD รับรู้การล้างไตทางช่องท้องเป็นเงื่อนไข
ถาวรของชีวิตที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ระยะ
เริ่มต้นของการรักษามักสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัว
ความไม่แน่นอน และการรับรู้ถึงการสูญเสียความ
เป็นอิสระทั้งทางร่างกายและสังคม ผู้ป่วยจำนวน
มากสะท้อนความยากลำบากในการทำสมาธิ
ว่าการรักษาจะดำเนินต่อไปอย่างไรไม่มีกำหนดและ
แทรกอยู่ในชีวิตประจำวัน เมื่อระยะเวลาการรักษา
ยาวนานขึ้น ผู้ป่วยบางรายค่อย ๆ ผนวกการล้างไต
เข้าเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน อย่างไรก็ตาม
การยอมรับดังกล่าวไม่ได้เกิดขึ้นอย่างเป็น
เส้นตรง หากเปลี่ยนแปลงไปตามภาวะแทรกซ้อน
การติดเชื้อ หรือข้อจำกัดใหม่ที่เกิดขึ้นใน
ชีวิตประจำวัน

**2. การจัดการชีวิตประจำวันภายใต้
บทบาทผู้ดูแลตนเองอย่างเข้มข้น** ผลการ
สังเคราะห์แสดงให้เห็นว่า การดำรงชีวิตกับ CAPD
ทำให้ผู้ป่วยต้องรับบทบาทผู้ดูแลตนเองอย่าง
ต่อเนื่อง โดยต้องปรับกิจวัตรประจำวันให้
สอดคล้องกับข้อกำหนดของการรักษา ทั้งด้านการ
ควบคุมความสะอาด การป้องกันการติดเชื้อ การ
จัดการเวลา และการจัดสรรพื้นที่ภายในครัวเรือน
ผู้ป่วยบางรายรายงานความยากลำบากในการคง
บทบาทเดิม เช่น การทำงานหรือกิจกรรมทางสังคม
ขณะที่บางรายสามารถพัฒนารูปแบบชีวิตที่
สอดคล้องกับการรักษาได้มากขึ้น ผลการ
สังเคราะห์ยังพบว่า ผู้ป่วยรับรู้การดูแลตนเองเป็น
ความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับทั้งตนเองและ
ครอบครัว โดยความสามารถในการจัดการ
ชีวิตประจำวันสัมพันธ์กับความรู้สึกควบคุมชีวิต
และความมั่นคงทางจิตใจ ขณะที่ความไม่มั่นใจใน

การดูแลตนเองสัมพันธ์กับความเครียดและความรู้สึกเปราะบาง

3. ครอบครัวยุทธศาสตร์ระบบสนับสนุนและพื้นที่ของการต่อรองบทบาท ผลการสังเคราะห์พบว่า ครอบครัวยุทธศาสตร์สำคัญต่อการดำรงชีวิตกับ CAPD ทั้งด้านการช่วยเหลือทางการสนับสนุนทางอารมณ์ และการแบ่งเบาภาระในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยจำนวนมากรับรู้ว่าการล้างไตทางช่องท้องเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกับครอบครัว ในขณะเดียวกัน การพึ่งพาครอบครัวสัมพันธ์กับความรู้สึกสองด้าน ได้แก่ ความเกรงใจ ความกังวลต่อการเป็นภาระ และความพยายามในการรักษาความเป็นอิสระของตนเอง การต่อรองบทบาทภายในครอบครัวจึงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการรักษา

4. การสร้างความหมายใหม่ของการมีชีวิตอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรัง ผลการสังเคราะห์เชิงตีความพบว่า ผู้ป่วย CAPD จำนวนมากมีการปรับกรอบการรับรู้ต่อการดำรงชีวิต โดยเปลี่ยนจากการมองการล้างไตเป็นข้อจำกัดหรือภาระ ไปสู่การมองว่าเป็นเงื่อนไขที่เอื้อให้สามารถดำรงชีวิตต่อไปได้ ผู้ป่วยรายงานการให้คุณค่ากับชีวิตประจำวัน ความสัมพันธ์ และความสามารถที่ยังคงมีอยู่ แม้ต้องอยู่ภายใต้ข้อจำกัดของโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยบางรายสะท้อนถึงการปรับเป้าหมายชีวิตให้สอดคล้องกับข้อจำกัดของร่างกายและการรักษา ซึ่งสัมพันธ์กับความรู้สึกมีความหวังและเสถียรภาพทางจิตใจ

