

เบื้องหลังการติดเชื้อ: ความจริงที่ซ่อนอยู่ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง
The Hidden Realities Behind Peritonitis Incidence in Chronic Kidney Disease
Patients Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

พิมพรรณ เรืองพุทธ^{1*} และ อิศรา ปรีชา²

Pimpawan Rueangphut^{1*} and Itsara Preecha²

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

¹Boromrajonnani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²Maharaj Si Thammarat Hospital

(Received: September 16, 2026, Revised: February 27, 2026, Accepted: July 22, 2026)

บทคัดย่อ

การติดเชื้อเยื่อช่องท้อง (Peritonitis) ยังคงเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และเป็นสาเหตุหลักของการเข้าโรงพยาบาลในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis; CAPD) อีกทั้งยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมองค์ความรู้และวิเคราะห์ปัจจัยความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (Peritonitis) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานสากลของสมาคมล้างไตทางช่องท้องนานาชาติ (International Society for Peritoneal Dialysis: ISPD 2022) เข้ากับบริบททางสรีรวิทยาและสภาพแวดล้อมของประเทศไทย บทความเน้นย้ำถึงบทบาทสำคัญของพยาบาลในการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล จากประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 16 ราย พบว่ามี "ช่องว่างระหว่างความรู้และวิถีปฏิบัติจริง" ที่นำไปสู่อุบัติการณ์การติดเชื้อซึ่งสามารถจำแนกความเสี่ยงได้เป็น 3 มิติ ได้แก่ 1) มิติด้านพฤติกรรม ที่เกิดจากความคุ้นชิน การละเลยมาตรฐาน และการตีความความสะอาดที่คลาดเคลื่อน 2) มิติด้านสิ่งแวดล้อม จากข้อจำกัดของพื้นที่อยู่อาศัย และการจัดเก็บอุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสม และ 3) มิติด้านสังคมและจิตวิทยา อันเกิดจากความเหนื่อยล้าในการรักษาที่ยาวนาน นำไปสู่ความซึมเศร้าและความห่อหุ้มในการป้องกัน องค์ความรู้เหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการประเมิน ติดตาม และออกแบบการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทความเป็นจริงของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อลดอัตราการติดเชื้อและเพิ่มคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง, การติดเชื้อเยื่อช่องท้อง, การดูแลตนเอง, ช่องว่างของการปฏิบัติ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pimpawan@bcnnakhon.ac.th)

Abstract

Peritonitis remains a major complication and the leading cause of hospitalization among patients undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD). It also significantly affects patients' quality of life and survival outcomes. This article aims to synthesize existing knowledge and analyze risk factors associated with peritonitis in patients with chronic kidney disease receiving CAPD. The discussion integrates the international practice guidelines of the International Society for Peritoneal Dialysis (ISPD 2022) with the physiological and environmental contexts of Thailand. The article emphasizes the critical role of nurses in supporting self-care practices among patients and caregivers. Drawing upon clinical experiences in caring for 16 chronic kidney disease patients who developed CAPD-related peritonitis, a notable "gap between knowledge and actual practice" was identified as a contributing factor to infection occurrence. The associated risks can be categorized into three dimensions: (1) behavioral factors, including habitual practices, non-adherence to infection prevention standards, and misconceptions regarding cleanliness; (2) environmental factors, including limitations of living spaces and inappropriate storage of dialysis equipment; and (3) social and psychological factors, arising from long-term treatment fatigue, leading to underlying depressive symptoms and reduced vigilance in infection prevention.

These insights highlight the necessity of comprehensive assessment, continuous monitoring, and the design of individualized care strategies that align with the real-life contexts of patients and caregivers. Such approaches are essential for reducing peritonitis incidence and promoting sustainable improvements in patients' quality of life.

Keywords: Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis, Peritonitis, Self-Care, Practice Gap

บทนำ

ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease: ESRD) เป็นวิกฤตการณ์ด้านสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยทั่วโลก การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) ถือเป็นวิธีหลักในการบำบัดทดแทนไต โดยเฉพาะภายใต้นโยบาย "PD First" ของประเทศไทย เนื่องจากเป็นวิธีการที่เอื้อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ที่บ้าน กลไกหลักอาศัยเยื่อช่องท้อง (Peritoneal membrane) เป็นตัวกลางในการแลกเปลี่ยนของเสีย เกลือแร่ และการดึงน้ำส่วนเกินผ่านกระบวนการแพร่ (Diffusion) และการออสโมซิส (Osmosis) โดยใช้น้ำยาล้างไตเป็นตัวทำละลาย แม้ CAPD จะมีประสิทธิภาพสูงในการดำรงไว้ซึ่งสภาวะสมดุลของร่างกาย แต่ประเด็นท้าทายที่เป็นอุปสรรคสำคัญต่อความสำเร็จของการรักษา คือ การติดเชื้อเยื่อช่องท้อง (Peritonitis)

สถานการณ์การติดเชื้อเยื่อช่องท้องในประเทศไทยยังคงมีความผันแปร โดยมีรายงานอุบัติการณ์อยู่ที่ 0.24–0.86 ครั้งต่อราย-ปี (เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, 2556) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และแนวทางปฏิบัติระดับสากลโดยสมาคมล้างไตทางช่องท้องนานาชาติ (International Society for Peritoneal Dialysis: ISPD) ปี 2022 ที่กำหนดเป้าหมายไว้ไม่เกิน 0.4 ครั้งต่อราย-ปี (Li et al., 2022) จะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์ในบางพื้นที่ยังคงสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ผลกระทบจากการติดเชื้อไม่ได้จำกัดเพียงแค่ความเจ็บปวดทางกาย แต่ยังนำไปสู่ภาวะเยื่อช่องท้องเสื่อมสภาพจนสูญเสียความสามารถในการกรอง ส่งผลให้ผู้ป่วยเผชิญกับภาวะล้มเหลวของการรักษา และจำเป็นต้องเปลี่ยนไปสู่การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) ซึ่งเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายและลดอัตราการรอดชีพในระยะยาว จากการทบทวนวรรณกรรมในระดับสากลช่วงปี ค.ศ.2022–2024 พบว่าทิศทางการศึกษาได้มุ่งเน้นไปที่กลไกเชิงลึกทางจุลชีววิทยาและการบริหารจัดการตามแนวทาง ISPD ใหม่ โดยเฉพาะการแพร่กระจายของเชื้อผ่านผนังลำไส้ (Enteric Peritonitis) ในผู้ป่วยที่มีภาวะท้องผูก และการก่อตัวของจุลินทรีย์ในรูปแบบ ไบโอฟิล์ม (Biofilm) บริเวณสายล้างไต ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อดื้อยาและติดเชื้อซ้ำ (Sampaio et al., 2016) ขณะที่ในบริบทของประเทศไทย การศึกษาที่ผ่านมาได้มุ่งเน้นไปที่ความสัมพันธ์ของปัจจัยเชิงบุคคลและสิ่งแวดล้อมในเขตร้อน โดยเฉพาะปัจจัยด้านสรีรวิทยาและผลทางห้องปฏิบัติการ อาทิ ภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำ (<3.5 g/dL) ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะลำไส้บวมน้ำและการแพร่กระจายของแบคทีเรีย (วิชชุดา จำปามาศ, 2568) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ที่ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวของลำไส้ (ทิพวรรณ พงษ์หัสบรรณ และชินฤทัย ยี่เขียน, 2565)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าปัจจัยเสี่ยงทางคลินิก เช่น ระดับอัลบูมิน โพแทสเซียม หรือดัชนีมวลกาย จะได้รับการยืนยันอย่างแพร่หลายว่าเป็นตัวพยากรณ์การเกิดการติดเชื้อ แต่ในทางปฏิบัติกลับพบความย้อนแย้งเชิงสถิติและคลินิก กล่าวคือ แม้อุบัติการณ์การติดเชื้อในภาพรวมจะดูเหมือนมีแนวโน้มคงที่ แต่ในระดับรายบุคคล อัตราการติดเชื้อเยื่อช่องท้องกลับไม่ได้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญตามการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ ประเด็นนี้จำเป็นต้องให้ความสำคัญว่า เหตุใดการระบุปัจจัยเสี่ยงทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว จึงไม่สามารถลดอัตราการติดเชื้อในวิถีปฏิบัติจริงได้อย่างยั่งยืน ปรากฏการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึง ช่องว่างระหว่างความรู้และวิถีปฏิบัติ ใน 3 มิติหลัก ได้แก่ 1) พลวัตของปัจจัยด้านสรีรวิทยาและพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยง เช่น ระดับสารอาหารหรือค่าน้ำตาล เป็นค่าทางห้องปฏิบัติการที่มีความผันแปรสูงตามวิถีชีวิตประจำวัน การประเมินเป็นครั้งคราวที่สถานพยาบาลอาจไม่สะท้อนถึงสภาวะที่แท้จริงของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งเป็นจุดที่เกิดการติดเชื้อจริง 2) ความเหนื่อยล้าจากการรักษา แม้ผู้ป่วยจะมีความรู้เรื่องเทคนิคปลอดเชื้อ แต่การต้องล้างไตต่อเนื่อง 4-5 ครั้งต่อวัน เป็นระยะเวลานานหลายปี ส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติ จากความเคยชินหรือความอ่อนล้า ซึ่งปัจจัยด้านจิตสังคมนี้มักถูกละเลยในการประเมินความเสี่ยงเชิงคลินิกแบบดั้งเดิม และ 3) ข้อจำกัดเชิงโครงสร้างและสิ่งแวดล้อม ในบริบทสังคมไทย ความรู้ด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ได้รับจากพยาบาลมักถูกจำกัดด้วยสภาพความเป็นอยู่ที่แท้จริง เช่น ความยากลำบากในการควบคุมความสะอาดของที่พักอาศัยในเขตร้อนชื้น หรือข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจสถานะที่ส่งผลต่อคุณภาพอาหารและอุปกรณ์ทำความสะอาด

