



การพยาบาล ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พบบ่อย : การพยาบาลที่บ้าน

Nursing care for
chronically ill patients at home



วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก

ผศ.ดร.พรฤดี นิธิรัตน์
ผศ.ดร.มธุรดา บรรจงการ
ผศ.ราตรี อร่ามศิลป์
ผศ.วรรณศิริ ศรีสุข
ผศ.เสาวภา เล็กวงษ์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พบบ่อย: การพยาบาลที่บ้าน

Nursing care for chronically ill patients at home

ผศ.ดร.พรฤดี นิธิรัตน์

ผศ.ดร.มธุรดา บรรจงการ

ผศ.ราตรี อร่ามศิลป์

ผศ.วรรณศิริ ศรีสุข

ผศ.เสาวภา เล็กวงษ์

หอสมุดแห่งชาติ
ถนนสามเสน ดุสิต กรุงเทพฯ 10300
โทรศัพท์ : 02-2809846
โทรสาร : 02-2809846

วันที่อนุมัติ 22 ธันวาคม 2568

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พบบ่อย: การพยาบาลที่บ้าน = Nursing care for chronically ill patients at home.-- จันทบุรี : [ม.ป.พ.], 2568.

138 หน้า.

1. การพยาบาลอายุรศาสตร์. 2. การพยาบาลสาธารณสุข. I. พรฤดี นิธิรัตน์. II. ชื่อเรื่อง.

610.734

ISBN 978-616-630-286-8

คำนำ

ตำรา “การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พบบ่อย : การพยาบาลที่บ้าน” จัดทำขึ้น โดย มีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นเอกสารทางวิชาการสำหรับใช้ประกอบการเรียนการสอน การศึกษาค้นคว้า และการปฏิบัติงาน ของพยาบาล นักศึกษาพยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในระดับครอบครัวและชุมชน การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร สังคมผู้สูงอายุ และรูปแบบการดำเนินชีวิต ส่งผลให้ระบบสุขภาพจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการดูแล ต่อเนื่องและการพยาบาลที่บ้านมากยิ่งขึ้น

เนื้อหาในหนังสือเล่มนี้นำเสนอหลักการ แนวคิด และกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่พบบ่อย โดยครอบคลุมการประเมินภาวะสุขภาพ การวางแผนการพยาบาล การดำเนินการพยาบาล และการประเมินผลการดูแล ตลอดจนการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแล ภายใต้บริบทของการพยาบาลที่บ้านและชุมชน ซึ่งสอดคล้อง กับแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมและการดูแลต่อเนื่อง (continuum of care) ในการจัดทำหนังสือเล่มนี้

การเรียบเรียงในครั้งนี้ได้รับความกรุณาอย่างดียิ่งจากผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลและสาขา ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้สละเวลาในการตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และความเหมาะสมของเนื้อหา ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการที่มีคุณค่า อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการปรับปรุงคุณภาพ ของหนังสือให้มีความถูกต้อง ทันสมัย และสอดคล้องกับการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ คณะผู้จัดทำ ขอขอบพระคุณคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

หวังว่าหนังสือเล่มนี้จะช่วยเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และสมรรถนะทางวิชาชีพด้านการ พยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแล การเพิ่มความปลอดภัย และการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว หากมีข้อจำกัดหรือข้อบกพร่องประการใด คณะผู้จัดทำขอน้อมรับข้อเสนอแนะเพื่อใช้ในการปรับปรุงและพัฒนางานทางวิชาการให้มีความสมบูรณ์ ยิ่งขึ้นต่อไป

คณะผู้จัดทำ

ธันวาคม 2568

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญภาพ	จ
สารบัญตาราง	ฉ
บทที่ 1 เรื่องนำรู้เกี่ยวกับการพยาบาลที่บ้าน	1
ผศ.ราตรี อร่ามศิลป์	
บทนำ	2
1.1 นิยาม ความหมายของการพยาบาลที่บ้าน	2
1.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลที่บ้าน	3
1.3 ความต้องการการพยาบาลที่บ้าน	7
1.4 ลักษณะของการพยาบาลที่บ้าน	8
1.5 ขอบเขตการพยาบาลที่บ้าน	11
1.6 ประโยชน์การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน	12
1.7 หลักการสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน	13
1.8 วัตถุประสงค์ของการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน	14
1.9 รูปแบบการเยี่ยมบ้านและการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน	15
1.10 กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลที่บ้าน	17
1.11 คุณสมบัติพยาบาลชุมชนในการให้การพยาบาลที่บ้าน	26
1.12 ปัจจัยความสำเร็จและความท้าทายของการพยาบาลที่บ้าน	26
บทสรุป	28
คำถามท้ายบท	29
เอกสารอ้างอิง	30
บทที่ 2 การพยาบาลที่บ้าน กรณีผู้ป่วยโรคเบาหวาน	33
ผศ. วรรณศิริ ศรีสุข	
บทนำ	34
2.1 สถานการณ์โรคเบาหวาน	34
2.1.1 ผลกระทบของการเจ็บป่วยโรคเบาหวาน	36

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
2.1.2 ประโยชน์ของการพยาบาลที่บ้าน กรณีผู้ป่วยโรคเบาหวาน	39
2.2 แนวทางการพยาบาลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน	40
2.2.1 ระดับปฐมภูมิ	40
2.2.2 ระดับทุติยภูมิ	42
2.2.3 ระดับตติยภูมิ	44
2.3 การใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน	45
2.4 กรณีศึกษาและการเรียนรู้จากกรณีศึกษา	49
บทสรุป	52
คำถามท้ายบท	54
เอกสารอ้างอิง	55
บทที่ 3 การพยาบาลที่บ้าน กรณีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	57
ผศ.ดร.มธุรดา บรรจงการ	
บทนำ	58
3.1 สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง	58
3.1.1 ผลกระทบของการเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูง	61
3.1.2 ประโยชน์ของการพยาบาลที่บ้าน กรณีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	62
3.2 แนวทางการพยาบาลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	63
3.2.1 ระดับปฐมภูมิ	63
3.2.2 ระดับทุติยภูมิ	65
3.2.3 ระดับตติยภูมิ	67
3.3 การใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	68
3.4 กรณีศึกษาและการเรียนรู้จากกรณีศึกษา	72
บทสรุป	76
คำถามท้ายบท	78
เอกสารอ้างอิง	80

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 การพยาบาลที่บ้าน กรณีผู้ป่วยโรคไต	84
ผศ.เสาวภา เล็กวงษ์	
บทนำ	85
4.1 สถานการณ์โรคไต	85
4.1.1 ผลกระทบของการเจ็บป่วยโรคไต	87
4.1.2 ประโยชน์ของการพยาบาลที่บ้าน กรณีผู้ป่วยโรคไต	90
4.2 แนวทางการพยาบาลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคไต	91
4.2.1 ระดับปฐมภูมิ	92
4.2.2 ระดับทุติยภูมิ	94
4.2.3 ระดับตติยภูมิ	96
4.3 การใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคไต	97
4.4 กรณีศึกษาและการเรียนรู้จากกรณีศึกษา	98
บทสรุป	102
คำถามท้ายบท	103
เอกสารอ้างอิง	104
บทที่ 5 บทบาทของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	107
ผศ.ดร.พรฤดี นิธิรัตน์	
บทนำ	108
5.1 บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	108
5.2 บทบาทของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	124
บทสรุป	132
คำถามท้ายบท	133
เอกสารอ้างอิง	135

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 อัตราป่วยของโรคเบาหวาน ช่วงปี 2558 – 2566 (ต่อประชากรแสนคน)	35
ภาพที่ 2 ความชุกของโรคเบาหวานในประเทศไทย	35
ภาพที่ 3 การเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในประเทศไทย ปี 2553 – 2561	36
ภาพที่ 4 Diabetes Technology	46
ภาพที่ 5 Diabetes Technology: Blood Glucose Monitoring (BGM)	46
ภาพที่ 6 Bluetooth-enabled or Wi-Fi BP monitors	69
ภาพที่ 7 Mobile Health Applications	70
ภาพที่ 8 Artificial Intelligence: AI	71
ภาพที่ 9 Telemedicine	72

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1	แสดงสัดส่วนอาหารอาหารตามหลัก DASH Diet พลังงานไม่เกิน 2,000 กิโลแคลอรีต่อวันสำหรับคนไทย
ตารางที่ 2	การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรังตามอัตราการกรองของไต
ตารางที่ 3	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำแนกตามระยะของโรค 3 ปี ย้อนหลัง (พ.ศ. 2565-2567)
ตารางที่ 4	จำนวนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำแนกวิธีการบำบัดทดแทนไต 3 ปี ย้อนหลัง (พ.ศ. 2565 ถึงพ.ศ. 2567)
ตารางที่ 5	จำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรัง (N17-19) พ.ศ. 2559-2563
ตารางที่ 6	บทบาทของพยาบาลชุมชนและกิจกรรมการส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

บทที่ 1

สารนำรู้เกี่ยวกับการพยาบาลที่บ้าน

แนวคิดรวบยอด

1. นิยามความหมายของการพยาบาลที่บ้าน ได้มีการให้ความหมายโดยหน่วยงาน องค์กรต่างๆ อาทิ เช่น องค์กรอนามัยโลก องค์กรพยาบาลทั้งในและต่างประเทศ หน่วยงานด้านสาธารณสุข นักวิชาการ ซึ่งโดยส่วนใหญ่จะมีการให้ความหมายที่คล้ายคลึงกัน

2. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลที่บ้าน การพยาบาลที่บ้านเป็นบริการที่เกี่ยวข้องทั้งใน ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม พยาบาลต้องทำงานร่วมกับผู้รับบริการ ญาติ ทีมสหสาขา เพื่อให้การทำงานประสบความสำเร็จพยาบาลจำเป็นต้องใช้แนวคิดที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นแนวทางในการทำงาน ได้แก่ การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of care) การดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) การส่งเสริมพลังอำนาจของผู้รับบริการ (Empowerment) และ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3. ลักษณะของการพยาบาลที่บ้าน เป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟู ในการพยาบาลผู้ป่วยและญาติแต่ละราย จะมีความต้องการดูแลที่แตกต่างกันออกไป ในแต่ละมิติทางการพยาบาล

4. กระบวนการพยาบาลเป็นกรอบสำคัญสำหรับพยาบาลที่ใช้เป็นแนวทาง ในการพยาบาลที่บ้าน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินและการเก็บรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล

5. พยาบาลที่ให้บริการพยาบาลที่บ้าน ต้องมีคุณลักษณะที่สำคัญ ในการทำงานร่วมกับผู้อื่น เนื่องจาก เป็นการทำงานที่เกี่ยวข้องกับสหสาขา กลุ่มผู้นำในชุมชน เครือข่ายต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน สังคม ตลอดจนสามารถประยุกต์ใช้ทรัพยากร ภูมิปัญญาท้องถิ่น มาใช้ในการพยาบาลให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้อ่านสามารถ

1. อธิบาย นิยาม ความหมายของการพยาบาลที่บ้าน
2. อธิบายแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลที่บ้าน
3. อธิบายความต้องการการพยาบาลที่บ้าน
4. อธิบายลักษณะของการพยาบาลที่บ้าน
5. ประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลที่บ้าน
6. บอกคุณลักษณะของพยาบาลที่ให้การพยาบาลที่บ้าน

บทนำ

การพยาบาลที่บ้าน เป็นบริการทางการพยาบาล แก่ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการให้บริการ เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการดูแลต่อเนื่อง ดูแลอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมและสร้างเสริมศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว กลุ่มผู้รับบริการส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะท้าย เป็นการให้บริการสุขภาพที่ยึดหลักการดูแลผู้ป่วยในบริบทสภาพแวดล้อมและบุคคลที่ผู้ป่วยคุ้นเคย อาทิ สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง หรือบุคคลใกล้ชิด โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล โดยการให้บริการพยาบาลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เพิ่มศักยภาพให้กับผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองได้ภายใต้การดูแลของพยาบาลวิชาชีพ ทีมสหสาขา รวมถึงเครือข่ายต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด

1.1 นิยาม ความหมายการพยาบาลที่บ้านและคำที่เกี่ยวข้อง

1.1.1 ความหมายการพยาบาลที่บ้าน (Home Health Nursing)

การพยาบาลที่บ้าน มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้ องค์การอนามัยโลก ((World Health Organization : WHO) การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ ที่เน้นการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอย่างมีศักยภาพ สูงสุดภายในบ้านของตนเอง (WHO, 2018)

American Nurses Association ให้ความหมายว่า การพยาบาลที่บ้าน คือ การให้บริการพยาบาลโดยใช้ทักษะทางการพยาบาลในบ้านของผู้ป่วย มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการจัดการภาวะเรื้อรัง เพื่อให้ผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด (ANA, 2019)

สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย ให้ความหมายว่า การพยาบาลที่บ้าน หมายถึง การให้บริการพยาบาลแก่บุคคล ครอบครัว หรือกลุ่มคน ในบ้านของตนเองอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และประคับประคอง โดยมีการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ (ประเทศไทย, 2564)

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2562) ให้ความหมายว่า การพยาบาลที่บ้านเป็นส่วนหนึ่งของบริการสุขภาพที่มุ่งให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

Potter & Perry กล่าวว่า การพยาบาลที่บ้าน (Home Health Nursing) เป็นการให้การดูแลทางการพยาบาลอย่างมืออาชีพแก่บุคคลและครอบครัวที่บ้าน เพื่อฟื้นฟูสุขภาพ ส่งเสริมสมรรถภาพของร่างกายให้ทำหน้าที่ได้สูงสุด และส่งเสริมความสามารถในการพึ่งพาตนเอง (2021)

สรุป การพยาบาลที่บ้าน (Home Health Nursing) หมายถึง บริการทางการพยาบาล ที่เกิดขึ้นขณะที่พยาบาลเข้าไป เพื่อทำกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านของผู้ป่วย ร่วมกับสมาชิกครอบครัว ครอบครัวทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ โดยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วม ในการวางแผนและดูแลตนเองตามสภาพปัญหา ความต้องการ และบริบทแวดล้อมของผู้ป่วย และครอบครัว โดยการดูแล สนับสนุน ส่งเสริม การสอน การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีสุขภาพดี หลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยหรือควบคุมโรคได้ สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงภาวะปกติ และช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด

1.1.2 คำที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลที่บ้าน

การบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care) หมายถึง การบริหารให้มีการจัดบริการเต็มรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว รายหนึ่งๆ โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วยที่บ้าน การประสานงานกับทีมรักษา ว่าจะรักษาที่บ้าน ที่โรงพยาบาล หรือส่งต่อ การมอบหมายให้หน่วยงานหรือแผนกต่างๆ รับผิดชอบหน้าที่ใดบ้างเพื่อการดูแลผู้ป่วยรายนั้นๆ ร่วมกัน การประเมินความต้องการด้านต่างๆ ของผู้ป่วยที่จะสามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ตามปกติ เช่น หุงหาอาหาร ไปซื้อข้าวของ ทำความสะอาดบ้านเรือน ซักเสื้อผ้า น้ำกิน น้ำใช้ ไฟฟ้า ความปลอดภัยของทรัพย์สินภายในบ้าน เป็นต้น

การเยี่ยมบ้าน (Home Visit) หมายถึง รูปแบบการบริการที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยแพทย์จะออกไปเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน อาจไปเยี่ยมครั้งแรกเพื่อประเมินสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว หลังจากนั้นอาจจะกลับไปเป็นระยะๆ เมื่อผู้ป่วยหรือทีมต้องการ ถ้าจะให้สมบูรณ์แบบ แพทย์ อาจจะนำทีมออกเยี่ยมบ้านทุกครั้งก็ได้

การรับปรึกษาสุขภาพทางโทรศัพท์ (House Call) หมายถึง รูปแบบการบริการที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านและการเยี่ยมบ้าน โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีช่องทางที่จะดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน ด้วยการโทรศัพท์มาปรึกษา และ/หรือขอความช่วยเหลือ จากแพทย์ และทีมงานที่รู้จักกันให้ไปติดตามเยี่ยมบ้านในบางโอกาส

1.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลที่บ้าน

การพยาบาลที่บ้าน เป็นหนึ่งในรูปแบบการให้บริการพยาบาลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในยุคปัจจุบัน โดยเน้นการให้บริการภายใต้บริบทและสิ่งแวดล้อมที่แท้จริงของผู้รับบริการ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขหรือจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ในการปฏิบัติงานของพยาบาลต้องอาศัย ความร่วมมือ

ระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ซึ่งประกอบด้วยทีมสหสาขา ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงสมาชิกครอบครัว ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลสุขภาพที่บ้าน ความเข้าใจบริบทส่วนบุคคล การเคารพในคุณค่าและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ การสร้างความร่วมมือจากครอบครัว และการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือตนเอง จะนำไปสู่การดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีสุขภาวะที่ดี อย่างยั่งยืนดังนั้น ในการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้าน พยาบาลต้องใช้ศาสตร์วิชาชีพ และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงแนวคิดต่างๆ เพื่อให้การปฏิบัติงานประสบความสำเร็จมากที่สุด แนวคิดที่สำคัญสำหรับการพยาบาล ที่บ้าน ได้แก่

1.2.1 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) หมายถึง กระบวนการดูแลสุขภาพที่ให้การ ดูแลผู้ป่วยอย่างเชื่อมโยง ตั้งแต่ก่อนเข้ารับการรักษา ขณะรักษา และหลังการจำหน่าย เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง มีการสื่อสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย การประสานงานของทีมสุขภาพผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อให้มั่นใจว่า มีการเชื่อมการดูแลซึ่งกันและกัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพ และมีการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการต่างๆ อย่างราบรื่น (วาริรัตน์ วงศ์คำ, 2564) โดยองค์ประกอบสำคัญของการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่

- ความต่อเนื่องเชิงสัมพันธ์ (Interpersonal continuity) เป็นการสร้างความสัมพันธ์อันดีและความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์
- ความต่อเนื่องเชิงข้อมูล (Information continuity) การถ่ายโอนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระหว่างบุคลากรและหน่วยงานต่างๆ อย่างครบถ้วน
- ความต่อเนื่องเชิงการจัดการ (Management continuity) การวางแผนการรักษา และการดูแลให้มีความสอดคล้อง และเป็นไปในทิศทางเดียวกันในทุกช่วงเวลา
- การดูแลข้ามสาขาวิชา (Interdisciplinary continuity) การประสานงานระหว่างผู้เชี่ยวชาญหลายสาขาวิชา เพื่อดูแลปัญหาที่ซับซ้อน
- การดูแลที่บ้านและชุมชน การวางแผนการดูแลหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
- การสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว โดยการให้ความรู้และทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้สามารถดูแลตนเองและคนในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2.2 การพยาบาลแบบผสมผสาน การพยาบาลที่บ้านแบบผสมผสาน (Blended Home Health Nursing) หมายถึง การให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน เป็นการทำงานโดยมีการผสมผสานหลากหลายรูปแบบบริการเข้าด้วยกัน เช่น การเยี่ยมบ้านโดยพยาบาล (Home Visit) การติดตามผ่านเทคโนโลยี (Tele-nursing /Telehealth) การดูแลร่วมกับสมาชิกครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเครือข่ายต่างๆ ในชุมชน โดยการประสานส่งต่อระหว่างระดับบริการ เช่น โรงพยาบาลชุมชนกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรท้องถิ่น โดยมีเป้าหมาย คือ ให้เกิดการดูแลผู้ป่วย

แบบต่อเนื่อง (Continuity of Care) ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม โดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Person and Family centered Care)

1.2.3 การส่งเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ให้กับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นกระบวนการสำคัญในบริการการพยาบาลที่บ้าน ที่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ทักษะ มีความสามารถในการตัดสินใจ การจัดการตนเอง และร่วมรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ทั้งความรู้ทางการแพทย์ การพยาบาล การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และทรัพยากรที่มีอยู่ ในครอบครัวและชุมชน โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความรู้เท่าทันโรคของตนเอง รู้จักตัดสินใจเลือกทางเลือก การดูแลที่เหมาะสม สามารถดูแลตนเองตามศักยภาพ มีความมั่นใจในการจัดการปัญหาสุขภาพ มีบทบาทร่วมในกระบวนการดูแลระยะยาว โดยองค์ประกอบสำคัญของการส่งเสริมพลังอำนาจ ได้แก่

- การให้ข้อมูลและความรู้ที่ถูกต้อง (Knowledge empowerment) พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจโรค การดำเนินของโรค การใช้ยาตามแผนการรักษา การดูแลด้านโภชนาการ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และการดูแลตนเองในการใช้ชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสม

- การเพิ่มทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skills) เช่น การเฝ้าระวังอาการ การวางแผนการดูแล การประเมินตนเอง การออกกำลังกาย การหายใจที่ถูกต้อง การจัดการความเครียด เป็นต้น

- การสร้างทัศนคติที่ดีและความเชื่อมั่น (Self-efficacy) พยาบาลควรให้กำลังใจ และสะท้อนศักยภาพที่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัวมี เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว เกิดความมั่นใจ และเชื่อว่าตนเองสามารถจัดการปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นได้

- การเน้นความร่วมมือ (Partnership) พยาบาลทำงานร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลแบบ “หุ้นส่วน” (Nurse-Family Partnership) ไม่ใช่ผู้สั่งการเพียงฝ่ายเดียว พยาบาลควรกระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติทักษะต่างๆ ที่สามารถทำได้ ตลอดจนร่วมในการประเมินผลการดูแล และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน อย่างสม่ำเสมอ

- การเคารพค่านิยมและวิถีชีวิตครอบครัว (Cultural and family-centered care) การส่งเสริมพลังอำนาจต้องสอดคล้องกับบริบท ศรัทธา ความเชื่อ ค่านิยม และวิถีชีวิตของแต่ละครอบครัว การให้ผู้ป่วยและสมาชิกเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล จะช่วยให้ แนวทางการดูแลสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยและครอบครัวได้มากขึ้น

1.2.4 การพยาบาลแบบองค์รวม คือการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทุกมิติ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลและคุณภาพชีวิตที่ดี หลักการสำคัญคือการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง และการบูรณาการ การรักษาที่หลากหลาย เพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยและครอบครัว องค์ประกอบของการพยาบาลแบบองค์รวม ได้แก่

- ด้านร่างกาย หมายถึง การดูแลรักษาโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต และการส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละคน
- ด้านจิตใจ หมายถึง การดูแลสุขภาพอารมณ์ ความรู้สึก ช่วยให้ผู้ป่วยดูแลและครอบครัวเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วย และวิธีการดูแลและการลดความเครียดของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว การเตรียมใจสำหรับการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต
- ด้านสังคม หมายถึง การพิจารณาถึงสภาพแวดล้อมทางสังคม ความสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชน พยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว เข้าร่วมกิจกรรม และคงความสัมพันธ์กับเครือญาติ เพื่อนบ้าน และเครือข่ายต่างๆ ในชุมชน ตามความเหมาะสมและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การคงความสัมพันธ์กับเครือข่ายสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีแหล่งสนับสนุนเพิ่มขึ้น ในกรณีที่ต้องการความช่วยเหลือสนับสนุน
- ด้านจิตวิญญาณ หมายถึง การดูแลตามความเชื่อทางศาสนาและจิตใจ ซึ่งอาจรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพและพลังชีวิต

1.2.5 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model (CCM)) คือ กรอบแนวคิดที่พัฒนาโดย Wagner และคณะ (1996) เพื่อใช้จัดบริการสุขภาพให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้น การดูแลแบบเชิงรุก (proactive care) การสนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถจัดการตนเอง (self-management) และการสร้างระบบบริการที่ต่อเนื่อง มีการประสานงานที่ดี ครอบคลุมทั้งทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และชุมชน ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การสนับสนุน การจัดการตนเอง, การออกแบบระบบการบริการ, การใช้หลักฐานในการตัดสินใจ, การใช้ระบบข้อมูลทางคลินิก, การเชื่อมโยงทรัพยากรชุมชน และองค์การบริการสุขภาพ ทั้งหมดทำงานร่วมกัน เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพของตนเอง (สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ, 2563)

สรุป แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้านในประเทศไทย เป็นการให้บริการสุขภาพที่ผสมผสานและต่อเนื่อง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เพื่อส่งเสริมการพึ่งพาตนเอง และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชาชน โดยเน้นให้ผู้รับบริการและครอบครัวมีบทบาทสำคัญในกระบวนการดูแลสุขภาพ พยาบาลผู้ให้บริการที่บ้านทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ผู้อำนวยการความสะดวก (facilitator) ผู้ประสานงาน โดยใช้วิธีการที่หลากหลาย โดยใช้แนวคิดที่เกี่ยวข้อง และวิธีการต่างๆ ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะในการดูแลตนเอง และสามารถตัดสินใจด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้รับการดูแลอย่างองค์รวม เป้าหมายหลักของการดูแลสุขภาพที่บ้าน คือ การช่วยให้ผู้รับบริการสามารถยกระดับภาวะสุขภาพของตนเองให้อยู่ในภาวะปกติ หรืออยู่ในระดับที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ ตลอดจนการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตให้สมคุณค่าความเป็นมนุษย์

1.3 ความต้องการการพยาบาลที่บ้าน

ความต้องการการพยาบาลที่บ้าน เกิดจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งโครงสร้างอายุของประชากร สถานการณ์ด้านสุขภาพ สภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม ความเจริญทางด้านเทคโนโลยี ล้วนส่งผลให้เกิดความต้องการการพยาบาลที่บ้านเพิ่มขึ้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.3.1. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น ในปี 2568 ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) ข้อมูล ณ เดือน กันยายน พ.ศ. 2568 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุประมาณ 13.99 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 21.58 ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2568) อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ เป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงภาระที่ประชากรวัยทำงานต้องรับผิดชอบในการดูแล ผู้สูงอายุ ซึ่งอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 10.7 ในปี พ.ศ. 2537 เพิ่มขึ้นเป็น 31.1 ในปี พ.ศ. 2567 นั่นคือ ประชากรวัยทำงาน 100 คน รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุประมาณ 31 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) และผู้สูงอายุจำนวนมากมีปัญหาสุขภาพ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเสื่อม ทำให้มีการเจ็บป่วยจนต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานมากขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น ในขณะที่รายได้ในกลุ่มผู้สูงอายุลดลง หรือบางรายไม่มีรายได้ จำนวนเตียงและบุคลากรในโรงพยาบาลมีจำนวนจำกัด ทำให้ไม่เพียงพอต่อความต้องการการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านจึงเป็นบริการสุขภาพส่วนหนึ่งที่จะช่วยลดปัญหาดังกล่าว

1.3.2. สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย ปี 2567 พบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ข้อมูลล่าสุดพบว่า คนไทยกว่า 14 ล้านคนป่วยด้วยความดันโลหิตสูง และมีผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 6.5 ล้านคน ซึ่งหลายรายไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรค ปัญหานี้ มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหาร และการไม่ออกกำลังกาย จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเพิ่มจาก 1,046,113 คน ในปี 2563 เป็น 1,098,773 คน ในปี พ.ศ. 2567 และพบว่าในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยมีค่าดัชนีความมั่นคงทางสุขภาพอยู่ในอันดับ 5 ของโลก และมีอายุค่าเฉลี่ยอันดับ 78 ของโลก แต่มีประชากรเสียชีวิตก่อนวัยสูงถึง 170,000 คน สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่มาจากโรคเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งสาเหตุของโรคเรื้อรังเกิดจากพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม การดื่มสุรา และสูบบุหรี่ และพบว่า มีการใช้งบประมาณในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCDs) สูงถึงร้อยละ 52 ของงบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทั้งหมด หรือ 152,738 ล้านบาท เป็นค่ารักษาโรคไตวายเรื้อรัง 13,506 ล้านบาท โรคเบาหวาน 1,868 ล้านบาท โดยมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาเพียงร้อยละ 69 จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่า ภาระค่าใช้จ่ายการรักษาจากโรคเรื้อรัง ที่สามารถป้องกันได้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมสูงมาก (กรมควบคุมโรค, 2567)

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต้องใช้เวลาในการดูแลรักษาเป็นเวลานาน ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องดูแลตัวเอง การติดตามพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว จะช่วยให้การควบคุมโรคได้ผลมากขึ้น การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยบุคลากรทางการแพทย์ จะช่วยประหยัดค่าใช้จ่าย และผู้ป่วยพึงพอใจมากกว่าการไปรักษาตัวในโรงพยาบาล

1.3.3. การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ที่มีผลให้สมาชิกในครอบครัวต้องออกไปทำงาน นอกบ้าน ทำให้ขาดผู้ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย การบริการดูแลสุขภาพที่บ้านเพื่อคอยช่วยเหลือ และดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย จึงเป็นสิ่งที่จำเป็น ประกอบกับค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลที่บ้าน อาจมีค่าใช้จ่ายที่ถูกกว่าการนอนโรงพยาบาลในระยะยาว และในปัจจุบันมีการพัฒนาของเทคโนโลยี ที่ช่วยให้การดูแลที่บ้านมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การเฝ้าระวังอาการจากระยะไกล ช่วยทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลได้

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การพยาบาลที่บ้านเป็นบริการสาธารณสุขรูปแบบหนึ่ง ที่จะช่วยตอบสนองความต้องการการรักษาพยาบาล ของกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และกลุ่มที่ขาดผู้ดูแลในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพิ่มความสะดวกในการรับบริการ ช่วยลดค่าใช้จ่าย ผลการศึกษา การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อวิเคราะห์ กระบวนการดำเนินงานนวัตกรรมการพยาบาล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาล คลองใหญ่ จังหวัดตราด พบว่า สามารถลดอัตรา ครองเตียง ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนต่ำกว่าเกณฑ์ (สมสมัย รัตนกริธากุล และคณะ, 2561)

1.4 ลักษณะการพยาบาลที่บ้าน

การพยาบาลที่บ้าน (Home Health Nursing) เป็นรูปแบบการให้บริการพยาบาลที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในบริบทของผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติ ที่ผู้ป่วยใช้ชีวิตประจำวัน การดูแลลักษณะนี้ มีบทบาทสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพสมัยใหม่ เนื่องจาก ช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสุขภาพได้ในพื้นที่ที่คุ้นเคยและได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว นอกจากนี้ การพยาบาลที่บ้านยังมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะฟื้นฟู รวมถึงผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว การพยาบาลที่บ้านเป็นการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่

1.4.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เน้นการเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยการให้ความรู้ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การพักผ่อนนอนหลับ การเลิกสูบบุหรี่ การประเมินปัจจัยเสี่ยงภายในบ้าน เช่น ความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกครอบครัว และการพึ่งตนเอง ตัวอย่างกิจกรรม เช่น สอนวิธีการเลือกรายการอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน อาการข้างเคียง จากยา

การเกิดอุบัติเหตุ เช่น การหกล้มในผู้สูงอายุ และการปรับสภาพแวดล้อมทั้งในบ้าน และนอกบ้าน เพื่อลดความเสี่ยงต่างๆ

1.4.2 การป้องกันโรค (Disease Prevention) มีเป้าหมายในการลดโอกาสการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1) การป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรครีื้อรังแฝงในผู้ที่มีความเสี่ยง แม้ผู้ป่วยจะเป็นโรครีื้อรังแล้ว ยังสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนใหม่ๆ เช่น เบาหวานป้องกันแผลเท้า, ความดันโลหิตสูงป้องกันโรคไต เป็นต้น กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ ประกอบด้วย

- การประเมินสุขภาพและภาวะเสี่ยงสุขภาพที่บ้าน โดยการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมบ้าน เสี่ยงล้ม เสี่ยงติดเชื้อ ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การกิน ออกกำลังกาย นอนหลับ ประเมินการใช้ยาและพฤติกรรมกาปฏิบัติตน

- การให้สุขศึกษาเชิงรุก เช่น แนะนำอาหารเหมาะสมตามโรค เช่น เบาหวานลดน้ำตาล, ไตเรื้อรังจำกัดเกลือ ส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น การเดิน การยืดเหยียด สนับสนุนการลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา การใช้สื่อ เช่น ใบแนะนำการดูแลตนเอง

- การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว เช่น การให้คำแนะนำผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวในการติดตามอาการของผู้ป่วย การเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และการจัดการยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาครบถ้วนตามแผนการรักษา และการสังเกตอาการข้างเคียงจากยา การสังเกตอาการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

2) การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) มีเป้าหมายเพื่อประเมิน ความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อน ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และควบคุมโรคไม่ให้ลุกลาม โดยเน้นการค้นหาปัญหา หรือปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และวางแผนการดูแลรักษาให้ทันเวลา เพื่อป้องกันโรคกำเริบ โดยมีกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

- การติดตามประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง (Early Detection) และการประเมินภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตัวอย่าง เช่น การตรวจสัญญาณชีพตาม ตรวจวัดน้ำตาลปลายนิ้ว และตรวจเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประเมินภาวะบวม น้ำ เหนื่อย หอบ ในผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคไต เป็นต้น

- การติดตามการได้รับยา ตามแผนการรักษา เช่น การตรวจนับยาในบ้าน เพื่อตรวจสอบการได้รับยา ประเมินความเสี่ยงในการได้รับยาไม่ครบ เช่น ลืมทานยา กลืนยาลำบาก สอนหรือทบทวนวิธีการใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น การใช้ insulin pen, nebulizer เป็นต้น

- การประสานงานเพื่อการส่งต่อ และการสื่อสารร่วมกับทีมสหสาขา ได้แก่ การรายงานแพทย์ เมื่อพบอาการเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลสูง หรือต่ำมาก มีภาวะความดันโลหิตสูงมาก หรือมี

อาการแสดงว่าอาจมีมีอาการติดเชื้อ มีภาวะหอบเหนื่อย การประสานนักกายภาพบำบัด โภชนาการ เภสัชกร รพ.สต. กรณีพบปัญหาต่างๆ ตามความเหมาะสม

- การจัดทำแผนการดูแลเฉพาะบุคคล (Individualized Care Plan) พยาบาลต้องจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย เช่น แผนควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานรายสัปดาห์ แผนการลดระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แผนป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เช่น การหกล้มในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

3). การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) มีเป้าหมายเพื่อลดความพิการ พิ้นพทุสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และป้องกันโรคกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนแล้ว กิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย

- การฟื้นฟูร่างกาย (Rehabilitation) กิจกรรมที่สำคัญ เช่น การฝึกเดิน ฟื้นฟูกล้ามเนื้อ ออกกำลังกายเฉพาะส่วน และการทำกิจกรรมกายภาพบำบัดในบ้าน ฝึกการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด เป็นต้น

1.4.3 การรักษาพยาบาล (Treatment/Nursing Care) เป็นบทบาทสำคัญที่พยาบาล ให้การดูแลด้านการรักษา ตามแผนแพทย์ รวมทั้งการประเมินและการพยาบาลเฉพาะทาง การทำหัตถการ: ทำแผล, ใส่/เปลี่ยนสายสวน, ให้สารน้ำ, พ่นยา ฯลฯ ติดตามอาการและประเมินภาวะสุขภาพ บริหารยา และให้คำแนะนำในการใช้ยาอย่างถูกต้อง ประสานงานกับทีมแพทย์หากเกิดอาการเปลี่ยนแปลง ตัวอย่างกิจกรรม เช่น การทำแผลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยใส่สายให้อาหารทางสายยาง (NG/PEG)

1.4.4 การฟื้นฟูสุขภาพ (Rehabilitation) ช่วยให้ผู้ป่วยกลับมามีสมรรถภาพและความสามารถใกล้เคียงปกติที่สุด กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ ฝึกการเคลื่อนไหว/กายภาพบำบัด ร่วมกับทีมกายภาพ ฟื้นฟูการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว เดิน ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหว เช่น ข้อติด กล้ามเนื้ออ่อนแรง สนับสนุนด้านจิตใจและสังคม เช่น การปรับตัวหลังป่วย ตัวอย่างกิจกรรม เช่น ฝึกเดินหลังผ่าตัดหรือโรคหลอดเลือดสมอง ฟื้นฟูผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวันภายหลังจากการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน

สรุป การพยาบาลที่บ้านใน 4 มิติ ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีความครอบคลุมต่อเนื่อง ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล จนถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นบทบาท เชิงรุกของงานบริการด้านสุขภาพ ที่จะเชื่อมโยงบุคลากร สุขภาพกับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวที่บ้านผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลส่งผลต่อประสิทธิภาพในการให้บริการพยาบาล ชุมชนนอกจากต้องมีทักษะพื้นฐาน เช่น การสร้าง สัมพันธภาพการสังเกต สัมภาษณ์การให้บริการพยาบาล และการให้คำแนะนำปรึกษาแล้ว ควรต้องพัฒนาตนเอง ด้านเทคโนโลยีสุขภาพยุคใหม่รวมถึงศึกษาติดตาม ความก้าวหน้าด้านนวัตกรรมด้านสุขภาพอยู่เสมอผ่าน ช่องทางสื่อต่างๆ เพื่อสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ

การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และ การฟื้นฟูสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ประชาชนสุขภาพดี
เจ้าหน้าที่มีความสุขระบบสุขภาพ ยั่งยืน (โสภณพรรณ อินตะเผือก, วรวรรณ์ ทิพย์วาริรัมย์, 2562)

1.5 ขอบเขตการพยาบาลที่บ้าน

การพยาบาลที่บ้าน (Home Health Nursing) เป็นระบบการบริการทางการแพทย์และการพยาบาล
ที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยภายในที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยเอง โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้การดูแลหลักร่วมกับ
ทีมสหสาขา (Multidisciplinary Team) ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ
นักสังคมสงเคราะห์ และบุคลากรอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างครบถ้วนมี
คุณภาพ และต่อเนื่อง ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย โดยขอบเขตกิจกรรมของการพยาบาล ที่บ้าน
ประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ ดังนี้

1.5.1 การดูแลความเจ็บป่วยเฉพาะบุคคล การพยาบาลเน้นการให้การดูแลแบบองค์รวม
ที่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะบุคคลของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงสภาพปัญหาสุขภาพ ความเจ็บป่วย
ระยะของโรค และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

1.5.2 การประสานงานกับทีมสุขภาพ การพยาบาลที่บ้านให้ความสำคัญกับการประสาน
การทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขา เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ
สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีการสื่อสารข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ ระหว่างบุคลากรแต่ละสาขา
เพื่อวางแผนการดูแลร่วมกัน

1.5.3 การประเมินภาวะสุขภาพ มีการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล และสมาชิก
ครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ ทั้งด้านกายภาพ อารมณ์ และจิตสังคม เพื่อเฝ้าระวังอาการ ติดตามความ
คืบหน้าของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และป้องกันการเกิดความพิการ

1.5.4 การสอนและการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ การพยาบาลมุ่งเน้นการให้ความรู้ แก่ผู้ป่วย
ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับโรคและวิธีการดูแลสุขภาพ การบริหารจัดการตนเอง การใช้ยา
อย่างถูกต้อง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อเพิ่มศักยภาพ
ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะยาว

1.5.5 การให้การรักษาและการบริหารจัดการยา พยาบาลมีบทบาทในการให้การรักษา
พยาบาล ตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมถึงการบริหารจัดการยาอย่างมีระบบ ติดตามผล การใช้ยา
การเกิดอาการข้างเคียง และความสอดคล้องกันของแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาครบถ้วนและ
ปลอดภัย นอกจากนี้พยาบาลควรให้การพยาบาลโดยยึดหลักการใช้อย่างสมเหตุผล ตามที่องค์กร
อนามัยโลกให้คำนิยามไว้ “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (rational drug use)” หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับยา
ที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยระยะเวลาการทานยา
ที่เหมาะสม บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการให้ยาอย่างสมเหตุผล โดยประยุกต์ใช้ กระบวนการ
พยาบาลประกอบด้วย (อัจฉริยา เชื้อเย็น, 2564)

1) การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย

2) การให้ข้อวินิจฉัยทางเภสัชวิทยาของยา

3) การวางแผนให้ยาตามความถูกต้องตามหลัก RDU 10 ประการตามบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ที่ระบุไว้ว่า “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล คือ การใช้ยาโดยมีข้อบ่งชี้ เป็นยาที่มีคุณภาพ มีประสิทธิผลจริง สนับสนุนด้วย หลักฐานที่เชื่อถือได้ ให้ประโยชน์ทางคลินิกเหนือกว่า ความเสี่ยงจากการใช้ยาอย่างชัดเจน ราคาเหมาะสม คำนึงตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ไม่ใช้ยา ซ้ำซ้อน คำนึงถึงปัญหาเชื้อดื้อยา ใช้ยาในกรอบบัญชียาตามแนวทางพิจารณาการใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยบริการ ในแต่ละกรณี ด้วยวิธีการและความถี่ ในการให้ยาที่ถูกต้องตามหลักเภสัชวิทยาคลินิก ด้วยระยะเวลาที่เหมาะสม ผู้บริการให้การยอมรับและสามารถใช้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ระบบประกันสุขภาพหรือระบบสวัสดิการให้เบิกจ่ายยานั้นได้ อย่างยั่งยืน ใช้ยาโดยไม่เลือกปฏิบัติ ผู้บริการทุกคน ได้ใช้ยาได้อย่างเท่าเทียมกันและไม่ถูกปฏิเสธยาที่สมควรได้รับ”

4) การลงมือปฏิบัติการให้ยาตามแผนที่วางไว้

5) การติดตาม ประเมินผลการพยาบาล รวมถึงการติดตามเฝ้าระวังอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ภายหลังการได้รับยา

1.5.6 การดูแลสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ การเจ็บป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มักส่งผลกระทบต่อจิตใจต่อผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว พยาบาล จึงมีบทบาทสำคัญในการให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ การให้คำปรึกษาเชิงจิตสังคม และช่วยเสริมสร้างกลไกการเผชิญปัญหาของครอบครัว เพื่อป้องกันผลกระทบเชิงลบ ทั้งในด้านสัมพันธภาพ สังคมและเศรษฐกิจ

1.5.7 การจัดการกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ พยาบาลมีหน้าที่ในการให้คำแนะนำและกำกับดูแลการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ทำแผล เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ หรืออุปกรณ์ช่วยหายใจ เพื่อให้สามารถใช้งานได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด

1.6 ประโยชน์ของการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นการดูแลผู้ป่วยโดยการประเมิน กำหนดเป้าหมาย และแผนการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และพยาบาล ภายใต้บริบทสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย เพื่อไปสู่ผลลัพธ์ในการควบคุมโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เกิดประโยชน์ทั้งด้านสุขภาพต่อผู้ป่วย ครอบครัว ขณะเดียวกันก็เป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลทำให้เข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น (วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, 2566) ดังนี้

1. การพยาบาลที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน และการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้การพยาบาลที่บ้านสามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวได้ครอบคลุมมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากงานวิจัยผลของการพยาบาลที่บ้าน ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา พบว่า การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน สามารถนำไปใช้ในการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ลดการพึ่งพาผู้ดูแล และส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (ศุภวดี ลิ้มปพานนท์, 2564.)