การสังเคราะห์เชิงอธิบาย (Line-of-Argument Synthesis) ชี้ให้เห็นว่า การดำรงชีวิตกับ CAPD ในชุมชนเป็นกระบวนการต่อเนื่องของการจัดระเบียบชีวิตใหม่ภายใต้การรักษาระยะยาว ผู้ป่วยต้องปรับสมดุลระหว่างข้อกำหนดของการรักษา สภาพร่างกาย บทบาทครอบครัว และกิจวัตรประจำวันอย่างสม่ำเสมอโดยมิติต่างๆ เชื่อมโยงและส่งอิทธิพลซึ่งกันและกัน การยอมรับการรักษาเอื้อต่อการจัดการชีวิตและการคงไว้ซึ่งอัตลักษณ์ ขณะที่ครอบครัวเป็นบริบท

สำคัญที่ทั้งสนับสนุนและกำหนดรูปแบบการพึ่งพาและการต่อรองบทบาท

โดยสรุป การดำรงชีวิตกับ CAPD ในชุมชนไม่ใช่ภาวะคงที่ หากเป็นกระบวนการของการปรับสมดุลชีวิตอย่างต่อเนื่องภายใต้การรักษาระยะยาว

สรุปและอภิปรายผล

การสังเคราะห์อภิมานเชิงคุณภาพแบบ meta-ethnography จากงานวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 11 เรื่อง ช่วยยกระดับความเข้าใจการดำรงชีวิตกับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ชนิด Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) จากประสบการณ์เฉพาะรายไปสู่การอธิบายเชิงแนวคิดของโครงสร้างความหมายร่วมและกระบวนการดำรงชีวิตภายใต้การรักษาระยะยาวอย่างเป็นระบบ ผลการสังเคราะห์ชี้ชัดว่า CAPD ไม่ได้เป็นเพียงเทคโนโลยีทางการแพทย์ หากเป็น “เงื่อนไขของชีวิต” ที่ผู้ป่วยต้องบูรณาการเข้ากับวิถีชีวิต อัตลักษณ์ และความสัมพันธ์ทางสังคมในบริบทชุมชนที่แตกต่างกัน

1. การยอมรับการรักษาในฐานะเงื่อนไขของชีวิต ข้อค้นพบสะท้อนว่าการยอมรับการรักษาไม่ได้เกิดขึ้นทันทีหรือดำเนินไปอย่างเป็นเส้นตรง หากเป็นกระบวนการเชิงพลวัตที่เปลี่ยนแปลงตามเวลา ประสบการณ์การรักษาและเหตุการณ์ในชีวิต ระยะเริ่มต้นของ CAPD มักมาพร้อมความกลัว ความไม่แน่นอน และการรับรู้ถึงการสูญเสียความเป็นอิสระ ขณะที่เมื่อประสบการณ์เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจำนวนมากค่อย ๆ ผนวกการรักษาเข้าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน การสังเคราะห์ครั้งนี้ขยายความเข้าใจแนวคิด “การยอมรับ” จากการเป็นผลลัพธ์ปลายทางของการปรับตัว ไปสู่การเป็นกระบวนการเปลี่ยนผ่านของอัตลักษณ์และบทบาทชีวิต สอดคล้องกับ transition theory และแนวคิดการดำรงชีวิตกับโรคเรื้อรังในเชิงกระบวนการ^{14,15} โดยชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมที่ดูเหมือน “ขาดความร่วมมือในการ

รักษา” อาจสะท้อนช่วงของการสั่นคลอนทางอัตลักษณ์มากกว่าการปฏิเสธการรักษาโดยเจตนา

2. การจัดการชีวิตประจำวันภายใต้บทบาทผู้ดูแลตนเองอย่างเข้มข้น ผลการสังเคราะห์แสดงให้เห็นว่าการดูแลตนเองของผู้ป่วย CAPD ไม่ใช่เพียงการปฏิบัติตามขั้นตอนทางเทคนิค หากเป็น “งานของชีวิตประจำวัน” ที่ต้องอาศัยการตัดสินใจอย่างต่อเนื่องในบริบทจริง ผู้ป่วยต้องปรับกิจกรรม เวลา พื้นที่ และบทบาททางสังคมให้สอดคล้องกับข้อกำหนดของการรักษา ข้อค้นพบนี้ช่วยขยายกรอบแนวคิด self-management¹⁶ จากการมุ่งเน้นทักษะส่วนบุคคล ไปสู่การมองว่าความสามารถในการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่แปรผันตามทรัพยากร ข้อจำกัด และแรงสนับสนุนในชีวิตประจำวัน ซึ่งมักไม่สะท้อนผ่านตัวชี้วัดทางคลินิกโดยตรง