ดังนั้น การติดเชื้อเยื่อช่องท้องจึงไม่ใช่เพียงผลลัพธ์ของเชื้อจุลินทรีย์หรือค่าเลือดที่ผิดปกติเท่านั้น แต่เป็นอุบัติการณ์ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์อันซับซ้อนระหว่าง ปัจจัยทางสรีรวิทยาที่ควบคุมยาก กับ วิธีการปฏิบัติจริงที่หน้างาน การศึกษารั้วนี้จึงมุ่งหวังที่จะก้าวข้ามการเพียงแค่วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง ไปสู่การวิเคราะห์เชิงลึกเพื่อหาจุดเชื่อมโยงที่จะปิดช่องว่างระหว่างความรู้ทางทฤษฎีและข้อจำกัดในทางปฏิบัติ เพื่อสร้างแนวทางการพยาบาลที่สามารถนำไปใช้ได้จริงและลดอุบัติการณ์การติดเชื้อได้อย่างเป็นรูปธรรม

เนื้อเรื่อง

นิยามและอุบัติการณ์ซ่อนเร้นในวิธีปฏิบัติ CAPD

ในการพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง การทำความเข้าใจ "นิยาม" คือจุดเริ่มต้นของการเฝ้าระวัง แต่การมองให้เห็น "เบื้องหลัง" ของความคลาดเคลื่อน คือหัวใจของการป้องกัน โดยอุบัติการณ์ของการติดเชื้อตามมาตรฐาน ISPD 2022 และภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้อง สามารถจำแนกเพื่อการวินิจฉัยที่แม่นยำได้ ดังนี้

1. ภาวะ PD-related peritonitis ต้องปรากฏอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ คือ ได้แก่ 1) ลักษณะอาการทางคลินิกที่บ่งชี้ว่ามีการอักเสบของเยื่อช่องท้อง เช่น ปวดท้อง และหรือน้ำล้างไตที่ถ่ายออกมามีลักษณะขุ่น 2) ผลตรวจน้ำล้างไตพบจำนวนเม็ดเลือดขาวรวม มากกว่า 100 เซลล์ต่อไมโครลิตร และเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล มากกว่าร้อยละ 50 และ 3) ผลตรวจน้ำล้างไตพบเชื้อก่อโรคจากการย้อมสีแกรม หรือการเพาะเชื้อจากน้ำล้างไตเป็นบวก (Li, et al., 2022)

2. ภาวะ Exit site infection คือการพบหนอง และหรือมีอาการแดงของผิวหนังบริเวณปากช่องสายออก ภาวะ tunnel infection คือ พบการอักเสบของอุโมงค์สายจากลักษณะทางคลินิก หรือตรวจพบหนองหรือน้ำในอุโมงค์จากการอัลตราซาวด์

3. ภาวะ Repeat peritonitis คือการติดเชื้อในช่องท้องที่เกิดขึ้นซ้ำหลังจากการสิ้นสุดการรักษาการติดเชื้อครั้งก่อนไปแล้วมากกว่า 4 สัปดาห์ จากเชื้อก่อโรคตัวเดิม

4. ภาวะ Recurrent peritonitis คือการติดเชื้อในช่องท้องที่เกิดขึ้นซ้ำภายใน 4 สัปดาห์หลังจากการสิ้นสุดการรักษาการติดเชื้อครั้งก่อน โดยเชื้อก่อโรคเป็นเชื้อตัวใหม่

5. ภาวะ Refractory peritonitis คือการติดเชื้อในช่องท้องที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาหลังจากได้รับยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมไปแล้วเกินกว่า 5 วัน

6. Catheter-relate peritonitis คือการติดเชื้อในช่องท้องที่เกิดร่วมกับ exit site infection และหรือ tunnel infection โดยเชื้อก่อโรคนั้นต้องเป็นเชื้อตัวเดียวกันหรือเพาะเชื้อไม่ขึ้น จากตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่ง

7. Peritonitis-related Death คือการเสียชีวิตในขณะที่มีหรือภายใน 4 สัปดาห์หลังเกิดภาวะ peritonitis หรือในขณะที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วย peritonitis

จากหลักการนิยาม พยาบาลต้องมองทะลุถึงเบื้องหลังจำแนกประเภทการติดเชื้อ เพื่อระบุต้นตอของปัญหา เช่น การติดเชื้อบริเวณทางออกและอุโมงค์สาย มักเป็นต้นทางของเชื้อเข้าสู่ช่องท้อง การติดเชื้อซ้ำจากเชื้อเดิมภายใน 4 สัปดาห์ สะท้อนถึงประสิทธิภาพการกำจัดเชื้อที่ไม่หมดสิ้น ขณะที่การเปลี่ยนสายพันธุ์เชื้อหรือเกิดซ้ำหลัง 4 สัปดาห์ สะท้อนถึงความปลอดภัยในเทคนิคปลอดเชื้ออย่างต่อเนื่อง และภาวะที่ไม่ตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะเกิน 5 วัน หรือสัมพันธ์กับตัวสายล้างไต ซึ่งมักนำไปสู่ความล้มเหลวของการรักษาและการเสียชีวิต พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินการรับรู้ และความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้อย่างมีประสิทธิภาพในการสอนในผู้ป่วยแต่ละราย และเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และความรู้เกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้องของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อปิดช่องว่างของการติดเชื้อเยื่อช่องท้องในผู้ป่วยที่ล้างไตอย่างต่อเนื่อง

บทบาทของพยาบาลในการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง

ในการสนับสนุนการจัดการดูแลของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง พยาบาลต้องทำหน้าที่หลายบทบาทในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย ได้แก่ การร่วมวางแผนและตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง การสนับสนุนและพัฒนาทักษะที่จำเป็น การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเป็นผู้ประสานงานในทีมการดูแล ตลอดจนวางแผนในการติดตามผลของการดูแล โดยมีเป้าหมายคือให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับรู้การและการแสดงที่เปลี่ยนแปลงว่ามีความเกี่ยวข้องกันอย่างไร สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลง เลือกลวิถีการแก้ไข และสามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง การสนับสนุนการเรียนรู้ที่ดี ผู้สอนควรคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ของผู้เรียนแต่ละราย ต้องมีการประเมินผลการเรียนรู้ และปรับเปลี่ยนวิธีการสอนและสื่อการสอนให้เหมาะสมกับผู้เรียน ทั้งนี้การให้เหตุผลข้อปฏิบัติในแต่ละขั้นตอนจะทำให้ผู้เรียนเกิดความตระหนักถึงผลกระทบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหากไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนที่แนะนำ บทบาทของพยาบาลจึงไม่ใช่เพียงผู้ให้ความรู้ แต่เป็นผู้ประเมินความพร้อมในมิติโดยรวม โดยมีจุดวิกฤติที่มักเกิดความผิดพลาด ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ ก่อนเริ่มทำการล้างไตทางช่องท้อง การสอนจะเน้นวิธีการปฏิบัติตัวและสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรับมา รพ. ได้แก่ 1) การตรึงสายล้างช่องท้องให้กระชับกับผนังหน้าท้อง ระมัดระวังให้สายบิดเบี้ยวหรือตึงรั้ง ซึ่งจะทำให้เนื้อเยื่อบาดเจ็บและแผลหายช้าลง 2) ระมัดระวังไม่ให้แผลตื้นแห้งสอดใส่สายล้างช่องท้องเปียกน้ำ ไม่ควรอาบน้ำราดทั้งตัว แต่ให้เช็ดที่ละส่วน หรืออาบน้ำครึ่งตัวโดยมีวัสดุกันน้ำปิดทับแผล 3) จำกัดอาหารโปรตีนสูง เพื่อไม่ให้เกิดของเสียคั่งเพิ่ม 4) จำกัดผัก ผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูง งดอาหารเค็ม จำกัดน้ำดื่มเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน 5) สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรับมาพบแพทย์ เช่น แผลติดเชื้อ ขอบแผลบวมแดง มีน้ำเหลืองซึม มีไข้ หายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ น้ำหนักตัวขึ้น ปัสสาวะลดลง คลื่นไส้อาเจียนเบื่ออาหารมากขึ้น หรือมีเลือดคั่งอยู่ในสาย เป็นต้น

สิ่งที่พยาบาลต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ จุดวิกฤติที่มักไม่ใช่ตัวขั้นตอน แต่เป็นสภาพแวดล้อมและสรีรวิทยาของผู้ป่วย ได้แก่ 1) การจัดการแผลและสาย การตรึงสายไม่กระชับนำไปสู่การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและการสะสมของเชื้อ 2) ข้อจำกัดด้านโภชนาการ ภาวะอัลบูมินต่ำและการคั่งของโพแทสเซียม ไม่เพียงแต่ทำให้อ่อนเพลีย แต่ส่งผลโดยตรงต่อการเคลื่อนไหวของลำไส้ ซึ่งเป็นช่องทาง "หลังฉาก" ที่เชื้อแบคทีเรียข้ามผนังลำไส้เข้าสู่ช่องท้อง