2. ลดอัตราการนอนโรงพยาบาล และปริมาณผู้ป่วยในโรงพยาบาล ส่งผลทำให้ค่าใช้จ่าย ด้านสุขภาพของประชาชนในระดับครัวเรือน และค่าใช้จ่ายของสถานบริการสุขภาพทุกระดับลดลง

3. พัฒนาศักยภาพประชาชนในการดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัย ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค สามารถควบคุมโรคและ ลดภาวะแทรกซ้อนความพิการจากการเจ็บป่วยได้

4. เพิ่มการเข้าถึง ลดช่องว่างในการเข้ารับบริการสุขภาพ ช่วยให้มีความสะดวกแก่ประชาชน กลุ่มผู้ป่วยที่บ้าน ที่มีความจำกัด/ด้อยโอกาสในการไปรับบริการ เพิ่มการเชื่อมโยงบริการระหว่าง โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครอบครัว และ ชุมชน โดยการกระจายบริการ พยาบาลไปสู่ผู้ป่วยที่บ้านและชุมชน

5. บริการองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพในระดับ บุคคล ครอบครัว ชุมชน

6. ลดความเครียดของผู้ป่วยและญาติ จากการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นบริบท แวดล้อมที่ผู้ป่วยและญาติไม่คุ้นเคย การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น สบายใจมากกว่า การอยู่โรงพยาบาลสะดวกต่อการดูแลของญาติ ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ทำให้มีเวลา ในการประกอบอาชีพ หรือกิจกรรมอื่นๆ รวมทั้งการมีเวลาในการดูแลสมาชิกคนอื่นๆ เพิ่มขึ้น

1.7 หลักการสำคัญของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) เป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพ ลดอัตราการ กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยหลักการสำคัญของการ ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ที่พยาบาลควรคำนึงถึง ประกอบด้วยหลักการสำคัญ ดังต่อไปนี้

1.7.1 การประเมินความรู้ของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว การประเมินความรู้ ความเข้าใจ ของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรค การดูแลตนเอง การเข้าถึงบริการสุขภาพ และ ระบบสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้สามารถจัดการกับโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ งานวิจัย พบว่าการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลสามารถลดความเครียดและเพิ่มความสามารถ ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ที่บ้านได้ อย่างมีนัยสำคัญ

1.7.2 การประเมินภาวะสุขภาพและความเสี่ยงของผู้ป่วย พยาบาลควรการประเมินภาวะ สุขภาพภาวะแทรกซ้อน การบริหารจัดการยา ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และกลไกการเผชิญปัญหาของ

ผู้ป่วยและครอบครัว ควรมีการประเมินอย่างสม่ำเสมอทุกครั้งที่มีการเยี่ยมบ้าน เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาที่อาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

1.7.3 การสรุปภาวะสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแล หลังจากการประเมินพยาบาลควรสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ทราบอย่างชัดเจน และร่วมกันกำหนดเป้าหมาย แนวทางการดูแล รวมถึงแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่พบ โดยมีพยาบาลทำหน้าที่สนับสนุนตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว งานวิจัยชี้ให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว มีส่วนสำคัญอย่างยิ่ง ในการจัดการปัญหาความไม่ร่วมมือ ในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งการมีส่วนร่วม ของครอบครัวจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิต ไม่ได้มีการปฏิบัติตน ตามแผนการรักษาของแพทย์ ทั้งพฤติกรรมการรับประทานยา และการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น ช่วยเกื้อหนุนให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้สูงอายุและช่วยพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (จันทร์จิรา สีสว่าง, ปุณวิทย์ ทองแดง, พัชรินทร์ เนียมเกิด, จงจิตร ตัณฑโพธิ์ประสิทธิ์. 2564) การวางแผนการเยี่ยมบ้านที่เหมาะสม การกำหนดความถี่และรูปแบบการเยี่ยมบ้านควรสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การวางแผนอย่างมีระบบซึ่งจะช่วยให้การให้บริการมีประสิทธิภาพสูงขึ้นและตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย

1.7.4 การประสานงานกับทีมสุขภาพและแพทย์เจ้าของไข้ การดูแลที่บ้านควรเป็นการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยมีการประสานงานระหว่างพยาบาล แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลและการตัดสินใจร่วมกัน งานวิจัยพบว่า การประสานงานระหว่างสาขาวิชาชีพ ช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

1.7.5 การส่งต่อบริการสนับสนุนเพิ่มเติม ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความต้องการเกินกว่าขอบเขตของการดูแลในบ้านทั่วไป ควรมีการส่งต่อไปยังหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น นักสังคมสงเคราะห์ หน่วยฟื้นฟูสุขภาพ หรือองค์กรอาสาสมัคร เพื่อให้การดูแลครอบคลุมในทุกมิติ งานวิจัยแสดงให้เห็นว่าการเชื่อมโยงกับแหล่งสนับสนุนในชุมชนช่วยเพิ่มความมั่นคงทางสังคมและลดภาระของผู้ดูแล

1.8 วัตถุประสงค์ของการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

การพยาบาลที่บ้านแต่ละครั้ง อาจมีวัตถุประสงค์แตกต่างกันไป ครั้งแรกควรเน้นที่การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อนำไปกำหนดปัญหาและวัตถุประสงค์การพยาบาลแต่ละครั้ง ((วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, 2566)

1.8.1 สร้างสัมพันธภาพ ทำความรู้จักผู้ป่วย สมาชิกครอบครัว ญาติ และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ป่วยและญาติกับทีมสุขภาพในระยะยาว

1.8.2 เพื่อให้ญาติรู้วิธีในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยที่บ้าน และร่วมดูแลรักษาผู้ป่วย

1.8.3 ประเมินทั้งโรค (Disease) ความเจ็บป่วย (Illness) และบริบทที่เกี่ยวข้อง ของผู้ป่วย และญาติ ได้อย่างถูกต้อง ครบคลุม

1.8.4 พัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว โดยการสอน สาธิตให้คำปรึกษา แนะนำ จนผู้ป่วยสมาชิกครอบครัว และญาติ มีความมั่นใจและสามารถพึ่งตนเอง ในการดูแลสุขภาพที่บ้านได้

1.8.5 ประเมินภาวะเสี่ยงต่างๆ ต่อสุขภาพของครอบครัวนั้นๆ และหาแหล่งสนับสนุน แนวทางที่จะ ลดความเสี่ยง และแก้ไขปัญหาทางสุขภาพร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว

การให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน มีวัตถุประสงค์หลักในการเสริมสร้างสุขภาพเชิงรุก โดยเน้นให้ผู้ป่วยและญาติมีศักยภาพและความมั่นใจในการดูแลตนเองและสมาชิกครอบครัวที่บ้านมากขึ้น จากผลการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยกระบวนการมีส่วนร่วม ของชุมชนอำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน พบว่า การจัดระบบการดูแลต่อเนื่อง โดยใช้บ้านและชุมชนเป็นฐาน จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ที่บ้าน และในสังคมได้ตามศักยภาพอย่างมีคุณค่า ลดเวลาอนรรักษาตัวในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในภาพรวมลดลง การดูแลต่อเนื่องที่บ้านจึงเป็นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุม เชื่อมโยง และต่อเนื่อง ตั้งแต่โรงพยาบาลถึง บ้าน ปัจจัยสำคัญคือการสร้างเครือข่ายในการทำงานจาก ทุกภาคส่วนร่วมกับการใช้ศักยภาพของชุมชน โดยประสาน ความร่วมมือจากชุมชน มาร่วมกันดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้มีประสิทธิภาพ (กชพร เชื้อนธนะ และคณะ 2562) นอกจากนั้นยังช่วยลด ความแออัดและภาระงาน ของแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาลอีกด้วย

1.9 รูปแบบการเยี่ยมบ้าน/การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

การเยี่ยมบ้านเพื่อการพยาบาล เป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพในบริบทของชีวิตประจำวัน ภายใต้บริบทของระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การให้บริการพยาบาลที่บ้าน จึงต้องมีความหลากหลาย ยืดหยุ่น และบูรณาการ กับเทคโนโลยีสมัยใหม่ รูปแบบการเยี่ยมบ้านในปัจจุบัน สามารถจำแนกได้เป็น 3 ประเภท ดังนี้

1.9.1 การเยี่ยมโดยพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ

รูปแบบนี้ถือเป็นแนวทางการให้บริการพยาบาลที่บ้านแบบดั้งเดิมที่ยังคงมีความสำคัญ ในระบบสุขภาพในปัจจุบัน โดยพยาบาลเป็นผู้ประเมินภาวะสุขภาพ วางแผนการพยาบาล และ ดำเนินการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และนักสังคม สงเคราะห์ โดยมีเป้าหมายเพื่อการดูแลแบบองค์รวม และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ในชุมชน

1.9.2 การเยี่ยมบ้านโดยมีพยาบาลเป็นหัวหน้าทีมการดูแล (Care Manager)

พยาบาลในบทบาทหัวหน้าทีมการจัดการดูแล (Care Manager: CM.) ทำหน้าที่บริหารจัดการกระบวนการดูแลแบบองค์รวมร่วมกับผู้ดูแล (Caregiver: CG.) หรือนักบริบาลท้องถิ่น/อาสาสมัคร

บริหารท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลตำบล เทศบาลเมือง การดำเนินงานในลักษณะนี้มุ่งเน้นการประเมินความต้องการ การวางแผน การให้คำปรึกษา และการติดตามผลอย่างเป็นระบบ โดยมีพยาบาลวิชาชีพ (CM.) เป็นผู้วางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วย ผู้ดูแล (CG.) และสมาชิกทีมที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุน การดูแลระยะยาว และมีการติดตามอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งข้อดีของการเยี่ยมบ้านในรูปแบบนี้ คือ ผู้ดูแล (CG.) อสม. หรือเจ้าหน้าที่บริหารท้องถิ่น เป็นบุคคลที่อยู่ในพื้นที่ชุมชนเดียวกับผู้ป่วย ทำให้มีความเข้าใจบริบทแวดล้อมของผู้ป่วยและครอบครัว และสะดวกต่อการเดินทางเพื่อการดูแลช่วยเหลือได้ง่าย และรวดเร็ว

1.9.3. การให้บริการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing)

สภาการพยาบาลได้ให้ความหมายของ “การพยาบาลทางไกล(Tele-nursing)” หมายความว่า การพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อให้คำปรึกษาและแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยภายใต้กรอบความรู้แห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยนำระบบดิจิทัล มาใช้ในการให้บริการ ทั้งนี้ โดยความรับผิดชอบของผู้ให้การพยาบาล ทางไกล (ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง แนวทางการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) (ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง แนวทางการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing). 2564) เป็นการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อให้บริการทางการพยาบาลแก่ประชาชน โดยไม่จำเป็นต้องพบกันแบบตัวต่อตัว มีวัตถุประสงค์ เพื่อการตรวจติดตามอาการ การแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ การป้องกันโรค การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงการให้คำปรึกษา การสอนสาธิต และการให้คำแนะนำด้านสุขภาพ ดำเนินการภายใต้กรอบจริยธรรมและข้อบังคับของสภาการพยาบาล ผ่านระบบสุขภาพทางไกล (Tele Health) หรือระบบการแพทย์ทางไกล (Tele Medicine) โดยใช้การสื่อสารสองทางผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ เช่น วิดีโอคอล แพลตฟอร์มต่างๆ เช่น สอน.บัดดี้ (Thai buddy) ซึ่งเป็นระบบการดูแลสุขภาพเชิงรุกที่ให้บริการถึงบ้าน โดยเน้นการดูแลกลุ่มเป้าหมาย 6 กลุ่มหลัก ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด, การดูแลระยะกลาง, การดูแลระยะยาว, การดูแลแบบประคับประคอง, และการดูแลส่งเสริมสุขภาพทารก เด็ก และมารดาหลังคลอด เป็นต้น หรือการใช้แอปพลิเคชัน (Application) ที่สถานพยาบาลจัดขึ้น มีการแลกเปลี่ยนสื่อสารข้อมูลสุขภาพระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อการตัดสินใจในการดูแลต่อเนื่อง ที่เหมาะสม จากงานวิจัยการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเยี่ยมบ้าน แบบ Home Nursing Care ร่วมกับการบริการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) ในการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายฯ จ.สงขลา. ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพยาบาลเยี่ยมบ้านแบบ Home Nursing Care ร่วมกับการบริการพยาบาลทางไกล ประกอบด้วย การพยาบาลครั้งที่ 1 แบบ Onsite (ADPIER) A: Assessment, D: Nursing diagnosis, P: Planning, I: Implementation, E: Evaluation, R: Record การพยาบาลครั้งต่อไปแบบ Online ด้วยการพยาบาลทางไกล ใช้การส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเอง Goal 3S ประกอบด้วย Goal คือ Goal Setting, S คือ Self Monitoring, S คือ Self Evaluation, S คือ Self Reinforcement หลังการใช้รูปแบบฯ

คะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใน 3 กลุ่มโรค ความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ดูแล และพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 86.25 และร้อยละ 92.38 ตามลำดับ (เพ็ญศิริ อัดถาวงค์, นันทรัตน์ อุทัยแสง, นฤมล เก็มเป็นหมาด, 2568)

1.10 กระบวนการพยาบาลที่บ้าน (Home Health Nursing Process)

กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการให้บริการพยาบาล ที่มีความต่อเนื่อง ครอบคลุม และเป็นระบบ โดยมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยภายในบริบทของสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย อันเอื้อต่อการฟื้นฟูสุขภาพกายและจิตใจ ตลอดจนส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ การให้บริการพยาบาลที่บ้านมีเป้าหมายหลักในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาสถานพยาบาล โดยอาศัยกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นบริการส่วนหนึ่งของการพยาบาลที่บ้าน ในรูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสมกับผู้รับบริการมากที่สุด กระบวนการพยาบาลที่บ้านประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ ดังนี้

1.10.1 การประเมินสภาพผู้ป่วย (Assessment) เป็นขั้นตอนเริ่มต้นที่สำคัญที่สุดในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม โดยเน้นบริบทเฉพาะของการใช้ชีวิตที่บ้าน ซึ่งข้อมูลที่ได้รับจะช่วยให้พยาบาลเข้าใจถึงปัญหาความต้องการ และศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

การประเมินสภาพผู้ป่วย และการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน พยาบาลอาจเลือกใช้การสืบค้นข้อมูลผ่านระบบหรือแอปพลิเคชัน ต่างๆ ที่ใช้อยู่ เช่น ระบบการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) จาก โปรแกรม Thai Care Cloud (COC) ใช้สืบค้นกรณีผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลและยังคงต้องการการดูแลต่อที่บ้าน และในกรณีเป็นผู้ป่วยรายใหม่ควรเลือกใช้โปรแกรมบันทึกข้อมูลสุขภาพครอบครัวแบบพกพา Family Folder Collector (FFC) การศึกษาข้อมูล เพื่อให้เกิดการบริการแบบองค์รวมในการพยาบาลที่บ้าน จึงควรใช้แนวทาง ในการประเมินดังนี้

การประเมินผู้ป่วยโดยใช้ INHOMESSS

- 1) I=Immobility เป็นการประเมินว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้หรือต้องพึ่งพาผู้อื่น
- 2) N=Nutrition เป็นการประเมินภาวะด้านโภชนาการของผู้ป่วย
- 3) H=Home Environment เป็นการประเมินสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบ้านว่าจะมีผลต่อสุขภาพหรือไม่
- 4) O=Other people เป็นการประเมินความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนบ้าน
- 5) M=Medications เป็นการประเมินประวัติการใช้ยา การแสวงหาการรักษา การดูแลตนเอง
- 6) E=Examination เป็นการตรวจร่างกายขณะเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินสภาวะผู้ป่วย ในขณะนั้น

7) S=Safety เป็นการประเมินความปลอดภัยของบุคคลในบ้าน โดยเฉพาะผู้ป่วยพิการ ผู้ป่วย ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

8) S=Spiritual Health เป็นการประเมิน ความเชื่อทัศนคติ ค่านิยม วัฒนธรรม ประเพณี เป็นการค้นหาปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคมที่มีผลต่อผู้ป่วยและครอบครัว

9) S=Service เป็นการประเมินบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อรับฟังเสียงสะท้อน ถึงบริการ ที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับเพื่อนำมาปรับปรุงการให้บริการต่อไป

การศึกษาข้อมูลผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม

- ข้อมูลเฉพาะตัวผู้ป่วยหรือครอบครัว ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปและเพิ่มข้อมูล ทางสุขภาพความเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล ของสมาชิกแต่ละคน ชนิดของครอบครัว พันธกิจ ของครอบครัว ที่ตั้งของครอบครัว สภาพสิ่งแวดล้อม สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม

- ข้อมูลทางด้านสังคม ได้แก่ สถานภาพทางสังคมของสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อของครอบครัว รายได้ รายจ่าย แบบแผนการดำรงชีวิต แบบแผนปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวและสังคมภายนอกครอบครัว บรรยากาศ ภายในครอบครัวซึ่งเกี่ยวกับภาวะอารมณ์

- ข้อมูลทางด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สถานที่อยู่อาศัย ความหนาแน่นถาวร ความปลอดภัย ความสะอาด แสงสว่าง การถ่ายเทอากาศ ความเป็นระเบียบ สุขาภิบาลน้ำดื่ม น้ำใช้ รวมทั้งการปรับปรุง คุณภาพน้ำ การกำจัดขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล การระบายน้ำโสโครก การเลี้ยงสัตว์ ความมีระเบียบ ของบริเวณบ้าน

- การศึกษาข้อมูลของชุมชน ได้แก่ ความเป็นมา โครงสร้างทางภูมิศาสตร์ สภาพทาง เศรษฐกิจ สังคม การคมนาคม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ความเชื่อ เจตคติ ลักษณะที่ตั้งบ้านเรือน สภาพสิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพและชีวภาพ แหล่งประโยชน์หรือทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน รวมทั้ง ความสามารถในการใช้แหล่งประโยชน์หรือการนำทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ในการดูแลสุขภาพอนามัย

ในการศึกษาข้อมูลก่อนเข้าไปให้การพยาบาลที่บ้าน จะช่วยให้พยาบาลและทีมสามารถนำมาใช้ ในการวางแผนเตรียมการดูแลผู้ป่วย ในขณะเข้าไปให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้เกิดประโยชน์ กับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด อย่างไรก็ตามการรวบรวมข้อมูลจากโปรแกรมต่างๆ อาจไม่ ครบคลุมและไม่เป็นปัจจุบัน เมื่อเข้าเยี่ยมแล้วควรประเมินสภาพผู้ช่วย สัมภาษณ์ ชักถาม รวบรวม ข้อมูลเพิ่มเติม และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง

การเตรียมความพร้อมของพยาบาลและทีมสหสาขา ในการเข้าไปให้การพยาบาลและดูแล ผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งจะช่วยให้การบริการพยาบาลเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ การเตรียมตัว สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านได้แก่

- เตรียมตนเอง ได้แก่ การแต่งกายเรียบร้อยและสะอาด โดยสวมเครื่องแบบที่ถูกต้อง ตามแบบที่หน่วยงานกำหนดไว้ การแต่งเครื่องแบบยังเป็นเครื่องแสดงถึงสัญลักษณ์ของวิชาชีพ และ

ต้องระลึกไว้เสมอว่าตนเองต้องทำงานเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้พบเห็น ไม่ควรใช้เครื่องประดับกายด้วยของมีค่า รู้จักวางตัวให้เหมาะสมกับกาลเทศะและสถานที่เพื่อสร้างความศรัทธาแก่ประชาชน ซึ่งจะนำไปสู่ความร่วมมือในการปฏิบัติงานทุกอย่างให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

- เตรียมความรู้ เมื่อได้ศึกษาข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับบุคคลและครอบครัวที่จะเข้าเยี่ยมแล้ว จะทำให้ทราบปัญหาและความต้องการเบื้องต้น รวมทั้งให้มีการวางแผนการให้บริการไว้ล่วงหน้า ดังนั้นพยาบาลผู้เยี่ยม จะต้องมีการเตรียมความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่กำหนดไว้ หรืออาจจะทบทวนความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้สำหรับการให้คำแนะนำ

1.10.2 การวินิจฉัยปัญหา (Nursing Diagnosis)

การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพเป็นขั้นตอนสำคัญ ที่ช่วยให้การดูแลสุขภาพมีทิศทางที่ชัดเจน โดยพยาบาลควรวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประเมิน เพื่อระบุปัญหาสุขภาพหรือภาวะเสี่ยงที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ ทั้งในมิติร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม และจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพในบ้าน การให้ครอบครัวมีส่วนร่วม คือร่วมตั้งแต่ค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหาหรือบางปัญหามีความเชื่อมโยงเกี่ยวเนื่องกัน พยาบาลควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้ด้วยตนเอง ลักษณะของปัญหา จะมีทั้งปัญหาที่ครอบครัวทราบดีและต้องการแก้ไข (Felt needs) และปัญหาที่ครอบครัวไม่สามารถทราบว่าเป็นปัญหา หรือทราบ แต่ไม่มีความต้องการแก้ไข (Unfelt needs) ผู้เยี่ยมต้องอธิบายให้ครอบครัวทราบและยอมรับปัญหา ให้ความร่วมมือ เพื่อให้สามารถกำหนดแนวทางการดูแลได้อย่างเหมาะสม และเฉพาะเจาะจงตามบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว ตัวอย่างข้อวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล เช่น

- ภาวะพร่องความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- ภาวะโภชนาการไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ
- ความเครียดจากบทบาทการเป็นผู้ดูแลหลัก
- ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพ
- ความไม่ปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน

การวินิจฉัยปัญหาควรใช้กระบวนการคิดเชิงวิพากษ์ร่วมกับการใช้ข้อมูล จากการประเมินผู้ป่วย และครอบครัวมาสนับสนุนอย่างครบถ้วน ทั้งนี้ ในขณะที่ให้การพยาบาลผู้ป่วย อาจมีการเปลี่ยนแปลงเกิดข้อวินิจฉัย ปัญหาทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อให้สามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด

1.10.3 การวางแผนการพยาบาล (Planning) ขั้นตอนนี้มุ่งเน้นการกำหนดเป้าหมาย การดูแลสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม โดยความร่วมมือจากผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนกิจกรรม การพยาบาล ตลอดจนการจัดทรัพยากรและการประสานงานกับทีมสุขภาพอื่นๆ หากจำเป็น การวางแผนต้องสะท้อนถึงความเป็นจริงในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในบ้านและความสามารถของผู้ดูแลการวางแผน โดยความร่วมมือของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวจะช่วยให้แผนการพยาบาลสอดคล้องกับวิถีชีวิตและ

ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด รวมทั้งจะช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนบรรลุตามวัตถุประสงค์ได้ง่ายขึ้น แผนการพยาบาลควรประกอบด้วย

- การตั้งเป้าหมายการดูแล ระบุเป้าหมายในระยะสั้นและระยะยาวที่สามารถวัดผลได้
- การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล เช่น การให้คำแนะนำ การเยี่ยมติดตาม การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การให้การพยาบาลเฉพาะด้าน
- การประสานงานประสานงานกับทีมสหสาขา หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนเครือข่ายต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน เช่น อสม. องค์รท้องถิ่น หรือศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นต้น
- กำหนดวิธีการประเมินผลการพยาบาลและวิธีการติดตามเพื่อให้สามารถปรับแผนได้สอดคล้องกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในการวางแผนการพยาบาลควรมีการวางแผนการใช้วัสดุ อุปกรณ์ หรือเครื่องมือต่างๆ ตามสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยไว้ด้วย เช่น กระเป๋ายาเย็บบ้าน ถือว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน เพราะใช้สำหรับบรรจุวัสดุอุปกรณ์ที่จะนำไปให้บริการพยาบาล แก่บุคคลและครอบครัวในชุมชน พยาบาลอนามัยชุมชน จะต้องรู้จักวิธีใช้และเก็บรักษาให้ถูกต้อง เพื่อให้มีความคงทนถาวร ขณะใช้กระเป๋ายาเย็บจะต้องระมัดระวังเรื่องความสะอาดเป็นพิเศษ เพื่อป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายโรค เมื่อกลับจากการให้การพยาบาลที่บ้าน ต้องทำความสะอาดทันที แล้วจึงเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่จะใช้ในการพยาบาลที่บ้านวันต่อไป จากนั้นจึงเก็บเข้าที่ให้เรียบร้อย
- วัสดุ อุปกรณ์ หรือเครื่องมือต่างๆ ซึ่งจะขึ้นอยู่กับความต้องการ และปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ตัวอย่าง เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดอุณหภูมิ เครื่องวัดระดับออกซิเจน หูฟัง เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด ชามรูปไต ไม้กดลิ้น เซตทำแผล น้ำยาต่างๆ อุปกรณ์ตรวจความรู้สึกที่เท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Monofilament) เป็นต้น
- สมุดบันทึก การพยาบาลที่บ้านบ้านในแต่ละวัน อาจมีผู้ป่วยหลายคน ข้อมูลต่างๆ และแผนการปฏิบัติการพยาบาล ย่อมมีความแตกต่างกันไป พยาบาลผู้ให้การพยาบาล ควรมีสมุดสำหรับจดบันทึกข้อมูลต่างๆ โดยย่อ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงการจดบันทึกกิจกรรมการพยาบาล การประสานการช่วยเหลือและผลที่เกิดขึ้น หรือใช้บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม ที่พบขณะให้การพยาบาล เพื่อนำข้อมูลเหล่านั้นมากำหนดแผนการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป พยาบาลไม่ควรนำแฟ้มประวัติของผู้ป่วยและครอบครัวออกไปจากสำนักงาน เพราะเป็นกา ไม่เหมาะสม และอาจเกิดการสูญหายได้

1.10.4 การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เป็นการลงมือปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ โดยเน้นการให้บริการที่เหมาะสม กับบริบทของผู้ป่วย เช่น การดูแลบาดแผล การให้ยา การฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเพิ่มสมรรถนะในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง พยาบาลควรปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1) สร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว ความเข้าใจและประทับใจครั้งแรกที่ครอบครัวมีต่อพยาบาล จะช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างทั้งสองฝ่ายได้เป็นอย่างดี พยาบาลควรระลึกไว้เสมอว่าตนเองเป็นแขกของครอบครัว จึงควรเคารพในสิทธิของเจ้าของบ้าน ควรมีการแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ และระยะเวลาที่ใช้สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง ซึ่งเป็นเรื่อง ที่มีความสำคัญมาก โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวที่พยาบาลเข้าไปปฏิบัติการพยาบาล เป็นครั้งแรก การแนะนำตัวและการพูดคุยจะช่วยสร้างความคุ้นเคยเป็นกันเอง ขณะเดียวกันก็ควรสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย เจ้าของบ้านและสมาชิกว่ามีความพร้อม ความพอใจ และยินดีที่จะให้เข้าไปปฏิบัติการพยาบาลหรือไม่ หากพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีกิจวัตรอื่นที่จำเป็นหรือสำคัญมาก ควรจะเลื่อน การปฏิบัติการพยาบาลออกไปก่อนหากทำได้ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นผู้กำหนดเวลาที่เหมาะสม เพื่อจะได้ปฏิบัติการพยาบาลวัน เวลา ที่มีความพร้อมมากที่สุด นอกจากนี้เวลาที่ใช้เยี่ยม แต่ละครั้งก็ไม่ควรยาวนานเกินไป คำแนะนำที่ให้ไม่ควรมากเกินไป โดยเฉพาะการปฏิบัติการพยาบาลครั้งแรก เพราะผู้ป่วยและครอบครัวจะไม่สามารถรับข้อมูลได้ทั้งหมด ระยะเวลาไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง ถ้านานเกินไปผู้ป่วยและครอบครัว อาจจะรู้สึกเบื่อและไม่อยากให้พยาบาลเข้าไปปฏิบัติการพยาบาล ในครั้งต่อไป เพราะทำให้เสียเวลาในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยและสมาชิกของครอบครัว ก็จะเสียไปหรือลดน้อยลง เนื่องจากความไม่พอใจ ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

2) การศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม ข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัวย่อมมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้น ในการปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้ง พยาบาลจะต้องศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม โดยการซักถาม สังเกต หรือตรวจร่างกายตามความเหมาะสมกับการเจ็บป่วย สุขอนามัยของผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัว สังเกตสภาพทั่วไปของครอบครัว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันและนำมาประเมินปัญหา และความต้องการการพยาบาล เปรียบเทียบกับปัญหาที่ได้ประเมินและกำหนดไว้ในแผนการพยาบาล บางครั้งจะพบว่าปัญหาและความต้องการที่ได้ประเมินไว้นั้น บางปัญหาอาจจะหมดไปแล้วจากการที่ครอบครัวได้แก้ไขหรืออาการดีขึ้น เช่น การรวบรวมข้อมูลครั้งแรก พอประเมินปัญหาพบว่าผู้ป่วยมีใช้และต้องการการดูแลช่วยเหลือ ทั้งด้านการพยาบาลและการรักษาที่ถูกต้อง การไปเยี่ยมครั้งนี้ปรากฏว่าปัญหาการมีใช้หมดไป แต่มีปัญหาเกี่ยวกับมีผื่นขึ้นตามตัวและคัน ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมาก เป็นต้น นอกจากนั้น พยาบาลอาจประเมินภาวะสุขภาพเพิ่มเติม โดยเลือกใช้แบบประเมินต่างๆ เป็นเครื่องมือให้เหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วย เช่น แบบประเมินพัฒนาการเด็ก แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิต (Barthel activities of daily :ADL) แบบประเมินความเครียด แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม หรือใช้การประเมินพฤติกรรมสุขภาพผ่าน mobile application H4U แบบประเมินคนไทยห่างไกล NCDs ผ่าน application หมอพร้อม เป็นต้น

3) การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลควรมีการจัดลำดับการปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสม โดยใช้เกณฑ์ประกอบการพิจารณา ดังนี้

1. ความรีบด่วนและคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ต้องดำเนินการทันทีหรือจัดกิจกรรมที่จะปฏิบัติไว้เป็นลำดับต้นๆ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีระดับความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากปกติมาก ผู้ป่วยที่มีอาการแขนขาอ่อนแรง เป็นต้น

2. การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค คือการเลือกปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ที่สะอาดและปราศจากเชื้อโรคก่อน เช่น การวัดระดับความดันโลหิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทำแผลติดเชื้อมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นต้น

3. ความสนใจของครอบครัว บางครั้งพยาบาลต้องให้บริการพยาบาลที่ครอบครัวให้ความสนใจ หรือให้ความสำคัญก่อน เพื่อให้เกิดความสบายใจ ขณะเดียวกันควรให้ความสำคัญต่อความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การตอบข้อซักถาม หรือข้อสงสัยของผู้ป่วยและญาติก่อน ที่จะให้การพยาบาลหรือคำแนะนำที่เตรียมไว้

4. ความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลต้องรู้จักสังเกตว่าผู้ป่วยและครอบครัว มีความพร้อมที่จะรับบริการหรือยัง เช่น ขณะเข้าไปให้การพยาบาลพบว่าผู้ป่วยกำลังนอนหลับ พยาบาลควรเลือกกิจกรรมที่วางไว้สำหรับผู้ดูแล หรือสมาชิกครอบครัวก่อน จนกว่าผู้ป่วยจะตื่น จึงให้การพยาบาลที่เกี่ยวกับผู้ป่วยต่อ หรือควรนัดหมายใหม่ให้เลยช่วงเวลาที่ผู้ป่วยนอนพักผ่อนประจำ

5. การปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลที่วางไว้ เพื่อให้เกิดความเหมาะสม เช่น พยาบาลกำหนดไว้ว่าจะให้น้ำแนะนำ เรื่องการรับประทานอาหารหลังการวัดสัญญาณชีพ แต่พบว่าผู้ป่วยมีไข้ พยาบาลควรให้การพยาบาลเพื่อลดไข้ หรือคำแนะนำในการลดไข้ก่อน

4) การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เมื่อมีการจัดลำดับกิจกรรมใหม่และปรับเปลี่ยนแผนการให้ความช่วยเหลือไว้เรียบร้อยแล้ว พยาบาลดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ลักษณะกิจกรรมการพยาบาลควรนำหลักการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ ซึ่งมีประเด็นสำคัญพอสรุปได้ ดังนี้

- การให้บริการพยาบาลที่เหมาะสม ซึ่งอาจจะเป็นการให้บริการโดยพยาบาลหรือสาธิตการพยาบาลบางอย่าง และสอนให้ผู้ป่วยหรือญาติสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง โดยที่พยาบาลต้องเลือกเทคนิคและวิธีการง่ายๆ รวมทั้งรู้จักประยุกต์ของใช้หรืออุปกรณ์ต่างๆ ภายในบ้านมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เช่น การใช้กล่องกระดาษที่สะอาดแทนตะกร้าใส่เสื้อผ้าหรือของใช้สำหรับเด็ก การนำถุงพลาสติกมาใช้แทนผ้ารองกันกันเปื้อนอุจจาระปัสสาวะผู้ป่วย เป็นต้น

- การนำทรัพยากรในครอบครัวและในชุมชน มาใช้ให้เกิดประโยชน์ เช่น ทรัพยากรบุคคล ได้แก่ บุคคลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว ให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ โดยพยาบาลควรปรับกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมกับความรู้ความสามารถของผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปฏิบัติการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เช่น การช่วยทำแผล การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรค การให้ยา เป็นต้น นอกจากนี้ควรแนะนำการติดต่อบุคคลในชุมชน

ที่สามารถประสานงานขอความช่วยเหลือได้ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) อาสาสมัครบริหารท้องถิ่น รวมทั้งเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่นๆ เช่น ครู เจ้าหน้าที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล พัฒนากรตำบล หรือหน่วยงานที่จะสามารถช่วยเหลือในปัญหาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องได้ เป็นต้น รวมทั้งแนะนำแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่หรือชุมชนข้างเคียง

1.10.5 การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

การประเมินผล (Evaluation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล โดยมุ่งเน้นการพิจารณาว่าการพยาบาล ที่ดำเนินไปนั้นสามารถทำให้ผู้ป่วยบรรลุผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing outcomes) ด้านสุขภาพตามที่กำหนดไว้ในแผนการพยาบาลหรือไม่ โดยใช้เกณฑ์ที่ชัดเจน วัดผลได้เป็นรูปธรรม และสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย หากพบว่ายังไม่บรรลุเป้าหมาย อาจต้องมีการทบทวนและปรับปรุงแผนการพยาบาลให้เหมาะสมมากขึ้นในบริบทของการพยาบาลที่บ้าน (Home Health Nursing) การประเมินผลมีความซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจากเกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม ครอบครัว และความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองในชีวิตจริงการประเมินผลการพยาบาลที่บ้านครอบคลุมหลายมิติ ได้แก่ การประเมินทางคลินิก (สุขภาพกาย, การเจ็บปวด, การทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย) การประเมินด้านจิตสังคม (ความเครียด, การปรับตัว) การประเมินความพร้อม (ศักยภาพผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแล, ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมที่บ้าน) และการประเมินผลลัพธ์ (ความเข้าใจเรื่องโรคและยา, การปฏิบัติตามแผนการรักษา, ความสามารถในการดูแลตนเอง) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ในการประเมินมีองค์ประกอบสำคัญได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและอาการของโรค การทำกิจวัตรประจำวัน (ADL / IADL) ความสามารถดูแลตนเอง (Self-care ability) สิ่งแวดล้อมในบ้าน (Home environment) สถานะด้านจิตสังคม และครอบครัว พยาบาลควรนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลมาวิเคราะห์ สรุปปัญหา อุปสรรคต่างๆ เพื่อนำไปสู่การกำหนดแผนการพยาบาลใหม่ หรือเพื่อยุติการดูแล กรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างมั่นใจแล้ว

การสรุปข้อมูลและนัดหมายการเยี่ยมครั้งต่อไป ก่อนสิ้นสุดกิจกรรมการพยาบาลทุกครั้ง พยาบาลพยาบาลควรสรุปสาระสำคัญของกิจกรรมการพยาบาลและคำแนะนำที่ได้แนะนำไปแล้ว พร้อมทั้งนัดหมายวันและเวลาสำหรับการเยี่ยมครั้งถัดไปให้ชัดเจน ควรอธิบายให้ครอบครัวทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เช่น ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาล ปัญหาที่พบ และทบทวนย้ำเตือน ถึงข้อปฏิบัติที่จำเป็น เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การรับประทานยาตามแผนการรักษา กำหนดวันนัดและประเด็นที่ต้องติดตาม ครั้งต่อไปพร้อมกับครอบครัว เพื่อให้เกิดความสะดวก ต่อทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ในปัจจุบันการนัดหมายสามารถทำผ่าน แอปพลิเคชัน (application) หรือใช้ปฏิทินอิเล็กทรอนิกส์ (google calendar) หรือโปรแกรมอื่นๆ ในการกำหนดวันนัดหมาย การตั้งเตือนก่อนถึงวันนัดหมายได้เป็นระยะๆ ทำให้สะดวกในการบริหารจัดการในการจัดลำดับการเยี่ยมบ้าน ในกรณีที่ต้องเยี่ยมผู้ป่วยหลายคน (โสภภาพรณ อินตะเผือก และคณะ, 2562)

การบันทึกข้อมูลการพยาบาลที่บ้าน เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน พยาบาลต้องทำบันทึกประวัติผู้ป่วยที่บ้านเป็นหลักฐานที่แสดงให้เห็นความต่อเนื่อง ความก้าวหน้า และผลลัพธ์ในการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ เป็นแหล่งสำหรับการแลกเปลี่ยนข้อมูล องค์ความรู้ต่างๆ ร่วมกันของผู้ปฏิบัติงานในทีมสุขภาพ ใช้ในการศึกษาค้นคว้าวิจัยต่างๆ เพื่อปรับปรุงวิธีการดำเนินการให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น และยังเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับวางแผนการติดตามในการพยาบาลครั้งต่อไป โดยมีแนวทางการบันทึก หลักการบันทึกอาจใช้รูปแบบ SOAP ซึ่งเป็นรูปแบบมาตรฐานสากลที่นิยมใช้ในการบันทึกการพยาบาล โดยเฉพาะในการพยาบาลที่บ้าน เนื่องจากสามารถแสดงข้อมูลสำคัญได้อย่างเป็นระบบ และสะท้อนทั้งการประเมินและกระบวนการพยาบาลแบบกระชับ อันประกอบด้วย

S = Subjective Data คือ ข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล เช่น อาการสำคัญที่ผู้ป่วยรู้สึก ความเจ็บปวด อ่อนเพลีย ไอ เหนื่อย ปัญหาที่พบเกี่ยวกับการใช้ยา ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม ตัวอย่างการบันทึก เช่น ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกเหนื่อยง่ายเวลาลุกขึ้นเดินไปห้องน้ำ”

O = Objective คือ ข้อมูลที่พยาบาลประเมินและตรวจพบ ได้แก่ ผลการตรวจร่างกาย สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ลักษณะของแผล ระดับความสะอาด การติดเชื้อ ตัวอย่าง BP 132/84 mmHg, HR 88 bpm, RR 22/min แผลสะอาด ไม่มีหนอง ขนาด 2x3 cm ผู้ป่วยเดินช้า ต้องให้ญาติช่วยมือพยุง บ้านแสงสว่างเพียงพอ แต่มีพรมที่ทำให้สะดุดได้

A = Assessment คือ การประเมินและการวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล อาจเป็นปัญหาที่ได้การวินิจฉัยอยู่แล้ว หรือเป็นปัญหาใหม่ เช่น ปัญหาการหายใจหอบเหนื่อย ปัญหาผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินค่าปกติ มีภาวะเสี่ยงลื่นล้มในห้องน้ำ พร่องความรู้ในการดูแลแผล มีการใช้ยาไม่ตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ ตัวอย่าง มีภาวะหายใจลำบากเล็กน้อยจากภาวะหัวใจล้มเหลว เสี่ยงต่อการหกล้มเนื่องจากสภาพบ้านมีพื้นต่างระดับและมีของใช้วางไว้บริเวณเส้นทางเดินไปเข้าห้องน้ำ

P = Plan ประกอบด้วย การปฏิบัติการพยาบาลในครั้งนี้ (Interventions) การสอนและให้คำแนะนำ การประสานงานกับทีมสุขภาพ แผนการติดตามครั้งต่อไป ตัวอย่าง เช่น สอนท่า Pursed-lip breathing ประเมินการใช้ยาและจัดกล่องยาใหม่ แนะนำให้ครอบครัวนำพรมออกเพื่อลดความเสี่ยงลื่นล้มเยี่ยมบ้านอีกครั้งใน 3 วัน

ตัวอย่างบันทึกรายงานการพยาบาลที่บ้าน

วันที่: 18 พฤศจิกายน 2568 เวลา: 10.30 น. ผู้ให้บริการ:ผู้รับบริการ.....

บ้านเลขที่หมู่บ้าน..... ตำบล..... อำเภอ.....จังหวัด.....

S : ผู้ป่วยรายงานว่า “เหนื่อยง่ายเวลาเดินไปห้องน้ำ ต้องหยุดพักกลางทาง” และบอกว่า “เมื่อคืนไอมาก ทำให้นอนไม่หลับ”

O : Vital signs: BP 130/82 mmHg, HR 92 bpm, RR 24/min, SpO₂ 95 % RA พบเสียง wheezing เบาๆ ที่ปอดด้านขวา เดินช้าลง ต้องจับขอบเตียงพยุง ผู้ป่วยใช้ยา Salbutamol ไม่สม่ำเสมอ บ้านสะอาดอากาศถ่ายเทดีแต่มีพรมหน้าเตียงที่อาจเป็นอุปสรรคการเดิน

A : มีภาวะหายใจลำบากเล็กน้อย ร่วมกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) เสี่ยงต่อการหกล้มจากการอ่อนแรงและสภาพแวดล้อมในบ้าน มีการใช้ยาไม่สม่ำเสมออาจทำให้ควบคุมอาการหายใจหอบเหนื่อยไม่ได้

P : สอนผู้ป่วยทำท่า pursed-lip breathing เพื่อลดอาการเหนื่อย ทบทวนการใช้ยาพ่น และจัดตารางเตือนการใช้ยาพ่น แนะนำครอบครัวให้ย้ายพรมหน้าเตียงออกเพื่อลดความเสี่ยงต่อการสะดุดล้ม ประสานแพทย์เรื่องอาการไอเพิ่มขึ้น นัดเยี่ยมบ้านถัดไป 2 วัน ในวันที่ 21 พฤศจิกายน 2568 เวลา 10.30 น.