3. การดูแลตนเองในฐานะศักดิ์ศรีและอัตลักษณ์ของผู้ป่วย ผู้ป่วยจำนวนมากรับรู้ว่าการสามารถดูแลตนเองได้เป็นการคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรี ความเป็นอิสระ และคุณค่าของตนเอง การดูแลตนเองจึงมีความหมายเชิงอัตลักษณ์ควบคู่กับความหมายเชิงการรักษา ผู้ป่วยบางรายพยายามรักษาความสามารถนี้แม้ต้องแลกกับความเหนื่อยล้า ข้อค้นพบนี้ช่วยขยายความเข้าใจ self-care จากพฤติกรรมสุขภาพไปสู่การเป็นการปฏิบัติทางอัตลักษณ์ (identity work) ซึ่งสอดคล้องกับวรรณกรรมว่าด้วยศักดิ์ศรีในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง¹⁷ และชี้ให้เห็นว่าการตัดสินใจของผู้ป่วยมีรากฐานจากคุณค่าและความหมาย มากกว่าการพิจารณาเชิงเทคนิคเพียงอย่างเดียว

4. ครอบครัวในฐานะระบบสนับสนุนและพื้นที่ของการต่อรองบทบาท ผลการสังเคราะห์ยืนยันว่าครอบครัวเป็นระบบสนับสนุนสำคัญของผู้ป่วย CAPD ทั้งในด้านกาย จิตใจ และสังคม อย่างไรก็ตาม การพึ่งพาครอบครัวมักมาพร้อมความรู้สึกละอายใจได้แก่ ความเกรงใจ ความกังวลต่อการเป็นภาระ และความพยายามรักษาความเป็นอิสระ ข้อค้นพบนี้สะท้อนบทบาทสอง

ด้านของครอบครัว และสนับสนุนแนวคิดการดูแลที่มองครอบครัวเป็น “หน่วยของการดูแล” มากกว่าการมองผู้ป่วยเป็นหน่วยเดี่ยว สอดคล้องกับวรรณกรรมว่าด้วยภาระของครอบครัวผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย^{18,19}

5. การสร้างความหมายใหม่ของการมีชีวิตอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรัง ผู้ป่วย CAPD จำนวนมากค่อย ๆ ปรับกรอบความหมายของการดำรงชีวิต จากการมองการล้างไตเป็นข้อจำกัด ไปสู่การมองว่าเป็นเงื่อนไขที่เอื้อให้สามารถดำรงชีวิตต่อไปได้ การสร้างความหมายใหม่นี้ช่วยเสริมความหวัง แรงจูงใจ และเสถียรภาพทางจิตใจ การตีความดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด shifting perspectives ในโรคเรื้อรัง^{16,20,21} ซึ่งอธิบายการเคลื่อนสลับระหว่างมุมมองที่โรคหรือชีวิตเป็นศูนย์กลางตามบริบทชีวิต

การสังเคราะห์เชิงอธิบาย: การปรับสมดุลชีวิตอย่างต่อเนื่อง เมื่อบูรณาการทุกมิติของประสบการณ์ ผลการสังเคราะห์ชี้ชัดว่าการดำรงชีวิตกับ CAPD ในชุมชนเป็นกระบวนการของการปรับสมดุลชีวิตใหม่อย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยต้องจัดวางความสัมพันธ์ระหว่างการรักษา ร่างกาย บทบาทครอบครัว และความหมายชีวิตซ้ำแล้วซ้ำเล่า ภายใต้บริบทที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ มุมมองเชิงกระบวนการนี้สนับสนุนการมองการดำรงชีวิตกับ CAPD ในฐานะระบบที่เชื่อมโยงมิติทางกาย จิตใจ และสังคมอย่างไม่อาจแยกออกจากกัน และสะท้อนข้อจำกัดของการประเมินคุณภาพการดูแลที่อาศัยตัวชี้วัดชีวการแพทย์เพียงอย่างเดียว²²

สรุป CAPD เป็นเงื่อนไขของชีวิตที่ผู้ป่วยต้องบูรณาการกับวิถีชีวิตและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง การดูแลจึงควรมุ่งสนับสนุนการปรับสมดุลชีวิต โดยพยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการเสริมศักยภาพและความยั่งยืนของการดูแล

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1) การพยาบาลชุมชนและบริการปฐมภูมิ การดูแลผู้ป่วย CAPD ควรปรับจากการมุ่ง

ควบคุมกระบวนการรักษาทางคลินิกเพียงอย่างเดียว ไปสู่การดูแลที่ยืด “การดำรงชีวิตภายใต้การรักษาระยะยาว” เป็นศูนย์กลาง โดยบูรณาการการประเมินความสามารถในการปรับสมดุลชีวิต การคงไว้ซึ่งบทบาท และความหมายชีวิต ควบคู่กับการประเมินทางคลินิก และมองครอบครัวเป็น “หน่วยของการดูแล” เพื่อสนับสนุนการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทชีวิตจริงในชุมชน

2) นโยบายและระบบบริการสุขภาพ
นโยบาย PD First ควรขยายเกณฑ์ความสำเร็จจากตัวชี้วัดทางคลินิก ไปสู่ผลลัพธ์เชิงชีวิต เช่นความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างต่อเนื่องและการคงไว้ซึ่งบทบาททางสังคม พร้อมทั้งเสริม

บทบาทพยาบาลชุมชนในการติดตามต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้านเชิงลึก และการเชื่อมโยงทรัพยากรในชุมชน ซึ่งเป็นกลไกสำคัญต่อความยั่งยืนของการดูแลผู้ป่วย CAPD

3) การวิจัยในอนาคต ควรต่อยอดข้อค้นพบเชิงแนวคิดนี้ไปสู่การพัฒนาแบบจำลองการดูแลที่ยืด “การปรับสมดุลชีวิต” เป็นแกนกลาง รวมถึงการพัฒนาเครื่องมือประเมินผลลัพธ์เชิงชีวิต และการวิจัยเชิงนโยบายที่สะท้อนประสบการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเสริมความสอดคล้องระหว่างระบบบริการสุขภาพกับบริบทการดำรงชีวิตจริงในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2023). Global health estimates: Chronic kidney disease. Geneva: World Health Organization;
2. United States Renal Data System. USRDS (2022) annual data report: Epidemiology of kidney disease in the United States. Bethesda (MD): National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases;
3. Ministry of Public Health, Thailand. (2022) Thailand renal replacement therapy registry report. Bangkok: Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control;
4. Li PK, Chow KM. (2013) Peritoneal dialysis-first policy made successful: Perspectives and actions. Am J Kidney Dis.;62(5):993–1005.
5. Brown EA, Blake PG, Boudville N, et al. (2020) International Society for Peritoneal Dialysis practice recommendations: Prescribing high-quality, goal-directed peritoneal dialysis. Perit Dial Int.;40(3):244–253.
6. Walker RC, Howard K, Tong A, Palmer SC, Marshall MR, Morton RL. (2016) The economic considerations of patients and caregivers in choice of dialysis modality. Hemodial Int.;20(4):634–642.
7. Griva K, Li ZH, Lai AY, Choong MC, Foo MW. (2018) Perspectives of patients, families, and health care professionals on decision-making in chronic kidney disease: A qualitative study. Am J Kidney Dis.;71(6):811–822.
8. Tong A, Sainsbury P, Craig J. (2008) Support interventions for caregivers of people with chronic kidney disease: A systematic review. Nephrol Dial Transplant.;23(12):3960–3965.

9. Morton RL, Tong A, Howard K, Snelling P, Webster AC. (2010) The views of patients and carers in treatment decision making for chronic kidney disease: Systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMJ.*;340:c112.
10. Noblit GW, Hare RD. (1988) *Meta-ethnography: Synthesizing qualitative studies*. Newbury Park (CA): Sage Publications;.
11. Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J. (2012) Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research (ENTREQ). *BMC Med Res Methodol.*;12:181.
12. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). (2018) *CASP qualitative research checklist*. Oxford: CASP;.
13. Lewin S, Booth A, Glenton C, et al. (2018) Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings. *Implement Sci.*;13(Suppl 1):2.
14. Charmaz K. (1983) Loss of self: A fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociol Health Illn.*;5(2):168–195.
15. Kralik D, Visentin K, van Loon A. Transition: A literature review. *J Adv Nurs.* 2006;55(3):320–329.
16. Paterson BL. (2001) The shifting perspectives model of chronic illness. *J Nurs Scholarsh.*;33(1):21–26.
17. Lorig KR, Holman H. (2003) Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med.*;26(1):1–7.
18. Nordenfelt L. (2004) The varieties of dignity. *Health Care Anal.*;12(2):69–81.
19. White Y, Grenyer BF. (1999) The biopsychosocial impact of end-stage renal disease: The experience of dialysis patients and their partners. *J Adv Nurs.*;30(6):1312–1320.
20. Tong A, Sainsbury P, Chadban S, Walker RG, Harris DC, Carter SM, et al. (2009) Patients' experiences and perspectives of living with CKD. *Am J Kidney Dis.*;53(4):689–700.
21. Greenhalgh T. (2015) The limits of biomedical models of illness. *BMJ.*;350:h160.
22. Engel GL. (1977) The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science.*;196(4286):129–136.