2. ระยะปฏิบัติการ หลังทำการล้างไตทางช่องท้อง การสอนจะเน้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อให้เข้าใจหลักการรักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ได้แก่ หลักการล้างไตทางช่องท้อง ขั้นตอนการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา ขั้นตอนการล้างมือและหลักการปลอดเชื้อ ขั้นตอนการทำความสะอาดแผลช่องท้องออกสายล้างไต การสังเกตประจำวัน การลงบันทึกน้ำยาเข้าและออก การดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน การแก้ไขปัญหาฉุกเฉิน การเก็บรักษาและการกำจัดถุงน้ำยาใช้แล้ว การรับประทานอาหาร และน้ำดื่ม การรับประทานยา การใช้ชีวิตประจำวัน อนามัยสิ่งแวดล้อมในการจัดเก็บน้ำยา อุปกรณ์เปลี่ยนถ่ายน้ำยา หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลฝึกปฏิบัติซ้ำๆจนมีความมั่นใจในการล้างไตทางช่องท้อง สามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและผ่านเกณฑ์ตามที่หน่วยได้กำหนด

สิ่งที่พยาบาลต้องเน้นย้ำผู้ป่วยและผู้ดูแลในระยะปฏิบัติการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต คือการติดเชื้อที่มักเกิดจากความประมาท ได้แก่ 1) การล้างมือที่ไม่เคร่งครัดหรือการสวมเครื่องประดับ ซึ่งเป็นแหล่งสะสม Biofilm 2) การมองข้าม "ลมโกรก" และการไม่สวมหน้ากากอนามัยขณะต่อสาย ซึ่งเป็นนาที่วิกฤติของการปนเปื้อนจากทางเดินหายใจ และ 3) การละเลยขั้นตอนการไล่ลมและน้ำยา เพื่อล้างเชื้อที่อาจหลงเหลือบริเวณข้อต่อรูปร่าง Y เข้าสู่ร่างกาย

3. ระยะติดตามประเมินภาวะสุขภาพที่บ้าน การเยี่ยมบ้านมีความจำเป็นและมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย และผู้ให้บริการ ซึ่งส่วนใหญ่จะติดตามเยี่ยมบ้านผ่านระบบอินเตอร์เน็ต การใช้โทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อให้ความรู้ที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล และเป็นช่องทางสื่อสารกับแพทย์ พยาบาลเมื่อพบปัญหาอาการผิดปกติ

บทบาทของผู้ป่วยและผู้ดูแลเมื่อต้องล้างไตทางช่องท้อง

เนื่องจากการล้างไตทางช่องท้อง เป็นการรักษาที่เน้นการดูแลและปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องมีความรู้และทักษะในการลงมือปฏิบัติล้างไตด้วยตนเอง การบรรลุผลสำเร็จขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ดังนั้นผู้ป่วยและผู้ดูแลจึงบทบาทที่สำคัญ ดังนี้

1. ตั้งใจเรียนรู้และทำความเข้าใจหลักการขั้นตอน และวิธีการปฏิบัติตัว การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การตรวจสอบภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการล้างไต หากมีข้อสงสัยให้ซักถามผู้สอน ไม่ดัดแปลงเอาเอง
2. ฝึกปฏิบัติล้างไตทางช่องท้อง ได้แก่ การล้างมือที่ถูวิธี การหีบของโดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ ฝึกการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต การดูแลแผลหน้าท้อง (exit site) การบันทึกน้ำยาล้างไต ในระหว่างช่วงเรียนให้ฝึกปฏิบัติจนเกิดความชำนาญ ทวนสอบความเข้าใจของตนเองว่าเข้าใจถูกต้องและครบถ้วน
3. เมื่อนำไปปฏิบัติที่บ้านต้องปฏิบัติตามขั้นตอนให้ถูกต้อง ครบถ้วนอย่างเคร่งครัด อย่าลดขั้นตอนหรือดัดแปลงขั้นตอนเด็ดขาด เพราะอาจทำให้เกิดการภาวะแทรกซ้อนได้
4. จัดบันทึกการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา กำไร ขาดทุน ที่ได้ ช่วงเวลาที่ทำจริง น้ำหนักตัว ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการล้างไต บันทึกในสมุดทุกครั้ง และนำติดตัวเมื่อไปพบแพทย์ นอกจากนั้นต้องติดตามความดันโลหิตระดับน้ำตาลปลายนิ้ว
5. ดูแลรักษาความสะอาดส่วนตัว อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ สิ่งแวดล้อม ให้ปฏิบัติตามหลักการปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัด ไม่ข้ามขั้นตอนในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา และการทำแผล
6. หลีกเลี่ยงอาหารเค็ม อาหารที่มีฟอสเฟตสูง เน้นรับประทานอาหารโปรตีนตามที่โภชนาการแนะนำ บันทึกรายการอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน เพื่อให้แพทย์และนักโภชนาการตรวจสอบ
7. รับประทานยาให้ครบตามแพทย์สั่ง ไม่ปรับยาเอง หรือรับประทานนอกเหนือจากแพทย์สั่ง และหมั่นติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้องและการดูแลตนเองอยู่เสมอ
8. ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย ไม่กังวลหรือเครียด ใช้หลักการทางศาสนาช่วย

แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการฝึกทักษะการล้างไตทางช่องท้องตามมาตรฐานจากโรงพยาบาลแล้ว อย่างไรก็ตามความแตกต่างระหว่าง "สิ่งที่ควรเป็น" ในเชิงทฤษฎี กับ "สิ่งที่เป็นจริง" ในบริบทที่บ้าน ยังคงเป็นช่องว่างสำคัญที่นำไปสู่ความเสี่ยงที่คาดไม่ถึง

เบื้องหลังปฏิบัติการการติดเชื้อ

จากประสบการณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีการติดเชื้อเยื่อช่องท้องจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จำนวน 16 ราย มีอายุ 31 ปี – 45 ปี จำนวน 5 ราย อายุ 46 ปี – 60 ปี จำนวน 4 ราย อายุ 61 ปี – 73 ปี จำนวน 7 ราย ระยะเวลาล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 16 ปี เคยติดเชื้อเยื่อช่องท้องจำนวน 1 ครั้ง ถึง 12 ครั้ง ระยะเวลาต่ำสุดของการติดเชื้อครั้งแรก คือ 1 เดือน ผู้ป่วยเปลี่ยนถ่ายน้ำยาด้วยตนเองจำนวน 10 ราย และอีก 6 รายเป็นผู้ดูแลให้การช่วยเหลือ จากการสะท้อนคิดถึงปัจจัยและสาเหตุการติดเชื้อของผู้ป่วยและผู้ดูแล การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อศึกษาสภาพแวดล้อมตามบริบทที่เป็นจริงของผู้ป่วย และสังเกตการปฏิบัติการล้างไตที่บ้านของผู้ป่วย พบประเด็นที่น่าสนใจที่อาจนำไปสู่การติดเชื้อเยื่อช่องท้อง จำแนกเป็น 3 มิติ ได้แก่ 1) มิติด้านพฤติกรรม 2) มิติด้านสิ่งแวดล้อม และ 3) มิติด้านสังคมและจิตวิทยา ดังนี้

1. มิติด้านพฤติกรรม: ยึดความสะดวกเป็นหลัก

เมื่อกิจกรรมการล้างไตทางช่องท้องกลายเป็นกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและผู้ดูแล ความรู้สึกตื่นตัวระมัดระวังในการทำจะลดลง ส่งผลให้ความละเลยในการปฏิบัติตามมาตรฐานลดลงตามลำดับ พฤติกรรมละเลยเล็กน้อยที่ทำซ้ำ ๆ จะกลายเป็นระเบิดเวลาซึ่งรอเพียงจังหวะที่ร่างกายอ่อนแอหรือมีเชื้อรุนแรงเข้าสู่ระบบ และผู้ป่วยมักคิดค้นวิธีที่ง่ายกว่า โดยใช้ความประสบการณ์ส่วนตัวเป็นตัวตั้งมากกว่าการยึดหลักปราศจากเชื้อ

(Aseptic technique) จากการวิเคราะห์พฤติกรรมในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตของผู้ป่วยและผู้ดูแล สรุปได้ดังนี้

1.1 มีช่องว่างระหว่างความรู้และวิถีปฏิบัติ

ในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับการสอนการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตและการทำความสะอาดผลตามหลักการขั้นตอนที่ถูกต้อง และฝึกปฏิบัติหลายครั้ง เมื่อผ่านการประเมินจากพยาบาลวิชาชีพหน่วยไตเทียมว่าสามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้ถูกต้องตามขั้นตอนแล้ว ผู้ป่วยสามารถกลับไปเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตที่บ้านได้ หลังจากที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตด้วยตนเองผ่านพ้นช่วงระยะเวลาหนึ่ง พบว่า วิถีปฏิบัติในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต มีการเปลี่ยนแปลงไปจากแนวปฏิบัติเดิม ได้แก่

1.1.1 มาตรฐานที่ถูกปรับเปลี่ยนตามความสะดวก ซึ่งเป็นการปรับวิถีปฏิบัติที่ได้รับการถ่ายทอดมาให้เข้ากับวิถีชีวิตเดิม เช่น เปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตในขณะดูสื่อในมือถือ เปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตบริเวณพื้นที่ที่มีคนหรือสัตว์เลี้ยงเดินผ่าน การพูดคุยกันระหว่างเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต เปิดพัดลมในระหว่างเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลายรายไม่สวมผ้าปิดปากปิดจมูกในระหว่างเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตโดยให้เหตุผลว่าร้อน อึดอัด หายใจไม่สะดวก และปฏิบัติเช่นนี้หลายครั้งแล้วยังไม่เห็นเป็นอะไร บางรายใช้กรรไกรตัดพลาสเตอร์ที่หุ้มผ้าก๊อสปิดสายท่อล้างไตแทนการแกะออกด้วยมือ ทำให้สายล้างไตมีน้ำรั่วซึมและเกิดการติดเชื้อในช่องท้อง