เทคนิคการบันทึกการพยาบาลที่บ้าน

1. รายงานการเยี่ยมบ้านควรเขียนเป็นข้อความสั้นๆ และควรจดแต่ใจความสำคัญ เช่น น้ำหนัก ความดันโลหิต ระดับน้ำตาล อุณหภูมิ สรุปปัญหาที่พบ คำแนะนำที่ให้

2. การบันทึกกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน สามารถบันทึกข้อมูลผ่านโทรศัพท์มือถือได้ทันทีหลังการเข้าเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง โดยอาจใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์หรือ แอปพลิเคชันต่างๆ เช่น โปรแกรมบันทึกข้อมูลสุขภาพครอบครัว (Family Folder Collector : FFC) เป็นโปรแกรมที่ทำงานบนระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ (Android) บนแท็บเล็ต (Tablet) โดยโปรแกรมถูกออกแบบให้ใช้งานร่วมกับฐานข้อมูลโปรแกรมระบบงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชน JHCIS ของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข เพื่ออำนวยความสะดวกให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ รพ.สต. นำไปใช้ ในการคัดกรองโรค สำนวจพิศัดบ้าน สถานที่สำคัญ ในชุมชน ลดปัญหาการกรอกข้อมูลซ้ำซ้อน และส่งเสริมการทำงานเชิงรุกให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โปรแกรม Thai COC เป็นโปรแกรม ที่ตอบสนองการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง (Continuous of care) ซึ่งเครือข่ายเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย แม้ข่ายสามารถควบคุมกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานได้ง่ายสะดวก เนื่องจากโปรแกรมสามารถประมวลผลได้ในหลายมิติ ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ อย่างไรก็ตามการใช้โปรแกรมต่างๆ ต้องอาศัยการสื่อสารผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ซึ่งในบางพื้นที่ระบบเครือข่าย ยังไม่สามารถสนับสนุนการดำเนินงานดังกล่าวได้อย่างเต็มที่ (โสภภาพรรณ อินตะเผือก และวรวรรณ ทิพย์วาริรมย์, 2562)

3. การตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลทุกครั้งก่อนบันทึกข้อมูลในรายงาน หรือในระบบโปรแกรมต่างๆ เพื่อลดข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นในการบันทึกข้อมูล

สรุป กระบวนการพยาบาลที่บ้านเป็นกลไกสำคัญที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในสิ่งแวดล้อมจริงของชีวิต มีความยืดหยุ่นตามลักษณะเฉพาะของแต่ละราย แต่ยังคงยึดหลักการพยาบาลอย่างเป็นระบบและมีเป้าหมายชัดเจน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างมั่นใจ และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพภายในบ้านและชุมชนของตน

1.11 คุณสมบัติของพยาบาลชุมชนในการให้การพยาบาลที่บ้าน

1. มีการตัดสินใจที่ดี มีความยืดหยุ่นและพร้อมปรับวิธีการตามการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์
2. มีความสุขและเต็มใจที่ได้ปฏิบัติงานใกล้ชิดอยู่กับคนในชุมชน การทำงานในชุมชนหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องทำงานร่วมกับกลุ่มคนที่หลากหลาย การปรับตัวและทำงานร่วมกับคนอื่นได้อย่างมีความสุขจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ
3. มีความรู้ด้านการรักษาโรคเบื้องต้น และทักษะทางการพยาบาล โดยการพัฒนาตัวเองให้มีความรู้ ให้เพิ่มพูนตามประสบการณ์การทำงาน สามารถประยุกต์ใช้ในการจัดบริการพยาบาลที่บ้านได้อย่างเหมาะสม
4. มีทักษะในการสื่อสารกับคนในชุมชน การสื่อสารสาธารณะ สามารถจัดทำข้อมูลนำเสนอ/ทำสื่อเผยแพร่ สามารถพูดให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนเข้าใจ และให้ความร่วมมือปฏิบัติตามได้ถูกต้อง
5. มีภาวะผู้นำ กล้าแสดงความคิดเห็น มีวิสัยทัศน์ เป็นผู้ที่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการทำงาน ประสานงานกับชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้องได้
6. เข้าใจวัฒนธรรมท้องถิ่น เข้าใจวิถีปฏิบัติตนของชาวบ้านตามความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ และนำมาปรับใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านได้
7. สามารถใช้คอมพิวเตอร์และระบบสารสนเทศได้ เพื่อใช้ในการจัดเก็บข้อมูล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์แก้ปัญหาในชุมชน การใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการสืบค้นข้อมูลในการพัฒนาตนเองและการรับข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัย

1.12 ปัจจัยความสำเร็จและความท้าทายของการพยาบาลที่บ้าน

การพยาบาลที่บ้าน (Home Health Nursing) เป็นหนึ่งในบริการพยาบาลที่สำคัญ ของระบบสุขภาพยุคใหม่ โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (Aging Society) ทั้งในระดับสากลและในประเทศไทย แนวคิดนี้ช่วยลดการเข้ารักษาในโรงพยาบาล และส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่องในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ซึ่งนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว ปัจจัยความสำเร็จของการพยาบาลที่บ้านประกอบด้วย

1. การมีระบบการจัดการและความร่วมมือระหว่าง สหสาขาวิชาชีพในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกาและแคนาดา มีการจัดระบบ Home Health Agency ที่มีรูปแบบการบริหารที่ชัดเจน มีระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และการประชุมทีมดูแลร่วมกันเป็นประจำ (Radhakrishnan et al., 2012) สำหรับประเทศไทย งานวิจัยของ ศรีสุตา วงศ์คำ (2561) พบว่า ความสำเร็จของบริการพยาบาลที่บ้าน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือขึ้นอยู่กับการทำงานร่วมกัน ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. สมรรถนะของพยาบาลทักษะด้านการประเมิน การตัดสินใจ และการสื่อสารระหว่างวิชาชีพ เป็นปัจจัยที่ได้รับการยืนยันอย่างชัดเจนในหลายงานวิจัย (Lee & Fletcher, 2019) ในประเทศไทย งานศึกษาของ สุภาภรณ์ พิทักษ์สุข. (2563) แสดงให้เห็นว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในชุมชน และได้รับการอบรมเฉพาะทางมีแนวโน้มให้การดูแลแบบองค์รวมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า

3. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน บริบทไทยมีความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชน และวัฒนธรรมการดูแลญาติสูงกว่าตะวันตก ซึ่งเป็นข้อได้เปรียบสำคัญในการให้บริการที่บ้าน (ลัดดา, 2562) อย่างไรก็ตาม การมีส่วนร่วมนี้ยังคงต้องการ การส่งเสริมความรู้และทักษะให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล

4. การนำเทคโนโลยีมาใช้ระบบการพยาบาลทางไกล (tele-Nursing) เป็นการให้บริการพยาบาล โดยใช้เทคโนโลยีสื่อสารและสารสนเทศ ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมิน วินิจฉัย ให้คำปรึกษา ให้การสอน และติดตามผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องพบกันในสถานที่เดียวกัน มักใช้ควบคู่กับงานพยาบาลที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่ต้องติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษา การพัฒนารูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในอำเภอสนทรายจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า รูปแบบการพยาบาลทางไกลควรประกอบด้วย 1) ระบบการพยาบาลทางไกลในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 2) แอปพลิเคชันไลน์ในการกำกับติดตามให้การพยาบาลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ตามกระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน 3) คู่มือการปฏิบัติการพยาบาล 4) โปรแกรมฝึกอบรม เพื่อเพิ่มพูนความรู้ทักษะสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (เบญจมาศ ถาดแสง, 2567)

ความท้าทายของการพยาบาลที่บ้าน

1. ข้อจำกัดของบุคลากรและภาระงานสูง ในหลายประเทศรวมถึงประเทศไทย พบปัญหาการขาดแคลนพยาบาลโดยเฉพาะภายหลังการกักตัวไอน รพ.สต. พบปัญหาบุคลากรด้านสาธารณสุขบางส่วนไม่ถนัดไอนไป อบจ. ทำให้หลายๆ รพ.สต. ไม่มีพยาบาลปฏิบัติงานประจำ ทำให้พยาบาล 1 คน ต้องมีภาระรับผิดชอบการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ของหลาย รพ.สต. ส่งผลให้พยาบาลมีภาระงานที่สูงขึ้นกลายเป็นอุปสรรคหลักในการให้การพยาบาลที่บ้าน (Shaughnessy et al., 2013; จิตรา สุวรรณ ภัคดี, 2560)

2. การส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการมีความล่าช้าหรือการขาดข้อมูลต่อเนื่อง ระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนทำให้การดูแลขาดความสม่ำเสมอ

3. ระบบนโยบายและโครงสร้างค่าตอบแทน พบว่า โครงสร้างนโยบายที่ไม่เอื้อต่อการสนับสนุนระยะยาวเป็นข้อจำกัดสำคัญ ในประเทศไทย การจ่ายค่าตอบแทนและแรงจูงใจของบุคลากรในระบบพยาบาลที่บ้านยังไม่เพียงพอและไม่สม่ำเสมอ (ฉัญญา ใจกล้า, 2562)

บทสรุป

การพยาบาลที่บ้านเป็นแนวทางการให้บริการสุขภาพที่สำคัญในยุคที่ประชากรมีแนวโน้มสูงวัยและผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยผ่านการดูแลอย่างต่อเนื่องในบริบทของบ้าน ซึ่งเอื้อต่อการฟื้นฟูทั้งทางร่างกายและจิตใจ ปัจจัยความสำเร็จของ การพยาบาลที่บ้านขึ้นอยู่กับความสามารถของพยาบาล การสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศอย่างเหมาะสม (Kao et al., 2021; สุภาภรณ์ พิทักษ์สุข, 2563) ในขณะเดียวกัน ความท้าทายที่ต้องเผชิญได้แก่ ความขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ภาระงานที่สูง ความไม่ต่อเนื่องของข้อมูลสุขภาพและข้อจำกัดเชิงนโยบาย สำหรับประเทศไทย แม้จะมีจุดแข็งด้านวัฒนธรรมครอบครัวและการมีส่วนร่วมของชุมชน แต่ยังคงจำเป็นต้องพัฒนาระบบสนับสนุนด้านโครงสร้างและนโยบายให้ครอบคลุมและยั่งยืนมากขึ้น (ศรีสุตา วงศ์คำ, 2561; ฉัญญา ใจกล้า, 2562)

ดังนั้น การพัฒนาระบบพยาบาลที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพในประเทศไทย ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาล การออกแบบนโยบายที่เอื้อต่อการให้บริการ และการสนับสนุนด้านเทคโนโลยีที่สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น เพื่อให้สามารถรองรับความต้องการด้านสุขภาพในระยะยาวได้อย่างมีคุณภาพ การพยาบาลที่บ้านมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ หากได้รับการสนับสนุนจากระบบบริการที่ชัดเจน มีการฝึกอบรมพยาบาลให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และส่งเสริมบทบาทของชุมชนและครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรม ในบริบทประเทศไทย การส่งเสริมเชิงนโยบาย การพัฒนาเทคโนโลยีพื้นฐาน และการสร้างระบบส่งต่อข้อมูลที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนอย่างเป็นระบบ เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อยกระดับคุณภาพการพยาบาลที่บ้าน ให้เท่าเทียมกับมาตรฐานสากล

คำถามท้ายบท

1 ข้อใดคือความหมายของการพยาบาลที่บ้านอย่างถูกต้อง

- ก. การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
- ข. การให้บริการทางสุขภาพในคลินิกครอบครัว
- ค. การให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยในบ้าน เพื่อส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ
- ง. การดูแลแบบฉุกเฉินในที่เกิดเหตุ

คำตอบที่ถูกต้อง ค

2 จุดมุ่งหมายหลักของการพยาบาลที่บ้านคือข้อใด

- ก. ลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล
- ข. ให้พยาบาลมีรายได้เสริม
- ค. ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ในบริบทของบ้าน
- ง. เพิ่มการรักษาแบบเฉพาะทาง

คำตอบที่ถูกต้อง ค

3 ข้อใดคือ “ความสำคัญ” ของการพยาบาลที่บ้านในบริบทของประเทศไทย

- ก. ช่วยลดปัญหาการว่างงานในชุมชน
- ข. ลดการแออัดในโรงพยาบาลและส่งเสริมการดูแลในครอบครัว
- ค. เพิ่มการใช้ยาทางจิตเวช
- ง. ส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีรายได้เพิ่มขึ้น

คำตอบที่ถูกต้อง ข

4 ข้อใดต่อไปนี้ **ไม่ใช่** คุณสมบัติของพยาบาลที่ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

- ก. มีทักษะการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพที่ดี
- ข. มีความเข้าใจในชุมชนและวัฒนธรรมของผู้ป่วย
- ค. ตัดสินใจรักษาผู้ป่วยโดยไม่ปรึกษาแพทย์
- ง. มีความสามารถในการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม

คำตอบที่ถูกต้อง ค

5 หลักการใดเป็นพื้นฐานของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

- ก. การไปโดยไม่แจ้งล่วงหน้าเพื่อให้เห็นสภาพจริง
- ข. การมุ่งเน้นเฉพาะปัญหาทางกายของผู้ป่วย
- ค. การวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว
- ง. การเยี่ยมบ้านเฉพาะกรณีที่โรงพยาบาลร้องขอ

คำตอบที่ถูกต้อง ค

เอกสารอ้างอิง

- กชพร เชื้อนชนะ, จินตนา แสงจันทร์, รมิดา เซาร์ชวาเขต, ภัทรพล ดู่ผัด, & จุฑามาศ ชาวสำน. (2562). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(2), 274–285.
- กรมการแพทย์. (2565). *แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward)*. สืบค้นจาก https://www.dms.go.th/backend/Content/ContentFile/Publication/Attach/25650805113031AM_homeward.pdf
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2568). https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2578
- กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. (2567). รายงานประจำปี 2567. กลุ่มยุทธศาสตร์และประเมินผล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ชนิษฐา แก้วกัลยา, ตี๋ เกื้อนแก้ว, ชลกร ทรงศรี. (2566). การพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรงพยาบาลถึงบ้านโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา*, 6(1), 55–64.
- จันทร์จิรา สีสว่าง, ปุณณิษฐ์ ทองแดง, พัชรินทร์ เนียมเกิด, จงจิตร ตันตโพธิ์ประสิทธิ์. (2564). การมีส่วนร่วมของครอบครัว : กลยุทธ์สนับสนุนการให้ความร่วมมือในการรักษา ในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. *Rama Nurs J.* 28(2). 159–169.
- จิตรา สุวรรณภักดี. (2560). ความเครียดและความเหนื่อยล้าของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในบ้านผู้ป่วย. *วารสารสุขภาพชุมชน*, 34(4), 77–86.
- ธัญญา ใจกล้า. (2562). การวิเคราะห์เชิงนโยบายต่อการส่งเสริมการพยาบาลที่บ้านในประเทศไทย. *วารสารนโยบายสุขภาพ*, 5(3), 50–68.
- เบญจมาศ ถาดแสง, ปิยะพันธุ์ นันทา, นภาพร วงศ์วิวัฒน์กิจ, เพ็ญจิต คำแสน, & สุทธิลักษณ์ จันทะวัง. (2567). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 32(1), 75–86.
- ปัทมา อินทรชัย. (2561). ปัญหาการจัดการเวชระเบียนผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพชุมชน. *วารสารสารสนเทศสุขภาพ*, 12(2), 33–41.
- ปวีณา ชื่นบุญ. (2564). การใช้เทคโนโลยีสุขภาพในระบบพยาบาลที่บ้าน: กรณีศึกษาโครงการนาร่อง. *วารสารวิจัยระบบสุขภาพ*, 15(1), 78–91.
- พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์. (2567). การประชุมวิชาการระดับชาติด้านหลักประกัน พ.ศ. 2567

- ภายใต้หัวข้อ “การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค: ภัยจากความล้มเหลวของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- เพ็ญศิริ อุตถาวรงค์, นันทรัตน์ อุทัยแสง, นฤมล เก็มเป็นมหาต. (2568). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเยี่ยมบ้าน แบบ Home Nursing Care ร่วมกับการบริการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) ในการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายฯ จ.สงขลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 12 (1), 1–15.
- ลัดดา แสงวงศ์. (2562). บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 37 (3), 112–120.
- วาริรัตน์ วงศ์คำ. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้แนวคิด Continuity of Care. *วารสารการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 31(1), 57–70.
- ศุภวดี ลิ้มพานนท์. (2564). ผลของการพยาบาลที่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา. *กาญจนบุรีเวชสาร*. 9 (27), 36–46.
- ศรีสุตา วงศ์คำ. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการให้บริการพยาบาลที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารพยาบาลชุมชน*, 24 (2), 45–59.
- สภาการพยาบาล. (2568). ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง แนวทางบริการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing Service) ตามมาตรา 7(2) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540. *ราชกิจจานุเบกษา*, 142 (พิเศษ 72 ง), 45.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. (2563). *แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan)*. บริษัท บอว์น ทุ บี พับลิชชิง จำกัด.
- สมสมัย รัตนกริชากุล, สุริย์รัตน์ ธนาภิจ, นิสากร กรุงไกรเพชร, อริสรา ฤทธิงาม. (2561). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน: กรณีศึกษานวัตกรรมพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพโรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 26 (1), 79–90.
- โสภภาพรณ อินตะเผือก, วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์. (2562). การเยี่ยมบ้าน: พยาบาลชุมชนยุคไทยแลนด์ 4.0. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 42 (4), 140–148.
- สุภาภรณ์ พิทักษ์สุข. (2563). ความสามารถของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน. *วารสารสาธารณสุข*, 50 (1), 15–27.

- หน่วยวิจัยเทคโนโลยีไร้สายข้อมูลความมั่นคงและนวัตกรรมอิเล็กทรอนิกส์เพื่ออนุรักษ์พลังงานและ
สิ่งแวดล้อม (WISRU). (2559). โปรแกรมบันทึกข้อมูลสุขภาพครอบครัวแบบพกพา Family
Folder Collector (FFC). สืบค้นจาก [https://www.nectec.or.th/research/research-project/ffc-
family-folder-collector.html](https://www.nectec.or.th/research/research-project/ffc-family-folder-collector.html)
- อัจฉริยา เชื้อเย็น. (2564). บทบาทพยาบาลในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล. *พยาบาลสาร*,
48 (1), 355–366.
- Bowles, K. H., Dykes, P., & Demiris, G. (2015). The use of health information
technology to improve care and outcomes for older adults. *Research in Gerontological
Nursing*, 8(1), 5–10. <https://doi.org/10.3928/19404921-20140925-01>
- Kao, H. F. S., et al. (2021). Integrated home care: A systematic review.
International Journal of Nursing Studies, 115, 103865.
- Cameron, J. I., et al. (2020). Home care for older adults: A systematic review.
Canadian Journal on Aging, 39(4), 521–534.
- Holland, D. E., et al. (2017). Creating a seamless transition: Home healthcare for frail elders.
Journal of Nursing Administration, 47(2), 106–112.
- Lee, H., & Fletcher, P. (2019). Skills and autonomy of home healthcare nurses.
Journal of Advanced Nursing, 75(3), 621–631.
- Lin, M. H., et al. (2020). Role of family caregivers in home health care. *BMC Geriatrics*, 20(1), 25.
- Rojas, S. V., et al. (2021). Telehealth in home care: Challenges and potentials.
Telemedicine Journal and e-Health, 27(2), 128–137

บทที่ 2

การพยาบาลที่บ้าน กรณีผู้ป่วยโรคเบาหวาน

แนวคิดรวบยอด

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก รวมถึงในประเทศไทย ซึ่งส่งผลกระทบต่ออย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรัง เบาหวานขึ้นจอประสาทตา และแผลเรื้อรังที่เท้า ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ลดลง การเจ็บป่วยเรื้อรัง การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร รวมถึงเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมจึงเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะในชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสุขภาพ การพยาบาลที่บ้าน (Home Nursing Care) เป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวผ่านกระบวนการประเมินสุขภาพ ฝ้าระวังอาการ ส่งเสริมการดูแลตนเอง ให้คำแนะนำด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย รวมถึงการสนับสนุนด้านจิตใจและครอบครัว เพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้อ่าน

1. อธิบายสถานการณ์ปัญหาของโรคเบาหวาน ผลกระทบของการเจ็บป่วย และประโยชน์ของการพยาบาลที่บ้านได้
2. ประยุกต์แนวทางการพยาบาลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานได้
3. ประยุกต์การใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานได้

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติ ของการหลั่งหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติอย่างต่อเนื่อง (American Diabetes Association, 2025) โรคนี้เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและในประเทศไทย โดยมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี ตามพฤติกรรมการบริโภคและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป (International Diabetes Federation, 2025) ซึ่งหากควบคุมไม่ดีอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคหัวใจ ไตวาย ตาบอด และแผลเรื้อรัง ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมาก

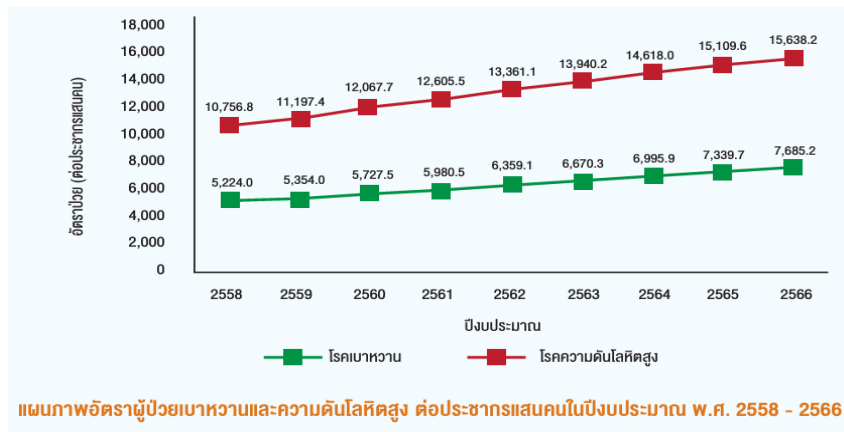
การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จึงต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการควบคุมระดับน้ำตาล การใช้ยา การปรับพฤติกรรมสุขภาพ และการติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในระดับชุมชน การเยี่ยมบ้านและการดูแลที่ต่อเนื่องมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม ให้ผู้ป่วยสามารถจัดการโรคได้ด้วยตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อน และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

2.1 สถานการณ์โรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปัจจุบัน มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกประมาณ 589 ล้านคนในช่วงอายุ 20–79 ปี และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 853 ล้านคนภายในปี ค.ศ. 2050 (International Diabetes Federation, 2025) ทั้งนี้ในปี ค.ศ. 2024 โรคเบาหวานเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกมากถึง 3.4 ล้านราย และยังส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 338 ในช่วงเวลาเพียง 17 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่ได้รับผลกระทบสูงจากโรคเบาหวาน โดยเป็น 1 ใน 37 ประเทศของภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก ที่มีจำนวนผู้ป่วยสูง และมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในช่วงอายุ 20–79 ปี มากเป็นอันดับที่ 4 ของภูมิภาค (IDF, 2025) โรคเบาหวาน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในหลากหลายมิติ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม โดยเฉพาะจากภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับระบบหลอดเลือดขนาดใหญ่และขนาดเล็ก เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ ไตวายเรื้อรัง เบาหวานขึ้นจอประสาทตาซึ่งอาจนำไปสู่การสูญเสียการมองเห็น และแผลเรื้อรังที่เท้า ซึ่งอาจรุนแรงถึงขั้นต้องตัดขา (World Health Organization, 2023)

จากรายงาน IDF Diabetes Atlas ฉบับที่ 11 (International Diabetes Federation, 2025) ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มประเทศของภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก (Western Pacific Region) โดยพบว่า มีผู้ใหญ่ในช่วงอายุ 20–79 ปี ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 6.07 ล้านคน คิดเป็นอัตราความชุกของโรคที่ร้อยละ 11.6 ซึ่งจัดเป็นลำดับที่ 4 ของภูมิภาค รองจากประเทศจีน อินโดนีเซีย และฟิลิปปินส์ สำหรับภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตกโดยรวมนั้น มีจำนวนผู้ใหญ่ที่เป็นเบาหวาน รวมทั้งสิ้นประมาณ 215 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.4 ของประชากรในช่วงอายุเดียวกัน

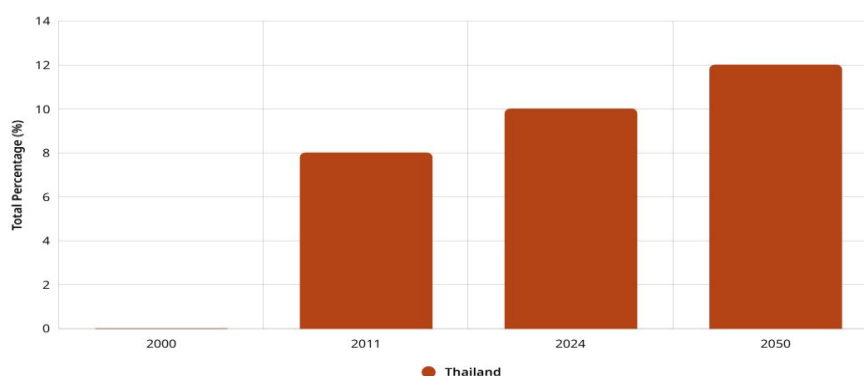
จากข้อมูลจากรายงานประจำปี พ.ศ. 2566 ของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2566) ยังระบุว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2558 ถึง พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีแนวโน้ม จำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยและในกลุ่มที่ยังไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรค ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงภาระโรค ที่มีแนวโน้มรุนแรงขึ้น และความจำเป็นในการเสริมสร้างระบบการดูแลสุขภาพเพื่อรองรับสถานการณ์โรคเบาหวานในอนาคต ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 อัตราป่วยของโรคเบาหวาน ช่วงปี 2558 – 2566 (ต่อประชากรแสนคน)

ที่มา: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2566

อัตราความชุก จากข้อมูลของ International Diabetes Federation (International Diabetes Federation, 2025) พบว่า ประเทศไทยมีอัตราความชุกของโรคเบาหวานในประชากรผู้ใหญ่ (อายุ 20 ถึง 79 ปี) อยู่ที่ร้อยละ 10.2 ในปี ค.ศ. 2024 และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2050 ความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12 ของประชากรกลุ่มดังกล่าว ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ความชุกของโรคเบาหวานในประเทศไทย

ที่มา: International Diabetes Federation, 2025

อัตราตาย จากรายงานประจำปี พ.ศ. 2566 ของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2566) ระบุว่า แนวโน้มอัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ในประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2553–2561 มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยอัตราการเสียชีวิต รวมจาก NCDs ลดลงจาก 131.79 ราย ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2553 เหลือ 112.76 ราย ในปี พ.ศ. 2561 คิดเป็นอัตราการลดลงร้อยละ 14.44 ขณะเดียวกัน อัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (อายุ 30 ถึง 69 ปี) จากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลดลงจากร้อยละ 14.75 เหลือร้อยละ 12.7 ในช่วงเวลาเดียวกัน หรือคิดเป็นอัตราการลดลงร้อยละ 13.89 สำหรับอัตราการเสียชีวิตจำแนกรายโรคในปี พ.ศ. 2561 พบว่า โรคเบาหวานมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 1.28 ของการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งหมด ดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 การเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในประเทศไทย ปี 2553 – 2561

ที่มา: รายงานประจำปี 2566 กองโรคไม่ติดต่อ, 2566

ในประเทศไทย โรคเบาหวานถือเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ โดยข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2567) ระบุว่า ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคในกลุ่มต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมตาบอลิซึม ซึ่งรวมถึงโรคเบาหวาน จำนวน 21,088 ราย หรือคิดเป็นอัตราการเสียชีวิต 32.4 รายต่อประชากร 100,000 คน ขณะที่ข้อมูลล่าสุดจาก International Diabetes Federation (2025) รายงานว่า ในปี ค.ศ. 2024 ประเทศไทยมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานในกลุ่มอายุ 20–79 ปี รวม 34,752.6 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.5 ของการเสียชีวิตในกลุ่มอายุเดียวกัน

2.1.1 ผลกระทบของการเจ็บป่วยโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานส่งผลกระทบในหลายระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคลไปจนถึงระดับสังคม ในระดับบุคคล ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่อาจส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด ไต ดวงตา และระบบประสาท ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

อีกทั้งยังมีความเสี่ยงต่อปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ในระดับครอบครัว การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรือสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง อาจก่อให้เกิดภาระทั้งในด้านเวลา ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และผลกระทบทางอารมณ์ต่อผู้ดูแล ในระดับชุมชนและสังคม โรคเบาหวานก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจที่เพิ่มขึ้น ทั้งในด้านค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข การสูญเสียกำลังแรงงานจากการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และความจำเป็นในการจัดให้มีระบบบริการดูแลระยะยาว (long-term care) เพื่อรองรับผู้ป่วยเรื้อรังจำนวนมากที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น การดำเนินงานด้านการป้องกัน ควบคุม และชะลอความรุนแรงของโรคเบาหวาน ในทุกระดับ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง และควรเป็นส่วนสำคัญของนโยบายด้านสาธารณสุขในระดับประเทศ

ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย

โรคเบาหวานเป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติเป็นเวลานาน เนื่องจากความผิดปกติของฮอร์โมนอินซูลิน ซึ่งมีหน้าที่นำน้ำตาลเข้าสู่เซลล์ เพื่อใช้เป็นพลังงาน เมื่ออินซูลินมีไม่เพียงพอ หรือเซลล์ตอบสนองต่ออินซูลินได้น้อยลง จะทำให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเพิ่มสูงขึ้น (American Diabetes Association, 2025) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นชนิดที่พบมากที่สุด ในชุมชนร่างกายเริ่มเกิด “ภาวะดื้อต่ออินซูลิน” คือเซลล์ต่างๆ ไม่รับอินซูลินได้ดีเหมือนเดิม ส่งผลให้ตับอ่อนต้องทำงานหนัก เพื่อผลิตอินซูลินเพิ่มขึ้น แต่เมื่อเวลาผ่านไปตับอ่อนจะค่อยๆ อ่อนล้า ทำให้อินซูลินลดลง และระดับน้ำตาลสูงเรื้อรัง นอกจากนี้ตัวยังผลิตน้ำตาลออกสู่กระแสเลือดมากเกินไป ร่างกายต้องการ ทำให้ระดับน้ำตาลยิ่งสูงขึ้น ระดับน้ำตาลที่สูงต่อเนื่องทำให้เลือดมีความ “เหนียวและหนืด” มากขึ้น ส่งผลให้หลอดเลือดทั่วร่างกายถูกทำลาย ทั้งเส้นเลือดเล็กและเส้นเลือดใหญ่ (International Diabetes Federation, 2025)

1) **ด้านร่างกาย** โรคเบาหวานทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ซึ่งส่งผลเสียต่อหลอดเลือดและอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย เช่น ทำให้ เส้นเลือดที่จอตาเสียหาย นำไปสู่การมองเห็นลดลงหรือตาบอด (เบาหวานขึ้นตา) ส่งผลต่อการทำงานของไตจนเกิดภาวะไตวาย ทำลายเส้นประสาทส่วนปลาย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกชา เจ็บ หรือเกิดแผลที่รักษายาก เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของผู้ป่วยเบาหวาน (WHO, 2023) การเกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตลอดชีวิต รวมถึงการฟอกไต การผ่าตัดตา หรือการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยมักประสบปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะด้านการทำงานและการเข้าสังคม ภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการอ่อนเพลียเรื้อรัง ขาดสมาธิมือสั่นไหว และปัญหาทางสายตา อาจทำให้สมรรถภาพในการทำงานลดลง ส่งผลให้บางคนต้องลดชั่วโมงทำงานหรือเปลี่ยนอาชีพ นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางรายต้องพึ่งพาการดูแลจากครอบครัว ซึ่งเพิ่มภาระทั้งทางอารมณ์และการเงินให้กับครอบครัว และอาจนำไปสู่ความเครียดหรือภาวะซึมเศร้า (International Diabetes Federation, 2021; WHO, 2023)

2) **ด้านจิตใจ** โรคเบาหวานมีผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วย เนื่องจากความต้องการในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ทั้งการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา ซึ่งอาจนำไปสู่ความเครียดและความวิตกกังวล โดยเฉพาะในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ แม้จะปฏิบัติตามคำแนะนำครบถ้วน งานวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าคนทั่วไปถึง 2 เท่า (จิรวัดน์ บุญรักษ์, 2566) และการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ พบว่า ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกท้อแท้เป็นผลกระทบ ที่สำคัญ (สายทอง หาญอินทร์ และรุ่งนภา เกียรติศิริ, 2564) ขณะเดียวกัน ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 45.29 แบ่งเป็นระดับเล็กน้อย 62.92%, ปานกลาง 24.16% และรุนแรง 12.92% (ศิริพร เสรี และกล้าเผชิญ โชคบำรุง, 2561)

3) **ด้านสังคมและเศรษฐกิจ** โรคเบาหวานอาจทำให้ผู้ป่วยต้องลางาน ขาดรายได้ หรือสูญเสียโอกาสทางอาชีพ โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น การสูญเสียอวัยวะหรือ การพอกไต นอกจากนี้ ค่ารักษาพยาบาลระยะยาวยังเป็นภาระทางการเงินทั้งแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงเป็นภาระต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศ (International Diabetes Federation, 2021)

ผลกระทบต่อครอบครัว

โรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งในด้านอารมณ์ การเงิน กิจกรรมประจำวัน และสุขภาพกาย โดยสมาชิกในครอบครัวมีความเครียดสูง รายได้ลดลง และคุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ (The Lancet Diabetes & Endocrinology, 2018) ดังนี้

1) **ภาระทางอารมณ์ (Emotional burden)** ครอบครัวโดยเฉพาะสมาชิกที่ทำหน้าที่ดูแล เช่น คู่สมรส บุตรธิดา มีความรู้สึกเครียด วิตกกังวล การดูแลอย่างต่อเนื่องเพิ่มความเครียด และส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว และความเครียดเรื้อรังจากการดูแลอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล เช่น ความดันโลหิตสูง หรืออาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง

2) **ผลกระทบต่อรายได้และงาน (Financial and work impact)** ครอบครัวผู้ป่วยต้องเผชิญกับค่าใช้จ่ายในการรักษา เช่น ค่ายา ค่าตรวจสุขภาพ และค่าพาหนะ ซึ่งอาจเป็นภาระการเงิน โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2021) ระบุว่าโรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคที่ก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายสูงในระดับครัวเรือน

3) **ผลกระทบต่อกิจกรรมประจำวัน (Impact on daily and leisure activities)** ครอบครัวต้องปรับตัวในกิจวัตรประจำวัน เช่น การวางแผนมื้ออาหาร การเฝ้าระวังระดับน้ำตาล การเตรียมพร้อมรับมือเหตุฉุกเฉิน เช่น ภาวะน้ำตาลต่ำ/สูง กิจกรรมสันทนาการหรือการเดินทางอาจถูกจำกัด เนื่องจากต้องให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วย

4) **ความต้องการการศึกษาและการสนับสนุน (Need for education and support)** ครอบครัวต้องการความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและ

ลดผลกระทบเชิงลบ โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากร (ไตรภพ ชัยนการนาวิ และพัชรภรณ์ เจนใจวิทย์, 2565)

ผลกระทบต่อชุมชน

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของประชาชน ในระดับชุมชนและประเทศอย่างชัดเจน ผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวนมากประสบปัญหาประสิทธิภาพการทำงานลดลง (presenteeism) และมีแนวโน้มสูญเสียรายได้จากการขาดงาน ความพิการ หรือการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และระบบแรงงาน โดยเฉพาะในกลุ่มอาชีพเกษตรกรรมและธุรกิจขนาดเล็ก ที่เป็นกำลังสำคัญของชุมชน นอกจากนี้ ภาระการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังภายในครอบครัวยังจำกัดการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกิจกรรมทางสังคม เพิ่มภาระความเครียด ความขัดแย้งภายในครอบครัว และลดคุณภาพชีวิตโดยรวม

ข้อมูลจาก American Diabetes Association (2024) พบว่า การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีค่าใช้จ่ายสูงถึงหนึ่งในสี่ของค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์ทั้งหมด ซึ่งเพิ่มภาระต่อระบบบริการสุขภาพในชุมชน เช่น โรงพยาบาลท้องถิ่นและศูนย์สุขภาพชุมชน โดยผู้ป่วยเบาหวานมีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูงกว่าบุคคลทั่วไปถึง 2.6 เท่า ส่งผลให้ครัวเรือนในชุมชนเสี่ยงต่อความยากจน ในระดับโครงสร้างสุขภาพของประเทศไทย การวิเคราะห์ปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรและความบกพร่องทางสุขภาพ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562, 2562) ชี้ให้เห็นว่ากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นสาเหตุหลักของการสูญเสีย สุขภาวะในประเทศไทย โดยในเพศชายพบว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุสำคัญที่สุด คิดเป็นร้อยละ 18 ของการสูญเสียทั้งหมด รองลงมา คือ โรคมะเร็งและเนื้องอก (ร้อยละ 16) และการบาดเจ็บทางถนน (ร้อยละ 12) ส่วนในเพศหญิง โรคมะเร็งและเนื้องอกเป็นสาเหตุหลัก (ร้อยละ 18) รองลงมาคือโรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 17) และโรคเบาหวานร่วมกับโรคไต (ร้อยละ 14)

แม้โรคเบาหวานจะมักถูกมองเป็นปัญหาสุขภาพส่วนบุคคล แต่ผลกระทบที่เกิดขึ้นจริงกลับกระทบต่อโครงสร้างเศรษฐกิจและสังคมในระดับชุมชนอย่างกว้างขวาง จึงจำเป็นต้องมีมาตรการเชิงรุก เพื่อเสริมสร้างระบบสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม เพื่อบรรเทาผลกระทบในระยะยาว

2.1.2 ประโยชน์ของการพยาบาลที่บ้านกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การพยาบาลที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่มุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้อย่างต่อเนื่องภายในบ้าน ซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย และเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (American Diabetes Association, 2023) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการพยาบาลที่บ้านอย่างเป็นระบบ ได้แก่

1) การประเมินภาวะสุขภาพรายบุคคล ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (FBS, HbA1c) ประเมินภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลที่เท้า เบาหวานขึ้นตา และภาวะไตเสื่อม รวมถึงการประเมินภาวะโภชนาการ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

2) การให้คำแนะนำและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สอนการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมตามหลักโภชนาการผู้ป่วยเบาหวาน เช่น ลดน้ำตาล ไขมัน และโซเดียม พร้อมจัดตารางการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับสภาพร่างกาย เช่น เดินเร็ว 30 นาทีต่อวัน หรือทำกิจกรรมในบ้านที่ช่วยเผาผลาญพลังงาน

3) การติดตามและประเมินผลการควบคุมโรค พยาบาลช่วยติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การใช้ยาอย่างถูกต้อง รวมถึงให้คำปรึกษาเชิงจิตสังคม เพื่อลดความเครียดและเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลตนเอง

4) การประสานงานและส่งต่อ ในกรณีที่พบภาวะแทรกซ้อน พยาบาลจะทำหน้าที่เชื่อมโยงกับหน่วยบริการสุขภาพในเครือข่าย เพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที

ผลลัพธ์จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า การพยาบาลที่บ้านช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งส่งเสริมการปรับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (จิตรศุภอรณ์ ดอนนาถ, 2560) นอกจากนี้ยังช่วยให้การคัดกรองและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะเบาหวานขึ้นตา ภาวะไตเสื่อม และแผลเบาหวานที่เท้า มีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น ลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และลดภาระค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพโดยรวม (อุมาภรณ์ กำลังดี, ภาวนา บุญมุสิก, และอัจฉริยา วัชรวิวัฒน์, 2560)

2.2 แนวทางการพยาบาลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านช่วยควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง โดยการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและติดตามสัญญาณชีพที่บ้าน ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคไตและโรคหัวใจ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเสริมพลัง ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น ยังช่วยลดภาระที่โรงพยาบาลและค่าใช้จ่าย ที่เกิดจากการรักษาในระยะยาว การตรวจพบปัญหาตั้งแต่เริ่มต้น เช่น การดูแลเท้าและการตรวจระดับน้ำตาล ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง และยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (American Diabetes Association, 2023; American Diabetes Association, 2025; สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566) แบ่งตามระดับการพยาบาลผู้ป่วย ดังนี้

2.2.1. ระดับปฐมภูมิ

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานระดับปฐมภูมิเป็นหัวใจของระบบบริการสุขภาพชุมชน ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างสมดุลและยั่งยืน พยาบาลมีบทบาทสำคัญทั้งด้านการประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะบุคคล การเสริมพลังและการให้

การศึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ การติดตามและเฝ้าระวังในชุมชน และการสร้างเครือข่ายการดูแล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) การประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม พยาบาลประเมินทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อกำหนดแผนการดูแลเฉพาะบุคคล

ด้านร่างกาย ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (FBS, HbA1c), ชั่งน้ำหนัก, วัด BMI, ความดันโลหิต, ประเมินเท้า (แผล, ชา, เล็บผิดปกติ) และการใช้ยาอย่างถูกต้อง

ด้านจิตใจ คัดกรองภาวะเครียดหรือซึมเศร้า (เช่น ใช้แบบประเมิน 2Q/9Q) เพราะผู้ป่วยเบาหวานเรื้อรังมักมีภาวะวิตกกังวลหรือหมดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง

ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ประเมินรายได้ แหล่งอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว และสภาพบ้าน เพื่อปรับแผนการดูแลให้เหมาะกับบริบทชีวิตจริงของผู้ป่วย

2) การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะบุคคล พยาบาลให้คำแนะนำเชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและวิถีชีวิตของผู้ป่วย เช่น

โภชนาการ ใช้หลัก “จานอาหารสุขภาพ 2:1:1” (ผัก:ข้าว:โปรตีน) แนะนำให้จำกัด ข้าวขาว น้ำหวาน และอาหารแปรรูป รวมทั้งปรับสูตรอาหารพื้นบ้าน เช่น “แกงจืดไม่ใส่น้ำปลาเพิ่ม” หรือ “ข้าวกล้องผสมถั่วแดง”

การออกกำลังกาย ที่เหมาะสม เช่น เดินเร็ววันละ 30 นาที หรือทำกิจกรรมในบ้าน เช่น กวาดบ้าน ทำสวน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและปลอดภัย

การจัดการยา ทบทวนความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับยา เช่น ยา Metformin หรือ Insulin วิธีฉีด การเก็บรักษา และอาการข้างเคียง พร้อมสอนเทคนิค “ตรวจน้ำตาลก่อนและหลังอาหาร” เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นผลลัพธ์จริง

3) การเสริมพลังและการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ พยาบาลใช้การสื่อสารแบบมีส่วนร่วม เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายสุขภาพด้วยตนเอง เช่น ในเดือนนี้อยากควบคุมอะไรให้ดีขึ้นที่สุด ถ้าน้ำตาลลดลงได้ 10 จุด จะรู้สึกอย่างไร เทคนิคนี้ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของในแผนการดูแล และเพิ่มความต่อเนื่องในการปฏิบัติตามแผน

4) การติดตามและเฝ้าระวังในชุมชน พยาบาลร่วมกับอสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ใช้การเยี่ยมบ้านและ Telehealth เพื่อติดตามภาวะสุขภาพ เช่น