1.1.2 การตีความความสะอาดที่ต่างกัน สิ่งที่พยาบาลเรียกว่า "สะอาด" กับสิ่งที่ผู้ป่วยเข้าใจว่า "สะอาด" อาจมีความแตกต่างกัน เนื่องจากความสะอาดในมุมมองของพยาบาลจะมีสิ่งปนเปื้อนคือเชื้อโรคเข้ามาเกี่ยวข้อง ในขณะที่ความสะอาดของผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นเรื่องของพื้นผิวสัมผัสที่ตามองเห็น เช่น การใช้ผ้าเช็ดผิวนิรโรคหลังจากล้างมือ การกวาดเช็ดถูพื้นห้องทุกวัน ซึ่งในความหมายของผู้ป่วยและผู้ดูแล การทำเช่นนี้คือ "สะอาดเพียงพอ" แต่ในความหมายของพยาบาล คือ "สะอาดไม่เพียงพอ" เพราะมีความอับชื้นและเชื้อโรคเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งจากการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มารักษาโรงพยาบาลด้วยการติดเชื้อในช่องท้อง พบประเด็น "ความสะอาดที่แตกต่าง" หลายประเด็น ได้แก่ 1) การใช้ผ้าเช็ดมือ/ผ้าปิดปากปิดจมูก ผืนเดิมซ้ำหลายวันจึงจะเปลี่ยน ผู้ป่วยและผู้ดูแลมองเห็นว่าผ้าเช็ดมือยังสะอาดเพราะเช็ดมือหลังล้างมือ ขณะที่พยาบาลมองว่าผ้าที่เช็ดมือแล้วจะมีความอับชื้นที่เป็นแหล่งก่อเชื้อโรค การนำมาใช้เช็ดมือซ้ำจึงไม่สะอาดหรือปลอดภัยเท่าที่ควร ส่วนผ้าปิดปากปิดจมูกหลังผู้ป่วยใช้งานเสร็จแล้ว จะยังคงแขวนทิ้งไว้บริเวณที่เปลี่ยนถ่ายน้ำยา เพื่อนำมาใช้ซ้ำในครั้งต่อไป 2) ทำความสะอาดไม่ทั่วถึง โดยส่วนใหญ่ ผู้ป่วยมักจะอาบน้ำ 2 วันต่อครั้ง เนื่องจากต้องใช้อุปกรณ์แผ่นฟิล์มกันน้ำปิดแผลและท่อสายล้างไตขณะอาบน้ำ ราคาอุปกรณ์ 20-50 บาทต่อชิ้น ผู้ป่วยต้องซื้อเอง หากใช้ทุกวันจะสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก ดังนั้นผู้ป่วยจะทำความสะอาดโดยการเช็ดตัวช่วงบนและล้างช่วงล่างของร่างกาย โดยเว้นช่วงบริเวณท้องที่มีสายท่อล้างไตไว้ หากการทำความสะอาดไม่ดีพอ อาจเกิดการสะสมของเชื้อแบคทีเรียบนผิวหนัง และปนเปื้อนบริเวณสายท่อล้างไตเข้าสู่ช่องท้องได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายมีการตัดแปลงพื้นที่วางอุปกรณ์สำหรับเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต โดยใช้ไม้กระดานเป็นโต๊ะสำหรับวางอุปกรณ์และถุงน้ำยาล้างไต ในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต พื้นผิวของไม้กระดานมีร่องซึ้มน้ำ ทำให้การเช็ดทำความสะอาดได้ไม่ทั่วถึง อาจเป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรคได้

1.1.3 การบริโภคอาหารที่ไม่ปลอดภัย ปัจจัยด้านอาหารเป็นสาเหตุของการติดเชื้อเยื่อช่องท้องจากเชื้อในลำไส้ (Enteric Peritonitis) และเป็นสิ่งที่พบได้ในบริบทของอาหารไทย จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยบางรายให้ประวัติการรับประทานอาหารที่ไม่สุกหรือมีความเสี่ยงต่อการปนเปื้อนของแบคทีเรียสูง เช่น อาหารที่ปรุงสุกแต่รับประทานไม่หมดได้แต่ตู้เย็นค้างคืนไว้ แล้วนำมาอุ่นด้วยไมโครเวฟก่อนรับประทานซ้ำ เพราะคิดว่าไม่เป็นไร เนื่องจากอาหารผ่านความร้อนแล้ว ผู้ป่วยรายหนึ่งบริโภคแกงหอยขมแล้วเกิดการติดเชื้อในช่องท้อง เนื่องจากไม่ได้คิดว่าหอยขมอาศัยอยู่ในโคลนซึ่งมีการปนเปื้อนของแบคทีเรียแกรมลบ หากปรุงไม่นานพอเชื้อโรคจะไม่ถูกทำลาย เมื่อรับประทานอาหารที่มีเชื้อโรคเข้าไป เชื้อจะทำให้เกิดอาการอาหารเป็นพิษหรือลำไส้อักเสบ เชื้อแบคทีเรียจากอาหารสามารถเคลื่อนย้ายจากภายในลำไส้ทะลุผ่านผนังลำไส้เข้าสู่ช่องท้อง ซึ่งเป็น

ช่องว่างที่สายพอกไต้หวันอยู่ ทำให้เกิดการติดเชื้อโดยตรง และผู้ป่วยหลายรายขอรับประทานผักผลไม้สดที่ผ่านการล้างด้วยน้ำสะอาด ซึ่งอาจไม่เพียงพอในการทำลายเชื้อโรคหรือหนอนพยาธิที่ติดมากับผักและผลไม้

1.2 จากความคุ้นชินกลายเป็นความเสี่ยง

เมื่อผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องมานานหลายปี ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ทำการล้างไตทางช่องท้องทุกวัน วันละ 4 ครั้ง จะมีความมั่นใจในการปฏิบัติที่ทำซ้ำ ๆ ขั้นตอนที่เคยต้องตั้งใจทำจะกลายเป็น "ระบบอัตโนมัติ" ทำให้สมองข้ามรายละเอียดเล็กน้อยไปโดยไม่รู้ตัว จนกลายเป็นพฤติกรรมความคุ้นชินจากการปฏิบัติ ซึ่งนำไปสู่การลดขั้นตอนเพื่อความสะดวกในการปฏิบัติ และเมื่อทำเป็นประจำทุกวัน ความคุ้นชินทำให้ขาดความตระหนักในการระมัดระวัง กลายเป็นความประมาทโดยไม่ตั้งใจ เช่น การนับวินาทีล้างมือที่ไม่ครบจริง การไม่รอให้น้ำยาแห้งสนิทหลังเช็ดด้วยแอลกอฮอล์ การไม่เช็ดเสาที่แขวนถุงน้ำยาและตาชั่ง ไม่ตรวจสอบรอยรั่วซึมของถุงน้ำยาล้างไต และวันหมดอายุของน้ำยาล้างไต เปิดพัดลมในขณะที่เปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต นอกจากนี้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมักจะประเมินความเสี่ยงต่ำเกินไป มักคิดว่า “ทำแบบนี้มาตั้งนาน ไม่เห็นเป็นอะไร” ซึ่งเป็นประโยชน์อันตรายที่ทำให้ผู้ป่วยเริ่มลดพฤติกรรมความปลอดภัย อีกทั้งผู้ดูแลบางรายไม่ได้รับการสอนขั้นตอนการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต และการดูแลแผลจากพยาบาล แต่ได้รับการถ่ายทอดจากผู้ดูแลหลักที่ได้รับการสอนจากพยาบาล การปฏิบัติเปลี่ยนถ่ายน้ำยาและล้างทำความสะอาด จึงเน้นประเด็นหลักและละเลยขั้นตอนที่คิดว่าไม่สำคัญ ซึ่งสุดท้ายส่งผลทำให้เกิดการติดเชื้อเยื่อช่องท้อง

2. มิติด้านสิ่งแวดล้อม: เมื่อห้องล้างท้องไม่ใช่ห้องสะอาด

จากการลงพื้นที่เยี่ยมผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเยื่อช่องท้องในชุมชน พบว่าที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยมีความหลากหลายตามบริบทของแต่ละพื้นที่ เช่น บ้านอยู่ในพื้นที่ชื้นแฉะมีน้ำท่วมขัง บ้านติดถนนที่มีรถสัญจรตลอดทั้งวัน บ้านที่มีสัตว์เลี้ยงหรือหนูชุกชุม บ้านอยู่ใกล้โรงเลี้ยงเป็ด บ้านที่อยู่ในสวนยาง ซึ่งสภาพแวดล้อมดังกล่าวมีความเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อเยื่อช่องท้อง จากปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