รายงานผลระดับน้ำตาลผ่าน Line group หรือระบบ Smart Health

นัดเยี่ยมบ้าน เดือนละ 1 ครั้ง เพื่อตรวจเท้า ชั่งน้ำหนัก และประเมินความต่อเนื่องของการปฏิบัติพฤติกรรม

บันทึก โดยใช้แบบบันทึก “สมุดสุขภาพเบาหวาน” ให้ผู้ป่วยบันทึกผลน้ำตาล และพฤติกรรมสุขภาพประจำวัน

5) **การสร้างเครือข่ายการดูแล** พยาบาลเป็นผู้ส่งเสริมการจัดตั้งชมรมผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหา และแรงบันดาลใจในการดูแลตนเอง เช่น

จัดประชุมทุก 3 เดือน มีการสอนทำอาหารสุขภาพ การตรวจเท้า และการบรรยายจากแพทย์หรือเภสัชกร

ส่งเสริม “เพื่อนช่วยเพื่อน” ให้ผู้ป่วยที่ควบคุมได้ดีเป็นแกนนำ เพื่อสอนผู้ป่วยเบาหวานคนอื่น งานวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยบูรณาการความร่วมมือ ในชุมชน ซึ่งมีขั้นตอนการติดตามการเยี่ยมบ้านด้วยนั้น ผลของกระบวนการส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้ ความพึงพอใจ และระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 66.67 (ดวงใจ พูลฐาน, 2568) การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน ระดับปฐมภูมิไม่เพียงมุ่งเน้นการให้ยา แต่เป็นกระบวนการเสริมพลังและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเชิงลึก โดยอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนอย่างยั่งยืน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ดี ลดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

2.2.2 ระดับทุติยภูมิ

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านในระดับทุติยภูมิ มุ่งเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว โดยเน้นการคัดกรอง การติดตามอย่างต่อเนื่อง และการให้คำแนะนำ ในการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (American Diabetes Association, 2023)

1. **การคัดกรองและติดตามภาวะแทรกซ้อน** พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินและคัดกรองภาวะแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอ เช่น

การตรวจเท้า ตรวจสภาพผิวหนัง การไหลเวียนเลือด และความรู้สึกที่เท้า เพื่อป้องกันแผลเรื้อรังจากเบาหวาน

การตรวจจอประสาทตา ประสานให้ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจตาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นตา

การตรวจการทำงานของไต ติดตามระดับ microalbumin และ creatinine เพื่อเฝ้าระวังภาวะไตเสื่อม

การติดตามค่า HbA1c ตรวจทุก 3-6 เดือน เพื่อประเมินการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดและปรับแนวทางการดูแลให้เหมาะสม

นอกจากนี้ พยาบาลยังมีบทบาทในการให้คำปรึกษาเรื่องการลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การเลิกสูบบุหรี่ ลดการดื่มสุรา ควบคุมความดันโลหิตและไขมันในเลือด เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะยาว และการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถ เฝ้าระวังภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาตั้งแต่ระยะที่ยังไม่เกิดความผิดปกติของหลอดเลือด ซึ่งเป็นช่วงสำคัญต่อการ

ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่กระทบต่อการมองเห็น ทั้งยังช่วยลดภาระต่อระบบสุขภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว (นวรรตน์ ใจกล้า, กมลภ วัฒนสิทธิ์, 2568)

2. การรักษาพยาบาลและการบริหารยา การจัดการด้านยาเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย

การให้ความรู้เรื่องยา พยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับชนิดของยาเบาหวาน

- สอนผู้ป่วยให้เข้าใจชนิดของยาเบาหวานที่ใช้ เช่น ยารับประทาน (Metformin, Sulfonylureas) หรือยาฉีด Insulin

- แนะนำเทคนิคการฉีด Insulin อย่างถูกต้อง เช่น การเลือกตำแหน่ง การหมุนเวียนจุดฉีด และการเก็บรักษายา

- อธิบายอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะน้ำตาลต่ำ และวิธีจัดการเบื้องต้น

- ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล พร้อมให้คำแนะนำเพิ่มเติมเมื่อตรวจพบการใช้ยาผิดวิธี

- หากพบภาวะแทรกซ้อนจากยา ควรรีบประสานส่งต่อให้แพทย์ทันที

การติดตามการใช้ยาและการควบคุมโรค พยาบาลดำเนินการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง หรือใช้ระบบ Telehealth / Line ในการติดตามการใช้ยา การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายของผู้ป่วย โดยใช้สมุดสุขภาพประจำตัว เพื่อติดตามการใช้ยาและบันทึกค่า FBS และ HbA1c อย่างสม่ำเสมอ การประเมินผลดังกล่าวช่วยให้สามารถปรับแนวทางการดูแลร่วมกับแพทย์ เช่น การปรับขนาดยาอินซูลินผ่านระบบออนไลน์ภายใต้คำสั่งแพทย์ (จิตรศุภรณ์ คอนนาค, 2560)

การดูแลรักษากรณีมีแผลเบาหวาน ในกรณีผู้ป่วยมีแผลเรื้อรังจากเบาหวาน พยาบาลเยี่ยมบ้านมีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษา เพื่อลดการติดเชื้อและการตัดอวัยวะ (อุมาภรณ์ กำลังดี, ภาวนา บุญมุสิก, และอจริยา วัชรวิวัฒน์, 2560) โดยดำเนินการดังนี้

- ประเมินลักษณะแผล เช่น สี กลิ่น การติดเชื้อ และระดับความลึกของแผล

- ทำแผลแบบปลอดเชื้อโดยใช้เทคนิค aseptic technique เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ

- ใช้ผ้าก๊อชหรือวัสดุปิดแผลที่เหมาะสม เช่น hydrocolloid หรือ foam dressing เพื่อรักษา

ความชุ่มชื้นของแผล

- ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการลดแรงกดบริเวณเท้า เช่น การใช้รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

- ประเมินภาวะโภชนาการ เพื่อส่งเสริมการสมานแผล เช่น แนะนำอาหารที่มีโปรตีนและวิตามินซีสูง

- หากพบแผลติดเชื้อรุนแรง มีหนอง หรือมีกลิ่น ควรรีบส่งต่อไปยังโรงพยาบาลระดับสูง เพื่อให้แพทย์ศัลยกรรมประเมินเพิ่มเติม

การส่งต่อและการประสานงาน เมื่อพบภาวะแทรกซ้อนที่ไม่สามารถจัดการได้ในชุมชน เช่น แผลเนื้องอกตาย ลุกลาม หรือภาวะไตเสื่อม ควรส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า พร้อมประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร และนักโภชนาการ เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทุกมิติ

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านในระดับตติยภูมิ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคไต เบาหวานขึ้นตา และแผลเรื้อรังที่เท้า อีกทั้งยังช่วยลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน (จิตรศุภรณ์รณ ดอนนาท, 2560; อุมารณณ์ กำลังดี, ภาวนา บุญมุสิก, และอัจฉริยา วัชรารัตน์, 2560)

2.2.3 ระดับตติยภูมิ

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานระดับตติยภูมิ มุ่งเน้นการลดความพิการ พิ้นพุ่มสมรรถภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น เบาหวานขึ้นตา ไตเสื่อม หรือแผลเบาหวาน (American Diabetes Association, 2023) เน้นให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติที่สุด โดยพยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการดูแลที่บ้าน ดังนี้

1. **การดูแลสุขภาพกายภาพ** พยาบาลให้การดูแลแผลเบาหวานที่บ้าน เช่น การทำแผลปลอดเชื้อ การประเมินเนื้อเยื่อที่ตาย และการให้คำแนะนำเรื่องการลดแรงกดที่เท้า เพื่อป้องกันการติดเชื้อและการตัดขา (อุมารณณ์ กำลังดี, ภาวนา บุญมุสิก, และอัจฉริยา วัชรารัตน์, 2560) การแนะนำการปรับสภาพแวดล้อมในบ้าน เช่น การจัดทางเดินให้ปลอดภัย การใช้รองเท้าที่เหมาะสม ช่วยลดความเสี่ยงจากการหกล้มในผู้ป่วยที่มีปลายประสาทเสื่อม (จิตรศุภรณ์รณ ดอนนาท, 2560)

2. **การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย** พยาบาลสอนการบริหารมือและเท้า เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนเลือด ลดการเกิดแผลและช่วยให้กล้ามเนื้อแข็งแรง การจัดโปรแกรมฟื้นฟูโภชนาการโดยนักโภชนาการร่วมทีม เพื่อปรับอาหารให้เหมาะกับภาวะของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคไตจากเบาหวาน ต้องจำกัดโปรตีนและเกลือ

3. **การฟื้นฟูสมรรถภาพจิตใจและสังคม** การให้คำปรึกษาทางจิตใจและกิจกรรมลดความเครียด เช่น mindfulness หรือการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง การใช้โปรแกรมสมาธิบำบัด SKT3 ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนค่าเฉลี่ยการรับรู้การปฏิบัติสมาธิ และค่าเฉลี่ยสภาวะสุขภาพในทัศนะของผู้ฝึก เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จึงควรใช้สมาธิบำบัด SKT3 เป็นทางเลือกควบคู่ไปกับมาตรฐานการรักษา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (สุริย์ ทังทอง, 2568) และโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้นโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน ต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการ ระดับน้ำตาลในเลือดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

มีระดับ HbA1c แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (วาสนา ยินดีมาก, หทัยวรรณ แสงคำไพ และภัทราพร ตันนุกุล, 2568)

2.3 การใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ช่วยให้การติดตามอาการเป็นไปอย่างแม่นยำ ส่งเสริมการดูแลตนเอง และเพิ่มความต่อเนื่องในการรักษา โดยพยาบาลสามารถใช้เทคโนโลยีในการติดตามข้อมูลผู้ป่วย ให้คำปรึกษาระยะไกล และสนับสนุนการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย ทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนและยกระดับคุณภาพชีวิตในชุมชนได้อย่างยั่งยืน มีหลักฐานที่สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีในการเพิ่มช่วงเวลาที่ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย (Time in Range) และลดระดับ HbA1C ได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 (American Diabetes Association, 2024) ตัวอย่างนวัตกรรม ดังนี้

1. เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (Blood Glucose Monitoring – BGM)
 - ตรวจสอบระดับน้ำตาลทันที
 - ประเมินการควบคุมโรคเบาหวานในชีวิตประจำวัน
 - ช่วยปรับยา อาหาร หรือการออกกำลังกาย
2. ระบบตรวจน้ำตาลแบบต่อเนื่อง (Continuous Glucose Monitoring – CGM)
 - ติดตามระดับน้ำตาลตลอด 24 ชั่วโมง
 - แจ้งเตือนน้ำตาลต่ำหรือสูง
 - ช่วยวางแผนการรักษาอย่างแม่นยำ
3. ปากกาอินซูลินอัจฉริยะ (Connected Insulin Pen)
 - บันทึกข้อมูลการฉีดอินซูลินอัตโนมัติ
 - เชื่อมต่อกับแอปพลิเคชันเพื่อวิเคราะห์แผนการรักษา
4. ระบบจ่ายอินซูลินอัตโนมัติ (Automated Insulin Delivery – AID)
 - ปรับการจ่ายอินซูลินต่อเนื่อง
 - คำนวณอินซูลินตามระดับน้ำตาลแบบเรียลไทม์
5. แอปพลิเคชัน/แพลตฟอร์มการดูแลตนเอง (Diabetes Self-Management Software)
 - ติดตามและบันทึกข้อมูลสุขภาพ
 - สนับสนุนการปรับพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเอง
6. ระบบ Telemedicine และ Tele-Nurse
 - การดูแลทางไกลผ่านวิดีโอคอลหรือโทรศัพท์
 - ลดภาระในโรงพยาบาลและประหยัดเวลา

7. อุปกรณ์สวมใส่อัจฉริยะ (Wearable Devices)

- ติดตามสุขภาพและพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย
- ส่งข้อมูลให้แพทย์วินิจฉัยจากระยะไกล



ภาพที่ 4 Diabetes Technology

ที่มา: American Diabetes Association. (2025). Section 7: Diabetes technology. *Clinical Diabetes*, 43(2)



เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด

(Blood Glucose Monitoring - BGM)

ตรวจสอบระดับน้ำตาลได้ทันที
ประเมินการควบคุมโรคเบาหวานในชีวิตประจำวัน
เพื่อช่วยในการปรับยา อาหาร หรือการออกกำลังกาย

ภาพที่ 5 Diabetes Technology: Blood Glucose Monitoring (BGM)

ที่มา: American Diabetes Association. (2025). Section 7: Diabetes technology. *Clinical Diabetes*, 43(2)

แนวทางแนะนำการใช้วัตกรรมการและเทคโนโลยี และข้อควรระวัง ของสมาคมเบาหวาน
แห่งอเมริกัน (American Diabetes Association, 2024) มีดังนี้

1. ควรเริ่มใช้ CGM ตั้งแต่ช่วงแรกของการวินิจฉัย โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1
2. อุปกรณ์ควรเลือกตามความเหมาะสมกับความสามารถและบริบทของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล
3. ต้องมีการให้ความรู้และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง
4. ควรให้การเข้าถึงเทคโนโลยีอย่างต่อเนื่อง โดยไม่จำกัดอายุหรือค่า A1C
5. ควรนำมาใช้ในโรงเรียนเพื่อสนับสนุนเด็กที่เป็นเบาหวาน

ข้อควรระวัง

1. เทคโนโลยีเหล่านี้ ต้องใช้ร่วมกับการศึกษาและการสนับสนุน มิฉะนั้นจะ ไม่เกิดผลลัพธ์ที่ดี
2. ความแม่นยำของเครื่องวัดแต่ละรุ่นแตกต่างกัน ควรเลือกที่ได้รับการรับรองจากสำนักงาน

คณะกรรมการอาหารและยา (อย.) หรือ Food and Drug Administration (FDA)

3. ผู้ดูแลและทีมสุขภาพต้องมีความรู้ที่ทันสมัยและเหมาะสมกับบทบาทของตนเอง

แนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับโรคเบาหวาน 2566 (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566) ซึ่งปัจจุบันเทคโนโลยีในการดูแลรักษาเบาหวานมีความก้าวหน้ามาก สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลได้ใกล้ชิด เพื่อเพิ่มศักยภาพและเสริมพลัง (empowerment) ในการดูแลตนเอง โดยการใช้ร่วมกับการเรียนรู้อย่างมีแบบแผน (structured education) มุ่งให้ผลการรักษาได้ตามเป้าหมายที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการติดตามระดับน้ำตาล ที่นิยมใช้ในปัจจุบัน คือ เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดชนิดพกพา (glucometer) เครื่องตรวจติดตามระดับน้ำตาลแบบต่อเนื่อง (continuous glucose monitoring; CGM) เรียกว่า การติด CGM การติดตามตามระดับน้ำตาลโดยใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดชนิดพกพา จะเรียกว่า การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด (blood glucose monitoring; BGM) มีข้อบ่งชี้ ดังนี้

1. ข้อบ่งชี้ในการใช้ เครื่องตรวจติดตามระดับน้ำตาลแบบต่อเนื่อง (continuous glucose monitoring: CGM) ผู้ที่ควรใช้ CGM ได้แก่

– ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ทั้งเด็ก วัยรุ่น และผู้ใหญ่ ที่ได้รับการฉีดอินซูลินแบบเข็มงวดวันละหลายครั้ง หรือใช้อินซูลินปั๊ม แต่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้ได้ ตามเป้าหมาย แม้จะมีการตรวจ BGM อย่างเหมาะสม

– ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่เป็นเด็ก และไม่สามารถสื่อสารได้เมื่อเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด

– ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีเคยมีน้ำตาลต่ำในเลือดรุนแรง หรือ ไม่มีความรู้สึกลึกว่าน้ำตาลต่ำในเลือด อย่างน้อย 1 ครั้งใน 1 ปี

– ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่ตั้งครรภ์

ผลข้างเคียงของการติด CGM อาจทำให้เกิดการระคายเคือง หรือการแพ้ แผ่นแปะผิวหนังของ CGM ทำให้เกิดอาการคัน หรือเป็นผื่นผิวหนังอักเสบ' สามารถป้องกันได้โดย ล้างมือและทำความสะอาด

สะดวกด้วยการเชื่อมต่อฮาร์ดแวร์บริเวณผิวหนัง หลีกเลี่ยงการทำโลชั่นหรือน้ำมันบริเวณที่จะติด CGM หลีกเลี่ยงการติด CGM ซ้ำที่จุดเดิม หรือ เปลี่ยนชนิดแผ่นแปะ

2. ข้อบ่งชี้ในการใช้ การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด (blood glucose monitoring: BGM)

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความจำเป็นในการทำ BGM

- 1) ผู้ที่ต้องการคุมเบาหวานอย่างเข้มงวด ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีครรภ์ (pre-gestational DM) และผู้ป่วยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational DM)
- 2) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1
- 3) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดบ่อยๆ หรือ รุนแรง หรือ น้ำตาลต่ำในเลือดโดยไม่มีอาการเตือน (hypoglycemia unawareness)
- 4) ผู้ที่ใช้ CGM มีความจำเป็นต้องทำ BGM ในสถานการณ์ต่อไปนี้
 - ในระหว่างรอกการอุ่นเครื่อง CGM (warm-up)
 - เมื่อต้องการปรับเครื่อง CGM ให้วัดระดับน้ำตาลได้สอดคล้องกับ BGM (calibration)
 - เพื่อยืนยันผลน้ำตาลในขณะที่น้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว
 - เพื่อยืนยันความถูกต้องของผลการตรวจในกรณีที่อาการและผลเลือดจาก CGM ขัดแย้งกัน
 - เมื่อมีสัญญาณเตือนให้ตรวจน้ำตาลจากเครื่อง CGM
- 5) ผู้ที่ใช้อินซูลินปั๊ม

ผู้ป่วยเบาหวานที่ควรทำ BGM

- 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยการฉีดอินซูลินวันละ 1 ครั้ง หรือมากกว่า 1 ครั้ง ควรมีความรู้อะไรบ้างเมื่อทำ BGM ผู้ป่วยเบาหวานที่ทำ BGM หรือผู้ดูแลผู้ป่วย ควรได้รับการสอนความรู้ต่อไปนี้
 - ความสำคัญและประโยชน์ของการทำ BGM เวลาที่ควรทำการตรวจ เป้าหมายระดับน้ำตาลในเลือด
 - เทคนิคการตรวจที่ถูกต้องสำหรับเครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดชนิดพกพาที่ใช้ อายุของแถบที่ใช้ทดสอบ การเก็บดูแลรักษาเครื่องและแถบทดสอบ
 - การบันทึกผลระดับน้ำตาล ควรเขียนควบคู่กับการบันทึกอาหาร กิจกรรมที่ทำ ขณะนั้น ความเครียด ยาที่ใช้ หรือปัจจัยที่มีผลต่อระดับน้ำตาล เพื่อการแปลผล ปรับพฤติกรรมและการปรับเปลี่ยนยา
 - การแปลผล BGM ความรู้ในการปรับขนาดยาฉีดอินซูลิน ความรู้เรื่องยาเม็ดลดระดับน้ำตาลที่ตนเองได้รับ เรื่องอาหารและการออกกำลังกาย ผู้ป่วยจะได้ประโยชน์สูงสุด เมื่อสามารถใช้ข้อมูลจาก BGM ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิตและการรักษา
 - การป้องกันและแก้ไข เมื่อมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินควร หรือภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด เพื่อให้สามารถปรับหรือเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมกับระดับน้ำตาลที่ตรวจวัดได้

- เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดชนิดพกพาส่วนใหญ่ รายงานผลเป็นพลาสมากลูโคส บางเครื่องรายงานเป็นกลูโคสจาก whole blood (ผลที่รายงานเป็นรูปแบบใดก็ได้จากเอกสารกำกับ ที่แนบมากับเครื่อง) สามารถปรับผลที่รายงานจาก whole blood เป็นพลาสมากลูโคสได้โดยใช้ $1.1 \times$ ผลที่อ่านได้เป็นค่าเทียบเคียงพลาสมากลูโคส (หน่วยเป็น มก./ดล.)

- ห้ามใช้แถบตรวจน้ำตาลที่หมดอายุแล้วเนื่องจากค่าอาจผิดพลาด ที่ต้องการ

2.4 กรณีศึกษาและการเรียนรู้จากกรณีศึกษา

ข้อมูลกรณีศึกษา

นางกอหญา อายุ 52 ปี อาศัยอยู่ในชุมชนแห่งหนึ่ง อยู่กับสามีและลูก 2 คน ในบ้านเดียวกัน อาชีพเกษตรกร (ทำสวนทุเรียน) นางกอหญาเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วประมาณ 5 ปี มียารับประทาน 1 ชนิด คือ Metformin 500 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง บางวันรีบไปทำงานที่สวน ก็จะไม่รับประทานยา ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ล่าสุดอยู่ที่ 8.5% และมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ที่ 29 กิโลกรัม ต่อตารางเมตร ความดันโลหิตวัดได้ 120/80 มิลลิเมตรปรอท

จากการสอบถามด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ามีการออกกำลังกายบ้าง โดยเดินทางไปสวน ชอบรับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม โดยเฉพาะไขทอด และขนมชั้น บัวลอย และดื่มกาแฟเย็นทุกวัน ต้องใส่ขนมชั้นหวานถึงจะอร่อย และลูกชอบซื้อขนมหวานมาฝาก เพราะตนเองชอบ ทำให้การควบคุมพฤติกรรมกินทำได้ยากขึ้น

การเรียนรู้จากกรณีศึกษาตามกระบวนการพยาบาล

การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้ INHOMESSS

ด้าน	ข้อมูลจากกรณีศึกษา
I – Immobility	เดินทางไปสวน มีการเคลื่อนไหวระหว่างทำงาน แต่ไม่ได้ออกกำลังกายอย่างเป็นกิจจะลักษณะ
N – Nutrition	ชอบอาหารรสหวาน มัน เค็ม รับประทานขนมหวานและอาหารทอดบ่อย ดื่มกาแฟเย็นใส่ขนมชั้นหวานทุกวัน BMI 29 kg/m ² (อ้วน)
H – Home Environment	อยู่กับสามีและลูก 2 คน ลูกมักซื้อขนมหวานมาฝาก
O – Other People	อาศัยอยู่กับครอบครัวที่ให้ความรักและดูแล แต่ยังขาดความรู้เรื่องอาหารเบาหวาน
M – Medications	รับประทานยา Metformin 500 mg วันละ 2 ครั้ง แต่บางวันลืมกินเพราะรีบไปทำสวน
E – Examinations	ตรวจ HbA1c ล่าสุด 8.5%, ความดัน 120/80 mmHg

ด้าน	ข้อมูลจากกรณีศึกษา
S – Safety	ไม่มีข้อมูลอุบัติเหตุหรืออันตรายจากการทำสวน
S – Spiritual	ไม่มีข้อมูลด้านความเชื่อหรือการยึดเหนี่ยวทางใจโดยตรง
S – Service	ไม่มีข้อมูลการติดตามรักษาโดยเจ้าหน้าที่ แต่มีการตรวจ HbA1c แสดงว่าได้รับการบริการอยู่

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ปัญหาที่ 1 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยลืมนับรับประทานยาเมื่อรีบไปทำงานที่สวน
- ระดับ HbA1c = 8.5% สูงกว่าเป้าหมาย
- มีพฤติกรรมรับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็มเป็นประจำ
- ดื่มน้ำกาแฟเย็นใส่นมข้นหวานทุกวัน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้นางกอบกาญจน์สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย (HbA1c < 7%) ภายใน 3 เดือน

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยสามารถรับประทานยา Metformin ได้ครบทุกมื้ออย่างต่อเนื่อง
- ระดับ HbA1c ลดลงอย่างน้อย 0.5-1% ภายใน 3 เดือน
- ผู้ป่วยสามารถอธิบายวิธีควบคุมอาหาร การใช้ยา และการดูแลเบาหวานได้อย่างถูกต้อง
- พฤติกรรมการบริโภคหวาน มัน เค็มลดลงอย่างชัดเจน
- ผู้ป่วยเปลี่ยนกาแฟเย็นใส่นมข้นหวานเป็นทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพมากขึ้น
- รายงานการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วเริ่มมีแนวโน้มดีขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการใช้ยา โดยสำรวจว่าผู้ป่วยเข้าใจผลเสียของน้ำตาลสูงเรื้อรังหรือไม่ และประเมินว่าผู้ป่วยรู้วิธีรับประทานยาอย่างถูกต้องหรือไม่
2. ประเมินความรู้ ทักษะ และความเชื่อด้านอาหาร โดยประเมินเหตุผลที่รับประทานหวาน มัน เค็ม และประเมินแรงสนับสนุนจากครอบครัวที่อาจส่งเสริมพฤติกรรมกินไม่เหมาะสม
3. ให้ความรู้เรื่ององค์ประกอบสำคัญของการควบคุมเบาหวาน การใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ หลักโภชนาการผู้ป่วยเบาหวาน (ลดหวาน มัน เค็ม, เลือกอาหาร GI ต่ำ) ความสำคัญของการออกกำลังกายสม่ำเสมอ 30 นาที/วัน สัปดาห์ละอย่างน้อย 3 ครั้ง และการตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้วและการจดบันทึก

4. ให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยา Metformin อธิบายผลดีของการกินยาตรงเวลา และอธิบายผลเสียของการลืมยา เช่น น้ำตาลพุ่งและภาวะแทรกซ้อนระยะยาว
5. ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน หลีกเลี่ยงไขทอด ขนมชั้น บั้วลอย และกาแฟเย็นใส่นมข้นหวาน สอนวิธีเลือกอาหาร เมื่อไปสวนหรือทำงานนอกบ้าน เช่น เตรียมอาหารกล่อง และแนะนำทางเลือก เช่น กาแฟดำใส่นมน้อย ใช้หวานน้อย หรือแบบไม่เติมน้ำตาล
6. ส่งเสริมการจัดระบบเตือนการรับประทานยา เช่น ใช้โทรศัพท์ตั้งปลุก ใช้กล่องแบ่งยารายวัน และให้ผู้ป่วยเชื่อมโยงการกินยากับกิจวัตร เช่น หลังอาหารเช้า-เย็น
7. ส่งเสริมบทบาทครอบครัว ให้ครอบครัวช่วยเตือนการกินยา ช่วยเลือกอาหารที่เหมาะสมและลดการซื้อของหวานให้ผู้ป่วย
8. ติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ติดตามระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ประเมินอาการภาวะแทรกซ้อน เช่น ชา ปัสสาวะบ่อย อ่อนเพลีย และนัดติดตามผ่านโทรศัพท์ หรือ Telehealth ทุก 2-4 สัปดาห์

การประเมินผล

หลังการให้คำแนะนำ 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้ครบตามกำหนดมากขึ้น จากเดิมลืมบ่อย เหลือลืมเพียงสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผู้ป่วยเริ่มลดกาแฟเย็นลงเหลือสัปดาห์ละ 3 ครั้ง และได้รับความร่วมมือจากครอบครัว ในการลดการซื้อขนมหวาน ผลการตรวจ FBS ล่าสุดลดลงจาก 165 mg/dL เหลือ 140 mg/dL ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น สามารถอธิบายหลักลดหวาน มัน เค็มได้ถูกต้อง (เมื่อนัดตรวจ HbA1c ใน 3 เดือน จะประเมินซ้ำตามเกณฑ์อีกครั้ง)

ปัญหาที่ 2 มีภาวะอ้วน

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยชอบรับประทานไขทอด ขนมชั้น บั้วลอย
- ดื่มกาแฟเย็นใส่นมข้นหวานทุกวัน
- BMI = 29 kg/m² (อยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 1 ตามเกณฑ์เอเชียแปซิฟิก)

วัตถุประสงค์

- เพื่อลดน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (BMI < 25 kg/m²) ภายใน 6 เดือน

การปฏิบัติการพยาบาล

1. ประเมินพฤติกรรมการกินอาหารและพลังงานที่ได้รับในชีวิตประจำวัน ประเมินชนิดอาหาร ปริมาณ และเวลาในแต่ละมื้อ ประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อการกิน เช่น ความชอบส่วนตัว อิทธิพลของครอบครัว ความสะดวกในการประกอบอาหาร และสอบถามสาเหตุการเลือกอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลสูง
2. ให้คำแนะนำด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วน อธิบายหลักการจำกัดน้ำตาล ไขมัน และอาหารทอด แนะนำการเปลี่ยนวิธีปรุงอาหารเป็น ต้ม นึ่ง อบ ย่าง เพื่อลดพลังงาน

เน้นการบริโภคผักเพิ่มขึ้น และเลือกรับประทานอาหาร GI ต่ำ เช่น ข้าวกล้อง ผลไม้หวานน้อย และ เน้นน้ำตาลกาแฟเย็นใส่นมชั้นหวาน เช่น เปลี่ยนเป็นกาแฟดำ เต็มนม Low-fat และงดน้ำตาล

3. สอนการอ่านฉลากโภชนาการ แนะนำวิธีดูปริมาณน้ำตาล ไขมันอิ่มตัว และพลังงาน และให้ผู้ป่วยฝึกอ่านฉลากจริง และเลือกอาหารที่เหมาะสมร่วมกับพยาบาล

4. ส่งเสริมการออกกำลังกายตามหลักมาตรฐาน ออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที/วัน อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน แนะนำกิจกรรมที่เหมาะสมกับเกษตรกร เช่น เดินเร็ว ปั่นจักรยาน แบ่งเป็น ครั้งละ 20–30 นาที สอนการ Warm-up และ Cool-down เพื่อป้องกันการบาดเจ็บ

5. ใช้แนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง วางแผนร่วมกับครอบครัวในการจัดอาหารทั้งในบ้าน และเมื่อไปทำสวน ให้ครอบครัวสนับสนุนการลดของหวาน ลดการซื้อขนมฝาก

6. ติดตามน้ำหนักตัวและพฤติกรรมเป็นระยะ ชั่งน้ำหนักและคำนวณ BMI ทุกเดือน บันทึก น้ำหนักในแผนการดูแล ประเมินอุปสรรค เช่น ความเคยชินของผู้ป่วย ความสะดวกในการเข้าถึงอาหาร ที่เหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

- น้ำหนักลดลงอย่างน้อย 2–4 กิโลกรัม ภายใน 6 เดือน
- ผู้ป่วยสามารถเลือกอาหารได้เหมาะสมมากขึ้น เช่น เลือกอาหารหนึ่งแทนทอด
- BMI มีแนวโน้มลดลงสู่เกณฑ์ปกติ ($18.5\text{--}24.9\text{ kg/m}^2$)
- พฤติกรรมการกินหวาน มัน เค็มลดลงอย่างเห็นได้ชัด
- ผู้ป่วยสามารถอธิบายการอ่านฉลาก และหลักการเลือกอาหารได้ถูกต้อง

การประเมินผล

หลังจากดำเนินกิจกรรมพยาบาล 4–8 สัปดาห์ ผู้ป่วยสามารถลดการดื่มกาแฟเย็นลงเหลือ 2–3 ครั้งต่อสัปดาห์ และลดปริมาณขนมหวานที่บริโภคในแต่ละวันได้ โดยได้รับการสนับสนุนจาก ครอบครัวในการเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพมากขึ้น น้ำหนักลดลง 1.5–2 กิโลกรัม จากการติดตาม ครั้งล่าสุด ผู้ป่วยแสดงความเข้าใจเรื่องการจำกัดอาหารทอด ไขมันสูง และสามารถอ่านฉลาก โภชนาการได้ถูกต้อง นอกจากนี้ยังเริ่มออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งคาดว่า BMI และระดับ HbA1c จะมีแนวโน้มดีขึ้น ในการนัดครั้งถัดไป

บทสรุป

การพยาบาลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นแนวทางการดูแล ที่มีความสำคัญยิ่งในยุค ที่สังคมเข้าสู่ภาวะผู้สูงอายุและโรคเบาหวานทวีความรุนแรงในระดับสาธารณสุข การดูแลที่บ้านช่วย เสริมให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมสุขภาพกาย-ใจ และลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวและระบบสุขภาพในระยะยาว พยาบาล มี บทบาทสำคัญในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยผ่านการให้คำปรึกษาเรื่องการควบคุมปัจจัย

เสี่ยง เช่น การเลิกบุหรี่ การจำกัดการดื่มสุรา การควบคุมความดันโลหิตและไขมัน เพื่อป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือด โดยในระดับปฐมภูมิ พยาบาลเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอ ระดับทุติยภูมิเน้นการค้นหาและจัดการ ภาวะแทรกซ้อนระยะแรก เช่น ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา พร้อมติดตามและปรับแผนการดูแลร่วมกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่วนระดับตติยภูมิมุ่งเน้นการฟื้นฟู ชะลอการดำเนินโรค และป้องกัน ความพิการ ในผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกระดับทำให้ผู้ป่วยสามารถ เฝ้าระวังภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ได้ตั้งแต่ยังไม่มีอาการผิดปกติ ซึ่งเป็นช่วงสำคัญ ในการป้องกันการ สูญเสียการมองเห็นและลดภาระต่อระบบสุขภาพ ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการดูแล ที่บ้านจึงเป็นหัวใจสำคัญในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และส่งเสริมคุณภาพชีวิต ที่ยั่งยืนให้กับผู้ป่วยในชุมชน

คำถามท้ายบท

1. ข้อใด ไม่ใช่ แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน

- ก. ส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
- ข. ให้ข้อมูลเรื่องการควบคุมอาหาร
- ค. สนับสนุนให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาลดน้ำตาล
- ง. ส่งเสริมการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม

คำตอบที่ถูกต้อง ค

2. การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เช่น แผลที่เท้า จัดอยู่ในระดับการป้องกันใด

- ก. ระยะปฐมภูมิ
- ข. ระยะทุติยภูมิ
- ค. ระยะตติยภูมิ
- ง. ระยะวิกฤต

คำตอบที่ถูกต้อง ข

3. ข้อใดคือบทบาทของพยาบาลในการบริหารยาอย่างปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน

- ก. แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนยาเองเมื่อไม่สบาย
- ข. ให้ผู้ป่วยฉีดอินซูลินโดยไม่ต้องล้างมือ
- ค. ตรวจสอบความถูกต้องของยาและวิธีใช้
- ง. ให้หยุดยาเมื่อระดับน้ำตาลลดลง

คำตอบที่ถูกต้อง ค

4. ข้อใดคือข้อดีของการใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน

- ก. ลดความจำเป็นในการประเมินอาการ
- ข. ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยต้องออกกำลังกาย
- ค. สนับสนุนการติดตามอาการและให้คำแนะนำจากระยะไกล
- ง. ใช้แทนการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลได้อย่างสมบูรณ์

คำตอบที่ถูกต้อง ค

5. จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นเนื่องจากปัจจัยใดเป็นหลัก

- ก. ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากครอบครัวและพยาบาล
- ข. เปลี่ยนยาใหม่โดยไม่ปรึกษาแพทย์
- ค. หยุดทานคาร์โบไฮเดรตทุกชนิด
- ง. เลือกใช้วิธีรักษาด้วยสมุนไพรเพียงอย่างเดียว

คำตอบที่ถูกต้อง ก

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2566). รายงานประจำปี 2566 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- จิตรศุภรณ์รณ ดอนนา. (2560). ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านที่มีต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 4(1), 60–70.
- จิรวัดณ์ บุญรักษ์. (2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่เกาะ. *วารสาร Singburi Hospital Journal*, 31(3), 19–35.
- ดวงใจ พูลงาน. (2568). รูปแบบการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์ใต้ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, 10 (3). 267–275.
- ไตรภพ ชัยนการนาวิ, และพัชราภรณ์ เจนใจวิทย์. (2565). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวที่มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 29(2), 111–120.
- นวรรตน์ ใจกล้า, และกมลภฏ ถนอมสัจย์. (2568). บทบาทพยาบาลชุมชนกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีราช*, 5 (2). 1–9.
- วาสนา ยินดีมาก, หทัยวรรณ แสงคำไฟ และภัทราพร ตันนุกุล (2568) ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้นโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 22(1).
- ศิริพร เสรี, & กล้าเผชิญ โชคบำรุง. (2561). ความเสี่ยงโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาในโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 41(3), 122–127.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2566). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566*. กรุงเทพมหานคร: สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย.
- สายทอง หาญอินทร์, & รุ่งนภา เกียรติศิริ. (2564). การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. *สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค*.
https://www.tsm.go.th/KM/see_research.php?file=upload%2F9133-3389.pdf&id=227
- สุรีย์ ทั้งทอง (2568). ผลการใช้โปรแกรมสมาธิบำบัด (SKT3) ต่อการลดความดันโลหิต และน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ในคลินิกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอชนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช. *J Prim Health Res.* 1(1), 79–95

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). รายงานสถิติรายปีประเทศไทย 2567 *Statistical Yearbook Thailand 2024*. https://www.nso.go.th/public/e-book/Statistical-Yearbook/SYB-2024_webPage/Page_SYB_EN.html

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2562). รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี, แชนดี เพรส

อุมาภรณ์ กำลังดี, ภาวนา บุญมุสิก, และอัจฉริยา วัชรวิวัฒน์. (2560). การพัฒนาแนวทางเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือความดันโลหิตสูงด้วยทีมหมอครอบครัว. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(พิเศษ), S34-S45.