2.1 สิ่งปนเปื้อนที่มองไม่เห็น

สภาพบ้านของผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่จะเป็นบ้านชั้นเดียว มีฝุ่นละอองพัดจากทิศทางต่างๆ หน้าต่างและประตูบ้านเข้ามาสะสมในพื้นที่ภายในบ้าน ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่ได้ทำความสะอาดพื้นผิวภายในบ้านทุกวัน จึงมีฝุ่นละอองและความชื้นสะสมที่เพดานหรือผนังห้อง มองเห็นไรฝุ่นและเชื้อราบริเวณเพดานห้องและซอกผนังบ้าน ผู้ป่วยรายหนึ่งเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตบริเวณใต้ถุนบ้านที่โล่ง มีลมโกรก ไม่มีห้องหรือฉากกั้น และอยู่ใกล้บริเวณถนน ทุกครั้งที่มีการผ่านจะสังเกตเห็นฝุ่นละอองปลิวตามลมเข้าบริเวณบ้าน ส่วนผู้ป่วยที่มีบ้านยกพื้นสูงจะมีน้ำท่วมขังในฤดูฝนเป็นเวลาหลายวัน ส่งผลทำให้เกิดการหมักหมม ขณะลมพัดจะนำกลิ่นเหม็นและละอองฝอยของสิ่งปฏิกูลเข้าบริเวณพื้นที่ล้างไต ส่งผลให้เกิดการปนเปื้อนเชื้อโรคในขณะที่เปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต

2.2 อิทธิพลของสิ่งมีชีวิตในบ้าน

ผู้ป่วยเพียงส่วนน้อยที่เลี้ยงสัตว์เลี้ยงในบ้าน เนื่องจากได้รับคำแนะนำเรื่องความเสี่ยงจากสัตว์เลี้ยง เช่น แมว หรือสุนัข ซึ่งมักจะเข้ามามีส่วนร่วมในพื้นที่ล้างไตโดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมได้ตลอด 24 ชั่วโมง ส่วนบ้านผู้ป่วยที่เลี้ยงแมวในบ้าน จากสังเกตพบว่าแมวชอบเดินมาคลอเคลียบนตักและขาของผู้ป่วย มีเศษขนแมวปลิวกระจายบริเวณพื้นและที่นั่ง ผู้ป่วยบอกว่าชอบเลี้ยงแมว และพยายามควบคุมไม่ให้แมวเข้าในห้องล้างไต ส่วนบ้านที่เลี้ยงสุนัข ส่วนใหญ่จะเลี้ยงบริเวณลานบ้าน สุนัขจะวิ่งไปมา บางครั้งเข้ามาคลอเคลียที่ขาผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบแมลงสาบ และร่องรอยการกัดแทะของหนูในบริเวณพื้นที่เก็บถังน้ำยาของผู้ป่วย

2.3 ข้อจำกัดด้านพื้นที่และสถาปัตยกรรม

ในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำเรื่องการจัดการพื้นที่บริเวณเปลี่ยนถ่ายน้ำยาควรเป็นห้องที่สะอาด หรือพื้นที่แยกเป็นสัดส่วน ไม่มีลมพัดผ่านจากหน้าต่างหรือช่องทางอื่นๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมักจัดห้องเล็ก ๆ ไว้สำหรับเป็นที่ล้างไตโดยเฉพาะ ซึ่งจากการสังเกตยังพบฝุ่น หยักใย และคราบเชื้อราบนพื้นผิวเพดานห้องเนื่องจากไม่ได้ทำความสะอาดห้องทุกวันและห้องมีความอับชื้นจากอากาศไม่ถ่ายเท บ้านผู้ป่วยหลายหลังมีพื้นที่จำกัด ผู้ป่วยต้องใช้ห้องนอนเป็นที่ล้างไต ซึ่งบางบ้านพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแล

ใช้พื้นที่ร่วมกันในการใช้ชีวิตประจำวันรวมถึงการล้างไตด้วยเช่นกัน และพื้นที่สำหรับใช้เปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตอยู่ใกล้กับห้องน้ำ/ห้องครัว ซึ่งมีโอกาสปนเปื้อนเชื้อโรคสูง นอกจากนี้ ยังพบสภาพบ้านที่อยู่ในพื้นที่ต่ำเมื่อฝนตกหนักมักมีน้ำท่วมขังนาน มีกลิ่นเหม็นเน่าจากการหมักหมมของสิ่งปฏิกูล และลมพัดเข้าทางหน้าต่างบ้านซึ่งเป็นบริเวณที่ผู้ป่วยใช้สำหรับเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต

2.4 การจัดเก็บอุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสม

ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำในการจัดเก็บถังน้ำยาที่เหมาะสม ได้แก่ การจัดเก็บถังน้ำยาควรแยกออกจากพื้นที่บริเวณล้างไตที่ซึ่งไม่มีแมลงหรือสัตว์มากัดแทะถังน้ำยาได้ บริเวณนั้นต้องอยู่ในที่ร่มไม่โดนแสงแดดส่องหรือถูกความเปียกชื้นจากละอองน้ำฝน และควรมีไม้กระดาดหรือใต้พื้นกล่องน้ำยาเพื่อป้องกันความเปียกชื้น ไม่ควรวางถังน้ำยาซ้อนเกิน 4 ชั้นเพื่อป้องกันการกดทับอาจทำให้เกิดการรั่วซึมของถุงน้ำยา จากการสังเกตในบริบทพื้นที่บ้านผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเก็บถังน้ำยาไว้ในห้องล้างไตหรือบริเวณใกล้พื้นที่ล้างไตเพื่อความสะดวกในหยิบใช้ บางรายวางถังน้ำยาบริเวณที่มีแสงแดดส่องถึงหรือวางบนพื้นโดยตรง ทำให้เกิดการเสื่อมของน้ำยาหรือเกิดการปนเปื้อนที่บรรจุภัณฑ์ภายนอกก่อนนำมาใช้งาน และมีผู้ป่วยหนึ่งรายที่ถังน้ำยาถูกละอองฝนแล้วแต่ผู้ป่วยยังนำมาใช้ล้างไต จึงเกิดการติดเชื้อเยื่อหุ้มช่องท้อง

3. มิติด้านสังคมและจิตวิทยา : เหนื่อยหน่ายกับสิ่งที่เป็นอย่างอยู่

เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จะเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติทุกวัน วันละหลายรอบ ทำให้ผู้ป่วยไม่สะดวกในการไปกลบ้าน บางรายต้องลาออกจากงานเพราะต้องจัดสรรเวลาสำหรับการล้างไต ส่งผลให้การดำเนินชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงไป เกิดเป็นภาระทางจิตใจที่หนักหน่วง ซึ่งในช่วงแรกครอบครัวมักจะช่วยเหลือและดูแลเป็นอย่างดี แต่เมื่อเวลาผ่านไปหลายปี ผู้ช่วยเหลืออาจเริ่มล้าหรือต้องไปทำหน้าที่อื่น ทำให้ผู้ป่วยต้องจัดการทุกอย่างเพียงลำพังในขณะที่ร่างกายและจิตใจเริ่มอ่อนแอลง เกิดภาวะความเหนื่อยล้าในการดูแลตนเองจากการทำซ้ำและการขาดผู้ช่วยเหลือที่สม่ำเสมอ ผู้ป่วยอาจรู้สึกท้อ "ทำดีแค่ไหน ไตก็ไม่หาย" นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าแฝง ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความละเอียดรอบคอบในการทำแผลหรือล้างไตทางช่องท้อง เมื่อพลังใจในการรักษาหมดลง ความเข้มงวดจะลดลงตามความเหนื่อยล้าทางจิตใจ ทำให้ละเลยมาตรฐานที่เคยทำได้ดีในวันแรก ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลมักเกิดการติดเชื้อซ้ำหลายครั้งจากการล้างไตด้วยตนเอง เนื่องจากตาพร่ามัวมองไม่ชัด มือสั่น และมีการปนเปื้อนระหว่างสวมข้อต่อสายท่อล้างไต ผู้ป่วยจะแก้ปัญหาโดยการใช้แอลกอฮอล์พ่นข้อต่อบริเวณที่โดนมือซึ่งไม่เพียงพอในการฆ่าเชื้อ สุดท้ายผู้ป่วยยังคงมาโรงพยาบาลด้วยปัญหาของการติดเชื้อเยื่อหุ้มช่องท้อง

ตาราง 1 เบื้องหลังของความเสียง

ความเสี่ยง	สิ่งที่พบ	สิ่งที่ผู้ป่วยไม่รู้/ไม่ตระหนัก
1. มิติด้านพฤติกรรม		
ยึดความสะดวกเป็นหลัก		
- มีช่องว่างระหว่างความรู้และวิถีปฏิบัติ	- มาตรฐานที่ถูกปรับเปลี่ยนตามความสะดวก (เปิดพัดลม/พัดคุ้ยกัน/ไม่สวมผ้าปิดปากปิดจมูก ในระหว่างเปลี่ยนถ่ายน้ำยา/ใช้กรรไกรตัดพลาสเตอร์ที่หุ้มผ้าก๊อสดึงสายท่อล้างไตแทนการแกะออกด้วยมือ) - การตีความความสะอาดที่ต่างกัน (ใช้ผ้าเช็ดมือซ้ำ/ทำความสะอาดไม่ทั่วถึง)	- เชื้อโรคสะสมบนพื้นผิวสัมผัสและเชื้อโรคในอากาศ ลูกกลิ้งดูดซับเชื่อมต่อสาย - ปะปนกรรไกรบาดสายท่อล้างไตทำให้เชื้อโรคเข้าช่องท้อง

ความเสี่ยง	สิ่งที่พบ	สิ่งที่ผู้ป่วยไม่รู้/ไม่ตระหนัก
- จากความคุ้นชิน กลายเป็นความเสี่ยง	- การบริโภคอาหารที่ไม่ปลอดภัย (อาหารค้าง คืน/แกงหอยขม/ผักผลไม้ที่ปนเปื้อนหรือมี พยาธิ) - ล้างมือไม่ครบขั้นตอน - ไม่ใส่ผ้าปิดปากปิดจมูก - ไม่เช็ดเสาทีแขวนถุงน้ำยาและตาชั่ง - ไม่ตรวจสอบรอยรั่วซึมของถุงน้ำยาล้างไต - สอนวิธีการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตกันเอง โดย ไม่ได้ผ่านการประเมินจากพยาบาลไตเทียม	- ผ้าขนหนูที่อับชื้นเป็นแหล่ง เพาะพันธุ์เชื้อโรคชั้นดี / เชื้อ โรคมักสะสมบริเวณพื้นผิว - มีเชื้อแบคทีเรียคั่งค้างใน อาหาร ทำให้ลำไส้อักเสบ หรือเชื้อแบคทีเรียทะลุผ่าน ลำไส้เข้าสู่ช่องท้อง - การปนเปื้อนเชื้อจาก ผิวหนัง / น้ำลายของผู้ป่วย/ พื้นผิว สัมผัส สูดต่อสาย ท่อล้างไต - เชื้อแบคทีเรียจากผิวหนัง และทางเดินหายใจปนเปื้อน - อาจมีการละเลยขั้นตอน หรือมีการปรับเปลี่ยนตาม บริบทของผู้สอน
2. มิติด้านสิ่งแวดล้อม		
เมื่อห้องล้างท้องไม่ใช่ห้อง สะอาด		
- สิ่งปนเปื้อนที่มองไม่เห็น	- การเปิดพัดลมจ่อตัวขณะเปลี่ยนถ่ายน้ำยา - เปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตบริเวณใต้ถุนบ้านที่โล่ง แจ้ง มีลมโกรก - ไรฝุ่นและเชื้อราบริเวณเพดานห้อง รอยต่อฝา ผนัง	- เชื้อโรคในอากาศ/เชื้อราฟุ้ง กระจายสูดต่อสายท่อล้าง ไตเสี่ยงต่อการติดเชื้อราใน ช่องท้อง ซึ่งรักษายาก
- อิทธิพลสิ่งมีชีวิตในบ้าน	- มีแมวหรือสุนัขเดินผ่าน/นอนในห้องขณะล้าง ท้อง หรือมีมด/แมลงใกล้เคียงกับอุปกรณ์ - หนูในบริเวณพื้นที่เก็บถังน้ำยา	- การปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรีย จากขนสัตว์และมูลขี้ถ่าย
- ข้อจำกัดด้านพื้นที่และ สถาปัตยกรรม	- บ้านอยู่ริมถนนมีฝุ่นละอองฟุ้งกระจาย/อยู่ใน พื้นที่ลุ่มมีน้ำขัง - ห้องล้างไตมีความอับชื้นจากอากาศไม่ถ่ายเท - ใช้ห้องนอนเป็นที่ล้างไต / ใช้พื้นที่ร่วมกับ ผู้ดูแลในการใช้ชีวิตประจำวันและการล้างไต	- มีโอกาสสูงที่จะเกิดการ ปนเปื้อนของเชื้อโรคใน อากาศ/เชื้อแบคทีเรีย/เชื้อ รา ผ่านพื้นผิวสัมผัส สูดต่อ สายท่อล้างไต
- การจัดเก็บอุปกรณ์ที่ไม่ เหมาะสม	- เก็บถังน้ำยาไว้ในห้องล้างไต/ซ่อนถังน้ำยาเกิน 4 ชั้น/วางถังน้ำยาบนพื้นโดยตรงไม่มีฐานรอง - ถังน้ำยาโดนแสงแดด/ละอองฝน - บริเวณที่เก็บถังน้ำยามีมด แมลง หนู	- ความอับชื้นจากพื้นผิว/การ รั่วซึมของถุงน้ำยามีโอกาส ปนเปื้อนเชื้อโรคสูง - ปนเปื้อนเชื้อโรคจากมูล สัตว์

ความเสี่ยง	สิ่งที่พบ	สิ่งที่ผู้ป่วยไม่รู้/ไม่ตระหนัก
3. มิติด้านสังคมและจิตวิทยา เหนี่ยวนำกับสิ่งที่เป็นอย่างอยู่	-ทำแบบรีบเร่ง ละเลยการทำตามมาตรฐาน -ปล่อยให้ห้องสกปรก	-โอกาสปนเปื้อนเชื้อโรคสูง -การสะสมของเชื้อโรคใน สิ่งแวดล้อมสูงขึ้น

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่เห็นความสำคัญและขาดความตระหนักในการปฏิบัติตามขั้นตอนที่ได้เรียนรู้จากพยาบาล เมื่อเกิดการติดเชื้อเยื่อหุ้มสมองและได้รับการรักษาหายแล้ว ผู้ป่วยหลายรายไม่ได้สะท้อนคิดถึงปัจจัยและสาเหตุที่ทำให้ตนเองเกิดการติดเชื้อ จึงยังคงมีพฤติกรรมเช่นเดิมซ้ำๆ ส่งผลทำให้เกิดการติดเชื้อเยื่อหุ้มสมองซ้ำหลายครั้ง บางรายระมัดระวังเพิ่มขึ้นในประเด็นที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดการติดเชื้อ แต่ละเลยขั้นตอนหรือประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

วิเคราะห์ช่องว่างทางพฤติกรรม: มาตรฐานการล้างไตทางช่องท้องเทียบกับวิถีปฏิบัติจริงของผู้ป่วย

การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เป็นการบำบัดทดแทนไตที่พึ่งพาการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นหลัก แม้ผู้ป่วยจะได้รับการฝึกอบรมและประเมินทักษะตามมาตรฐานจากสถานพยาบาลแล้ว แต่อุบัติการณ์การติดเชื้อเยื่อหุ้มสมองยังคงเกิดขึ้น ซึ่งจากการวิเคราะห์ประสิทธิภาพและบริบทแวดล้อมของผู้ป่วย พบว่ามีช่องว่างสำคัญระหว่างมาตรฐานที่ควรปฏิบัติกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง ดังนี้

1. ด้านเทคนิคการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา และหลักการปลอดเชื้อ (Aseptic Technique)

สิ่งที่ควรปฏิบัติ ผู้ป่วยและผู้ดูแล ต้องปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างเคร่งครัด ได้แก่ ล้างมือให้สะอาดตามขั้นตอน สวมผ้าปิดปากและจมูก ปิดหน้าต่างและพัดลมเพื่อป้องกันลมโกรก ทำความสะอาดพื้นที่และอุปกรณ์ด้วยแอลกอฮอล์ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของถุงน้ำยา และห้ามดัดแปลงขั้นตอนโดยเด็ดขาด

สิ่งที่ปฏิบัติจริง เมื่อเกิด "ความคุ้นชิน" ผู้ป่วยและผู้ดูแลมักลดทอนความสำคัญของรายละเอียดและลำดับขั้นตอนเพื่อความสะดวก เช่น ล้างมือไม่ครบเวลา ไม่รอให้แอลกอฮอล์แห้งสนิท ไม่สวมผ้าปิดปากและจมูก เนื่องจากรู้สึกอึดอัด เปิดพัดลมหรือพูดคุยขณะเปลี่ยนถ่ายน้ำยา บางรายใช้กรรไกรตัดพลาสติกแทนการแกะด้วยมือ รวมถึงมีการถ่ายทอดวิธีการที่ผิดพลาดกันเองระหว่างผู้ดูแลโดยไม่ผ่านการประเมินจากพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ ธวัช เทียวโกล และรสสุคนธ์ ตันติวิจิตรเวช (2563) และ เพ็ญจำ เอียดไสย และสุพรรณ กิจบรรยงเลิศ (2569) ที่พบว่า การล้างมือบางครั้ง การสวมผ้าปิดปากและจมูกบางครั้ง มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อหุ้มสมองของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้การปฏิบัติที่ถูกต้องในการล้างมือและการสวมผ้าปิดปากปิดจมูกช่วยป้องกันการติดเชื้อในเยื่อหุ้มสมองได้มากกว่าร้อยละ 90 ซึ่ง กาญญา ศรีอุดม และคณะ (2560) ศึกษาการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมล้างไตทางช่องท้องของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย พบว่าการสร้างความรู้ การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง การสาธิตและฝึกปฏิบัติในการล้างมือ การเปลี่ยนถ่ายน้ำยาและการทำแผลช่องทางออกของสายล้างไตด้วยตนเอง โดยเรียนรู้ผ่านตัวแบบผู้ป่วยจริง สามารถทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมล้างไตได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เช่นเดียวกับ อติยา เทพแพงตา (2567) ที่ใช้โปรแกรมฝึกทักษะการล้างไตทางช่องท้องในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่าอุบัติการณ์การเกิดเยื่อหุ้มสมองอักเสบต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.000$) พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการทบทวนความรู้และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกครั้งที่มาพบแพทย์ตามนัด ทั้งนี้ ทะนะศักดิ์ หนูริง และคณะ (2568) ได้กล่าวถึงบทบาทสำคัญของพยาบาลล้างไตทางช่องท้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องที่มีปัญหาการติดเชื้อในช่องท้อง ได้แก่ 1) บทบาทในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ประกอบด้วย การซักประวัติอาการและอาการแสดงในผู้ป่วยที่บ่งบอกภาวะการติดเชื้อในช่องท้อง การค้นหาสาเหตุ การเก็บน้ำยาล้างไตส่งตรวจ การบริหารยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา การติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ 2) บทบาทการให้คำปรึกษา เป็นการ