American Diabetes Association. (2023). Standards of medical care in diabetes—2023. *Diabetes Care*, 46(Suppl. 1), S1-S291. <https://doi.org/10.2337/dc23-S001>

American Diabetes Association. (2024). Economic costs of diabetes in the U.S. in 2022. *Diabetes Care*, 47(4), 689–698. <https://doi.org/10.2337/dci24-0001>

American Diabetes Association. (2024). Diabetes technology: Standards of care in diabetes—2025. *Diabetes Care*, 48(Suppl. 1), S146–S166. <https://doi.org/10.2337/dc25-S007>

American Diabetes Association. (2025). Section 7: Diabetes technology. *Clinical Diabetes*, 43(2), 204–206. <https://doi.org/10.2337/cd25-a007>

American Diabetes Association. (2025). *Standards of care in diabetes—2025*. <https://professional.diabetes.org/standards-of-care>

International Diabetes Federation. (2021). *IDF diabetes atlas* (10th ed.). <https://diabetesatlas.org>

International Diabetes Federation. (2025). *IDF global clinical practice recommendations for managing type 2 diabetes—2025*. https://idf.org/media/uploads/2025/04/IDF_Rec_2025.pdf

The Lancet Diabetes & Endocrinology. (2018). Family matters in diabetes care. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 6(12), 927. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(18\)30317-6](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(18)30317-6)

World Health Organization. (2021). *Diabetes*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

World Health Organization. (2023). *Global report on diabetes*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

บทที่ 3

การพยาบาลที่บ้าน กรณีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

แนวคิดรวบยอด

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลกที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2023a) ให้คำจำกัดความของโรคความดันโลหิตสูงว่า เป็นภาวะที่ระบบไหลเวียนโลหิตมีแรงดันต่อผนังหลอดเลือดสูงกว่าระดับปกติอย่างต่อเนื่อง โดยมีค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) ตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และ/หรือค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) ตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป จากการวัดในเวลาที่แตกต่างกันอย่างน้อยสองครั้ง แนวทางการจัดการโรคความดันโลหิตสูง มุ่งเน้นการควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในระดับเป้าหมาย โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย (Lifestyle modification) ร่วมกับการใช้ยา ในบริบทของการพยาบาลที่บ้าน (Home health nursing) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องได้รับการดูแลแบบองค์รวมที่ต่อเนื่อง เน้นการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพตนเอง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในสิ่งแวดล้อมจริง ให้คำแนะนำในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา และการเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้อ่าน

1. บอกสถานการณ์ปัญหาของโรคความดันโลหิตสูง ผลกระทบของการเจ็บป่วย และประโยชน์ของการพยาบาลที่บ้าน
2. ประยุกต์ใช้แนวทางการพยาบาลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. ประยุกต์ใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงมักถูกเรียกว่า "ภัยเงียบ" เนื่องจากในระยะแรกมักไม่มีอาการชัดเจน แต่สามารถส่งผลกระทบต่ออวัยวะภายในได้อย่างเงียบๆ โดยไม่แสดงสัญญาณเตือนที่ชัดเจน ที่อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพร้ายแรง เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไต โรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล ทั้งในแง่ของค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ระบบสาธารณสุขและเศรษฐกิจของประเทศ สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงอาจเกิดจากปัจจัยทางพันธุกรรม รวมถึงพฤติกรรมการใช้ชีวิต เช่น การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง การขาดการออกกำลังกาย ความเครียด และการสูบบุหรี่ ในการป้องกันและจัดการกับโรคนี้สามารถทำได้ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต และในบางกรณีอาจจำเป็นต้องใช้ยาควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ การสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและแนวทางป้องกัน จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยในระยะยาว

3.1 สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2023a) รายงานว่าร้อยละ 33 จากประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลก ประมาณ 1.4 พันล้านคน อายุ 30–79 ปี อยู่ในภาวะความดันโลหิตสูง โดยร้อยละ 75 ของผู้ป่วยอยู่ในประเทศรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ และประมาณหนึ่งในห้าของผู้ป่วยเท่านั้น ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ นอกจากนี้พบว่าโรคความดันโลหิตสูงในประชากรผู้ใหญ่เพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าระหว่างปี ค.ศ. 1990–2019 โดยเพิ่มจากผู้หญิง 331 ล้านคน (ช่วงค่าความเชื่อมั่น 95% = 306–359 ล้านคน) และผู้ชาย 317 ล้านคน (NCD Risk Factor Collaboration, 2021)

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค โดยกองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2567) ระบุว่า ในปี พ.ศ. 2562 คนไทยประมาณ 1 ใน 4 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ราว 14 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 25.4 และร้อยละ ร้อยละ 48.8 หรือเกือบ 7 ล้านคน ไม่ทราบว่าตนเองป่วยและยังไม่ได้รับการรักษา นอกจากนี้ยังพบว่าในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 507,104 คน สอดคล้องกับการศึกษาของวิชัย เอกปกรณ์และคณะ (2567) ใช้ข้อมูลระหว่างพ.ศ. 2562–2563 พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย อยู่ที่ร้อยละ 25.7 (ร้อยละ 24.6 และ 26.8 ในเพศหญิงและเพศชาย ตามลำดับ) จากผู้ป่วยทั้งหมดร้อยละ 51.5 ทราบการวินิจฉัยของตนเอง ร้อยละ 47.9 ได้รับการรักษา และร้อยละ 22.7 ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ แนวโน้มอัตราการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงพบว่าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.8 ในปี พ.ศ. 2547 สูงสุดที่ร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2557 จากนั้นลดลงเหลือร้อยละ 22.7 ในพ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2563 ขณะที่อัตราการตระหนักรู้โรค เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30.7 เป็นร้อยละ 55.8 ระหว่าง ปี พ.ศ. 2547–2557 แต่ลดลงเหลือร้อยละ 51.5 ในพ.ศ. 2562–2563 เช่นกัน จะเห็นได้ว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูง

ในประเทศไทยยังคงอยู่ในระดับสูงมาตลอด 20 ปีที่ผ่านมา จึงจำเป็นต้องมีมาตรการเร่งด่วนที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยเสี่ยงหรือสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ

1) ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้

- พันธุกรรม (Genetic factors) จากการศึกษาพบว่า บุคคลที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีโอกาสได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเมื่ออายุ 50 ปีมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติถึง 3.52 เท่า (Kunnas et al., 2024) เชื่อมโยงกับยีนบางชนิดที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันโลหิตสามารถถ่ายทอดจากบิดามารดา และความผิดปกติของหลอดเลือด ฮอร์โมน ไต หรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้องพันธุกรรม รวมทั้งสิ่งแวดล้อมในครอบครัว

- อายุ (Age) การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของหลอดเลือดที่เกิดขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น เช่น ผนังหลอดเลือดตีบแคบ ความยืดหยุ่นลดลง ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) และส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงซิสโตลิกแยกส่วน (Isolated systolic hypertension: ISH) ที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนสูงและความดันชีพจร (Pulse pressure) กว้าง โดยเฉพาะช่วงอายุ 50 ปีขึ้นไป ในขณะที่ความดันโลหิตตัวล่าง จะเพิ่มขึ้นจนถึงช่วงอายุ 55-60 ปี จากนั้นจึงเริ่มลดลงเล็กน้อยและการที่หลอดเลือดแดงมีการตีบแคบลงทำให้เกิดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral resistance) ส่งผลให้ร่างกายต้องเพิ่มความดันโลหิตเพื่อคงการไหลเวียนเลือดให้เพียงพอ (พรทิพย์ สาริโส, 2565)

- เพศ (Gender) เพศชายมีความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงกว่าเพศหญิง เมื่ออายุมากขึ้นความชุกของโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งสองเพศ (Priya & Thakur, 2025)

2) ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้

- พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การบริโภคโซเดียมในปริมาณสูง เกี่ยวข้องกับระดับความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากทำให้เกิดการกักเก็บน้ำในร่างกายและเพิ่มปริมาณเลือดหมุนเวียน ขณะเดียวกันการได้รับแร่ธาตุที่จำเป็นต่อการควบคุมสมดุลความดันโลหิต เช่น โพแทสเซียม ซึ่งมีบทบาทในการช่วยขับโซเดียมออกจากร่างกาย และส่งเสริมการขยายตัวของหลอดเลือด การได้รับโพแทสเซียมอย่างเพียงพอจากอาหาร เช่น ผัก ผลไม้ และธัญพืช สามารถลดความเสี่ยง ของโรคความดันโลหิตสูงได้ องค์การอนามัยโลกแนะนำผู้ใหญ่บริโภคโพแทสเซียมจากอาหารอย่างน้อย 3,510 มิลลิกรัมต่อวัน (WHO, 2012)

- การขาดกิจกรรมทางกาย หรือพฤติกรรมเนือยนิ่ง (Sedentary behavior) การออกกำลังกายสม่ำเสมอ มีผลโดยตรงต่อการลดความดันโลหิต โดยการปรับปรุงการทำงานของหลอดเลือด (Vascular function) ลดความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย รวมทั้งช่วยเพิ่มความไวของร่างกายต่ออินซูลิน ลดน้ำหนัก และลดระดับฮอร์โมน องค์การอนามัยโลก แนะนำให้ผู้ใหญ่ควรมีกิจกรรมทางกายแบบแอโรบิกระดับปานกลางอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือกิจกรรมระดับหนักอย่างน้อย

75 นาทีต่อสัปดาห์ เพื่อส่งเสริมสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด และลดความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง (WHO, 2020)

- การบริโภคแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ การบริโภคแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก หรือต่อเนื่องเป็นเวลานาน จะมีผลกระทบระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) ทำให้หลอดเลือดหดตัวและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น แอลกอฮอล์ยังรบกวนสมดุลของระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน (RAAS) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันโลหิต (Marchi et al., 2021) สารนิโคติน (nicotine) ในบุหรี่สามารถกระตุ้น ระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น และหลอดเลือดหดตัว นำไปสู่การเพิ่มของทั้งความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง สารพิษอื่นๆ ในควันบุหรี่ เช่น คาร์บอนมอนอกไซด์ และ สารอนุมูลอิสระ ยังส่งผลต่อเยื่อผนังหลอดเลือด (endothelium) ทำให้เกิดการอักเสบ และลดการผลิต ไนตริกออกไซด์ (NO) ซึ่งมีหน้าที่ขยายหลอดเลือด ส่งผลให้หลอดเลือดแข็งตัวและความดันเพิ่มขึ้น ในระยะยาว (Messner & Bernhard, 2014; WHO, 2023b)

- น้ำหนักตัวและดัชนีมวลกาย ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน มีความสัมพันธ์โดยตรง กับความดันโลหิตสูง การสะสมของไขมันในร่างกายโดยเฉพาะในช่องท้องส่งผลต่อการต้านทานอินซูลิน การกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ และการเพิ่มการทำงานของระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน ซึ่งเป็น กลไกสำคัญในการควบคุมความดันโลหิต (Navarro & Sharh, 2024) คำนวณจากสูตร: BMI = น้ำหนัก (กิโลกรัม) / ส่วนสูง (เมตร)² ค่าที่ได้สามารถจัดกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น ต่ำกว่า 18.5: น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ 18.5 – 22.9: น้ำหนักปกติ 23.0 – 24.9: น้ำหนักเกิน 25.0 ขึ้นไป: โรคอ้วน (ตามเกณฑ์เอเชีย)

- ความเครียดเรื้อรัง (Chronic stress) มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาของโรคความดันโลหิตสูง งานวิจัยพบว่า **ระดับฮอร์โมนความเครียดสูงมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือดที่สูงขึ้น** เมื่อเทียบกับผู้ที่มีระดับฮอร์โมนความเครียดต่ำอย่างมีนัยสำคัญ สามารถกล่าวได้ว่า ภาวะความเครียดเรื้อรังอาจมีบทบาทสำคัญต่อพยาธิกำเนิดของโรคความดันโลหิตสูง (Tsai et.al., 2024)

- ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิต บุคคลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล มักประสบปัญหาเกี่ยวกับความรวดเร็วในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และการรักษาที่ทันท่วงที บุคคลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีมลพิษทางอากาศ (air pollution) พบว่า มีความสัมพันธ์ กับความดันโลหิตสูง จากกลไกการอักเสบของหลอดเลือดและการเพิ่มของสารอนุมูลอิสระ (WHO, 2023a) สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ เป็นตัวกำหนดที่สำคัญประการหนึ่งของภาวะสุขภาพ ผู้ที่มีรายได้น้อย หรือการศึกษาต่ำ มีแนวโน้มที่จะประสบกับความเครียดเรื้อรัง พร่องความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ เลือกบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ และขาดโอกาสในการออกกำลังกาย (WHO, 2007; Navarro & Sharh, 2024)

3.1.1 ผลกระทบของการเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง ถือเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่มีผลกระทบอย่างกว้างขวางในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม โดยส่งผลทั้งทางกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิต รวมถึงสร้างภาระต่อระบบสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง (WHO, 2023b)

– ผลกระทบต่อผู้ป่วย

1) ด้านร่างกาย โรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด (Coronary artery disease) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) และโรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) ซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการถาวรหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (WHO, 2023; กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ, 2567)

2) ด้านจิตใจ ผู้ป่วยที่เผชิญกับความดันโลหิตสูงในระยะยาวมักประสบ กับความเครียดทางจิตใจอันเนื่องมาจากการเฝ้าระวังอาการอย่างต่อเนื่อง ความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรค และข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน อาจนำไปสู่ภาวะเครียดเรื้อรัง ซึ่งเป็นผลกระทบทางสุขภาพจิตที่พบบ่อย (Tsai et.al., 2024)

3) ด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับค่าใช้จ่ายจำนวนมาก เช่น ค่ายา ค่าพบแพทย์ ค่าเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต รวมถึงค่าเสียโอกาสจาก การขาดรายได้จากการลาป่วยหรือความสามารถในการทำงานที่ลดลง

– ผลกระทบต่อครอบครัว

1) ภาระด้านการดูแล (Care burden) ผู้ดูแลต้องเผชิญกับภารกิจในการจัดการยารักษาโรค พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ ดูแลกิจวัตรประจำวัน และติดตามอาการของโรคอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลต้องเสียสละเวลาในการทำงานประจำหรือพักผ่อน และในบางกรณีอาจต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มเวลา อาจส่งผลต่อรายได้ของครอบครัวและเสถียรภาพทางการเงินในระยะยาว

2) ผลกระทบทางจิตใจ การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในระยะยาว อาจนำไปสู่ภาวะหมดไฟในการดูแล (Caregiver burnout) ซึ่งเป็นสภาวะที่เกิดจากความเหนื่อยล้าเรื้อรัง ทั้งทางกายและจิตใจ ประกอบกับความเครียด จากความไม่แน่นอนของโรคและภาวะแทรกซ้อน งานวิจัยพบว่า ผู้ดูแลอาจเกิดความเครียดสะสม ซึมเศร้าและวิตกกังวลจากการต้องควบคุมอารมณ์ เพื่อไม่ให้กระทบจิตใจผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าการดูแลตัวเองต้องแลกมาด้วยความสุขหรือเข้มแข็งอยู่ตลอดเวลา (Muangman, 2014)

3) ภาระด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายจากการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ค่าใช้จ่ายโดยตรง (Direct costs) เช่น ค่ายา ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ และค่าพาหนะ ค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจ (Opportunity costs) เช่น การลางานหรือลาออกจากงานของผู้ดูแล ค่าใช้จ่ายแฝง (Hidden/Indirect costs) เช่น การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้าน ค่าจ้างผู้ดูแล เหล่านี้อาจส่งผลกระทบระยะยาว เช่น การเข้าสู่วงจรหนี้สิน เด็กหรือสมาชิกคนอื่นในครอบครัวอาจต้องเสียโอกาสทางการศึกษาและการทำงาน

– ผลกระทบต่อชุมชนและระบบสาธารณสุข

1) ด้านเศรษฐกิจและสังคมในระดับชุมชน ได้แก่ การลดลงของผลิตภาพแรงงาน (Labor productivity) เช่น การลางานบ่อยครั้ง การเกษียณก่อนวัย หรือความสามารถในการทำงานลดลง ทำให้ประสิทธิภาพของแรงงานในภาคการผลิต การบริการ และภาคเศรษฐกิจโดยรวมชะลอตัว การที่ครอบครัวและชุมชน ยังต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยเพิ่มขึ้น อาจกระทบต่อการลงทุนด้านอื่น เช่น การศึกษาและการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน

2) ความท้าทายในการควบคุมโรคระดับชุมชน ชุมชนที่ขาดโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพที่เข้มแข็ง เช่น การเข้าถึงบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ระบบคัดกรองและเฝ้าระวังโรคอย่างต่อเนื่อง และการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก มักเผชิญความยากลำบากในการจัดการกับภาวะเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการวินิจฉัยล่าช้า การรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง และอัตราการควบคุมโรคต่ำ ซึ่งนำไปสู่ภาระโรคที่เพิ่มขึ้นในระยะยาวได้

3) ภาระต่อระบบสาธารณสุข องค์การอนามัยโลก (WHO, 2023a) ระบุว่า โรคความดันโลหิตสูง เป็นหนึ่งในปัจจัยหลักที่ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น การรักษาภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงและต้องการทรัพยากรทางการแพทย์จำนวนมาก มีผลต่อการจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขในระยะยาว

4) ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ (Health inequality) การขาดระบบสนับสนุนสุขภาพในบางพื้นที่ การเข้าถึงบริการ และการมีความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะประชาชนในชุมชนชนบทหรือชุมชนเมืองแออัด ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงสูงที่จะเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มอื่นๆ

3.1.2 ประโยชน์ของการพยาบาลที่บ้าน กรณีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การพยาบาลที่บ้าน (Home health nursing) เหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในกลุ่มที่ต้องการการติดตามอาการสม่ำเสมอ การดูแลสุขภาพในสิ่งแวดล้อม ที่คุ้นเคย และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในกระบวนการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย ดังนี้

1) ส่งเสริมการควบคุมความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง การพยาบาลที่บ้านที่มีบทบาทสำคัญในการควบคุมโรคในระยะยาว โดยช่วยให้เกิดการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ และประเมินปัจจัยเสี่ยง ที่อาจกระทบต่อการควบคุมความดันโลหิต รวมถึงสามารถให้คำแนะนำ โดยปรับแนวทางการดูแลให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย กล่าวได้ว่าการให้คำแนะนำเชิงพฤติกรรม และการส่งเสริมสุขภาพแบบรายบุคคลเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพที่เน้นการป้องกัน การดูแลแบบองค์รวม และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างยั่งยืน

2) เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในบริบทของบ้าน มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งเสริมการมี

ส่วนร่วมในชีวิตประจำวัน ลดความรู้สึกโดดเดี่ยวทางสังคม (social isolation) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3) ลดภาระของระบบสุขภาพและค่าใช้จ่ายโดยรวม การพยาบาลที่บ้านเป็นกลยุทธ์ด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพ โดยลดการพึ่งพาการรักษาในโรงพยาบาล ลดอัตราการกลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำ (Readmission rate) เนื่องจากการมีการติดตามอาการอย่างใกล้ชิด และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการโรคด้วยตนเอง (Self-care management) ลดความแออัดในระบบบริการสุขภาพ และลดต้นทุนระยะยาวของระบบสาธารณสุข หลายงานวิจัยพบว่าการดูแลที่บ้าน มีต้นทุนเฉลี่ยต่อผู้ป่วยต่ำกว่าการดูแลในสถานพยาบาลถึง 20–30% ในบางกรณี (Totten et al., 2016; Curioni et al., 2023)

4) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล โดยการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจของครอบครัวเกี่ยวกับโรค เปิดโอกาสให้พยาบาลสามารถให้คำแนะนำแก่ครอบครัวในสถานการณ์จริง การสร้างความร่วมมือและบทบาทของครอบครัว ในกระบวนการดูแลสุขภาพ ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของในกระบวนการรักษา (Ownership in care process) การเสริมสร้างระบบสนับสนุนทางสังคมภายในครอบครัว และการลดภาวะหมดไฟของผู้ดูแล สามารถกล่าวได้ว่าการพยาบาลที่บ้าน เป็นมากกว่าการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล แต่เป็นกระบวนการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างครอบครัวกับระบบสุขภาพ ซึ่งนำไปสู่การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และสนับสนุนการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยในระยะยาว และการมีสุขภาวะของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวอย่างยั่งยืน

5) ขยายบทบาทของพยาบาลในชุมชน ได้แก่ บทบาทผู้จัดการกรณี (Case manager) ช่วยให้พยาบาลสามารถออกแบบแผนการดูแลเฉพาะบุคคล (Individualized care plan) ซึ่งเน้นทั้งด้านการป้องกันโรค การฟื้นฟู และการส่งเสริมสุขภาพ บทบาทผู้เชื่อมโยงผู้ป่วยกับทรัพยากรในชุมชน พยาบาลสามารถประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การท้องถิ่น และอาสาสมัครสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็น และลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ บทบาทผู้ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในระดับชุมชน ในการให้ความรู้ สร้างความตระหนักรู้ผ่านกิจกรรมรณรงค์ การจัดกลุ่มสุขภาพ หรือการออกเยี่ยมบ้านเชิงรุกในชุมชน ซึ่งช่วยสนับสนุนให้เกิดความไว้วางใจ สร้างศรัทธา และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว บทบาทผู้สนับสนุนนโยบายสุขภาพระดับพื้นที่ โดยพยาบาลสามารถ เป็นกระบอกเสียงในการนำเสนอข้อมูลด้านสุขภาพเชิงนโยบาย เช่น ความต้องการในการเข้าถึงยา การดูแลระยะยาว หรือระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างระบบสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการจริงของพื้นที่

3.2 แนวทางการพยาบาลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3.2.1 ระดับปฐมภูมิ

การพยาบาลที่บ้านระดับปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและส่งเสริมการมีสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืน ดังนี้

1) ให้ความรู้ด้านสุขภาพ (Health education) เป็นองค์ประกอบสำคัญของการพยาบาลแบบองค์รวมที่เน้นการดูแลในระยะยาว การขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยละเลยการดูแลสุขภาพ เนื้อหาสำคัญในการให้ความรู้ ได้แก่ สาเหตุปัจจัยเสี่ยง อาการ แนวทางการป้องกันและควบคุมโรค รวมถึงผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรค การให้ความรู้ควรใช้วิธีการหลากหลายสอดคล้องกับผู้ป่วย เช่น การสอนแบบตัวต่อตัว การใช้สื่อวิดีโอ ประกอบ การสาธิตการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเรียนรู้ สอดคล้องกับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้หรือได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอให้ความร่วมมือในการรักษาสูงขึ้น ทำให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี (Ayodapo et al., 2020)

2) ส่งเสริมการออกกำลังกาย (Physical activity promotion) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลแบบองค์รวม โดยการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง สามารถช่วยลดระดับความดันโลหิต ควบคุมน้ำหนัก และลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) มีผลดีต่อระบบประสาทอัตโนมัติที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความดัน การลดความดันโลหิต (Wang et al., 2025) องค์การอนามัยโลก แนะนำให้ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ควรมีกิจกรรมทางกายแบบแอโรบิกระดับ ปานกลางอย่างน้อย 150–300 นาทีต่อสัปดาห์ หรือกิจกรรมทางกายแบบแอโรบิกระดับหนักอย่างน้อย 75–150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือทำกิจกรรมผสมผสานระหว่างระดับปานกลางและระดับหนักในปริมาณ ที่เทียบเท่ากันตลอดสัปดาห์ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ (WHO, 2020) นอกจากนี้ พบว่า การมีส่วนร่วมจากครอบครัว มีผลต่อการเพิ่มอัตราการออกกำลังกายและพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (วัชระ เสงี่ยมศักดิ์, 2567)

3) ส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสม (Nutrition promotion) แนวคิดของ DASH Diet ย่อมาจาก Dietary Approaches to Stop Hypertension เป็นรูปแบบอาหารที่ถูกพัฒนาขึ้น โดย National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI, 2025) ซึ่งเน้นการบริโภคอาหารที่อุดมไปด้วย โพแทสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียม และใยอาหาร พร้อมกับจำกัดการบริโภค โซเดียม ไขมันอิ่มตัว และน้ำตาล การให้ความรู้เกี่ยวกับการเลือกอาหารแบบ DASH เช่น การใช้สมุนไพรแทนเกลือ การนั่งหรือต้ม แทนการทอด และวางแผนเมนูประจำวันร่วมกับครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ การศึกษาของนริศรา คงแก้ว (2565) พบว่า การจัดกิจกรรมกลุ่มครอบครัวให้ความรู้ร่วมกับปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลือกอาหารแบบ DASH ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างลดลง

ตารางที่ 1 แสดงสัดส่วนอาหารอาหารตามหลัก DASH Diet พลังงานไม่เกิน 2,000 กิโลแคลอรีต่อวัน สำหรับคนไทย

กลุ่มอาหาร	ปริมาณ (โดยประมาณ)
ข้าว แป้งและธัญพืชต่างๆที่ไม่ขัดสี	6-8 ทัพพีต่อวัน
ผักหลากหลายชนิด	4-5 ทัพพีต่อวัน
ผลไม้	4-5 ส่วนต่อวัน (ผลไม้เป็นลูก 1 ลูก = 1 ส่วน หรือ 6-8 ช้อน = 1 ส่วน)
เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ	12 ช้อนกินข้าวต่อวัน
ถั่วเมล็ดแห้งชนิดต่างๆ	4-5 กำมือต่อสัปดาห์
นมและผลิตภัณฑ์จากนม (เลือกไขมันต่ำ)	2-3 แก้วต่อวัน
อาหารหวานชนิดต่างๆ	น้ำตาลไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน
น้ำมัน	ไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน
โซเดียม	น้อยกว่า 2,300 มก.ต่อวัน (เทียบเท่าเกลือ 1 ช้อนชา/ ช้อนน้ำปลา 4-6 ช้อนชา)

ที่มา: คุณความดันให้อยู่หมัดด้วย DASH Diet, งานโภชนาการ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

4) ลดปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ (Risk factor reduction) เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสามารถส่งผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยในระยะยาว ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ (Smoking cessation) การลดการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol reduction) การลดความเครียด (Stress management) การลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย และการหลีกเลี่ยงมลภาวะ ล้วนมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

3.2.2 ระดับทุติยภูมิ

การพยาบาลที่บ้านระดับทุติยภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มุ่งเน้นการลดความรุนแรงของโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

1) ส่งเสริมความเข้าใจด้านการบริหารยา เนื่องจากการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ มีผลต่อประสิทธิภาพการรักษาโรคความดันโลหิตสูง บทบาทพยาบาลที่บ้าน ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับยา เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างถูกต้อง โดยผู้ป่วยควรเข้าใจวัตถุประสงค์ วิธีการใช้ อาการข้างเคียงที่พบบ่อย และวิธีการจัดการเมื่อลืมรับประทานยา การติดตามและประเมินการใช้ยา ซึ่งครอบคลุมการตรวจสอบความถูกต้องในการใช้ยา การประเมินอาการไม่พึงประสงค์ และการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการเลือกใช้เครื่องมือช่วยบริหารยาให้เหมาะสมกับความสามารถและบริบทของผู้ป่วย เพื่อช่วยลดความผิดพลาดและเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (พรทิพย์ สาริโส, 2565; ประทุม สร้อยวงศ์, 2564).

2) เพื่าระวังอาการและภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้อง การติดตามวัดค่าความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้สามารถประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลได้อย่างแม่นยำ และเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนดูแล การวัดความดันโลหิตควรทำภายใต้สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม โดยให้นั่งพักอย่างน้อย 5 นาที ก่อนการวัด หลีกเลี่ยงการดื่มคาเฟอีน การออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่ก่อนวัดประมาณ 30 นาที และการเลือกขนาดของปลอกแขนที่เหมาะสมเพื่อความแม่นยำของผลวัด (Mancia et al., 2023) การเฝ้าระวังอาการร่วม เช่น อาการเวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย หรืออาการแน่นหน้าอก ควรได้รับการบันทึกพร้อมกับค่าความดันโลหิต เพื่อช่วยในการวินิจฉัยและประเมินระดับความรุนแรงได้ดียิ่งขึ้น (WHO, 2023b; กรมควบคุมโรค 2567)

3) ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เป็นองค์ประกอบสำคัญในการวางแผนการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke), โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease), ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) และโรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) (WHO, 2023a) การวิเคราะห์ความเสี่ยงแบบองค์รวมที่พิจารณาจากอายุ เพศ ค่าความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด การสูบบุหรี่ และประวัติครอบครัว การตรวจสอบภาวะแทรกซ้อนจากค่า eGFR, การตรวจหาโปรตีน ในปัสสาวะ และการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มีส่วนช่วยในการประเมินระดับความเสี่ยงได้แล้ว เพื่อนำมาวางแผนการดูแลสุขภาพป้องกันแบบเฉพาะบุคคลได้

4) ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยหรือบุคคลทั่วไปให้เข้ารับการตรวจสุขภาพตามนัดหมายอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้สามารถวินิจฉัยความผิดปกติได้ในระยะเริ่มต้นและวางแผนการดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังเป็นกระบวนการสำคัญ ในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง การตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอจึง (WHO, 2020)

5) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีบทบาทสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย โดยช่วยสังเกตอาการผิดปกติ ที่อาจบ่งชี้ภาวะแทรกซ้อนของโรคและสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น การรับประทานยา การออกกำลังกาย การปรับพฤติกรรมสุขภาพ และการมาพบแพทย์ตามนัด โดยเฉพาะในผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง การส่งเสริมบทบาทของครอบครัวสามารถทำได้ผ่านการให้ความรู้ การอบรม หรือการมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ซึ่งช่วยเพิ่มความตระหนักรู้ ลดความกังวล และเสริมความมั่นใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ (วัชร เสวียมศักดิ์, 2567)

6) ประสานงานกับทีมสุขภาพ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ และบุคลากรสหวิชาชีพอื่นๆ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการดูแลผู้ป่วย ที่มีความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย สามารถร่วมกันทบทวนปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ปรับแผนการรักษา และติดตามผลร่วมกันให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย การประสานงานที่ดี จะช่วยลดความซ้ำซ้อนในการรักษา เพิ่มคุณภาพและ

ความปลอดภัยในการดูแล เพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมโรคเรื้อรังและสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วย (Reeves et al., 2018)

3.2.3 ระดับตติยภูมิ

การพยาบาลที่บ้านระดับตติยภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มุ่งเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด ดังนี้

1) วางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพรายบุคคลในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรค ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยง ของภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตในระยะยาว การวางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพ ต้องมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย ประกอบด้วย การประเมินสุขภาพเฉพาะราย เพื่อวิเคราะห์สภาพร่างกาย พฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยด้านจิตสังคม เพื่อนำไปสู่การออกแบบแผนฟื้นฟูที่เหมาะสม โดยมีแนวทาง การฟื้นฟูสำคัญ ได้แก่ การส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับปานกลางอย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์ การปรับโภชนาการตามแนวทาง DASH เน้นผัก ผลไม้ ธัญพืชเต็มเมล็ด และลดโซเดียม รวมถึงการสนับสนุนการปรับพฤติกรรม ด้วยเทคนิคการให้คำปรึกษาแบบจูงใจ เพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ลดแอลกอฮอล์ และจัดการความเครียด (Whelton et al., 2017; NHLBI, 2025; WHO, 2020)

2) ส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการทำกิจวัตรประจำวัน สามารถช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต ลดความเสี่ยงของโรคแทรกซ้อน และป้องกันภาวะกล้ามเนื้อลีบที่อาจเกิดจากการไม่เคลื่อนไหวเป็นเวลานาน เช่น การลุกเดินภายในบ้าน การเดินรอบบ้าน การฝึกทำกิจกรรมเบาๆ ภายในบ้านโดยไม่หักโหม การสังเกตสัญญาณร่างกาย และการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ในการวางแผนกิจกรรมประจำวันร่วมกับผู้ป่วย ควรจัดตารางเวลาให้ผู้ป่วยรู้สึกมีเป้าหมายในแต่ละวัน เลือกกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบหรือเคยทำเพื่อเพิ่มแรงจูงใจ และการประเมินความปลอดภัยในบ้าน (WHO, 2020)

3) ฟื้นฟูด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมักเผชิญกับความเครียดจากการดำเนินชีวิตร่วมกับโรคเรื้อรัง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิต เช่น ความวิตกกังวล ซึมเศร้า หรือภาวะหมดกำลังใจ โดยภาวะทางอารมณ์เหล่านี้ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต แต่ยังมีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตและการปฏิบัติตามแผนการรักษา อย่างเคร่งครัดของผู้ป่วย อีกด้วยการฟื้นฟูด้านจิตใจและอารมณ์ จะเน้นการส่งเสริมสุขภาพทางจิตสังคม และการป้องกันภาวะทางอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ผ่านการพูดคุยให้กำลังใจ การรับฟังอย่างตั้งใจ และการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค ซึ่งจะช่วยลดความกลัวหรือความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการดำเนินโรค นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายอารมณ์ เช่น การฝึกสมาธิ การทำกิจกรรมสร้างสรรค์ การเข้าสังคมกับกลุ่มเพื่อนหรือชุมชน รวมถึงการให้คำปรึกษาจากนักจิตวิทยาหรือผู้เชี่ยวชาญ เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหรือความเครียดเรื้อรัง นอกจากนี้การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเผชิญปัญหา และมีทัศนคติเชิงบวกต่อสุขภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับ

โรคได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาว (นิรมล เมืองโสม, 2562; ประทุม สร้อยวงศ์, 2564; Tsai et.al., 2024)

4) ประเมินและติดตามผลการฟื้นฟูสมรรถภาพ การมีระบบการ ประเมินและติดตาม ผลอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนแผนการฟื้นฟูให้สอดคล้องกับความต้องการ ที่เปลี่ยนแปลง ไปของผู้ป่วย ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมสุขภาพ ประเมินและติดตามผลควรใช้ ทั้งการ ประเมินเชิงปริมาณ เช่น การวัดระดับความดันโลหิต ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living; ADL) หรือระดับความเครียดด้วยแบบประเมินมาตรฐาน และการประเมิน เชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการปรับตัวและคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตามการติดตาม ผลอย่างต่อเนื่องควรดำเนินการ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น พยาบาล แพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักจิตวิทยา โดยใช้แนวทางการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) เพื่อให้มั่นใจว่า แผนการฟื้นฟูนั้นตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมและความสามารถของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ซึ่งการ ประเมินผล ยังสามารถสะท้อนถึงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการดูแล เช่น การรับประทานยา ไม่สม่ำเสมอ การขาดแรงจูงใจในการออกกำลังกาย หรือปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ การระบุและ จัดการกับปัจจัยเหล่านี้ จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีความเหมาะสมและต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การประเมินควรดำเนินการในระยะเวลาต่อเนื่อง เช่น ทุก 1-3 เดือน โดยปรับเปลี่ยนตามระดับความรุนแรง ของโรคและสภาพร่างกายของผู้ป่วย พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลและวิเคราะห์แนวโน้มของการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะช่วยให้การวางแผนดูแลระยะยาวและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (นิรมล เมืองโสม, 2562; Ataman et al., 2024)

3.3 การใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

นวัตกรรมและเทคโนโลยี ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างประสิทธิภาพของระบบการดูแล สุขภาพ เพิ่มความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงอย่างยั่งยืน

1) อุปกรณ์วัดความดันโลหิตแบบพกพาและเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต (Bluetooth-enabled or Wi-Fi BP monitors) อุปกรณ์วัดความดันโลหิตอัตโนมัติแบบพกพาที่สามารถเชื่อมต่อกับเครือข่ายไร้สาย เช่น Bluetooth หรือ Wi-Fi ได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นอย่างมากในระบบสุขภาพยุคดิจิทัล โดยเฉพาะในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจำเป็นต้องมีการติดตามระดับความดันโลหิตอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น หลอดเลือดสมองตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือภาวะไตวายเรื้อรัง เทคโนโลยีดังกล่าว ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวัดค่าความดันโลหิตที่บ้านหรือระหว่างทำกิจกรรม ในชีวิตประจำวัน ซึ่งเรียกว่า Home Blood Pressure Monitoring (HBPM) โดยค่าที่ได้จะถูกส่งเข้าสู่ระบบ คลาวด์หรือแอปพลิเคชันที่เชื่อมโยงกับศูนย์สุขภาพหรือบุคลากรทางการแพทย์แบบเรียลไทม์ ซึ่งช่วยให้ ผู้ป่วยมีความรู้สึกรับประกันในการดูแลตนเอง และสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากหลักฐาน เชิงประจักษ์พบว่า การใช้ HBPM ร่วมกับระบบการติดตามจากระยะไกล (remote monitoring) ช่วยลด

ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อผสานกับการให้คำปรึกษาทางสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งยังช่วยในการตัดสินใจปรับการรักษาได้อย่างแม่นยำยิ่งขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับการวัดความดันเฉพาะในสถานพยาบาล (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2565; Omboni, 2022)



ภาพที่ 6 Bluetooth-enabled or Wi-Fi BP monitors

ที่มา: <https://hingmedical.com/bluetooth-blood-pressure-monitor-a-step-by-step-guide/>

2) แอปพลิเคชันสุขภาพ (Mobile Health Applications) ในยุคดิจิทัลที่เทคโนโลยีสมาร์ทโฟนแพร่หลาย การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้เปลี่ยนผ่านสู่รูปแบบ การดูแลตนเองผ่านแอปพลิเคชันสุขภาพ (Mobile Health Applications: mHealth apps) อย่างรวดเร็ว แอปเหล่านี้มีศักยภาพสูงในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การติดตามการใช้ยา และการเฝ้าระวังค่าความดันโลหิตด้วยตนเอง แอปพลิเคชันสุขภาพทำหน้าที่เป็น เครื่องมือเสริมการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย (self-management support tools) ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถบันทึกค่าวัดความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่อง ติดตามพฤติกรรมสุขภาพ รับคำแนะนำเฉพาะบุคคลและรับการแจ้งเตือนแบบ real-time เช่น การเตือนรับประทานยา หรือการวัดความดันในช่วงเวลาที่เหมาะสม งานวิจัยโดย อติพร สำราญบัว และเบญจมาศ ทำเจริญตระกูล (2564) พบว่า การใช้แอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน ร่วมกับระบบแจ้งเตือน สามารถเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ใช้แอป ทั้งนี้ แอปยังช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

แอปพลิเคชันที่มีประสิทธิภาพก็มีคุณลักษณะ ดังนี้

1. ความสามารถในการปรับให้เหมาะกับผู้ใช้รายบุคคล เช่น การวิเคราะห์แนวโน้มพฤติกรรมหรือระดับความดัน

2. การเชื่อมโยงกับอุปกรณ์วัดความดันโลหิตหรือ wearables เพื่อรับข้อมูลอัตโนมัติ
3. พี่เจอรด้านพฤติกรรมศาสตร์ (Behavioral Health Interventions) เช่น การตั้งเป้าหมาย (goal setting) การให้รางวัล (reward system) และ feedback ทันที
4. ระบบติดต่อกับบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์หรือวิดีโอคอลเพื่อปรึกษาเบื้องต้น อย่างไรก็ตาม การออกแบบแอปควรคำนึงถึงความปลอดภัยของข้อมูลสุขภาพ (data privacy) และควรได้รับการรับรองทางคลินิกจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือ และไม่ทำให้ผู้ใช้เกิดความเข้าใจผิดในข้อมูลสุขภาพ (Wells & Spry, 2022)



ภาพที่ 7 Mobile Health Applications

ที่มา: <https://www.ideafit.com/the-mobile-health-map-exploring-telehealth/>

3) ระบบปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) ได้กลายเป็นองค์ประกอบสำคัญในระบบสุขภาพยุคใหม่ โดยเฉพาะในด้านการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งต้องอาศัยการประเมินความเสี่ยง การติดตามอาการ และการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องและแม่นยำ AI จึงมีศักยภาพในการเสริมสร้าง การวิเคราะห์เชิงลึกและการตัดสินใจแบบอัตโนมัติ เพื่อยกระดับการดูแลแบบเฉพาะบุคคล (personalized care) การศึกษาของ Chaikijurajai et al. (2022) พบว่า AI ถูกมองว่าเป็นเครื่องมือที่มีศักยภาพสูง ในการลดภาระโรคความดันโลหิตสูงในระดับโลก และเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการแพทย์แม่นยำ (precision medicine) ด้วยความสามารถในการจำลองกระบวนการคิดและการเรียนรู้ของมนุษย์ ผ่านอัลกอริทึมที่ซับซ้อนและพลังการประมวลผลขั้นสูง AI จึงสามารถประมวลผลข้อมูลแบบ

หลายมิติและข้อมูลขนาดใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งข้อมูลพันธุกรรม อีพีเจเนติกส์ โปรตีนโอมิกส์ เมแทบอลิโอมิกส์ ภาพถ่ายทางหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงปัจจัยด้านสังคมเศรษฐกิจ พฤติกรรม และสภาพแวดล้อม ความก้าวหน้าดังกล่าวทำให้ AI สามารถระบุปัจจัยเสี่ยงและลักษณะเฉพาะของผู้ป่วย ทำนายโอกาสการเกิดโรค วินิจฉัยโรค ประเมินระดับความดันโลหิต พัฒนาเทคโนโลยีการวัดความดันแบบไม่ใช้ปลอกแขน (cuffless) และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือ ในการรักษาและความสำเร็จของการรักษาได้อย่างครอบคลุม นอกจากนี้ AI ยังถูกนำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูลจากการทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุมขนาดใหญ่ ที่กำหนดเป้าหมายระดับความดันโลหิตต่างกัน เพื่อค้นหาปัจจัยใหม่ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ทางหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งยังไม่เคยมีการอธิบายมาก่อน ทั้งหมดนี้สะท้อนถึงบทบาทสำคัญของ AI ในการขยายองค์ความรู้และยกระดับการจัดการ โรคความดันโลหิตสูงในมิติทางคลินิกและสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ



ภาพที่ 8 Artificial Intelligence: AI

ที่มา: <https://ux-design-awards.com/winners/2025-2-carelink-ai-powered-hypertension-care>

4) เทคโนโลยีการสื่อสารทางไกลทางการแพทย์ (Telemedicine) และการดูแลสุขภาพทางไกล (Telehealth) ได้กลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการบริหารจัดการโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งต้องการการติดตามอาการและการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว Telemedicine ครอบคลุมบริการทางการแพทย์จากระยะไกล เช่น การปรึกษาแพทย์ผ่านวิดีโอคอล การส่งข้อมูลสุขภาพผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ การติดตามการใช้ยา และการวัดค่าชีวสัญญาณต่างๆ เช่น ความดันโลหิต ผ่านอุปกรณ์ที่บ้าน โดยข้อมูลถูกส่งถึงผู้ให้บริการสุขภาพแบบเรียลไทม์ ช่วยให้สามารถประเมินและปรับแนวทางการรักษาได้อย่างทันท่วงที โดยไม่จำเป็นต้องเดินทางไปโรงพยาบาลบ่อยครั้ง หลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่า การประยุกต์ใช้ Telehealth ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถลดระดับความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อผสานกับการให้คำปรึกษาเชิงรุกและการสนับสนุนการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Omboni et al., 2022) ซึ่งสะท้อนถึงบทบาทของเทคโนโลยีดิจิทัล ในการยกระดับคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

สามารถกล่าวได้ว่า แม้ว่านวัตกรรมที่ใช้เทคโนโลยีจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยศักยภาพในการให้บริการต่อเนื่อง ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และลดภาระของระบบบริการสุขภาพในภาพรวม และมีข้อดีอีกมากมาย แต่ยังคงเผชิญกับความท้าทาย เช่น การเข้าถึงอินเทอร์เน็ต และความรู้เท่าทันเทคโนโลยีของผู้ใช้งาน รวมถึงข้อจำกัดด้านกฎหมายเกี่ยวกับความเป็นส่วนตัวของข้อมูลสุขภาพ (privacy & confidentiality) ที่ควรให้ความสำคัญและคำนึงถึง



ภาพที่ 9 Telemedicine

ที่มา: <https://healthtechmagazine.net/article/2020/08/why-providers-should-address-disparities-telehealth-access>

3.4 กรณีศึกษาและการเรียนรู้จากกรณีศึกษา

ข้อมูลกรณีศึกษา

ครอบครัว “นางดี” อาศัยอยู่ในชุมชนแห่งหนึ่ง ฐานะครอบครัวปานกลางมีหนี้กองทุนหมู่บ้าน จำนวน 30,000 บาท มีสมาชิกครอบครัวทั้งหมด 4 คน ประกอบด้วย

- 1) นางดี เป็นหัวหน้าครอบครัว อายุ 40 ปี อาชีพเกษตรกร
- 2) นายมา เป็นสามี อายุ 41 ปี อาชีพเกษตรกร
- 3) นายดำ เป็นบิดาของนางดี อายุ 73 ปี ว่างงาน (ผู้ป่วย)
- 4) นางขำ เป็นภรรยานายดำ และเป็นมารดาของนางดี อายุ 68 ปี ว่างงาน

นายดำได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เมื่อ 5 ปีก่อน มีการรักษาและติดตามอาการต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ปัจจุบันควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ แพทย์จึงให้หยุดยารักษาความดันโลหิตสูง

ต่อมานางข้าซึ่งเป็นภรรยาของนายดำ ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกและรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน อาการทรงกับทรุด มา 6-7 วัน ทำให้นายดำรู้สึกเป็นห่วงมาก เครียด ทำให้เบื่ออาหาร เกิดอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย เวียนศีรษะมาก นางดีจึงพาไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน พบว่า BP 160/95 mmHg

การเรียนรู้จากกรณีศึกษาตามกระบวนการพยาบาล

การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้ INHOMESSS

พยาบาลเวชปฏิบัติประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว ตามหลัก INHOMESSS พบว่า

ด้าน	ข้อมูลจากกรณีศึกษา
I – Immobility	ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ทั้งหมด ช่วยทำงานเบา ๆ ในสวน มีการเคลื่อนไหวระหว่างทำงาน ออกกำลังกายโดยการแกว่งแขนวันละ ประมาณ 15 นาที
N – Nutrition	ชอบรับประทานอาหารที่มีรสจืด ลูกสาวทำอาหารเองที่บ้าน BMI 22.5 kg/m ²
H – Home Environment	สภาพแวดล้อมทั่วไปของบ้าน เป็นปูน 1 ชั้น 3 ห้องนอน 2 ห้องน้ำ อยู่บริเวณกลางสวนมังคุด บรรยากาศเงียบสงบ
O – Other People	มีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและเพื่อนบ้าน ผู้ป่วยเป็นมัคนายกประจำหมู่บ้าน เมื่อภรรยาป่วย ผู้ป่วยไม่ค่อยไปพบปะผู้คน เก็บตัวในบ้าน
M – Medications	รับประทานยาลดความดันโลหิตสูงอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง จนกระทั่งแพทย์สั่งให้หยุดยา
E – Examinations	ประเมินสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ลูกสาวและลูกเขย มีสุขภาพแข็งแรง ภรรยาไม่มีโรคประจำตัว แต่ปัจจุบันป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก ผู้ป่วยรู้สึกเครียด และกังวลเกี่ยวกับอาการป่วยของภรรยา BP 160/95 mmHg
S – Safety	มีการทรงตัวไม่ดีในบางครั้งตามวัย มีอาการหน้ามืดบ้างเมื่อเปลี่ยนท่าโดยเร็ว ไม่มีข้อมูลอุบัติเหตุหรืออันตรายจากการทำสวน
S – Spiritual	ไม่มีข้อมูลด้านความเชื่อหรือการยึดเหนี่ยวทางใจโดยตรง

ด้าน

S – Service

ข้อมูลจากกรณีศึกษา

มีข้อมูลการติดตามรักษาโดยเจ้าหน้าที่ในระบะที่ยังควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เมื่อมีปัญหาสุขภาพไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

มีภาวะความดันโลหิตสูงขึ้นเนื่องจากวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการป่วยของภรรยา

ข้อมูลสนับสนุน

- BP 160/95 mmHg
- ผู้ป่วยรู้สึกเครียด และกังวลเกี่ยวกับอาการป่วยของภรรยา
- เบื่ออาหาร ปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย เวียนศีรษะ
- 5 ปีก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง รักษาที่รพ.สต.ใกล้บ้าน ต่อเนื่อง
- ปัจจุบันควบคุมความดันโลหิตได้ในระดับปกติ แพทย์จึงให้หยุดยา

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้
- เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

- ระดับความดันโลหิตตัวบนไม่เกิน 140 mmHg
- ระดับความดันโลหิตตัวล่างไม่เกิน 90 mmHg
- สิ้นน้ำสดชื่น รับประทานอาหารได้ ไม่ปวดศีรษะ