ช่วยให้ผู้ป่วยได้รู้จักตนเอง เข้าใจตนเอง รู้จักการปรับตัว เชื่อมมั่นในตนเอง สามารถวางแผนและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ 3) บทบาทการสอน ผู้ป่วยต้องได้รับการทบทวนความรู้และการปฏิบัติล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ทุก 6 เดือน เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ ความตระหนัก ทักษะที่ดีต่อการล้างไต เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม 4) บทบาทการประสานงานกับสหวิชาชีพ และหน่วยงานต่าง ๆ ในระบบสุขภาพ เพื่อวางแผนการรักษาผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในช่องท้องให้เป็นไปตามแผนการรักษา สอดคล้องกับ ISPD (2020) ที่แนะนำให้เยี่ยมบ้านหลังจากเริ่มล้างไตภายใน 1-2 สัปดาห์เพื่อคู่วิถีปฏิบัติจริง และต้องมีการประเมินทักษะซ้ำเมื่อเกิดเหตุการณ์เสี่ยง เช่น หลังรักษา peritonitis หาย หรือเมื่อผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยอื่นที่กระทบต่อการล้างไต (Li et al., 2022)

2. ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล และการบริโภคอาหาร

สิ่งที่ควรปฏิบัติ ผู้ป่วยต้องระวังไม่ให้แผลบริเวณสายช่องท้อง (Exit site) เปียกน้ำ อาบน้ำโดยใช้สบู่ก้อน น้ำปิดแผล ใช้ผ้าเช็ดมือที่แห้งและสะอาด บริโภคอาหารที่ปรุงสุกใหม่ และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีความเสี่ยงต่อการปนเปื้อน

สิ่งที่ปฏิบัติจริง ผู้ป่วยมีการตีความ "ความสะอาด" แตกต่างจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยมองเพียงความสะอาดทางกายภาพ แต่มองข้ามการสะสมของเชื้อก่อโรค เช่น การใช้ผ้าเช็ดมือผืนเดิมซ้ำๆ หลายวัน การอาบน้ำแบบเช็ดตัวครึ่งท่อนเพื่อประหยัดค่าแผ่นฟิล์มกันน้ำ ทำให้เกิดการสะสมของแบคทีเรียบนผิวหนัง จากการศึกษาความสัมพันธ์พฤติกรรมสุขภาพอนามัยและผลลัพธ์ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องของ พัชรธิดา กลิ่นพะยอม (2566) พบว่าผู้ป่วยที่อาบน้ำหรือเช็ดตัวให้แห้งน้อยกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ และผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่เปลี่ยนถ่ายน้ำยาที่มีซีลได้เล็บบ่อยหรือเช็ดไม่สะอาด ส่งผลต่อการเกิดการติดเชื้อเยื่อช่องท้องที่เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากการไม่อาบน้ำหรืออาบน้ำไม่สะอาดทำให้มีเชื้อสะสมที่บริเวณเสื้อผ้าและปนเปื้อนตามร่างกาย อีกทั้งบริเวณซอกเล็บและง่ามนิ้วมือที่ไม่สะอาดเป็นที่สะสมของเชื้อโรคและเชื้อราจึงมีโอกาสปนเปื้อนในขณะล้างไตหรือทำแผลช่องทางออกได้ นอกจากนี้ ยังพบพฤติกรรมบริโภคที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากลำไส้ เช่น การรับประทานอาหารค้างคืนอุ่นซ้ำ การบริโภคอาหารสุกๆ ดิบๆ (เช่น แกงหอยขม) หรือผักผลไม้สดที่ล้างไม่สะอาด ทำให้เกิดอาการท้องเสีย มีไข้ (Gastroenteritis) ซึ่งเพิ่ม "Intestinal Permeability" (ผนังลำไส้ยอมให้สิ่งแปลกปลอมผ่านได้มากขึ้น) แบคทีเรียจึงเคลื่อนย้ายจากลำไส้เข้าสู่ช่องท้องโดยตรง สอดคล้องกับรายงานกรณีศึกษาของ Tsai et al. (2018) ที่พบผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้อง มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการรับประทานอาหารที่ไม่สะอาด

3. ด้านการจัดการพื้นที่ และสิ่งแวดล้อม

สิ่งที่ควรปฏิบัติ พื้นที่สำหรับล้างไตต้องสะอาด สว่าง แห้ง ไม่อับชื้น เป็นสัดส่วน ปราศจากสัตว์เลี้ยง และแมลง การจัดเก็บถังน้ำยาต้องมีฐานรองรับ ยกสูงจากพื้น ไม่โดนแสงแดด ความชื้น หรือละอองฝน

สิ่งที่ปฏิบัติจริง ข้อจำกัดด้านสถาปัตยกรรมและเศรษฐฐานะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดสภาพแวดล้อมในอุดมคติได้ พื้นที่ล้างไตมักเป็นห้องนอนหรือพื้นที่ใช้สอยร่วมกันในครอบครัว บางรายทำใต้ถุนบ้านซึ่งมีฝุ่นควันจากถนน บ้านมีสภาพอับชื้น มีไรฝุ่น เชื้อรา รวมถึงการไม่สามารถควบคุมสัตว์เลี้ยง (สุนัข แมว) หรือสัตว์พาหะ (หนู แมลงสาบ) ให้ออกจากพื้นที่ได้ ส่วนการจัดเก็บถังน้ำยา มักเน้นความสะดวกในการหยิบใช้ จึงวางบนพื้นโดยตรง หรือวางในจุดที่โดนแดดและฝน ซึ่งเสี่ยงต่อการปนเปื้อนของบรรจุภัณฑ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธวัช เตียววิไล และรสสุคนธ์ ตันติวิชิตเวช (2563) ที่พบว่า สถานที่เปลี่ยนน้ำยาล้างไตที่ไม่ได้มาตรฐาน มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (OR=4.04, 95% CI=1.45-11.31, p<.05) ส่วนเพ็ญจำ เอียดไสย และสุพรรณพรณ์ กิจบรรยงเลิศ (2569) อภิปรายผลการวิจัยที่พบว่าการทำความสะอาดบ้านทุกวัน มีโอกาสเกิดการติดเชื้อเยื่อช่องท้องต่ำกว่าการทำความสะอาดบ้านเพียงบางวัน เนื่องจากการทำความสะอาดบ้านเป็นประจำจะช่วยลดปริมาณการสะสมของเชื้อโรค ฝุ่น และลดแหล่งสะสมอาหารของสัตว์นำโรค เช่น หนู แมลงสาบ อีกทั้งการมีสัตว์เลี้ยงในบ้านพบว่ามีอัตราการติดเชื้อสูงกว่าการ

ไม่มีสัตว์เลี้ยง ซึ่งเป็นไปตามกับคำแนะนำของ ISPD (2022) ที่ให้ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อจากสัตว์สู่คน (domestic pet and zoonotic infections) โดยไม่นำสัตว์เลี้ยงเข้ามาในห้องที่ใช้เปลี่ยนถ่ายน้ำยา สถานที่เก็บอุปกรณ์น้ำยาล้างไต หรือบริเวณที่ใช้เครื่องล้างไตอัตโนมัติ

4. ด้านสภาวะทางจิตวิทยา และการตระหนักรู้

สิ่งที่ควรปฏิบัติ ผู้ป่วยและผู้ดูแลควรมีความตระหนักรู้อยู่เสมอ มีวินัยในการจดบันทึกข้อมูล สังเกตอาการผิดปกติ และมีสุขภาพจิตที่พร้อมต่อการดูแลรักษาระยะยาว

สิ่งที่ปฏิบัติจริง การรักษาที่ต้องทำซ้ำๆ ทุกวัน วันละ 4 ครั้ง นำไปสู่ "ความเหนื่อยหน่ายในการดูแล" เกิดความรู้สึกเสียคุณค่าในตนเอง เกิดความพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หากผู้ดูแลหลักเสียชีวิตก่อนหรือผู้ป่วยต้องทำด้วยตนเองในขณะที่ร่างกายอ่อนแอ ก็เกิดภาวะซึมเศร้าแฝง พลังใจในการรักษาลดลง ส่งผลให้ความเข้มงวดในมาตรฐานลดลงตามไปด้วย ผู้ป่วยมักประเมินความเสี่ยงต่ำเกินไปและใช้ชุดความคิดว่า "ทำแบบนี้มาตั้งนานไม่เห็นเป็นอะไร" ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของความห่อหุ้มที่นำไปสู่การติดเชื้อซ้ำซาก จากการศึกษาการใช้ชีวิตหลังการได้รับการรักษาโดยการล้างไตทางหน้าท้องในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังของ ศิริลักษณ์ เมืองไทย และยุพาวดี ขันทบัลลัง (2567) พบว่า การล้างไตทางช่องท้องเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวัน และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ หงุดหงิดรำคาญใจที่ไม่สามารถใช้ชีวิตได้เหมือนคนปกติทั่วไป สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องทั้งภายในประเทศและต่างประเทศของ อาทิตยา อติวิชญานนท์ (2560) พบว่าโดยเฉลี่ยร้อยละ 50 ของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการสนับสนุนจากครอบครัว ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าอาจทำให้ผู้ป่วยต้องยุติการรักษา เปลี่ยนการรักษาเป็นวิธีอื่น และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์สำหรับเปลี่ยนทำความสะอาด ได้แก่ แผ่นพลาสติกกันน้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรอนงค์ วลีขจรเลิศ และคณะ (2561) เกี่ยวกับการการเงินในครัวเรือนของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต พบว่าผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่ไม่มีรายได้ ไม่มีเงินออม มีปัญหาสถานะการเงินและหนี้สินครัวเรือน

สรุป

การก้าวข้ามมาตรฐานสู่บริบทจริงเพื่อความยั่งยืนในการป้องกันการติดเชื้อ จากการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) ทั้งในสภาวะวิกฤตขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินวิถีปฏิบัติจริง พบข้อบ่งชี้ที่สำคัญว่าอุปสรรคการติดเชื้อเยื่อช่องท้องไม่ได้มีรากเหง้ามาจากปัจจัยทางเทคนิคเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลรวมของ "พลวัตเชิงพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และจิตสังคม" ที่ถักทอร้อยเรียงอยู่เบื้องหลัง ปรากฏการณ์ "Infection Behind the Scenes" สะท้อนให้เห็นว่าหัวใจสำคัญของการพยาบาลในยุคใหม่ไม่ใช่เพียงการเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ตามตำรา แต่คือการเป็น "ผู้สร้างความตระหนักรู้เชิงเหตุและผล" ในทุกขั้นตอนการปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยก้าวข้ามการท่องจำไปสู่ความเข้าใจที่หยั่งรากลึก การที่พยาบาลสามารถประเมินความเหนื่อยล้าจากการรักษา และปรับเปลี่ยนสื่อการสอนให้สอดคล้องกับบริบทจริงที่บ้านจะเป็นกุญแจสำคัญในการลดช่องว่างระหว่าง "ความสมบูรณ์แบบทางทฤษฎี" กับ "วิถีชีวิตที่แปรผัน" การสอนทักษะในโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียวจึงไม่เพียงพอต่อการเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงที่ซ่อนเร้น ทีมสุขภาพจำเป็นต้องตีความ "บริบทเฉพาะตัว" ของผู้ป่วยแต่ละรายให้ออก การเยี่ยมบ้านเชิงรุกและการให้คำปรึกษาที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตจริง ไม่เพียงแต่จะช่วยปิดรอยโหว่ของความเสี่ยงที่มองไม่เห็น แต่ยังเป็นการสร้างเกราะป้องกันที่ยั่งยืนช่วยให้ผู้ป่วย CAPD สามารถรักษาคุณภาพชีวิตและดำรงไว้ซึ่งประสิทธิภาพของการบำบัดทดแทนไตได้อย่างยาวนาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะ เชิงนโยบายระบบบริการสุขภาพ

1. พัฒนาระบบ "Tele-Home Visit" เพื่อติดตามพฤติกรรมในพื้นที่ส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และสนับสนุนวัสดุป้องกันการติดเชื้อเป็นชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐาน เช่น แผ่นฟิล์มกันน้ำปิดแผลสำหรับอาบน้ำ เพื่อลดการค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยแก้ปัญหาพฤติกรรม การทำความสะอาดร่างกายที่ไม่ทั่วถึงอันเป็นสาเหตุของการติดเชื้อสะสม

ข้อเสนอแนะ ด้านบุคลากรสุขภาพ

1. ยกระดับพยาบาล CAPD ให้มีทักษะการเป็น "Health Coach" ที่สามารถวิเคราะห์ปัจจัยทางจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม มากกว่าการประเมินเพียงเทคนิคปลอดเชื้อ เน้นการสอนแบบ "Problem-Based Learning" โดยใช้สถานการณ์จำลองที่มักเกิดความผิดพลาดในบ้าน มาเป็นโจทย์ในการฝึกทักษะ และปรับปรุงรูปแบบการให้สุศึกษา ควรเปลี่ยนจากการสอนแบบ "บอกกล่าวทฤษฎี" เป็นการสอนแบบ "อิงบริบท" โดยให้ผู้ผู้ป่วยถ่ายรูปหรือวิดีโอสภาพแวดล้อมจริงที่บ้านมาให้พยาบาลประเมิน เพื่อร่วมกันออกแบบพื้นที่ล้างไตที่ปลอดภัยและเป็นไปได้จริงที่สุดภายใต้ข้อจำกัดของแต่ละครอบครัว

2. การประเมินซ้ำเพื่อลดความคุ้นชิน หน่วยไตเทียมควรมีระบบ "Re-check หรือ Retrain" ทักษะการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาเป็นระยะ ทุก 3-6 เดือน แม้ผู้ป่วยจะทำเองมานานแล้วก็ตาม เพื่อสกัดกั้นพฤติกรรมลัดขั้นตอนที่เกิดจากความประมาท

3. การดูแลสุขภาพจิตเชิงรุก ควรมีการประเมินภาวะซึมเศร้าและความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอ การจัดการกับ "ความเหนื่อยหน่าย" อาจเป็นกุญแจสำคัญที่ช่วยลดอัตราการติดเชื้อได้ตีพอๆ กับ การสอนเทคนิคปลอดเชื้อ

ข้อเสนอแนะ ในการวิจัยต่อยอด

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในการสร้างนวัตกรรมอุปกรณ์จัดเก็บน้ำยาล้างไตราคาประหยัดที่กันความชื้นและแมลง หรือการพัฒนาแอปพลิเคชันแจ้งเตือน และบันทึกข้อมูลที่ลดภาระการจดบันทึกด้วยมือของผู้ป่วย

2. มุ่งเน้นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อค้นหาความต้องการหรือความจำเป็นที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet Needs) ผ่านระบบบริการสุขภาพ ยา ผลิตภัณฑ์ หรือการดูแลที่มีอยู่ในปัจจุบัน หรืออุปสรรคที่แท้จริงที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานได้เมื่ออยู่ที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา ศรีอุดม, ธราดล เก่งการพานิช, มณฑา เก่งการพานิช, และศรินญา เบญจกุล. (2561). โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การล้างไตทางช่องท้องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 41(1), 49-61.
- เฉลิมศักดิ์ กาญจนบุษย์ (บก). (2556). แนวปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้อง. กรุงเทพฯ: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์.
- ทองศักดิ์ หนูจริง เพ็ญศิริ ศรีสุนทร และพงศกร มัสตาด. (2568). บทบาทของพยาบาล PD กับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องที่มีปัญหาการติดเชื้อในช่องท้อง. *วารสาร Medical R2R e-Journal*, 12(1), <http://doi.org/10.14456/jmu.2025.2>
- ทิพวรรณ พงษ์สัสมรณ และชินุฑา ยี่เขียน. (2565). ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องติดเชื้อระยะสั้นมากในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 15(1), 110-126.
- ธวัช เตยวิไล และรสสุคนธ์ ตันติวิชิตเวช. (2563). อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลโพธาราม. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 39(1), 51-64.

- ธิติมา สายสุด. (2566). อุบัติการณ์การติดเชื้อและปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม. *วารสารวิจัยและพัฒนา นวัตกรรมทางสุขภาพ*, 4(3), 126-134.
- พัชรดา กลิ่นพยอม. (2566). ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพอนามัยและผลลัพธ์ในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
<https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/11791>
- เพ็ญจำ เอียดไสย และสุพรรณพรณ กิจบรรยงเลิศ. (2569). ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเยื่อช่องท้องในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง: โรงพยาบาลศิริราช. *วารสารวิจัยทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 46(1), 1-18.
- วิชชุดา จำปามาศ. (2568). อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดการติดเชื้อเยื่อช่องท้องในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องในโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 40(4), 413-427.
- ศิริลักษณ์ เมืองไทย และยุพาวดี ชันพัลลึง. (2567). การใช้ชีวิตหลังการได้รับการรักษาโดยการล้างไตทางหน้าช่องในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 18(2), 679-694.
- พรรษา คัดเข้ม. (2568). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่อง โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ. *ยโสธรเวชสาร*, 27(1), 1-25. YASOHOS_MJ2712479
<https://he04.tci-thaijo.org/index.php/hciyasohos/article/view/3230/2274>
- อรอนงค์ วลีจระเลิศ, ธนรรจ์ รัตนโชติพานิช, สุรัชดา ชนโสภณ, วรรัตน์ อนุสรณ์เสงี่ยม, จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์, อมฤต สุวัฒน์ศิลป์, ธนชัย พนาพุมิ, ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย, สุกุล ลิ้มวัฒนานนท์, และ จุฬารักษ์ ลิ้มวัฒนานนท์. (2561). ภาระการเงินในครัวเรือนของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 14(4) : 79-87
- อติยา เทพแพงตา. (2567). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการล้างไตทางช่องท้องในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) ต่อพฤติกรรมการป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบ. *วารสารราชภัฏการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(1), 14-26.
- Li, PK., Chow, KM., Cho, Y., Fan, S., Figueiredo, AE., Harris, T., Kanjanabuch, T., Kim, YL., Madero, M., Malyszko, J., Mehrotra, R., Okpechi, IG., Perl, J., Piraino, B., Runneger, N., Teitelbaum, I., Wong, JKW., Yu, X., & Johnson, DW. (2022). ISPD peritonitis guideline recommendations: 2022 update on prevention and treatment. *Perit Dial Int*, 42(2), 110-153.
- Sampaio, J., Machado, D., Gomes, A.M., Machado, I., Santos, C., Lima, N., Carvalho, MJ., Cabrita, A., Rodrigues, A., Martins M. (2016). Deciphering the Contribution of Biofilm to the Pathogenesis of Peritoneal Dialysis Infections: Characterization and Microbial Behaviour on Dialysis Fluids. *PLoS ONE* 11(6):
e0157870.<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157870>.
- Tsai, S.-m., Yan, Y., Zhao, H.-p., Wu, B., Zuo, L., & Wang, M. (2018). Peritoneal dialysis-related eosinophilic peritonitis: a case report and literature review. *Journal of Peking University (Health Sciences)*, 50(4), 747-751. doi: 10.3969/j.issn.1671-167X.2018.04.032