กิจกรรมการพยาบาล

การวางแผนกิจกรรมการดูแลรายตัวที่บ้าน ควรครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในบ้านได้อย่างมีคุณภาพ ดังนี้

1. การประเมินสุขภาพและติดตามอาการของโรคความดันโลหิตสูง

- ตรวจวัดความดันโลหิตที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ (เช้า-เย็น วันละ 2 ครั้ง) อย่างน้อย 1 สัปดาห์แรก เพื่อประเมินความคงที่ของความดันโลหิต
- บันทึกอาการต่างๆ เช่น เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ หน้ามืด หรืออ่อนเพลีย เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และประเมินความสัมพันธ์ระหว่างอาการ อาการแสดงกับระดับความดันโลหิต
- ประเมินสัญญาณชีพเมื่อมีอาการผิดปกติ และส่งต่อหากจำเป็น เพื่อช่วยในการตัดสินใจทางคลินิกอย่างแม่นยำ และตรวจพบภาวะฉุกเฉินหรืออันตรายได้อย่างทันท่วงที

2. การดูแลด้านโภชนาการ

- ส่งเสริมให้รับประทานที่มีรสจืด ลดเค็ม และมีไขมันต่ำ รวมถึงเพิ่มผักผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูง เช่น กัลยัม ส้ม มะละกอ (หากไม่มีข้อห้าม) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกินที่เหมาะสมตามแนวทาง DASH diet

- ส่งเสริมการดื่มน้ำให้เพียงพอ เพื่อรักษาสสมดุลของน้ำในร่างกาย

- แนะนำผู้ดูแลเรื่องการจัดเมนูอาหารให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรค

3. การส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการทรงตัว

- แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าทางช้าๆ โดยเฉพาะเมื่อลุกจากที่นอน/เก้าอี้ เพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่า และป้องกันการหกล้ม

- สนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมเบาๆ เช่น เดินรอบบ้านหรือในสวนวันละ 10-15 นาที เพื่อเพิ่มสมรรถภาพและส่งเสริมการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด

- ปรับสภาพแวดล้อมบ้าน เช่น ปูพรมกันลื่นในห้องน้ำ และเพิ่มราวจับในจุดเสี่ยงล้ม เพื่อลดโอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการลื่นล้ม

4. การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

- สร้างโอกาสให้พูดคุยหรือระบายความรู้สึกเกี่ยวกับภรรยา เพื่อเปิดช่องทางระบายทุกข์หรือความกังวล เพื่อคลายความเครียด

- หากผู้ป่วยศรัทธาทางศาสนา ให้เชิญผู้นำชุมชน พระ หรือผู้นำศาสนา มาเยี่ยมบ้าน เพื่อส่งเสริมพลังด้านจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของสุขภาวะโดยรวม

- สนับสนุนให้กลับไปร่วมกิจกรรมกับชุมชน เช่น บทบาทหมัดนายก เพื่อส่งเสริมบทบาททางสังคม ลดความโดดเดี่ยวทางสังคม และช่วยให้รู้สึกว่ามีคุณค่าและมีความหมาย

5. การดูแลด้านยาและการติดตามการรักษา

- ติดตามอาการหลังหยุดยา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเป็นข้อมูลให้แพทย์สามารถวางแผนการปรับยาหรือกลับมาเริ่มยาได้ทันเวลาที่

- สังเกตผลข้างเคียงหรืออาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออกมาก เพื่อเฝ้าระวังอาการที่สัมพันธ์หรืออาจบ่งชี้ความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งผลข้างเคียงจากการหยุดยา

- ประสานให้มีการติดตามจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อย่างน้อยเดือนละครั้ง เพื่อให้มีการประเมินสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยติดตามความดันโลหิต การดำเนินโรค และพฤติกรรมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

6. การส่งเสริมความร่วมมือของครอบครัว

- สอนทักษะเบื้องต้นแก่ผู้ดูแลในการวัดความดันและสังเกตอาการเตือน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากการวัดผิดวิธี และติดตามความดันโลหิตและอาการเสี่ยงได้อย่างถูกต้อง
- สร้างความเข้าใจในครอบครัวเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและความสำคัญของการดูแลจิตใจผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมการสนับสนุนทางอารมณ์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
- สนับสนุนให้มีการแบ่งเวลาในการดูแลร่วมกัน โดยเฉพาะในช่วงกรรยายังป่วย เพื่อส่งเสริมความร่วมมือของสมาชิกในครอบครัว และลดภาระจากดูแลไปที่คนใดคนหนึ่ง

7. การใช้บริการสาธารณสุข

- ประสานงานให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือผู้จัดการการดูแล มาเยี่ยมบ้านเป็นระยะ เพื่อให้มีการเฝ้าระวังอาการ ความดันโลหิต และพฤติกรรมสุขภาพอย่างใกล้ชิด และมีการติดตามสุขภาพอย่างต่อเนื่องในระดับชุมชน
- ส่งต่อเพื่อประเมินการกลับมาใช้ยา หากมีแนวโน้มควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากความดันโลหิตสูงต่อเนื่อง
- แนะนำช่องทางติดต่อหน่วยบริการใกล้บ้านกรณีฉุกเฉิน เพื่อให้สามารถเข้าถึงความช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว

การประเมินผล

ผลลัพธ์หลังให้การพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยมีความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ เท่ากับ 130/80 มิลลิเมตรปรอท อาการทางกายอาการลดลง และมีภาวะทางอารมณ์ที่ดีขึ้น เป็นไปตามเกณฑ์การประเมินที่ตั้งไว้ครบทุกข้อ แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลสามารถช่วยควบคุมความดันโลหิตและลดความเครียดของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทสรุป

โรคความดันโลหิตสูงนับเป็นปัญหาทางสาธารณสุข ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในประเทศไทยและทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี สถานการณ์ในประเทศไทยพบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย ความเครียดสะสม การใช้สารเสพติด และภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ หากไม่มีการดูแลที่เหมาะสม โรคนี้อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง เช่น โรคหัวใจขาดเลือด หัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะไตวายเรื้อรัง การเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ไม่เพียงกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อเชิงเศรษฐกิจ สังคม และจิตใจของครอบครัวและชุมชนอีกด้วย การพยาบาลที่บ้านจึงเป็นกลไกสำคัญในการดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรัง

อย่างโรคความดันโลหิตสูง โดยช่วยเสริมสร้างการดูแลที่มีความต่อเนื่อง สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของสมาชิกภายในบ้าน

แนวทางการพยาบาลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยหลายมิติ ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสม การจัดการความเครียด และการส่งเสริมการเลิกพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงด้านการป้องกันโรคในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ที่เน้นการประเมินความเสี่ยง การตรวจติดตามค่าความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ การเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อน และการให้การพยาบาลที่เหมาะสมในแต่ละระยะของโรค ด้านการบริหารยา

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้อง ประเมินผลข้างเคียงของยา และส่งเสริมความร่วมมือของผู้ป่วยและครอบครัวในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย มีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง ลดการพึ่งพิง และเพิ่มคุณภาพชีวิตในระยะยาว นอกจากนี้ การใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วย ยังมีบทบาทสำคัญมาก เช่น การใช้เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติที่บ้าน การบันทึกข้อมูลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชัน หรือการให้คำปรึกษาทางไกลผ่านระบบออนไลน์ ช่วยให้การติดตามอาการและการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทำได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น สำหรับการศึกษากรณีศึกษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จะช่วยเสริมสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ของพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล ช่วยฝึกฝนการคิดวิเคราะห์ การวางแผนการพยาบาล และการประยุกต์ใช้หลักวิชาการทางการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ดังนั้น การพยาบาลที่บ้านจึงเป็นแนวทางการดูแลสุขภาพที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในยุคปัจจุบัน ที่ไม่เพียงแต่เน้นการดูแลสุขภาพกายภาพเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงจิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่อีกด้วย

คำถามท้ายบท

1. พยาบาลเยี่ยมบ้านพบว่าผู้สูงอายุหยุดยาลดความดันเอง 1 สัปดาห์ เนื่องจากรู้สึกว่าการดีขึ้น BP 158/94 mmHg มีอาการเวียนศีรษะเป็นครั้งคราว ควรให้การพยาบาลข้อใดเป็นลำดับแรก

- ก. แนะนำให้ลดอาหารเค็มมากขึ้น
- ข. สอนการออกกำลังกายเบา ๆ เพิ่มขึ้น
- ค. วางแผนให้ อสม. เยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์
- ง. ประเมินอาการเตือน เช่น แน่นหน้าอก ซาหรืออ่อนแรงครึ่งซีก

คำตอบที่ถูกต้อง ง

2. พยาบาลสังเกตว่าผู้สูงอายุมีอาการหน้ามืดหลังลุกจากเก้าอี้ทันที ผลการวัด BP ในท่ายืนทันที 105/64 mmHg จากท่านั่ง 135/80 mmHg พยาบาลควรให้คำแนะนำผู้ป่วยรายนี้อย่างไร

- ก. ให้ดื่มน้ำหวานทันทีทุกครั้งที่ลุก
- ข. ให้เปลี่ยนท่าช้า ๆ และพักก่อนยืน
- ค. ให้นอนพักหลังอาหารอย่างน้อย 1 ชั่วโมง
- ง. เพิ่มการออกกำลังกายหนักขึ้นเพื่อให้หัวใจแข็งแรง

คำตอบที่ถูกต้อง ข

3. พยาบาลพบว่าลูกสาวมักวัดความดันโลหิตให้ทันทีหลังผู้ป่วยเดินมาจากภายนอกบ้าน ข้อใดต่อไปนี้เป็นคำแนะนำที่เหมาะสมที่สุด

- ก. เพิ่มจำนวนครั้งในการวัดให้มากขึ้น
- ข. ให้ผู้ป่วยวัดขณะยืนเพื่อให้คล่องตัว
- ค. ให้ผู้ป่วยพักอย่างน้อย 5 นาทีก่อนวัดในท่านั่ง
- ง. วัดทันทีเพื่อดูค่าจริงจากกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

คำตอบที่ถูกต้อง ค

4. พยาบาลพบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความเครียด วิตกกังวล และนอนไม่หลับ จากการดูแลภรรยาที่ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง การพยาบาลใดที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ดูแล

- ก. เพิ่มยาคลายเครียดให้ผู้ดูแล
- ข. ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากก่อนนอน
- ค. ให้ดูแลออกกำลังกายหนักเพื่อระบายความเครียด
- ง. สร้างโอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดระบายความรู้สึกกับผู้อื่น

คำตอบที่ถูกต้อง ง

5. ครอบครัวให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรับประทานอาหารเช้ารูปบ่อยครั้ง เนื่องจากสะดวก และไม่ทราบว่าอาหารเหล่านั้นมีโซเดียมสูง ทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี ควรให้คำแนะนำข้อใด เป็นลำดับแรก

- ก. สอนการอ่านฉลากโภชนาการ
- ข. แนะนำให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายเพิ่ม
- ค. แนะนำให้กินอาหารรสหวานแทนเค็ม
- ง. ส่งต่อพบแพทย์เพื่อเพิ่มยาลดความดัน

คำตอบที่ถูกต้อง ก

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. (2567). คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus.
นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กองแพทย์ทางเลือก. (2563). แดชไดเอท (DASH Diet) บำบัดโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: วี อินดีดีไซน์.
- จันทร์จิรา สีสว่าง ปุลวิชัย ทองแดง พัชรินทร์ เนียมเกิด และจงจิตร ตัณฑโพธิ์ประสิทธิ์. (2564). การมีส่วนร่วมของครอบครัว: กลยุทธ์สนับสนุนการให้ความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. ราชบัณฑิตยบาลสาร, 28(2), 159-169.
- ธิดา ศรีรัตน ทานูกานอน. (2561). ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ. ใน ณรงค์กร ชัยโพธิ์กลาง พัดชาพงษ์เจริญ ปฐมพรศน์ พันธุมโกมล และประวีณ โล่ห์เลขา (บ.ก.), อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ. (น.99-129). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- ธิดิชัย เกาะสมบัติ. (2564). โรคหัวใจและหลอดเลือด. ใน พัฒนศรี ศรีสุวรรณ อุษา ตันติแพทยากุลดุสิต จันทยานนท์ และบุญเต็ม แสงดิษฐ์ (บ.ก.), ตำราเวชศาสตร์ครอบครัว. (น.133-143). กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า.
- นิรมล เมืองโสม. (2562). การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์และการส่งเสริมสุขภาพ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บงกช อนุฤทธิ์ประเสริฐ. (2564). คู่มือการพยาบาล ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ สำหรับผู้ป่วยนอก. Retrieved from https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/858/hypertension_OPD.pdf
- ประทุม สร้อยวงศ์. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. ใน ประทุม สร้อยวงศ์ (บ.ก.), การพยาบาลอายุรศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 2). (น. 135-151). เชียงใหม่: เอ็น.พี.ที ปรีณติง.
- พิสิษฐ หุตะยานนท์. (2563). โรคความดันโลหิตสูง. ใน หทัยวรรณ รัตนบรรเจิดกุล กนกพร สรรพวิทยกุล ภัทริน ภิรมย์พานิช และศานิต วิชานศวกุล (บ.ก.), โรคทางอายุรศาสตร์ที่พบบ่อย เล่ม 1. (น. 146-180). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- พรทิพย์ สาริโส. (2565). การพยาบาลผู้สูงอายุระบบหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2565). 2022 Thai Hypertension Society guidelines on home blood pressure monitoring. Retrieved from <https://thaihypertension.org/2022-thai-hypertension-society-guidelines-on-home->

blood-pressure-monitoring-2/

วณิช ฟุ้งชมพู. (2563). การพยาบาลผู้สูงอายุ: การสร้างเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพ.
เชียงใหม่: เอ็น.พี.ที. ปรีณิต.

วัชร เสี่ยมศักดิ์. (2567). ผลของโปรแกรม การมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อผลลัพธ์ด้านความรู้
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยง ความดันโลหิตสูงใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านโคกยาง อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์.
วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 5(2): 15-30.

อติพร สำราญบัว และเบญจมาศ ทำเจริญตระกูล. (2564). ผลของการใช้แอปพลิเคชันอาหาร
ลดความดันต่อความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาล
โรคหัวใจและทรวงอก 32(1): 228-242.

Aekplakorn, W., Chariyalertsak, S., Phonrat, B., et al. (2024). Trends in hypertension
prevalence, awareness, treatment, and control in the Thai population 2004–2020.
Journal of Hypertension, 42(2), 345–356.

Ataman, R., Ahmed, S., Berta, W., & Thomas, A. (2024). Sustainability of an outcome
measure in outpatient stroke rehabilitation: How and in what contexts was a newly
implemented outcome measure sustained or not. Journal of Evaluation in Clinical
Practice. <https://doi.org/10.1111/jep.13972>

Ayodapo, A.O., Elegbede, O.T., Omosanya, O.E., & Monsudi, K.F. (2020). Patient Education
and Medication Adherence among Hypertensives in a Tertiary Hospital, South
Western Nigeria. Ethiop J Health Sci, 30(2), :243–250.
<http://dx.doi.org/10.4314/ejhs.v30.i2.12>

European Society of Hypertension. (2023). 2023 ESH Guidelines for the management of
arterial hypertension. Journal of Hypertension, 41(6), 1001–1141.

Kunnas, T., Solakivi, T., & Nikkari, S.T. (2023). Family history of hypertension enhances
age-dependent hypertension prevalence. Medicine, 102(39), e35076.
<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000035076>

Marchi, K.C., Muniz, J.J., & Tirapelli, C.R. (2021). Hypertension and chronic ethanol
consumption: What do we know after a century of study? World J Cardiol, 6(5),
283–294.

Messner, B., & Bernhard, D. (2014). Smoking and Cardiovascular Disease Mechanisms of
Endothelial Dysfunction and Early Atherogenesis, Arterioscler Thromb Vasc Biol, 34, 509–515.

Mancia, G. et al. (2023). 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension

- The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension. *Journal of Hypertension*, 41: 1874–2071
- Muangman, M. (2014). Life after stroke: an ethnomethodological study of emotion work among adult stroke survivors and their carers in rural areas of Nakhon Sawan Province, Thailand. [PhD thesis, The University of Edinburgh]
<http://hdl.handle.net/1842/16459>
- Munir L.Z., du Toit EF. Impact of chronic psychological stress on cardiovascular disease risk: A narrative review. *Heart Mind* 2024;8:268–78.
- National Heart, Lung, and Blood Institute. (2025). NIH-supported DASH diet named “Best Heart-Healthy Diet” and “Best Diet for High Blood Pressure” in 2025. Retrieved from <https://www.nhlbi.nih.gov/news/2025/nih-supported-dash-diet-named-best-heart-healthy-diet-and-best-diet-high-blood-pressure>
- Navarro, C. M., & Sharh, S. (2024). The Association Between Overweight–Obesity Status and Hypertension in a rural community in Dang district, Gujarat, India. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11578070/>
- NCD Risk Factor Collaboration. (2021). Worldwide trends in hypertension prevalence and control from 1990 to 2019. *The Lancet*, 398(10304), 957–980.
- Omboni S. (2022). Telemedicine for hypertension management: where we stand, where we are headed. *Conn Health*; 1: 85–97. <https://dx.doi.org/10.20517/ch.2022.09>
- Priya, S., & Thakur, R. (2025). Understanding gender variation in the risk factors of hypertension through cross sectional analysis. *Scientific Reports*, 15:33931. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-09865-4>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2019). Hypertension in adults: diagnosis and management (NG136). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng136>
- Ravi, D., Wong, C., Deligianni, F., Berthelot, M., Andreu-Perez, J., Lo, B., & Yang, G.Z. (2017). Deep learning for health informatics. *IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics*, 21(1), 4–21. https://core.ac.uk/reader/146051696?utm_source=linkout
- Reeves, S., Xyrichis, A., & Zwarenstein, M. (2018). Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *Journal of interprofessional care*, 32(1): 1–3. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1400150> © 2018 Taylor & Francis
- Tsai, S., Hsu, J, Lin, C., Kuo, Y., Chen, C., Chen, H., Liu, S., & Chien, K. (2024).

Association of stress hormones and the risk of cardiovascular diseases systematic review and meta-analysis. *International Journal of Cardiology Cardiovascular Risk and Prevention*, 23: 1–7.

Totten, M.A., Womack, M.D., Eden, B.K., McDonagh, S.M., Griffin, C.J., Grusing, S., & Hersh, R.W. (2016). *Telehealth: Mapping the Evidence for Patient Outcomes From Systematic Reviews*. Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services: USA.

Wang, J. F., Mao, S. J., Xia, F. & Li, X.I. (2025) Effects of aerobic and resistance exercise on patients with hypertension: a systematic review and meta-analysis focusing on the sympathetic nervous system. *Front. Cardiovasc. Med.* 12:1569638.
doi: 10.3389/fcvm.2025.1569638

Wells, c., & Spry, C. (2022). CADTH Horizon Scan An Overview of Smartphone Apps. *Canadian Journal of Health Technologies*, 2(2): 1–26.

Whelton, P.K., Carey, R.M., Aronow, W.S., et al. (2018) Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 71, e127–e248.
<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.11.006>

World Health Organization. (2007). *Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of totalcardiovascular risk*. WHO: Geneva.

World Health Organization. (2012). *Guideline: Potassium intake for adults and children*. WHO: Geneva.

World Health Organization. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary Behaviour*. WHO: Geneva.

World Health Organization. (2023a). *Global report on hypertension: the race against a silent Killer*. WHO: Geneva.

World Health Organization. (2023b). *Hypertension*. Retrieved from
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

บทที่ 4

การพยาบาลที่บ้าน กรณีผู้ป่วยโรคไต

แนวคิดรวบยอด

การพยาบาลที่บ้าน เป็นการดูแลสุขภาพที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ โดยเน้นการให้การดูแลที่เหมาะสม ตามบริบทของครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังหรือโรคไตระยะสุดท้าย การพยาบาลที่บ้านถือเป็นทางเลือกที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตต้องการการดูแลที่ต่อเนื่องและมีการจัดการที่ดี เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต ชะลอการเสื่อมของไตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

การดูแลที่บ้านสามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคย ผ่อนคลายกับการรักษามากขึ้น ญาติหรือผู้ดูแลต้องมีความเข้าใจในลักษณะของโรคไต การดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิต เพื่อช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ และลดความเครียดในผู้ป่วย รวมถึงการรักษาและการใช้ยาตามคำแนะนำของแพทย์ นอกจากนี้ ยังต้องมีการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินและตรวจสอบอาการที่อาจเปลี่ยนแปลง เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยในระยะยาว การพยาบาลที่บ้าน จึงเป็นการพยาบาลที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่มีคุณภาพแม้จะมีภาวะเจ็บป่วยอยู่ โดยการทำงานร่วมกับครอบครัวและทีมสุขภาพเพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้อ่าน

1. อธิบายผลกระทบของโรคไตต่อสุขภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชนได้
2. ประยุกต์ใช้แนวทางการพยาบาลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคไตได้
3. ประยุกต์ใช้การใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยโรคไตได้

บทนำ

โรคไตคือภาวะที่ไตมีความผิดปกติส่งผลต่อการทำงานของไต หรือมีอัตราการกรองของไตลดลง เป็นระยะเวลานานเกิน 3 เดือน ซึ่งส่งผลต่อทั้งสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน นับเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทยที่ยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากหลายปัจจัยทั้ง โครงสร้างประชากร พฤติกรรมสุขภาพ และโรคเรื้อรังร่วม สถานการณ์ดังกล่าวทำให้ ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น โดยเฉพาะในระยะสุดท้ายที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาทดแทนไต การวิเคราะห์และทำความเข้าใจสถานการณ์โรคไต จึงมีความสำคัญต่อการพยาบาลที่บ้านในผู้ป่วยโรคไตเป็นอย่างมาก ในการจัดระบบบริการสุขภาพที่บ้านและในชุมชนอย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

4.1 สถานการณ์โรคไต

โรคไตเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย และเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับที่ 7 ของการเสียชีวิตทั่วโลก (Francis, et al, 2024) ซึ่งพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ที่มีความเสี่ยงจากโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่สำคัญคือ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งถือเป็นสาเหตุหลักของโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ในปีพ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 1,125,350 คน เพิ่มขึ้น จากปีพ.ศ. 2566 ถึง 80,874 คน โดยพบผู้ป่วยมากสุดในระยะที่ 3 ร้อยละ 45.02 รองลงมาคือ ระยะที่ 2 ร้อยละ 24.89 นอกจากนั้นยังพบผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ร้อยละ 6.66 หรือมากถึง 74,908 คน ซึ่งเพิ่มจากปีพ.ศ. 2566 จำนวน 5,543 คน ซึ่งส่งผลกระทบอย่างมาก ทั้งด้านสุขภาพ และด้านเศรษฐกิจ ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก รวมถึงการจัดอัตราค่าล้างของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยบำบัดทดแทนไต ด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และล้างไตทางช่องท้อง

โรคไตเรื้อรังตามเกณฑ์ของ Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) พ.ศ. 2555 สามารถแบ่งได้ 5 ระยะตามอัตราการกรองของไต ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรังตามอัตราการกรองของไต

ระยะ	อัตราการกรองของไต (GFR) (มล./นาที/1.73 ตร.ม.)	คำนิยาม
ระยะที่ 1	≥ 90	ปกติหรือสูง
ระยะที่ 2	60–89	ลดลงเล็กน้อย
ระยะที่ 3a	45–59	ลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง
ระยะที่ 3b	30–44	ลดลงปานกลางถึงมาก
ระยะที่ 4	15–29	ลดลงมาก
ระยะที่ 5	< 15	ไตวายระยะสุดท้าย

ในประเทศไทยผู้ป่วยโรคไตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องพบว่าจำนวนผู้ป่วยย้อนหลัง 3 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องแยกตามระยะของโรค ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำแนกตามระยะของโรค 3 ปี ย้อนหลัง (พ.ศ. 2565-2567)

ระยะ/ปี	2565		2566		2567	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)		(คน)	
Stage 1	132,762	13.79	134,564	12.88	135,674	12.06
Stage 2	243,523	25.30	264,060	25.28	280,066	24.89
Stage 3	413,108	42.92	456,255	43.68	506,593	45.02
Stage 4	111,776	11.61	120,232	11.51	128,109	11.38
Stage 5	61,415	6.38	69,365	6.64	74,908	6.66
รวม	962,584		1,044,476		1,125,350	

**ข้อมูลจาก ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC)

ด้านการรักษาภายหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบาย จากเดิมที่กำหนดให้การล้างไตผ่านช่องท้องเป็นทางเลือกแรก (PD First) เป็นสามารถบำบัดทดแทนไต ด้วยวิธีใดก็ได้ตามความสมัครใจของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเปลี่ยนใช้บริการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดผ่านเครื่องไตเทียมเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2567) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 4 จำนวนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำแนกวิธีการบำบัดทดแทนไต 3 ปี ย้อนหลัง (พ.ศ. 2565 ถึงพ.ศ. 2567)

วิธีการบำบัดทดแทนไต/ปี	2565	2566	2567
ล้างไตผ่านช่องท้อง	27,293	23,777	18,448
ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	46,881	62,227	74,134

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่มีแนวโน้มการเสียชีวิตด้วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นจากอัตราตายต่อ แสนประชากร 14.24 เพิ่มขึ้นเป็น 16.49 จากพ.ศ. 2559 ถึง พ.ศ. 2563 ประเมินการมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไตเรื้อรัง ปีละ 10,000 คน ผู้เสียชีวิตเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 5 จำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรัง (N17-19) พ.ศ. 2559-2563

พ.ศ.	เพศชาย	เพศหญิง	รวม	อัตรการ เสียชีวิตต่อ 100,000
2559	4,337	4,922	9,259	14.24
2560	4,427	5,003	9,430	14.46
2561	4,517	5,247	9,764	14.93
2562	5,423	5,994	11,417	17.41
2563	5,132	5,626	10,758	16.49

4.1.1 ผลกระทบของการเจ็บป่วยโรคไต

โรคไตเรื้อรัง(Chronic Kidney Disease, CKD) เป็นภาวะที่ไตเสื่อมสภาพและไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ สาเหตุสำคัญ คือ โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง นอกจากนั้นยังพบว่า มีสาเหตุอื่นที่ทำให้เกิดการเสื่อมของไต เช่น การติดเชื้อแบคทีเรียสเตรปโตค็อกคัส นิวที่ไต การติดเชื้อทางเดินระบบปัสสาวะซ้ำหลายครั้ง การใช้ยาบางชนิดเป็นเวลานาน เช่น ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) หรือยาเคมีบำบัด ความผิดปกติของการไหลเวียนโลหิต โรคเก๊าต์ รวมถึงภาวะอ้วน และการสูบบุหรี่ที่ส่งผลให้เกิดโรคเรื้อรัง (กัณฑ์พร ยอดไชย,2562; กุลลดา เสียวเสถียรวงศ์ และ ปัทมพร อภัยจิตต์, 2566; สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2565; ศันสนีย์ เชาวนเกตุ, 2564)

การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของไต เมื่อไตเสียหายที่ในการกรองน้ำ และกำจัดของเสีย รวมทั้งสารพิษออกจากร่างกาย การควบคุมสมดุลน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย ตลอดจนควบคุมภาวะความเป็นกรด-ด่างในเลือด สร้างฮอร์โมนที่สำคัญเกี่ยวกับการสร้างเม็ดเลือดแดง และวิตามินดีที่เกี่ยวข้องกับกระดูก ส่งผลให้เกิดร่างกายเกิดความผิดปกติและแสดงอาการที่พบบ่อยที่มักมาพบแพทย์ ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย บวมที่หน้าเท้า ขา ปัสสาวะผิดปกติ เช่น ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ปัสสาวะมีฟอง (บ่งชี้ถึงโปรตีนรั่วในปัสสาวะ) ปัสสาวะมากหรือน้อยผิดปกติ ปัสสาวะแสบขัด เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และความดันโลหิตสูง เนื่องจากไตมีบทบาทสำคัญในการควบคุมความดันโลหิต หากไตเสื่อมความดันจะสูงขึ้น และความดันโลหิตสูงจะยิ่งทำให้ไตเสื่อมลงเช่นกัน ซึ่งส่วนมากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะเริ่มต้นคือในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 มักไม่พบอาการผิดปกติ มักพบอาการในระยะที่ 3 ขึ้นไปที่มีความรุนแรงของโรคมากขึ้น (กัณฑ์พร ยอดไชย,2562; ทิพวัลย์ ชีรสิริโรจน์ และละมัด เลิศล้ำ, 2566; วัลลภา ทองศรี, 2565)

ผลกระทบต่อผู้ป่วย

เมื่อไตเสื่อมลงทำให้ไตสูญเสียการทำงานที่ต่างๆ ส่งผลให้การทำงานที่ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายทำงานได้ไม่ดี ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างมากทั้งทางร่างกาย จิตใจ โรคไตเรื้อรังส่งผลกระทบต่อหลายระบบในร่างกาย ดังนี้ (กันตพร ยอดไชย, 2562: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2566)

1. ระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง หัวใจล้มเหลว และภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบได้ จากการที่เลือดมาเลี้ยงที่ไตลดลงส่งผลให้ไตทำหน้าที่ในการควบคุมสมดุลน้ำและเกลือแร่ในร่างกายได้ไม่ดี จนเกิดการคั่งของน้ำ และโซเดียม ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น นำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือด คืออาจพบภาวะหัวใจล้มเหลวจากน้ำท่วมปอด และภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบได้จากการมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจได้

2. ระบบเลือด ทำให้เกิดภาวะภาวะโลหิตจาง เนื่องจากไตสร้างฮอร์โมน Erythropoietin (EPO) ที่ช่วยในการการสร้างเม็ดเลือดแดงได้น้อยลง ทำให้เกิดภาวะซีด อ่อนเพลีย และเวียนศีรษะ

3. ระบบทางเดินหายใจ จากการที่ร่างกายมีภาวะของเสียคั่งในร่างกายทำให้ร่างกายมีภาวะเป็นกรดทำให้เกิดอาการหายใจหอบลึก หายใจมีกลิ่นยูเรีย ทำให้เกิดภาวะน้ำท่วมปอด และเกิดการอักเสบที่ปอดและเยื่อหุ้มปอดได้

4. ระบบทางเดินอาหาร จากการที่ร่างกายมีภาวะยูรีเมีย (uremia) ในร่างกายส่งผลต่อระบบทางเดินอาหารเป็นอย่างมาก คือ ทำให้เกิดแผลในปาก กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กส่วนต้น และลำไส้ใหญ่ได้ รวมถึงการที่หายใจมีกลิ่นยูเรีย ทำให้การรับรู้รสชาติของอาหารลดลง ร่วมกับอาการคลื่นไส้ จึงทำให้รู้สึกเบื่ออาหาร เนื่องจากความรู้สึกอยากอาหารลดลง และส่งผลให้ผู้ป่วยน้ำหนักลดลง

5. ระบบประสาท ภาวะยูรีเมียในร่างกายส่งผลต่อระบบประสาท ทำให้มีอาการซึม สับสน ไม่มีสมาธิ กล้ามเนื้อกระตุกและเป็นตะคริวเกิดจากความไม่สมดุลของแร่ธาตุ เช่น โพแทสเซียมและแคลเซียม

6. ระบบผิวหนัง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถพบการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังได้ ตั้งแต่การลดขนาดของต่อมไขมันและต่อมเหงื่อ สีผิว และเส้นเลือดในชั้นใต้ผิวหนังเปลี่ยนไป ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ส่งผลให้เกิดโรคผิวหนังได้ในอนาคต อาจพบว่า ผิวหนังแห้ง มีอาการคัน สีของผิวหนังซีด เป็นต้น

7. ระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อง่ายขึ้น จากการที่ไตทำงานได้น้อยลง ส่งผลให้เม็ดเลือดขาวลิมโฟไซต์มีจำนวนลดลง การทำลายเชื้อโรคลดลง จึงเสี่ยงต่อการติดเชื้อง่ายขึ้น

8. ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง เจ็บปวดข้อ กระดูกพรุน เนื่องจากการทำหน้าที่ของไตลดลง ทำให้เกิดการเสียสมดุลของแคลเซียมและฟอสเฟต คือ มีผลให้ระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ กระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนพาราไทรอยด์มากขึ้น ทำให้เกิดการสลายของกระดูกเพิ่มขึ้น จนส่งผลให้อาจมีกระดูกหักได้ เป็นลักษณะผิดปกติที่เกิดขึ้น ในภาวะต่อมพาราไทรอยด์ทำงานเกินชนิดทุติยภูมิ เรียกว่า โรคกระดูกอักเสบซีสติก (osteitis fibrosa)

9. ระบบสืบพันธุ์ ภาวะยูรีเมีย ทำให้ในเพศชายมีความต้องการทางเพศลดลง ในเพศหญิง มีประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ ไม่มีประจำเดือน หรืออาจเป็นหมันได้ ความต้องการทางเพศลดลง

10. ด้านจิตใจ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกตกใจ กังวล เกิดความไม่แน่ใจในชีวิต และกลัวการเสียชีวิต และเมื่อได้รับการรักษาซึ่งทำให้ลักษณะ การดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป มีภาระการดูแลตนเองที่มีข้อจำกัดมากขึ้น ร่วมกับความรู้สึกเป็นภาระของ ครอบครัว และในช่วงระยะสุดท้ายของโรค ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าร่างกายอยู่ในสภาวะเสื่อมถอย การรักษา ที่ไม่ได้ผล และใกล้ถึงวาระสุดท้ายของตนเอง ทำให้เกิดกังวล กลัว และภาวะซึมเศร้าตามมา (กันตพร ยอดไชย, 2562) พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าประชาชนทั่วไปถึง 3 เท่า ซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่น้อยหรือแย่งของผู้ป่วย จากการที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีภาระการดูแลตัวเองที่เพิ่มขึ้นในเรื่อง การต้องไปโรงพยาบาลตามนัด การจำกัดอาหาร การรับประทานยา รวมถึงประเมินระดับน้ำตาลในเลือด และวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง (ฟาฏิล อะหะหมัดสา และอารง, บัญชา สติระพจน์, 2564) ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และอาจมีความรุนแรงขึ้นจนเป็นโรคจิตได้ (ปิยะวัฒน์ ศรีคงมาก และ สุรเชษฐ์ วงษ์นิ่ม, 2567) นอกจากนั้นผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นล้วนส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย และการดำเนินของโรคที่แย่ง ด้วยเช่นกัน

ผลกระทบต่อครอบครัว

เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ครอบครัวจะได้รับผลกระทบในหลายด้าน เนื่องจากผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว ทั้งด้านการดูแล และด้านจิตใจ โดยสามารถแบ่งเป็น 4 ด้าน (กันตพร ยอดไชย, 2562) ดังนี้

1. ผลกระทบทางอารมณ์และจิตใจ ความเครียด วิตกกังวล เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย โดยเฉพาะหากโรคไตอยู่ในระยะรุนแรง และต้องฟอกไตหรือปลูกถ่ายไต ความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวได้ จากความเหนื่อยล้าการภาระการดูแล และความเศร้า เสียใจ เมื่อคนในครอบครัวจากไป

2. ผลกระทบทางเศรษฐกิจ รายได้ลดลงจากการทำงานได้น้อยลงจากอาการเหนื่อยง่าย จากพยาธิสภาพของโรค แต่ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตนั้นมีค่าใช้จ่ายสูง นอกจากนั้นยังมีค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล ค่าอาหารพิเศษ ค่ายา และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าผู้ดูแล เป็นต้น ทำให้ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวได้

3. ผลกระทบต่อวิถีชีวิตและสังคม การเข้าสังคมลดลง สมาชิกในครอบครัวต้องลดกิจกรรมทางสังคม เช่น การเดินทางหรือการพบปะเพื่อนฝูง เนื่องจากต้องใช้เวลากับการดูแลผู้ป่วย ทำให้มีเวลาสำหรับตนเองและกิจกรรมอื่นๆ น้อยลง

ผลกระทบต่อชุมชน

เมื่อประชาชนมีการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง จะส่งผลกระทบในภาพรวมของชุมชนหรือประเทศ ดังนี้

1. ด้านระบบสาธารณสุข ค่าใช้จ่ายและความต้องการบุคลากรสูงขึ้น การรักษาโรคไต โดยเฉพาะการฟอกไตและปลูกถ่ายไตมีต้นทุนสูง ส่งผลให้รัฐบาลหรือหน่วยงานสาธารณสุขต้องจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2567 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต สะสมรวมจำนวน 90,426 คน คิดเป็นร้อยละ 122.72 ของเป้าหมายที่ได้รับจัดสรรงบประมาณ 73,685 คน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2567) ภาระงานที่เพิ่มขึ้นของโรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ โรคไตเรื้อรังต้องการการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งอาจทำให้เกิดความเหนื่อยล้าและขาดแคลนบุคลากร จากแนวโน้มของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้จำนวนศูนย์ไตเทียม และศูนย์ล้างไตทางช่องท้องในประเทศไทย จำนวนแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ด้านการล้างไตตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2566 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (คณะกรรมการการลงทะเบียนบำบัดทดแทนไต สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2567) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง และภาระงานของบุคลากรทางสาธารณสุขที่เพิ่มมากขึ้น รวมถึงระบบการจัดการดูแลที่สามารถรองรับจำนวนผู้ป่วยที่อาจเพิ่มมากขึ้นในอนาคต

2. ด้านเศรษฐกิจชุมชน ส่งผลให้แรงงาน และรายได้ครัวเรือนและลดลง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักมีภาวะอ่อนเพลียและต้องใช้เวลารักษาตัว ประสิทธิภาพของแรงงานลดลงทำให้ไม่สามารถทำงานได้เต็มที่

3. ด้านคุณภาพชีวิตของประชากร และการพัฒนาประเทศ เมื่ออัตราผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสูง ประเทศจะเผชิญกับปัญหาสุขภาพประชาชนที่ถดถอย นอกจากนั้นสมาคมโรคไตนานาชาติ ยังมองว่าโรคไตเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Francis, et al, 2024) ทำให้การพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นไปได้ยากขึ้น

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายระบบ เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท ระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม นอกจากนั้น ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง สุขภาพคนในครอบครัวแต่ยังส่งผลต่อทั้งชุมชน ในแง่ของเศรษฐกิจ สังคม และระบบสาธารณสุข การป้องกันโรคและการจัดการระบบการดูแลสุขภาพที่บ้านจึงเป็นสิ่งสำคัญในการลดผลกระทบระยะยาว

4.1.2 ประโยชน์ของการพยาบาลที่บ้านกรณีผู้ป่วยโรคไต

การพยาบาลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคไต เป็นแนวทางที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง และเหมาะสมโดยไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลบ่อย ซึ่งมีประโยชน์หลายด้าน ดังนี้

1. ประโยชน์ต่อผู้ป่วย ลดภาระในการเดินทาง ลดความเหนื่อยล้าจากการเดินทางไปโรงพยาบาล ความเครียดจากการรอคิวพบแพทย์ และลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยโรคไตสามารถได้รับการดูแล และคำแนะนำที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยแบบใกล้ชิดในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับอาการและความต้องการของแต่ละคน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจและช่วยลดความเครียด ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยสามารถอยู่กับครอบครัวที่บ้าน ทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่บ้านได้มากขึ้น สุขภาพกายและสุขภาพจิตดีขึ้น

2. ประโยชน์ต่อครอบครัวผู้ป่วย ลดภาระของครอบครัว ในด้านระยะเวลา ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ในการพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล เพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลสามารถสอนวิธีดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง เช่น วิธีสังเกตอาการผิดปกติ วิธีเตรียมอาหารที่เหมาะสม สมาชิกในครอบครัวรู้สึกมั่นใจเรื่องการดูแลที่ครอบคลุมมากขึ้น เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเป็นคน ที่รู้จัก ไว้วางใจได้ และมีระยะเวลาเพียงพอต่อการให้คำแนะนำ นอกจากนี้ยังเป็นการสนับสนุนให้ครอบครัวมีความเข้าใจโรคไตมากขึ้น ช่วยลดความเสี่ยงที่สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ จะเป็นโรคไตในอนาคต

3. ประโยชน์ต่อระบบสาธารณสุข ลดต้นทุนการรักษา เนื่องจากการดูแลที่บ้าน มีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าการรักษาในโรงพยาบาลระยะยาว และยังช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาล มีบุคลากรทางการแพทย์ อุปกรณ์ และพื้นที่รองรับสำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาเร่งด่วนมากขึ้น นอกจากนี้การพยาบาลที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพยังสามารถลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้

4. ประโยชน์ต่อสังคมโดยรวม ส่งเสริมให้ชุมชนมีความตระหนักเรื่องสุขภาพ ทำให้คนในชุมชนเกิดการตื่นตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดูแลสุขภาพและป้องกันโรคไตมากขึ้น เสริมสร้างทักษะการดูแลสุขภาพในระดับชุมชน โดยการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในชุมชนให้มีความรู้พื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคไตต่อไป

การพยาบาลที่บ้านช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตได้รับการดูแลที่ดีขึ้น ลดภาระครอบครัวในการเดินทางไปโรงพยาบาล ลดจำนวนในการลางานได้ และลดภาระโรงพยาบาล และยังเป็นการพัฒนาความสามารถการดูแลการเจ็บป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ชุมชนอีกด้วย ซึ่งเป็นแนวทางที่ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และส่งเสริมระบบสาธารณสุขในระดับชุมชน และประเทศให้สามารถบริหารจัดการได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น

4.2 แนวทางการพยาบาลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคไต

การพยาบาลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคไตมีบทบาทสำคัญในการคงสภาพสุขภาพลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว ผู้ป่วยโรคไตมักต้องการการดูแลต่อเนื่อง ทั้งด้านการควบคุมอาหาร การช้ยา การติดตามอาการ และการป้องกันการเสื่อมของไตที่อาจเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป การพยาบาลที่บ้านจึงต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วย

โรคไตสามารถดูแลสุขภาพของตนเองร่วมกับครอบครัว ได้อย่างเหมาะสม ส่งเสริมการดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ ดังนี้

4.2.1 ระดับปฐมภูมิ

เป็นการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคไตเพื่อช่วยในการชะลอการเสื่อมของไต เมื่อพิจารณาตามปัจจัยเสี่ยงต่อที่มีผลต่อโรคไต พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีผลอย่างมากต่อการบาดเจ็บของไตและการทำหน้าที่ของไต คือ การควบคุมโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงให้อยู่ในค่าที่เหมาะสม ซึ่งมีแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้

1. การลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพราะการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ที่เป็นสาเหตุหลักของการเสื่อมของไต โดยพบว่า การสูบบุหรี่ส่งผลให้เกิดการอักเสบ ตีบตันของหลอดเลือดต่างๆ รวมทั้งหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดไต และการดื่มแอลกอฮอล์ จะลดประสิทธิภาพในการทำงานของไตและตับ ซึ่งเป็นอวัยวะที่มีบทบาทสำคัญในการควบคุมสมดุลความดันโลหิตและการขับโซเดียม มีผลทำให้ค่าความดันโลหิตสูงขึ้น (Vallée A.,2023; The Kidney & Hypertension Center (KHC), 2568) และพบว่า การสูบบุหรี่ส่งผลต่อการควบคุมโรคเบาหวาน โดยสารนิโคตินในบุหรี่มีฤทธิ์ ลดความไวของเซลล์ต่ออินซูลิน (insulin resistance) ส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ยากขึ้น และยังเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทั้งในระบบหัวใจและหลอดเลือด (food & drug administration (FDA), 2567) การดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลกระทบต่อเมตาบอลิซึมหลายระบบของร่างกาย รวมถึงกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมสมดุลของระดับกลูโคสในเลือด (blood glucose homeostasis)

การซื้อยาสมุนไพรมารับประทาน โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร เป็นพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพอีกเรื่อง ที่มีความสำคัญเช่นเดียวกัน อาจมีส่วนประกอบของเกลือแร่บาง หรือสารเคมี ซึ่งทำให้เกิดการสะสมในร่างกายได้จนเกิดอันตรายต่อไต การใช้สมุนไพรไทยร่วมกับยาจากการรักษาแผนปัจจุบันต้องมีการปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร เพื่อพิจารณาถึงปฏิกิริยาระหว่างยาสมุนไพรและยาที่แพทย์สั่ง อาจทำให้ประสิทธิภาพการรักษาลดลง เกิดผลข้างเคียงไม่พึงประสงค์ได้ มีการศึกษาเรื่องเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของยาสมุนไพรและโรคไตพบว่า ยาสมุนไพรในรูปแบบแคปซูลมีผลทำให้อัตราการกรองของไตลดลง ส่งผลต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง และมีผลต่อการเกิดไตวาย (รัศมี ศิริสวัสดิ์, มารศรี ศิริสวัสดิ์ และมนัสวีณี แก้วงาม, 2566)

2. ด้านพฤติกรรมสุขภาพ เป็นสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเป็นอย่างยิ่ง โดยมีด้านที่สำคัญ ดังนี้

1) ด้านการรับประทานอาหารที่มีผลอย่างมากต่อโรคไต จากพยาธิสภาพของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงต่อร่างกายหลายระบบส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตต้องระวังในการรับประทานอาหารมากกว่าคนปกติทั่วไป ดังนี้

- อาหารแปรรูปต่างๆ เช่น มาม่าสำเร็จรูป กุ้งแห้ง ปลากระป๋อง ปลาเค็ม เป็นต้นซึ่งมีปริมาณโซเดียมสูง ทำให้ไตต้องทำหน้าที่หนักมากขึ้นเพื่อขับโซเดียม เพื่อรักษาสมดุลของแร่ธาตุในร่างกาย ระวังผักมีโพแทสเซียมสูง เช่น ผักในตระกูลกะหล่ำ ตระกูลมะเขือ ผลไม้ เช่น กล้วย ส้ม เพราะอาจทำให้เกิดอาการผิดปกติของการเต้นของหัวใจ รวมถึงทำให้เกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงได้ และผักที่มีกรดออกซาลิกสูง เช่น หัวไชเท้า แครอท กระเทียม ผักโขม ใบชะพลู ใบยอ ฯลฯ เพราะจะทำให้เกิดนิ่วที่ไต รวมทั้งอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง ได้แก่ ถั่วเมล็ดแห้ง ธัญพืชต่างๆ นม

- ปริมาณโปรตีน ไม่ควรเกิน วันละ 40 กรัม โดยลดการปริมาณการรับประทานอาหารประเภท ไข่ นม และเนื้อสัตว์ลง (ไข่ไก่ 1 ฟอง มีโปรตีน 6-8 กรัม นมสด 1 ถ้วย มีโปรตีน 8 กรัม และเนื้อสัตว์ 1 ชีด มีโปรตีน 23 กรัม)(ประทุม สร้อยวงค์, 2564)

- การดื่มน้ำที่เหมาะสมตามคำแนะนำของแพทย์ประมาณ 800 มิลลิลิตร/วัน) (ประทุม สร้อยวงค์, 2564)

2) ด้านการออกกำลังกายหรือการบริหารร่างกายที่เหมาะสมกับโรค ผู้ป่วยโรคไตสามารถ ออกกำลังกายตามความเหมาะสมแบบไม่รุนแรง และไม่เหนื่อยจนเกินไป เช่น การออกกำลังกายในร่ม การเดิน ว่ายน้ำ หรือปั่นจักรยาน ซึ่งควรออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ โดยค่อยๆ เพิ่มเวลาจนสามารถออกกำลังกายได้ประมาณ 30-60 นาที ต่อวัน รวมอย่างน้อย 150 นาที ต่อสัปดาห์ และสังเกตอาการผิดปกติขณะและหลังออกกำลังกายทุกครั้ง

3) การจัดการความเครียดผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มักมีความเครียด ความวิตกกังวล จากการเจ็บป่วยของตนเอง วิธีการรักษา ระยะเวลา การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และความไม่แน่นอนของโรค โดยพบว่า เมื่อผู้ป่วยเกิดความเครียด และความรู้สึกวิตกกังวล จะส่งผลให้ระดับคอร์ติซอล ในเลือดมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้น (Guerra et al ,2021) นอกจากนั้นความเครียดยังเป็นปัจจัยที่ทำให้การควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงทำได้ยาก ส่งผลกระทบถึงโรคไตในที่สุด ดังนั้นการจัดการความเครียดที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ ความเครียดที่พบได้บ่อย คือ ด้านเศรษฐกิจของครอบครัว ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค ความรู้สึกของการเป็นภาระของผู้ป่วย เป็นต้น ดังนั้นการพูดคุย การปรึกษากันภายในครอบครัวเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญมาก เพื่อเป็นการทำความเข้าใจ ความรู้สึกของทั้งตัวผู้ป่วยและญาติ ทำความเข้าใจปัญหาาร่วมกัน เพื่อให้มีความเข้าใจถึงปัญหาที่แท้จริง และร่วมกันหาวิธีแก้ไขอย่างเหมาะสม โดยสามารถสอบถามข้อมูลที่สงสัย หรือคำแนะนำจากแพทย์ และพยาบาล จากสถานบริการใกล้บ้าน เพื่อลดความเครียดของทั้งตัวผู้ป่วยและญาติ และสามารถทำกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัว เช่น ฟังเพลง ร้องเพลง ปลูกต้นไม้ ทำอาหารร่วมกัน เล่นเกมส์ อ่านหนังสือ สวดมนต์ ไปวัดทำบุญ เป็นต้น เพื่อเป็นการผ่อนคลาย สร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว และยังเป็นการทำให้ผู้ป่วยมีความสุขจากการรู้สึกถึงการใส่ใจ การเป็นที่รัก ซึ่งการดูแลด้านจิตใจควบคู่กับการดูแลด้านร่างกายจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (กมลรัตน์ บัญญัตินพรัตน์ และ ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย, 2560)

3. การฉีดวัคซีนป้องกันโรค ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับวัคซีนป้องกันโรคดังนี้ (กิตติ์วิ
กฤษฎ์เมธากาญจน์, 2564)

- 1) วัคซีนไข้หวัดใหญ่ ควรฉีดทุกปี และฉีดก่อนช่วงที่มีการระบาดอย่างน้อย 1-2 เดือน
- 2) วัคซีนตับอักเสบบี โดยผู้ป่วยต้องได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี
 - กรณีตรวจไม่พบ anti-HBs antibody ควรได้รับวัคซีนตับอักเสบบี ดังนี้ โดยผู้ป่วย CKD ระยะที่ 1-3 ให้ใช้เกณฑ์เหมือนกับคนทั่วไป ส่วนผู้ป่วย CKD ระยะที่ 4-5 ควรใช้ขนาดยาในแต่ละครั้งเป็น 2 เท่าของคนทั่วไป และให้จำนวน 4 ครั้ง คือ 0, 1, 2 และ 6 เดือน การฉีดในแต่ละครั้งให้แบ่งครึ่งและฉีดเข้ากล้ามเนื้อ deltoid ทั้ง 2 ข้าง
 - ติดตามระดับแอนติบอดีต่อไวรัสตับอักเสบบี หลังจากฉีดวัคซีนครั้งสุดท้ายครบเป็นเวลา 1-2 เดือน ถ้าระดับแอนติบอดีต่อไวรัสตับอักเสบบี <10 IU/ลิตร ให้ฉีดซ้ำอีก 1 วงรอบ (4 ครั้ง) และตรวจระดับแอนติบอดีต่อไวรัสตับอักเสบบีหลังฉีดครบอีกครั้ง
 - ผู้ป่วยที่มีระดับแอนติบอดีต่อไวรัสตับอักเสบบี ≥ 10 IU /ลิตร ควรได้รับการตรวจซ้ำปีละ 1 ครั้ง และให้ฉีดซ้ำอีก 1 เข็ม เมื่อระดับแอนติบอดี ต่อไวรัสตับอักเสบบี <10 IU /ลิตร

4.2.2 ระดับพฤติกรรม

การดูแลในระดับพฤติกรรมเน้นด้านการตรวจคัดกรองหรือการติดตามอาการ และการรักษา เพื่อรักษาการทำงานของไตให้สามารถทำหน้าที่ได้ (กันตพร ยอดไชย, 2562: ประทุม สร้อยวงศ์, 2564) ดังนี้

1. การติดตามสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ โดยไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เพื่อการตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ เพื่อตรวจสอบและประเมินการทำงานของไตและสุขภาพโดยรวม นอกจากนั้น ควรประเมินอาการของตนเองและบันทึกทุกครั้งที่มีอาการที่แปลกไปจากเดิม หรืออาการผิดปกติ และไปพบแพทย์ก่อนนัดหากอาการไม่ดีขึ้น
2. การรักษาด้วยยา เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด
3. การรักษาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่
 - ภาวะซีด ที่มีค่าระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 12-13 มิลลิกรัม/ลิตร ต้องให้ยารักษาภาวะโลหิตจาง
 - ความผิดปกติของเมแทบอลิซึมของกระดูก ต้องตรวจและรักษาระดับ แคลเซียม ฟอสฟอรัส พาราไทรอยด์ฮอร์โมน และอัลคาไรด์ ฟอสฟาเตส ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
 - ภาวะสมดุลกรดต่าง ต้องรักษาระดับไบคาร์บอเนต ในเลือดมากกว่า 22 มิลลิอีควิวเลนต์ต่อลิตร
 - การตรวจทางรังสีวิทยาที่จำเป็นต้องใช้สารทึบแสง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่มีค่า GFR ต่ำกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตรม. หากได้รับการฉีดสารทึบแสงที่มีส่วนประกอบของไอโอดีน

ควรใช้ สาร iso-osmolar หรือ osmolar แทน ในปริมาณที่น้อยที่สุด และก่อนได้รับสารดังกล่าวผู้ป่วย ควรได้รับสารน้ำที่เพียงพอโดยให้สารน้ำ 0.9% NSS ในขนาด 1 มก./กก. ใน 3-12 ชม. ก่อน และหลังฉีด สี หรือ 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ก่อนฉีดสี จนครบ 4-12 ชั่วโมง หลังฉีดสี และผู้ป่วยควรได้รับการประเมิน GFR ซ้ำภายใน 48-96 ชั่วโมง หลังได้รับสารทึบแสง

4. การรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) คือ กระบวนการ รักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 เพื่อทดแทนไตที่ไม่สามารถทำงานได้เองอย่างถาวร เพื่อช่วยขจัด ของเสียที่ค้างอยู่ในร่างกาย มีการรักษาได้ 3 วิธี ดังนี้

1) การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) เป็นวิธีการบำบัดทดแทนไตที่อาศัย เยื่อช่องท้องทำหน้าที่เป็นตัวกรองของเสียและสารละลายออกจากเลือด โดยแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบหลัก ได้แก่ 1) การล้างไตทางช่องท้องแบบชั่วคราว (Intermittent Peritoneal Dialysis: IPD) ใช้สำหรับการ ล้างไตเป็นช่วงเวลา จะดำเนินการในโรงพยาบาล ภายใต้การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ กระบวนการล้างไต ควบคุมโดยเครื่องจักร (Automated PD) และ 2) การล้างไตทางช่องท้อง แบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) เป็นวิธีที่ผู้ป่วยสามารถดำเนินการ ด้วยตนเองที่บ้าน โดยไม่จำเป็นต้องเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ขั้นตอนประกอบด้วย การใส่น้ำยาล้างไตเข้าสู่ช่องท้องผ่านสาย Tenckhoff catheter ซึ่งฝังไว้บริเวณผนังหน้าท้อง น้ำยาจะค้างอยู่ ในช่องท้องประมาณ 4-6 ชั่วโมง เพื่อให้เยื่อช่องท้องทำหน้าที่แลกเปลี่ยน ของเสีย สารน้ำ และเกลือแร่ หลังจากนั้นจึงถ่ายน้ำยาเดิมออกและเปลี่ยนน้ำยาใหม่ วันละ 4 รอบ ซึ่งต้องการดูแลหลังรักษาด้วยการ บำบัดทดแทนไต โดยการดูแลความสะอาดของช่องการล้างไตทางช่องท้องตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อน สังเกตอาการของตนเองอย่างสม่ำเสมอ หากพบอาการ ผิดปกติให้รีบและไปพบแพทย์ก่อนนัดหากอาการไม่ดีขึ้น และดูแลสุขภาพจิตของผู้ป่วย เพื่อลดความเครียด ของทั้งตัวผู้ป่วยและญาติจากการรักษา โดยการหากิจกรรมที่ชอบ หรือทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว เพื่อผ่อนคลาย เช่น ฟังเพลง ดูหนัง สวดมนต์ เป็นต้น

2) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) เป็นกระบวนการบำบัด ทดแทนไต ที่ทำโดยการนำเลือดของผู้ป่วยออกจากร่างกายเข้าสู่เครื่องไตเทียม ซึ่งมีตัวกรองเลือด (dialyzer) ทำหน้าที่ขจัดของเสีย สารละลายและน้ำส่วนเกินออกจากเลือด จากนั้นจึงส่งเลือดที่ผ่าน การฟอกแล้วกลับเข้าสู่ระบบไหลเวียนของผู้ป่วย ในบริบทของประเทศไทย ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด ต้องเข้ารับบริการในสถานพยาบาลที่มีอุปกรณ์ครบ โดยทั่วไปจะต้องทำการฟอกเลือด 2-3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ครั้งละประมาณ 4 ชั่วโมง เพื่อให้ได้ระดับการขจัดของเสียที่เหมาะสม และก่อนเริ่มการ รักษาด้วย HD จำเป็นต้องมีการจัดเตรียมเส้นเลือดสำหรับใช้เป็นทางเข้าหลอดเลือด (vascular access)

3) การปลูกถ่ายไต (Renal Transplantation: RT) การปลูกถ่ายไตเป็นทางเลือกการรักษา ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease: ESRD)

โดยสามารถพิจารณาการปลูกถ่ายได้เมื่อค่าอัตราการกรองของไต (GFR) ลดลงเหลือ ≤ 20 มล./นาที/1.73 ตร.ม. แหล่งของอวัยวะที่ใช้ในการปลูกถ่ายไตมี 2 ประเภทหลัก ได้แก่

1. ไตจากผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor): มักเป็นญาติสายตรงหรือคู่สมรส
2. ไตจากผู้บริจาคที่เสียชีวิต (Deceased or cadaveric donor) ได้รับจากผู้เสียชีวิตที่มีความประสงค์บริจาคอวัยวะ

แม้ว่าการปลูกถ่ายไตจะถือเป็นแนวทางที่ดีที่สุดในแง่ของคุณภาพชีวิตและการอยู่รอดในระยะยาวเมื่อเทียบกับการฟอกเลือดหรือการล้างไตทางช่องท้อง แต่ในทางปฏิบัติยังคงมีข้อจำกัด ได้แก่ ความเสี่ยงของการปฏิเสธอวัยวะ การติดเชื้อจากการใช้ยากดภูมิคุ้มกัน จำนวนผู้บริจาคไต โดยเฉพาะในประเทศไทยซึ่งยังมีผู้รอปลูกถ่ายจำนวนมากและอัตราการบริจาคยังอยู่ในระดับต่ำ

4.2.3 ระดับตติยภูมิ

การดูแลในระดับตติยภูมิ จะมุ่งเน้นที่การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคไตที่บ้าน เป็นการให้การดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตสามารถฟื้นตัวจากอาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคและเสริมสร้างสุขภาพร่างกายให้ดีขึ้น โดยมีหลายมิติที่พยาบาลและครอบครัวต้องร่วมมือกันดูแล ได้แก่

1. การฟื้นฟูทางกายภาพ การออกกำลังกายเบาๆ ที่เหมาะสมสามารถช่วยเสริมสร้าง กล้ามเนื้อและระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยผู้ป่วยโรคไตที่มีภาวะไตเสื่อม ควรทำกิจกรรมที่ไม่ทำให้ร่างกายเหนื่อยล้ามากเกินไป เช่น การเดิน การขี่จักรยาน หรือการยืดเหยียด ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายมากกว่าจะมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีกว่า ช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางกาย เพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตได้ (Hoshino J.,2021)

2. การดูแลโภชนาการผู้ป่วยโรคไต ควรมีการควบคุมอาหารเพื่อช่วย ลดการทำงานของไต และลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนและเป็นองค์ประกอบสำคัญในการป้องกันภาวะสูญเสียมวลกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งมีสาเหตุจากหลายปัจจัย การออกกำลังกายร่วมกับการได้รับพลังงานและสารอาหารอย่างเพียงพอ ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน เหล็ก และวิตามินต่างๆ มีความจำเป็น โดยเฉพาะในผู้ป่วยล้างไตซึ่งมีภาวะสูญเสียพลังงานจากกระบวนการฟอกไตและการดูดซึมที่ลดลง (Hoshino J.,2021)

3. การดูแลด้านสุขภาพจิต ความเครียดและความวิตกกังวลสามารถส่งผลกระทบต่อการรักษาได้ ดังนั้น การให้คำปรึกษาทางจิตใจและการสนับสนุนจากครอบครัว จึงมีความสำคัญ การให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจ ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต จะเกิดความเครียดไม่มั่นใจ กลัวการรักษา และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ การให้กำลังใจและการสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วยสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษาต่อไป ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ศาสตรา เข็มบุปผา, 2565)

4. การฟื้นฟูสภาพจิตใจและสังคม การรักษาความสัมพันธ์ทางสังคม โดยการติดต่อกับครอบครัวและเพื่อนฝูงจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความหมายและไม่โดดเดี่ยว ร่วมกับการส่งเสริมการมี

ส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ที่ชุมชนจัดขึ้นจะช่วยลดความเครียดและเพิ่มคุณภาพชีวิต ให้ผู้ป่วยโรคไตสามารถใช้ชีวิตร่วมกับชุมชนได้

5. การดูแลระยะสุดท้าย ในบทนี้เป็นการพยาบาลที่บ้านในผู้ป่วยโรคไต ซึ่งเป็นโรคที่มีการดำเนินของโรคไปถึงช่วงสุดท้ายของชีวิต คือผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย จึงจำเป็นต้องมีการดูแลระดับประคองผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายในช่วงใกล้เสียชีวิต (End-of-life care in end stage kidney disease) เมื่อเข้าสู่การวินิจฉัยว่าเข้าสู่ระยะกำลังเสียชีวิต(dying) และเป้าหมายการรักษาเป็น จุดเริ่มต้นของการปรับเปลี่ยนการดูแลจากการมุ่งเน้นให้โรคดีขึ้น เป็นมุ่งเน้นดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบาย มีคุณภาพชีวิต และคุณภาพการตายที่ดีในช่วงสุดท้ายของชีวิตและจากไปอย่างสงบควรมีกิจกรรมการดูแล ดังนี้

- 1) ประเมินความตระหนักของครอบครัวเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบันที่ผู้ป่วยกำลังเข้าสู่ระยะสุดท้าย รวมถึงการเสียชีวิต
- 2) อธิบายถึงอาการปัจจุบันของผู้ป่วย และเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นให้สมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจสถานการณ์ของผู้ป่วย รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงระยะท้ายของชีวิต ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยในช่วงใกล้เสียชีวิต รวมถึงให้สมาชิกในครอบครัวได้เตรียมความพร้อมทั้งด้านจิตใจ และการจัดเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ
- 3) ทบทวนเป้าหมายการรักษา และชี้ให้เห็นถึงสภาวะของผู้ป่วยที่ถดถอยลง ไม่สามารถแก้ไขให้กลับมาเหมือนเดิมได้
- 4) สอบถามถึงความรู้สึก ความกังวลของสมาชิกในครอบครัว หากพบว่ามี ความวิตกกังวลหรือเครียดมาก ควรปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามาให้การดูแลเพิ่มเติม
- 5) เปิดโอกาสให้ดูแลตามศาสนา ความเชื่อ พิธีกรรมที่ผู้ป่วยและครอบครัวนับถือ

4.3 การใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคไต

การใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยโรคไตที่บ้าน เป็นสิ่งที่สามารถช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพิ่มความสะดวกสบายให้กับผู้ป่วยและครอบครัว และลดการแออัดในโรงพยาบาล ในปัจจุบันเทคโนโลยี สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตที่บ้าน ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพทางไกล (Telehealth) คือการสื่อสารทางไกล โดยเฉพาะรูปแบบ video conference ในปัจจุบันมีทั้งระบบ Telemedicine และ Telenurse เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างรวดเร็วและทั่วถึง โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลในการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง โดยสามารถทำการล้างไตที่บ้านอย่างถูกต้อง ผ่านคำแนะนำจากพยาบาลและทีมสาธารณสุข และได้รับการติดตามจากแพทย์ ซึ่งมีประโยชน์อย่างมากในการช่วยครอบครัวลดภาระด้านค่าใช้จ่ายด้านการรักษาและค่าใช้จ่ายอื่นๆ จากการเดินทาง ซึ่งพบว่าทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการใช้ระบบแพทย์ทางไกลในระดับมาก (ดาราวรรณ รองเมือง และคณะ, 2566)

2. แอปพลิเคชันหรือระบบสนับสนุนบริการ

สำหรับในประเทศไทยมีการพัฒนาแอปพลิเคชัน หรือระบบสนับสนุนบริการมากขึ้น เพื่อช่วยสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่ทำการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ที่ช่วยในการติดตามดูแลผู้ป่วยล้างไตผ่านช่องท้อง ผู้ป่วยฟอกไตด้วยเครื่อง นอกจากนั้นยังสามารถใช้ได้สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเบาหวานและความดันที่มีภาวะเสี่ยงไตวายเรื้อรัง ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการติดตามการจัดส่งน้ำยาล้างไตผ่านช่องท้อง กระทรวงสาธารณสุขในด้านการจัดระบบดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ช่วยลดค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ยังนำไปสู่การจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในประเทศ (Hfcccus, 2560) เช่น

แอปพลิเคชันฮักไต สามารถช่วยในการประเมินอาการ คำนวณปริมาณโซเดียม น้ำตาล และคำแนะนำการปฏิบัติตัว เพื่อชะลอการเสื่อมของไต ซึ่งมีส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วย และใช้สำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยด้วยตนเอง และเพิ่มความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ร่วมด้วย (ราณี แสตก, รัชนิ พจนา, วิทยา วาโย และ รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง, 2563)

แอปพลิเคชันดูแลสุขภาพทางไกลที่บ้านแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุโรคไต ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เน้นการดูแล และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุโรคไตที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มักจะมีภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการ บวม อาการปวด เมื่อต้องกลับไปดูแลตัวเองที่บ้าน และเน้นการให้ความรู้ในการดูแลตนเองผ่านวิดีโอ ในเรื่องของการควบคุมน้ำ โภชนาการ การจัดการอาการ การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด (คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2564)

4.4 กรณีศึกษาและการเรียนรู้จากกรณีศึกษา

ข้อมูลกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 62 ปี มีอาการเบื่ออาหาร เหนื่อยง่าย เดินนานไม่ได้ นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส ครอบครัวมีอาชีพ เกษตรกร เป็นโรคเบาหวาน 5 ปี ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดีในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา โรคความดันโลหิตสูง 7 ปี สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า รักษาด้วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมาประมาณ 6 เดือน ปัจจุบันทำการล้างไตวันละ 4 รอบ โดยภรรยาเป็นผู้ช่วยดูแลเปลี่ยนถุง CAPD แต่ยังจำขั้นตอนไม่ค่อยได้ มีพื้นที่ในการล้างไตเป็นสัดส่วน สะอาด น้ำหนักก่อนล้างไต 62 กิโลกรัม น้ำหนักหลังล้างไต 60 กิโลกรัม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งล่าสุด eGFR 9 mL/min/1.73 m², BUN 62 mg/dL, Creatinine 10.4 mg/dL, อัลบูมิน 3.1 g/dL และ Hb 9.2 g/dL

การเรียนรู้จากกรณีศึกษาตามกระบวนการพยาบาล

การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้ INHOMESS

ด้าน	ข้อมูลจากการกรณีศึกษา
I – Immobility	สามารถเคลื่อนไหวในบ้านได้ แต่ระดับความทนต่อกิจกรรมลดลง มีอาการเหนื่อยง่าย เดินนานไม่ได้
N – Nutrition	กินอาหารรสจืด กินบ่อยคือ กินข้าวต้มหมู ปลาึ่ง ข้าวผัด ช่วงนี้มี อาการเบื่ออาหาร น้ำหนักหลังล้างไตลดลงจาก 62 เหลือ 60 อัลบูมิน 3.1 g/dL และ Hb 9.2 g/dL
H – Housing	สิ่งแวดล้อมในบ้าน จัดบ้านเป็นระเบียบ อากาศถ่ายเทได้ดี มีพื้นที่ ในการล้างไตเป็นส่วนส่วนตัว ถึงขั้นเป็นแบบไม่มีฝาปิด สิ่งแวดล้อมนอกบ้าน รอบบ้านมีต้นไม้ร่มรื่น
O – Other People	ผู้ดูแลหลักคือ ภรรยา ช่วยเปลี่ยนถุง CAPD ยังจำขั้นตอนไม่ค่อยได้ ดูแลการรับประทานอาหารและยา รักใคร่กันดีในครอบครัว
M – Medications	รับประทานยาโรคประจำตัวได้แก่ เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง การรับประทานยาสม่ำเสมอ
E – Emotional	กังวลกับการเจ็บป่วย ทำกิจกรรมได้น้อยลง
S – Safety	บ้านลักษณะมั่นคง ปลอดภัย พื้นที่ในการล้างไตมีความปลอดภัย เป็นส่วนส่วนตัว แต่ถึงขั้นเป็นแบบไม่มีฝาปิด
S – Spiritual	ไม่มีข้อมูลด้านความเชื่อหรือการยึดเหนี่ยวทางใจโดยตรง
S – Services	สิทธิรักษา บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า มาตรวจตามนัดความสม่ำเสมอที่โรงพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ปัญหา 1 การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตที่ล้างไตทางช่องท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

- รักษาด้วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมาประมาณ 6 เดือน วันละ 4 รอบ

วัตถุประสงค์

- เพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตที่ล้างไตทางช่องท้อง

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยและญาติอธิบายการประเมินตนเองและการสร้างเสริมสุขภาพตนเองได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะสุขภาพและปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว
2. ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้และทักษะเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตที่ล้างไตทางช่องท้อง
3. แนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคไต ลดการรับประทานโปรตีน และระงับการรับประทานอาหารที่มีฟอสฟอรัส โพแทสเซียม โซเดียม สูง เช่น ผักในตระกูลกะหล่ำ ตระกูลมะเขือ ผลไม้ เช่น กัลยัม ส้ม และ ถั่วเมล็ดแห้ง
4. แนะนำการออกกำลังกาย ที่เหมาะสมสามารถช่วยเสริมสร้างกล้ามเนื้อและระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยผู้ป่วยโรคไตที่มีภาวะไตเสื่อม ควรทำกิจกรรมที่ไม่ทำให้ร่างกายเหนื่อยล้ามากเกินไป เช่น การเดิน การขี่จักรยาน หรือการยืดเหยียด
5. แนะนำผู้ป่วยและครอบครัวหากิจกรรมยามว่างทำด้วยกัน เพื่อลดความเครียด และเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว
6. ไปติดตามอาการตรวจตามนัดทุกครั้ง

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติ อธิบายการประเมินตนเองได้ว่า ต้องดูแลเรื่องอาหาร และตรงบริเวณที่ล้างไตไม่ให้ติดเชื้อ และต้องเพิ่มการออกกำลังกายแบบเบา

ปัญหา 2 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องท้องจากการล้างไตทางช่องท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

- ล้างไตที่บ้านแบบ CAPD วันละ 4 รอบ
- กรรยา เป็นช่วยเปลี่ยนถุง CAPD ยังจำขั้นตอนไม่ค่อยได้
- กรรยา บางครั้งลืมล้างมือก่อนเริ่มเปลี่ยนถุง CAPD

วัตถุประสงค์

- เพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องท้องจากการล้างไตทางช่องท้อง

เกณฑ์การประเมินผล

- ไม่มีอาหารอาการแสดงของการติดเชื้อ ไม่มีไข้ ปวดท้อง น้ำล้างช่องท้องขุ่น ในระยะ 1 เดือน
- สาธิตย้อนกลับการเปลี่ยนถุง CAPD อย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพแวดล้อมโดยสังเกตบริเวณที่ใช้เปลี่ยนถุงน้ำยาล้างไต การจัดเก็บอุปกรณ์
2. ประเมินความรู้ และทักษะการล้างไตของผู้ป่วยและผู้ดูแล
3. แนะนำและเน้นย้ำผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในการยึดหลักเทคนิคปลอดเชื้อ ขณะทำการล้างไตทางช่องท้อง คือ บริเวณการล้างไตทางช่องท้อง อุปกรณ์ การใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือทุกครั้งก่อน – หลังทำการล้างไต
4. สาธิตการเปลี่ยนถุง CAPD อย่างถูกวิธี พร้อมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลฝึกปฏิบัติ
5. แนะนำฉบับที่ลักษณะน้ำล้างไต และรายงานพยาบาลทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ
6. ดูแลแนะนำการดูแลสิ่งแวดล้อม ความสะอาดบริเวณเปลี่ยนถุงน้ำยาล้างไต ถึงขยะควรเป็นแบบมีฝาปิดมิดชิด
7. ประสาน อสม. เรื่องติดตามผู้ป่วยโรคไตอาการเป็นระยะ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง
8. ติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล

- ญาติสามารถสาธิตย้อนกลับการเปลี่ยนถุง CAPD อย่างถูกวิธีได้
- ในระยะ 1 เดือนผู้ป่วยไม่มีอาการอาการแสดงของการติดเชื้อ ไม่มีไข้ ปวดท้อง น้ำล้างไตทางช่องท้องขุ่น

ปัญหา 3 มีความทนต่อการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากภาวะโลหิตจางและได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วย เบื่ออาหาร เหนื่อยง่าย เดินนานไม่ได้
- อัลบูมิน 3.1 g/dL (ต่ำกว่าปกติ), Hb 9.2 g/dL (ซีด)
- น้ำหนักก่อนล้างไต 62 กก. หลังล้างไต 60 กก.

วัตถุประสงค์

- เพื่อเพิ่มความทนต่อการทำกิจกรรม

เกณฑ์การประเมินผล

- สามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้น
- สามารถเริ่มเดินออกกำลังกายได้ 10-15 นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอบถามถึงความทนต่อของผู้ป่วยการทำกิจกรรม เช่น กิจกรรมระยะเวลาที่ทำแล้วเกิดอาการเหนื่อย
2. สอบถามเรื่องการรับประทานอาหาร อาการเบื่ออาหาร และประเมินความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคไต
3. แนะนำเรื่องอาหารร่วมกับนักโภชนาการ (เน้นโปรตีนคุณภาพดีในปริมาณจำกัด ตามแผนการรักษา ควบคุมฟอสฟอรัสและโพแทสเซียม)
4. แนะนำผู้ป่วยแบ่งอาหารออกเป็นมื้อเล็กๆ วันละ 5-6 มื้อ แทนการรับประทานอาหาร 3 มื้อ เพื่อเพิ่มพลังงาน
5. แนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลติดตามน้ำหนักตัวเป็นประจำทุกวัน
6. แนะนำผู้ป่วยไปติดตามตรวจตามนัดเพื่อประเมินระดับอัลบูมินในเลือด และภาวะซีด

การประเมินผล

ผู้ป่วยยังมีอาการเบื่ออาหารอยู่ แต่ปรับการรับประทานอาหารเป็น 5 มื้อ มีการเดินรอบบ้านในตอนเช้า เดินได้ 10 นาที เริ่มเหนื่อยจึงพัก

บทสรุป

โรคไตเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุข ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง การพยาบาลที่บ้าน จึงเป็นแนวทางที่สำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และลดเสียชีวิตจากไตวายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ลดความแออัดในโรงพยาบาล และลดภาระค่าใช้จ่ายของกระทรวงสาธารณสุขได้

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตที่บ้าน ควรครอบคลุมทั้งในเรื่องการดูแลระดับปฏิกิริยาภูมิคุ้มกัน เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นการดูแลไม่ให้เกิดการบาดเจ็บมากขึ้น ชะลอความเสื่อมของไตและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลระดับทุติยภูมิ ที่เน้นถึงการรักษาพยาบาลในรูปแบบต่างๆ จะเป็นการรักษาเพื่อป้องกันการชะลอการเสื่อมของไตด้วยกัน ปรับพฤติกรรมสุขภาพ หรือการรักษาด้วยยา และการบำบัดทดแทนไต และการดูแลระดับตติยภูมิ ที่เน้นการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม หลังจากการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต รวมถึงการใช้เทคโนโลยี และนวัตกรรมเข้ามาช่วยในการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการดูแลสุขภาพทางไกล (Telehealth) ทั้งนี้ สิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคไต ที่บ้านนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วย ครอบครัว ร่วมกับสหสาขาวิชาทั้ง แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ อสม. เพื่อให้สามารถดูแลได้อย่างครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมกับโรค และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำถามท้ายบท

1. ข้อใดต่อไปนี *ไม่ใช่* ประโยชน์ของการพยาบาลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคไต

- ก. ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องและใกล้ชิด
- ข. เพิ่มค่าใช้จ่ายและการะทางเศรษฐกิจโดยไม่จำเป็น
- ค. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ
- ง. ลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นจากการไปโรงพยาบาล

คำตอบที่ถูกต้อง ข

2. ข้อใดต่อไปนี้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

- ก. แนะนำให้งดออกกำลังกายเพื่อประหยัดพลังงานของไต
- ข. จำกัดการรับประทานอาหารโปรตีนทุกชนิดเพื่อชะลอไตเสื่อม
- ค. มุ่งเน้นเฉพาะการรักษาทางการแพทย์และการรับประทานยาเท่านั้น
- ง. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

คำตอบที่ถูกต้อง ง

3. ข้อใดคือหน้าที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่บ้าน (CAPD)

- ก. จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้ผู้ป่วยทุกเดือน
- ข. สอนการฟอกไตด้วยเครื่อง Hemodialysis แบบอัตโนมัติ
- ค. ประเมินทักษะการล้างไตและให้คำแนะนำเรื่องสุขอนามัยในการเปลี่ยนถุงน้ำยาล้างไต
- ง. ปรับสูตรน้ำยาล้างไตให้เหมาะสมกับระดับโพแทสเซียมในเลือด

คำตอบที่ถูกต้อง ค

4. พยาบาลควรดำเนินการอย่างไรเมื่อพบว่าน้ำล้างไตของผู้ป่วยชุ่นและผู้ป่วยมีใช้ต่างๆ

- ก. แนะนำให้ดื่มน้ำมากขึ้น
- ข. ให้พักผ่อนและนัดติดตามใน 2 สัปดาห์
- ค. ไม่ต้องทำอะไรเพราะเป็นอาการปกติ
- ง. แจ้งแพทย์ทันที เพราะอาจเป็นภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ

คำตอบที่ถูกต้อง ง

5. ข้อใดต่อไปนีถูกต้องที่สุดเกี่ยวกับแนวทางการฟื้นฟูสภาพ (Renal Rehabilitation) สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

- ก. เน้นให้ผู้ป่วยพักผ่อนมากที่สุดเพื่อลดการทำงานของไต
- ข. หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายทุกรูปแบบเพื่อป้องกันภาวะซีด
- ค. จำกัดอาหารและการเคลื่อนไหวเพื่อควบคุมระดับฟอสฟอรัสในร่างกาย
- ง. ควรส่งเสริมให้ออกกำลังกายร่วมกับโภชนาการที่เหมาะสมและการสนับสนุนจากสหสาขาวิชาชีพ

คำตอบที่ถูกต้อง ง

เอกสารอ้างอิง

- กมลรัตน์ บัญญัตินพรัตน์ และศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 32(1), 2–9.
- กันตพร ยอดใช้. (2562). *ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง: การพยาบาลและการจัดการอาหาร*. บริษัท พี ซี โปรสเปค จำกัด.
- กิตติ์วี กฤษณ์เมธาภาคย์. (2564). *Handbook of Clinical Nephrology*. โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- คณะอนุกรรมการการลงทะเบียนบำบัดทดแทนไต สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2567). รายงานประจำปีการลงทะเบียนบำบัดทดแทนไตของประเทศไทยปี 2566 ถึงผู้ให้บริการศูนย์ฟอกไตในประเทศไทย. *วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย*, 31(1), 1–10.
- กุลลดา เสียวเสถียรวงศ์ และปัทมพร อภัยจิตต์. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 38(3), 605–616.
- ดาราวรรณ รongเมือง, อินทิรา สุขรุ่งเรือง, สราพร มัทยา, ภัทรพงศ์ อุดมพัฒน์, อติญาณ์ ศรเกษตริน, สุทธนันท์ กัลละ, พีระเดช สำนวณรัมย์, เบญจพร รัชตารมย์ และอนันต์ กนกศิลป์. (2566). การพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง บทเรียนจากการระบาดของโควิด-19. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 17(1), 108–27.
- ทิพย์วิทย์ ชีรสิริโรจน์ และละมัต เลิศล้ำ. (2566). บทบาทพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและป้องกันเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3–4. *วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา*, 6(1), 76–85.
- ประทุม สร้อยวงศ์. (บ.ก.). (2564). *การพยาบาลอายุรศาสตร์*. เอ็น.พี.ที.ปรีณัติ
- ปิยะวัฒน์ ศรีคงมาก และสุรเชษฐ์ วงษ์นิม. (2567). ภาวะปรีชานบกพร่องในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง: การศึกษาแบบทบทวนวรรณกรรม. *วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย*, 31(1), 11–22.
- ฟาฏิล อะหะหมัดสา และปัญญา สติระพจน. (2564). ภาวะซีมีเคร่าในโรคไตเรื้อรัง. *วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย*, 27(4), 31–40.
- รัตมี ศิริสวัสดิ์, มารศรี ศิริสวัสดิ์ และมนัสวี แก้วงาม. (2566). ลักษณะและรูปแบบของสมุนไพรที่มีความสัมพันธ์ต่อการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ 4, 5 ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลนครพนม. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม*, 10(1), 1–15.
- ราณี แสดคง, รัชณี พจนา, วิทยา วาโย และ รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง. (2563). ผลของการใช้แอปพลิเคชันซักถามความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 รวมด้วย: กรณีศึกษาศูนย์แพทย์ชุมชนวัดหนองแวง พระอารามหลวง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 7(3), 195–206. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). (2567). *จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง*. <https://hdc.moph.go.th>

- คันสนีย์ เชาวน์เกตู. (2564). อุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 6(3), 76–84.
- ศาสตรา เข้มบุปผา. (2565). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 37(1), 91–102.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2565). ความหมายของนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ. <https://www.thaihealth.or.th/>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2567). ผลการดำเนินงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 8 เดือน (1 ตุลาคม 2566 – 31 พฤษภาคม 2567) ปีงบประมาณ 2567.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2567). บทความ เรื่อง “โรคไตเรื้อรัง : บทเรียน การออกแบบนโยบายของระบบ หลักประกันสุขภาพภาครัฐ”. <https://www.nesdc.go.th/download/>
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2560). คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดระดับประคอง. <https://www.nephrothai.org/>
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2565). คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต (ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม). <https://www.nephrothai.org/>
- วัลลภา ทองศรี. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง: กรณีศึกษา. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 7(3), 160–168.
- Hfocus. (2560). การพัฒนาแอปพลิเคชันดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง “CKD รักไต”. <https://www.hfocus.org/content/2017/03/13672>
- Francis, A., Harhay, M. N., Ong, A. C. M., Tummalapalli, S. L., Ortiz, A., Fogo, A. B., Fliser, D., Roy–Chaudhury, P., Fontana, M., Nangaku, M., Wanner, C., Malik, C., Hradsky, A., Adu, D., Bavanandan, S., Cusumano, A., Sola, L., Ulas, I., Jha, V., American Society of Nephrology, European Renal Association, & International Society of Nephrology. (2024). *Chronic kidney disease and the global public health agenda: An international consensus. Nature Reviews Nephrology*, 20, 473–485. <https://doi.org/10.1038/s41581-024-00820-6>
- Guerra, F., Di Giacomo, D., Ranieri, J., Tunno, M., Piscitani, L., & Ferri, C. (2021). Chronic kidney disease and its relationship with mental health: Allostatic load perspective for integrated care. *Journal of Personalized Medicine*, 11(12), 1367. <https://doi.org/10.3390/jpm11121367>

- Hoshino, J. (2021). Renal rehabilitation: Exercise intervention and nutritional support in dialysis patients. *Nutrients*, 13(5), 1444. <https://doi.org/10.3390/nu13051444>
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. (2013). KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International Supplements*, 3(1). <https://doi.org/10.1038/kisup.2012.73>
- The Kidney & Hypertension Center (KHC). (2568). Alcohol and high blood pressure: Tips to reduce your risk. <https://khccares.com/blog/alcohol-and-high-blood-pressure-tips-to-reduce-your-risk/>
- U.S. Food and Drug Administration (FDA). (n.d.). How smoking can increase risk for and affect diabetes. <https://www.fda.gov/tobacco-products/health-effects-tobacco-use/how-smoking-can-increase-risk-and-affect-diabetes>
- Vallée, A. (2023). Associations between smoking and alcohol consumption with blood pressure in a middle-aged population. *Tobacco Induced Diseases*, 21, 61. <https://doi.org/10.18332/tid/162440>
- World Health Organization (WHO). (2025). *Health promotion*. <https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab1>

บทที่ 5

บทบาทของครอบครัวและชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

แนวคิดรวบยอด

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมักต้องดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับโรคตลอดชีวิต โดยสามารถจำแนกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน และกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี

ครอบครัวและชุมชนซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยครอบครัวทำหน้าที่หลักในการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อันนำไปสู่การควบคุมโรคให้อยู่ในภาวะสงบและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ขณะที่ชุมชนมีบทบาทในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต และการพัฒนาศักยภาพสู่การเป็น “ชุมชนเข้มแข็ง” ซึ่งไม่เพียงส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวเท่านั้น หากยังครอบคลุมถึงการพัฒนาสุขภาพของสมาชิกในชุมชนโดยรวม

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้อ่าน

1. อธิบายบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้
2. อธิบายบทบาทของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้
3. อธิบายบทบาทของพยาบาลชุมชน ในการส่งเสริมครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้

บทนำ

เนื่องจากโรคเรื้อรังเป็นโรคที่มีการดำเนินโรคนานและโดยทั่วไป ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องใช้ชีวิตร่วมกับโรคดังกล่าวและได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ทั้งนี้ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความหลากหลาย ตั้งแต่ภาวะที่มีอาการเพียงเล็กน้อย ไปจนถึงภาวะที่มีอาการรุนแรง หรือเป็นผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งส่งผลต่อความสามารถ ในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ในระดับที่แตกต่างกัน การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การพักผ่อนที่เพียงพอ การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด การจัดการอารมณ์และความเครียด ตลอดจนการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและการไปพบแพทย์ตามนัดหมาย เพื่อควบคุมการลุกลามของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะมีโอกาสดำรงชีวิตร่วมกับโรคได้อย่างมีสุขภาวะ สมาชิกในครอบครัว และชุมชนถือเป็นปัจจัยแวดล้อมสำคัญที่มีบทบาท ในการสนับสนุนและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตร่วมกับโรคเรื้อรังได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

5.1 บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ครอบครัวมีหน้าที่ดูแลและตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ ของสมาชิกในครอบครัว เมื่อมีสมาชิก ในครอบครัวเจ็บป่วย ครอบครัวต้องให้ความรักความอบอุ่น เอาใจใส่และช่วยเหลือสมาชิกที่เจ็บป่วยให้กลับมามีสุขภาพแข็งแรง หรือมีชีวิตร่วมกับความเจ็บป่วยได้อย่างพาสัก (จินตนา วัชรสินธุ์, 2560) ด้วยความรักและความผูกพันภายในครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยได้ดีกว่าบุคคลอื่น ดังนั้น "สมาชิกในครอบครัว" จึงถือเป็นผู้ที่เหมาะสมที่สุดในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (พิสมัย สุระกาญจน์ และดารุณี จงอุดมการณ์, 2562) เมื่อสมาชิกในครอบครัวคนหนึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ครอบครัวจำเป็นต้องเพิ่มบทบาทในการปฏิบัติหน้าที่ด้านการดูแลสุขภาพ (Health care function) มากยิ่งขึ้น เพื่อรองรับภาวะที่เกิดจากการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย โดยเฉพาะในครอบครัวที่ไม่มีผู้ดูแลเฉพาะทาง หรือขาดการสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ บทบาทสำคัญของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ (จันทร์จิรา สีสว่าง, ปุณวิรัช ทองแดง, พัชรินทร์ เนียมเกิด, และจงจิตร ตันตโพธิ์ประสิทธิ์, 2564; นพมาศ ศรีเพชรวรรณดี, 2564; พิสมัย สุระกาญจน์ และดารุณี จงอุดมการณ์, 2562)

1) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเอง เพื่อการควบคุมความรุนแรงของโรค สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม อันเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมความรุนแรงของโรค เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานที่มีปฏิสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับผู้ป่วย มีการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน จึงสามารถช่วยเหลือดูแล ย้ำเตือน และกระตุ้นให้ผู้ป่วยจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง และสามารถควบคุม

ภาวะของโรคให้อยู่ในระดับที่ไม่รุนแรงมากขึ้นได้มากที่สุด การช่วยเหลือของครอบครัวในด้านนี้ประกอบด้วยกิจกรรมที่สำคัญหลายประการ ได้แก่

- การจัดเตรียมอาหารและดูแลการบริโภคของผู้ป่วย โดยควบคุมให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับภาวะของโรค เช่น การรับประทานในปริมาณที่พอเหมาะ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวานจัด มันจัด และเค็มจัด พร้อมทั้งส่งเสริมการบริโภคผักสด ผลไม้ไม่หวานจัด ธัญพืช และนมในปริมาณที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย

- การส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมกับสมรรถภาพของร่างกายผู้ป่วย โดยสมาชิกในครอบครัวสามารถร่วมออกกำลังกายกับผู้ป่วย เพื่อสร้างแรงจูงใจ พร้อมทั้งเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นขณะออกกำลังกาย เช่น อาการปวดศีรษะ ใจสั่น หรืออ่อนเพลีย เป็นต้น หากพบความผิดปกติ ดังกล่าว ต้องให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ครอบครัวควรให้การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวร่างกายหรือข้อต่อต่างๆ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนเป็นเวลานาน เช่น ข้อติด แผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น

- การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยลด ละ หรือเลิกพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น โดยครอบครัวสามารถขอรับการช่วยเหลือจากคลินิกฟ้าใส (เลิกบุหรี่) ที่โรงพยาบาลทุกแห่ง ปรีกษาร้านยาอาสาพาเลิกบุหรี่ หรือโทรขอคำปรึกษาทางสายด่วนเลิกบุหรี่ 1600 และสายด่วนเลิกเหล้า 1413

- การจัดการเรื่องยาอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การจัดเตรียมยา เตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างถูกต้องตามคำสั่งแพทย์ และสอบถามอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา รวมถึงให้ข้อมูลกับบุคลากรสาธารณสุข กรณีพบปัญหาจากการใช้ยา

- การดูแลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น การพาไปพบแพทย์ตามนัด หมายถึง การรับยา การตรวจติดตามอาการ และการช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษา ได้อย่างครบถ้วน

- การส่งเสริมการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการนอน เช่น ห้องนอนที่เงียบสงบ อากาศถ่ายเทได้ดี ปราศจากสิ่งรบกวน เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง วันละอย่างน้อย 7-8 ชั่วโมง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการฟื้นฟูสุขภาพ

2) การร่วมตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา ในการดำเนินชีวิตประจำวัน บุคคลต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่จำเป็นต้องใช้การตัดสินใจและการแก้ไขอยู่เสมอ อย่างไรก็ตาม เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ปัญหาด้านสุขภาพจะทวีความซับซ้อนและรุนแรงมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องมีการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการภาวะเจ็บป่วยของตนเองมากขึ้น ซึ่งในกระบวนการนี้ สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการให้การสนับสนุน โดยอาจร่วมตัดสินใจกับผู้ป่วย หรือทำหน้าที่ตัดสินใจแทนในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในด้านการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีหลายรูปแบบที่สำคัญ ได้แก่

- การร่วมตัดสินใจในการเลือกสถานบริการสุขภาพ ที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น การเลือกโรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานพยาบาลอื่น ๆ ที่เหมาะสมกับลักษณะของโรค เงื่อนไขทางเศรษฐกิจ และความสะดวกในการเดินทาง

- การร่วมตัดสินใจในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาเฉพาะทาง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา หรือมีภาวะไตวาย ซึ่งต้องได้รับการดูแลโดยแพทย์เฉพาะทาง รวมถึงการตัดสินใจในสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น กรณีเกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบ หรือภาวะช็อกหมดสติ ซึ่งต้องมีการดำเนินการรักษาอย่างเร่งด่วนและเหมาะสม เป็นต้น

- ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ครอบครัวควรมีบทบาทในการค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมดังกล่าว เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการเลือกแนวทางจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

- การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เช่น ปัญหาการลืมรับประทานยา การจัดยาไม่ถูกต้อง การนอนไม่หลับ หรือการขาดรายได้เนื่องจากการตกงาน เป็นต้น โดยสมาชิกในครอบครัวสามารถช่วยวางแผนและช่วยแก้ไขปัญหา รวมถึงการดูแลด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ

3) การช่วยเหลือในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลถือเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับสภาวะโรคของตนเอง ทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว จึงควรแสวงหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับโรคอย่างต่อเนื่อง โดยครอบครัวมีบทบาทสำคัญทั้งในฐานะของผู้แสวงหาข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย และในฐานะของผู้ช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีความสามารถในการค้นคว้าด้วยตนเองได้

การแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถดำเนินการได้หลากหลายรูปแบบ อาทิ การอ่านเอกสารทางสุขภาพ เช่น แผ่นพับหรือหนังสือคู่มือสุขภาพ การสืบค้นข้อมูลจากแหล่งออนไลน์ที่น่าเชื่อถือ การแลกเปลี่ยนพูดคุยกับผู้ป่วยรายอื่นที่มีประสบการณ์คล้ายกัน หรือการสอบถามข้อมูลโดยตรงจากบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งกระบวนการเหล่านี้จะช่วยเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับโรคแนวทางการดูแล และการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) การสนับสนุนด้านจิตใจและการจัดการความเครียด

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักประสบกับความเครียด ความวิตกกังวล และความรู้สึกไม่มั่นคงจากการดำรงอยู่ร่วมกับโรคในระยะยาว รวมถึงความไม่แน่นอนเกี่ยวกับผลของการรักษา ครอบครัว จึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนด้านจิตใจและการช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการกับความเครียด เพื่อ

เสริมสร้างกำลังใจ ความมั่นใจ และทัศนคติเชิงบวกต่อการดำเนินชีวิตกับโรคเรื้อรัง การสนับสนุนด้านจิตใจและการจัดการความเครียดที่สำคัญ ได้แก่

- การให้การสนับสนุนทางอารมณ์ ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับภาวะเจ็บป่วยของตนเอง ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและการสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิต และยังคงให้กำลังใจและสร้างความหวังว่าผู้ป่วยยังสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและมีความสุข

- การเป็นผู้รับฟังที่ดี โดยบอกให้ผู้ป่วยรับรู้ ว่า คนในครอบครัวพร้อมรับฟังปัญหา เมื่อผู้ป่วยรู้สึกเครียด ขอให้พูดคุยระบายความรู้สึก ความเครียด หรือความกังวลที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ ครอบครัวต้องรับฟังอย่างตั้งใจ ไม่ตำหนิ หรือรีบตัดสิน ช่วยกันหาทางออกหรือแนวทางในการจัดการกับปัญหาต่างๆ อย่างสร้างสรรค์ ซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และสร้างความอบอุ่นใจ ให้กับผู้ป่วย

- การส่งเสริมกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น การทำงานอดิเรกที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมภายในบ้าน การเดินเล่นหรือพบปะเพื่อนบ้าน การดูหนัง ฟังเพลง หรือทำสมาธิ สวดมนต์ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ เป็นวิธีการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม เสริมสุขภาพจิตให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

5) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองเป็นปกติวิสัยในวิถีชีวิตประจำวัน และมีส่วนร่วมกับเครือข่ายสังคม

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบางประการอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมความรุนแรงของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การงดสูบบุหรี่ การลดการบริโภคอาหารหวาน มัน และเค็ม เป็นต้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านี้ไม่เพียงแต่เป็นเรื่องของการดูแลตนเอง ในระยะสั้น แต่ควรได้รับการส่งเสริมให้กลายเป็นวิถีชีวิตในระยะยาว ซึ่งครอบครัวมีบทบาทสำคัญ ในการช่วยให้พฤติกรรมสุขภาพใหม่ ค่อย ๆ กลายเป็นปกติวิสัยของผู้ป่วย

นอกจากนี้ ครอบครัวยังควรช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วย คงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ทางสังคม และมีส่วนร่วมกับเครือข่ายชุมชนในระดับที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและจิตใจ เพื่อป้องกันการแยกตัว ทางสังคมและช่วยให้ผู้ป่วยยังคงรู้สึกถึงคุณค่าและบทบาทในสังคม การช่วยเหลือที่สำคัญ ได้แก่

- การดูแล สนับสนุน และให้กำลังใจผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมักต้องใช้เวลา ความอดทน และความร่วมมืออย่างใกล้ชิดจากสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากพฤติกรรมใหม่อาจขัดแย้งกับความคุ้นชินเดิมที่ฝังรากลึก เช่น ชอบรับประทานอาหารรสจัด ไม่สนใจการออกกำลังกาย หรือมีพฤติกรรมเนือยนิ่งอยู่กับที่นานๆ (Sedentary behavior) ฯลฯ ดังนั้น การฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำพฤติกรรมใหม่ และการให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอจึงเป็นสิ่งจำเป็น

- การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา งานบุญประเพณีของชุมชน การร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ

หรือการออกกำลังกายร่วมกับเพื่อนบ้าน เป็นต้น กิจกรรมเหล่านี้จะช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิต ลดความเครียด และส่งเสริมสุขภาพในภาพรวม

6) การสื่อสารกับบุคลากรสาธารณสุขและเครือข่ายสุขภาพ

การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสาธารณสุขเป็นสิ่งจำเป็นในการวางแผน การรักษา ติดตามอาการ และประเมินความก้าวหน้าในการดูแลสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางราย อาจประสบข้อจำกัดด้านการสื่อสาร อันเนื่องมาจากสภาวะสุขภาพ อายุ ความเข้าใจพื้นฐาน ภาษา หรือวัฒนธรรม ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการเป็นสื่อกลางและสนับสนุนการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับ บุคลากรสาธารณสุข การช่วยเหลือที่สำคัญ ได้แก่

- การเข้าร่วมรับฟังและแลกเปลี่ยนข้อมูลกับแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ เมื่อพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ หรือไปรับการตรวจรักษาตามนัด ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจแนวทางการรักษา และนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

- การให้ข้อมูลแก่บุคลากรสาธารณสุข เกี่ยวกับอาการ ความเปลี่ยนแปลงหรือ ความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย เพื่อประกอบการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมและตรงกับบริบทของผู้ป่วย มากที่สุด

- การช่วยอธิบายหรือถ่ายทอดข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุข ให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ชัดเจน โดยเฉพาะในกรณีที่มีภาษาหรือเนื้อหาทางวิชาการที่ผู้ป่วยอาจไม่สามารถ เข้าใจได้ด้วยตนเอง

7) การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักมีข้อจำกัดทางร่างกาย โดยเฉพาะความสามารถในการเคลื่อนไหวและการ ประกอบกิจวัตรประจำวัน ดังนั้น การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมและปลอดภัย จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมการฟื้นตัวและลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุหรือ ภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม ครอบครัวจึงควรให้ความสำคัญกับการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เอื้อ ต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย การช่วยเหลือที่สำคัญ ได้แก่

- การจัดให้ผู้ป่วยพักอาศัยในพื้นที่ที่สะอาด มีการระบายอากาศและแสงสว่าง อย่างเพียงพอ พร้อมทั้งจัดวางเฟอร์นิเจอร์ให้เหมาะสม ไม่กีดขวางทางเดิน และช่วยอำนวยความสะดวกในการ เคลื่อนไหว รวมถึงการติดตั้งราวจับในจุดสำคัญ เช่น ห้องน้ำ บันได หรือทางเดิน เพื่อป้องกันการหกล้ม

- การจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลที่บ้าน อาทิ เครื่องวัดความดัน โลหิต เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด รวมถึงอุปกรณ์ช่วยเหลือการเคลื่อนไหว เช่น ไม้เท้า วอล์กเกอร์ หรือรถเข็น เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย

8) การเตรียมความพร้อมทางการเงิน

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระยะยาวมักก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายที่ต่อเนื่องและอาจสร้างภาระอย่าง มากแก่ครอบครัว แม้ว่าระบบหลักประกันสุขภาพของภาครัฐ จะช่วยลดภาระค่ารักษาพยาบาล

แต่รายจ่ายในส่วนอื่นๆ เช่น ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล หรือค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยังคงเป็นภาระของครอบครัวโดยตรง นอกจากนี้ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานหารายได้ได้เช่นเดิมย่อมส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ครอบครัวจึงควรมีการวางแผนด้านการเงินที่รอบคอบ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและไม่ส่งผลกระทบต่อภาวะทางเศรษฐกิจของครอบครัวในภาพรวม แนวทางสำคัญ ได้แก่

- การลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น เช่น ลดการซื้อสินค้าฟุ่มเฟือย การประหยัดน้ำ-ไฟ เป็นต้น
- การหารายได้เสริม เช่น การขายสินค้าออนไลน์ การรับจ้างส่งอาหารหลังเลิกงาน เป็นต้น
- การเข้าถึงสิทธิประโยชน์จากรัฐ เช่น การขอรับเงินสนับสนุนจากกองทุนต่างๆ

การเบิกค่าอุปกรณ์จากสิทธิประกันสุขภาพ การประสานขอรับผ้าอ้อมผู้ใหญ่หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

9) การทำบทบาทแทนผู้ป่วย

สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนมีบทบาทต่างกัน เช่น เป็นบิดา เป็นมารดา เป็นบุตร เป็นสามี เป็นภรรยา เป็นพี่ เป็นน้อง ฯลฯ ทั้งนี้ บทบาทของสมาชิกแต่ละคนมีความสอดคล้องและเสริมบทบาทซึ่งกันและกัน บทบาทที่เหมาะสม ทำให้ครอบครัวสามารถทำหน้าที่ความเป็นครอบครัวได้ อย่างราบรื่นและมั่นคง บทบาทของสมาชิกในครอบครัวมีความยืดหยุ่นและสามารถปรับเปลี่ยนได้ ตามกาลเวลาและสถานการณ์ความเปลี่ยนแปลงในครอบครัว (นพมาศ ศรีเพชรวรรณดี, 2564) เช่น กรณีที่บิดาเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังและไม่สามารถประกอบอาชีพได้ มารดาอาจต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็นหัวหน้าครอบครัว และบุตรหลานอาจมีบทบาทช่วยหารายได้เพิ่มเติมเพื่อทดแทนรายได้ที่สูญเสียไป ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงบทบาทภายในครอบครัวไม่เพียงแต่เป็นการช่วยเหลือในเชิงเศรษฐกิจ แต่ยังเป็นการแสดงออกถึงความรัก ความเอาใจใส่ และความสามัคคีของครอบครัวในการเผชิญกับสถานการณ์ที่ท้าทายร่วมกัน

ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยผู้ดูแลในครอบครัว

1. ผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

“ความรู้และทักษะในการดูแล” ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลจำนวนไม่น้อยยังขาดความรู้พร้อมในด้านนี้ ซึ่งส่งอาจผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความปลอดภัย ข้อจำกัดด้านความรู้และทักษะในการดูแลสามารถจำแนกได้เป็นประเด็นย่อย ดังนี้ (อนันต์ พวงคำ, ดวงสุตา สุวรรณศรี, ธนพร แยมศรี, มนธิดา แสงเรืองเอก, และ รุ่งอรุณ ไทวันนัง, 2563)

1.1 ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง

ผู้ดูแลบางรายอาจไม่มีความเข้าใจในลักษณะของโรคเรื้อรัง ที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ ไม่ทราบถึงสาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน แนวทางการรักษา หรือวิธีการดูแลที่เหมาะสมเมื่ออยู่ที่บ้าน ส่งผลให้ไม่สามารถสังเกตอาการผิดปกติได้ หรืออาจมองข้ามสัญญาณอันตรายบางประการ เช่น อาการบวม หายใจลำบาก หรือระดับน้ำตาลในเลือดที่ต่ำผิดปกติ เป็นต้น ซึ่งอาจทำให้การนำผู้ป่วยไปรับการรักษาล่าช้าจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพที่รุนแรง

1.2 ขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหลายกรณีจำเป็นต้องอาศัยทักษะเฉพาะ เช่น การทำแผล การดูแลสายสวนปัสสาวะ การให้อาหารทางสายยาง การใช้เครื่องดูดเสมหะหรือเครื่องให้ออกซิเจน การเปลี่ยนท่าผู้ป่วย หรือการพยุงช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหว ทักษะเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการฝึกฝนอย่างถูกวิธีซึ่งบางครอบครัวอาจไม่เคยมีประสบการณ์หรือไม่ได้รับการสอนมาก่อน อีกทั้งบางรายยังขาดความมั่นใจ จึงไม่กล้าลงมือดูแลเนื่องจากกังวลว่าจะเกิดอันตรายกับผู้ป่วย

1.3 ขาดทักษะในการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางรายอาจมีปัญหาทางอารมณ์และจิตใจร่วมด้วย เช่น ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า หรือพฤติกรรมก้าวร้าว ครอบครัวที่ขาดทักษะในการจัดการกับสภาวะดังกล่าว อาจไม่สามารถสื่อสารหรือให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งอาจไม่เข้าใจวิธีการสื่อสารเชิงบวก ซึ่งจำเป็นต่อการสนับสนุนด้านจิตใจให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและไม่โดดเดี่ยว

ทั้งนี้ ปัญหาและอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ครอบครัวขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย คือ การไม่สามารถเข้าถึงแหล่งความรู้และข้อมูลสุขภาพที่เชื่อถือได้ เช่น ขาดโอกาสในการเข้าอบรม ไม่มีสื่อการสอนที่เข้าใจง่าย พังข้อมูลจากบุคลากรสาธารณสุขไม่เข้าใจแต่ไม่กล้าซักถาม ไม่ทราบช่องทางในการหาข้อมูลสุขภาพเพิ่มเติม หรืออยู่ในพื้นที่ที่ไม่มีระบบสื่อสารที่ทันสมัย ส่งผลให้ไม่สามารถเรียนรู้หรือพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและครบถ้วน

2. ภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล

การมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในครอบครัว และจำเป็นต้องมีสมาชิกคนหนึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งในหลายกรณี พบว่า ครอบครัวมักมอบหมายหน้าที่ดังกล่าว ให้แก่สมาชิกที่ยังไม่มีภาระครอบครัวของตนเอง มีรายได้น้อย ระดับการศึกษาต่ำ หรือมีงานที่ยังไม่มั่นคง (พิสมัย สุระกาญจน์ และ ดารุณี จงอุดมการณ์, 2562) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักเป็นเพศหญิง และครอบครัวมักไม่มีการหมุนเวียนหน้าที่กันในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้เกิดภาวะเหนื่อยล้า ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เกิดความเครียด ความกดดัน และนำไปสู่ปัญหาด้านสุขภาพของผู้ดูแลเอง (ดารุณี จงอุดมการณ์, 2556)

ภาระที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง อาจนำไปสู่ภาวะเหนื่อยล้า (Caregiver burden) และหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจพัฒนาไปสู่ภาวะหมดไฟในการดูแล (Caregiver

burnout) ซึ่งภาวะดังกล่าวส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน ผู้ดูแลที่มีภาวะเหนื่อยล้ามักมีแนวโน้มในการดูแลผู้ป่วยลดลง และอาจนำไปสู่ภาวะเสื่อมถอยของผู้ป่วย เช่น การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง หรือการเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร (พิสมัย สุระกาญจน์ และ ดารุณี จงอุดมการณ์, 2562)

งานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศได้ระบุถึงปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลไว้หลายประการ ได้แก่ (ชลดา แสงนาถ, 2563; ศตวรรษ อุดรศาสตร์, 2561; Yigitalp et al., 2017)

3. ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย

ประกอบด้วยระดับความรุนแรงของโรค ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและระยะเวลาที่ต้องได้รับการดูแล โดยพบว่า หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ช่วยเหลือตนเองได้น้อยและต้องการการดูแลต่อเนื่องเป็นเวลานาน จะเพิ่มภาระให้แก่ผู้ดูแลมากขึ้น และมีโอกาสที่ผู้ดูแลจะเกิดภาวะเหนื่อยล้าสูงขึ้น

4. ปัจจัยด้านตัวผู้ดูแล

1.1 ภาวะสุขภาพกาย: ผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพร่างกาย จะเกิดภาวะเหนื่อยล้าได้ง่ายเนื่องจากไม่สามารถรองรับภาระในการดูแลได้อย่างเต็มที่

1.2 ภาวะสุขภาพจิต: ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญ ในทางกลับกัน ผู้ดูแลที่มีแนวคิดเชิงบวก มีความเข้มแข็งในการเผชิญปัญหา มักสามารถรับมือกับภาระได้ดีกว่า

1.3 ปัญหาส่วนตัวของผู้ดูแล: เช่น ปัญหาทางการเงิน ภาระหนี้สิน ความขาดแคลนด้านเวลา หรือการไม่มีโอกาสเข้าสังคม ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อความเครียดและกระตุ้นให้เกิดภาวะเหนื่อยล้า

1.4 การได้รับการอบรมและข้อมูลความรู้: ผู้ดูแลที่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับโรค และการดูแลผู้ป่วยจะมีความมั่นใจและสามารถดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความวิตกกังวลและภาวะเหนื่อยล้าได้ดี

5. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม

การมีระบบสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ถือเป็นอีกหนึ่งกลไกสำคัญที่ช่วยลดภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น การมีผู้ช่วยดูแล การหมุนเวียนหน้าที่กันดูแลภายในครอบครัว การสนับสนุนด้านอุปกรณ์เครื่องมือ รวมถึงการให้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุนด้านจิตใจ ล้วนมีบทบาทสำคัญในการลดระดับภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทบาทของพยาบาลชุมชนในการส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพตามสภาวะของโรค พยาบาลชุมชนในฐานะบุคลากรสาธารณสุข มีบทบาทสำคัญในการ

ส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงส่งเสริมการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในครอบครัว สามารถจำแนกตามระดับการพึ่งพิงของผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- ครอบครัวที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลทั้งหมด
- ครอบครัวที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลบางส่วน
- ครอบครัวที่ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านเป็นการดูแลในระดับปฐมภูมิ ที่สมาชิกในครอบครัวทุกคนควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ครอบครัวจะกำหนดให้สมาชิกคนใดคนหนึ่งให้เป็น “ผู้ดูแลหลัก” บทบาทของพยาบาลชุมชนในการส่งเสริมครอบครัวจึงมุ่งเน้นไปที่ผู้ดูแลหลัก โดยพยาบาลชุมชนจะดำเนินกิจกรรมที่สอดคล้องกับระดับความสามารถของผู้ป่วยและความต้องการของครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างเหมาะสม โดยใช้กระบวนการพยาบาลควบคู่กับการมีส่วนร่วมของครอบครัว (นงนุช เพ็ชรรวง และยุพา จิวพัฒนา, 2560; นพมาศ ศรีเพชรวรรณดี, 2564) ดังแสดงใน ตารางที่ 6

ตารางที่ 6 บทบาทของพยาบาลชุมชนและกิจกรรมการส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

บทบาทของ พยาบาล ชุมชน	กิจกรรมการส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง		
	ผู้ป่วยต้องการการดูแลทั้งหมด	ผู้ป่วยต้องการการดูแลบางส่วน	ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้
1. ผู้ให้บริการ	<p>1.1 ให้การพยาบาลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง โดยครอบคลุมการประเมินปัญหาสุขภาพ การวางแผนร่วมกับครอบครัว การดำเนินการพยาบาลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เช่น การให้ยาตามแผนการรักษา การทำแผลกดทับ การเปลี่ยนสายสวน ปัสสาวะ การประเมินภาวะแทรกซ้อน ฯลฯ และการประเมินผลการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>1.2 ส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการสุขภาพที่เหมาะสม เมื่อพบอาการรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อน</p> <p>1.3 สนับสนุนด้านจิตใจและให้กำลังใจแก่ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา</p>	<p>1.1 ให้การพยาบาลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมการประเมินปัญหาสุขภาพ การวางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัว และดำเนินการพยาบาลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยมุ่งเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้กลับคืนสู่ภาวะปกติมากที่สุด</p> <p>1.2 ส่งเสริมให้ครอบครัวจัดสภาพแวดล้อม และกิจกรรมที่เอื้อต่อการฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยด้วยตนเอง</p> <p>1.3 ส่งเสริมด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย เพื่อสร้างแรงจูงใจในการฟื้นฟูสุขภาพและพึ่งพาตนเอง</p> <p>1.4 สนับสนุนและให้กำลังใจแก่ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>1.1 ให้การพยาบาลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมการประเมินปัญหาสุขภาพการวางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัว และดำเนินการพยาบาลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองและทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเอง</p> <p>1.2 ส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทในการกระตุ้นและเตือนผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>1.3 สนับสนุนและให้กำลังใจแก่ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง</p>

บทบาทของ พยาบาล ชุมชน	กิจกรรมการส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง		
	ผู้ป่วยต้องการการดูแลทั้งหมด	ผู้ป่วยต้องการการดูแลบางส่วน	ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้
	1.4 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบุคลากรทางการแพทย์ หน่วยบริการ และองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ครอบครัวสามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน		
2. ผู้ให้ความรู้ ด้านสุขภาพ	<p>2.1 ให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับลักษณะของโรคเรื้อรัง การดำเนินโรคภาวะแทรกซ้อน และแนวทางการดูแลที่เหมาะสม</p> <p>2.2 ถ่ายทอดทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย ผ่านการสอน สาธิต และฝึกปฏิบัติ เช่น การให้อาหารทางสายยาง การทำแผล การดูดเสมหะ การอาบน้ำบนเตียง การพลิกตัว การบริหารข้อต่อ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างปลอดภัย ฯลฯ</p> <p>2.3 สอนเทคนิคการฝึกหายใจ ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมการทำงานของระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วย</p>	<p>2.1 ให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับโรคเรื้อรังของผู้ป่วย รวมถึงการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อน</p> <p>2.2 ถ่ายทอดทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายผู้ป่วยแก่ครอบครัว โดยการสอน สาธิต และฝึกปฏิบัติ เช่น การทำกายภาพบำบัด การใช้วอล์กเกอร์ พร้อมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยฝึกอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ</p>	<p>2.1 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงที่อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน</p> <p>2.2 ถ่ายทอดและฝึกทักษะการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย เช่น การฉีดอินซูลิน การบริหารร่างกาย เป็นต้น</p> <p>2.3 สอนและฝึกทักษะการดูแลทั่วไปแก่ผู้ป่วย เช่น การทำแผล การประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรค เป็นต้น</p>

บทบาทของ พยาบาล ชุมชน	กิจกรรมการส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง		
	ผู้ป่วยต้องการการดูแลทั้งหมด	ผู้ป่วยต้องการการดูแลบางส่วน	ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้
3. ผู้ประสานงาน	<p>3.1 ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว เช่น ทีมหมอครอบครัว ทีมสหสาขาวิชาชีพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. จิตอาสา เป็นต้น</p> <p>3.2 ส่งเสริมการจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนครอบครัว เช่น กลุ่มเพื่อนบ้านหรือกลุ่มครอบครัวที่มีประสบการณ์คล้ายกัน เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน</p>	<p>3.1 ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>3.2 ประสานการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมตามความเหมาะสม เพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่า</p> <p>3.3 ประสานความร่วมมือในการจัดฝึกอาชีพที่เหมาะสมกับศักยภาพทางกาย และข้อจำกัดของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการพึ่งพาตนเอง</p>	<p>3.1 ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>3.2 ส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย โดยประสานงานกับชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมได้เหมือนก่อนการเจ็บป่วย</p>
4. ผู้แนะแนว	<p>4.1 แนะนำให้ครอบครัวเลือกผู้ดูแลหลัก 1 คน เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน และควรมีการสับเปลี่ยนผู้ดูแลบ้าง เพื่อช่วยลดภาระของผู้ดูแลหลักและให้การดูแลมีความต่อเนื่อง</p>	<p>4.1 แนะนำครอบครัวในการสนับสนุนผู้ป่วยให้เห็นคุณค่าในตัวเอง โดยการเสริมสร้างความมั่นใจและช่วยให้ผู้ป่วย รู้สึกถึงความสำคัญในครอบครัวและสังคม</p>	<p>4.1 แนะนำเทคนิคการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมและยั่งยืน</p>

บทบาทของ พยาบาล ชุมชน	กิจกรรมการส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง		
	ผู้ป่วยต้องการการดูแลทั้งหมด	ผู้ป่วยต้องการการดูแลบางส่วน	ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้
	4.2 เมื่อครอบครัวต้องการคำแนะนำ พยาบาลควรให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน และ ให้ครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจในการดำเนินการ โดยไม่ชี้แนะให้เลือกทางใด ทางหนึ่ง	4.2 แนะนำให้ครอบครัวเลือกกิจกรรมที่ เหมาะสมกับสภาพร่างกายและจิตใจของ ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้ทำให้เกิดประโยชน์	
5. ผู้ให้คำปรึกษา	5.1 ให้คำปรึกษากับครอบครัวในการดูแล ผู้ป่วยโดยเฉพาะในช่วงภาวะวิกฤต 5.2 ให้คำปรึกษากับผู้ดูแลเมื่อประสบกับ ความเครียด ความเหนื่อยล้า หรือหมดไฟ 5.3 ให้คำปรึกษากับทีมสุขภาพ อสม. ผู้นำ ชุมชน และเครือข่ายสุขภาพอื่นๆ เพื่อการ ดูแลที่มีประสิทธิภาพ	5.1 ให้คำปรึกษากับครอบครัวในการดูแล ผู้ป่วย 5.2 ให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อเสริมสร้าง ความหวังและความมุ่งมั่นในการฟื้นฟูสภาพ ร่างกาย 5.3 ให้คำปรึกษากับผู้ดูแลเมื่อประสบกับ ความเครียด ความเหนื่อยล้า หรือหมดไฟ	5.1 ให้คำปรึกษากับครอบครัวในการ ดูแลผู้ป่วย 5.2 ให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อเสริมสร้าง ความหวังและความมุ่งมั่นในการฟื้นฟู สภาพร่างกาย
6. นักระบาด วิทยา	6.1 เผื่อระวังการติดเชื้อจากการนอนนานๆ 6.2 หากผู้ป่วยติดเชื้อ พยาบาลต้องเฝ้า ระวัง การแพร่กระจายเชื้อไปยังสมาชิกใน ครอบครัว	6.1 วิเคราะห์สาเหตุปัญหาสุขภาพ ตาม หลักระบาดวิทยาและดำเนินการแก้ไข ตามสาเหตุ 6.2 คัดกรองสุขภาพสมาชิกในครอบครัว เพื่อค้นหาผู้ป่วย โดยเฉพาะในครอบครัว ที่มีโรคถ่ายทอดทางพันธุกรรม	6.1 วิเคราะห์สาเหตุปัญหาสุขภาพ ตาม หลักระบาดวิทยาและดำเนินการแก้ไข ตามสาเหตุ 6.2 คัดกรองสุขภาพสมาชิกในครอบครัว เพื่อค้นหาผู้ป่วย โดยเฉพาะในครอบครัว ที่มีโรคถ่ายทอดทางพันธุกรรม

บทบาทของ พยาบาล ชุมชน	กิจกรรมการส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง		
	ผู้ป่วยต้องการการดูแลทั้งหมด	ผู้ป่วยต้องการการดูแลบางส่วน	ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้
	<p>6.3 วิเคราะห์สาเหตุปัญหาสุขภาพตามหลักระบาดวิทยาและดำเนินการแก้ไขตามสาเหตุ</p> <p>6.4 คัดกรองสุขภาพสมาชิกในครอบครัวเพื่อค้นหาผู้ป่วย โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีโรคถ่ายทอดทางพันธุกรรม</p>		
7. ผู้เชี่ยวชาญด้านสิ่งแวดล้อม	<p>7.1 ร่วมกับครอบครัวจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด มีแสงสว่างเพียงพอ และเหมาะสมต่อการพักผ่อนของผู้ป่วย</p> <p>7.2 ปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแลและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เช่น การจัดทำพื้นทางลาด เป็นต้น</p> <p>7.3 แนะนำวิธีการกำจัดขยะติดเชื้อจากการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องและปลอดภัย</p>	<p>7.1 ร่วมกับครอบครัวจัดสิ่งแวดล้อมเหมาะสมต่อการพักผ่อนของผู้ป่วย</p> <p>7.2 ร่วมกับครอบครัวจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย</p>	ร่วมกับครอบครัวปรับสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว
8. ผู้ร่วมงาน	<p>8.1 ร่วมมือกับทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม</p> <p>8.2 ร่วมดำเนินงานกับกลุ่มคน หน่วยงาน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง</p>		

บทบาทของ พยาบาล ชุมชน	กิจกรรมการส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง		
	ผู้ป่วยต้องการการดูแลทั้งหมด	ผู้ป่วยต้องการการดูแลบางส่วน	ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้
9. ผู้พิทักษ์สิทธิ ของผู้รับบริการ	9.1 ตรวจสอบสิทธิประโยชน์ที่ผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับจากหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่น เช่น สิทธิหลักประกันสุขภาพ กองทุนเงินทดแทน หรือเงินช่วยเหลือตามกฎหมาย ฯลฯ 9.2 แนะนำแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วย เช่น การรับผ้าอ้อมผู้ใหญ่จาก อบต. หรือการเยี่ยมอุปกรณ์ทางการแพทย์จากศูนย์บริการชุมชน ฯลฯ 9.3 สนับสนุนให้ครอบครัวเข้าถึงและใช้สิทธิประโยชน์ที่พึงมีอย่างเหมาะสม		
10. นักวิจัย	10.1 ประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม 10.2 นำนวัตกรรมมาใช้ในการดูแล เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และลดภาระของผู้ดูแล 10.3 สร้างองค์ความรู้ใหม่ผ่านการวิจัยหรือพัฒนานวัตกรรม เพื่อยกระดับคุณภาพการบริการในชุมชน		
11. ผู้เป็นต้นแบบ	11.1 ปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมแก่ครอบครัวและชุมชน 11.2 แสดงแบบอย่างในการดูแลผู้ป่วยด้วยความมุ่งมั่น อดทน และเมตตา เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีต้นแบบในการดูแลที่เหมาะสม		
12. ผู้จัดการ รายการ	การจัดการรายการ เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายแบบองค์รวมและต่อเนื่องในทุกระยะของการเจ็บป่วย ทั้งในสถานบริการสุขภาพและชุมชน โดยมุ่งเน้นการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพที่ซับซ้อนของผู้ป่วยและครอบครัว ผ่านการประสานงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ การเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็น และการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล ทั้งในด้านผลลัพธ์ทางคลินิก การลดค่าใช้จ่าย การเพิ่มรายได้ และการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ผู้จัดการรายการมักดูแลผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทางคลินิก (Complexity) 2) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงและมีภาวะรุนแรง (High risk) 3) ผู้ป่วยที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน (Extended hospital stay) 4) มีค่าใช้จ่ายในการ		

บทบาทของ พยาบาล ชุมชน	กิจกรรมการส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง		
	ผู้ป่วยต้องการการดูแลทั้งหมด	ผู้ป่วยต้องการการดูแลบางส่วน	ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้
	<p>รักษาสูง (High cost) และ 5) ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเปี่ยงเบนจากมาตรฐานการรักษา (Variation) (ปัฐยาวัชร ปรากฏผล, 2560; ศักดิ์ชิรินทร์ นรสาร และวิไลวรรณ วัฒนานนท์, 2560)</p> <p>บทบาทของพยาบาลชุมชนในฐานะผู้จัดการรายกรณี ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย มีดังนี้ (ปัฐยาวัชร ปรากฏผล, 2560)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินภาวะสุขภาพ โดยคัดกรองและค้นหาปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย 2. วางแผนการดูแลเฉพาะราย โดยใช้ข้อมูลจากการประเมิน เพื่อวางแผนการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง และใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า 3. บริหารจัดการการเข้าถึงบริการสุขภาพทุกระดับตามความจำเป็น พร้อมจัดหาทรัพยากรสนับสนุนอย่างเหมาะสม และประสานการดูแลอย่างต่อเนื่อง 4. ส่งเสริมการป้องกันโรคและการจัดการตนเอง เพื่อควบคุมการกำเริบและลดภาวะแทรกซ้อนของโรค 5. จัดการข้อมูลและสารสนเทศ โดยใช้ข้อมูลเพื่อลดความเสี่ยงและความผันแปร พร้อมทั้งพัฒนาระบบการดูแลให้มีคุณภาพ 6. ประเมินผลลัพธ์การดูแล ทั้งด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผล พร้อมทบทวนและปรับแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว 		

บทบาทพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ดูแลที่มีภาวะเหนื่อยล้า

ภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล แต่ยังทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยลดลงด้วย พยาบาลชุมชนควรตระหนักถึงปัญหาและวางแผนในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ดูแล ดังนี้ (วรสิรา สุวีระ, 2556)

1. ประเมินภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลเป็นระยะ โดยใช้ประเมินภาวะเหนื่อยล้า ของผู้ดูแล (Caregiver Burden) ฉบับภาษาไทย ที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้แก่ Zarit burden interview แบบสั้น มีข้อคำถาม 12 ข้อ ซึ่งจะทำให้พยาบาลทราบว่า ผู้ดูแลมีอาการเหนื่อยล้าในระดับใด (ปรวีร์ ปราโมทย์ศิริ และศิริสา เรืองฤทธิ์ชาญกุล, 2567) เพื่อนำไปวางแผนการช่วยเหลือ

2. ร่วมกับครอบครัวค้นหาปัจจัยเสี่ยง ที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล เช่น ต้องดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียวเป็นเวลานาน ขาดทักษะในการดูแล มีปัญหาสุขภาพ มีความขัดแย้ง ในครอบครัว เป็นต้น โดยให้ผู้ดูแลได้บอกเล่าความรู้สึก และพยาบาลรับฟังอย่างตั้งใจ

3. ให้การช่วยเหลือในการลดความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล โดยจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่ค้นหาได้ เช่น ให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลสำหรับผู้ดูแลที่ขาดประสบการณ์ ให้สมาชิกในครอบครัวสลับกันเป็นผู้ดูแล หรือแนะนำให้จ้างผู้อื่นมาช่วยดูแลผู้ป่วย เป็นบางครั้ง เป็นต้น

4. ประสานงานให้เครือข่ายสุขภาพในชุมชนเข้ามาช่วยเหลือแบ่งเบาภาระ ของผู้ดูแล เช่น ให้อาสาสมัครเข้ามาช่วยดูแล เป็นต้น

5. แนะนำให้ผู้ดูแลรักษาสุขภาพร่างกายของตนเองให้แข็งแรง โดยรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอ พบปะพูดคุยกับผู้อื่น และ หาเวลาทำกิจกรรมที่ชอบ

6. ให้กำลังใจผู้ดูแลให้เห็นคุณค่าในสิ่งที่ตนเองได้ทำให้กับครอบครัวเพื่อช่วยปรับอารมณ์ความรู้สึกของผู้ดูแลให้ดีขึ้น รวมถึงสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ดูแลกล้า ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น และกล้าตัดสินใจไปปรึกษาแพทย์ เมื่อตนเองมีความผิดปกติทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่รุนแรง

สรุป ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลสมาชิกที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยให้การดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมการทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การใช้ยา และการพาผู้ป่วยปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ต้องรับภาระการดูแลในระยะยาว อาจนำไปสู่ภาวะเหนื่อยล้าได้

5.2 บทบาทของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกคนอาศัยอยู่ในชุมชน โดยผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงหรือสามารถควบคุมอาการได้ มักดำเนินชีวิตตามปกติที่บ้าน ทั้งนี้ แม้ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล แต่เมื่ออาการทุเลาลงก็จะกลับสู่บ้าน เพื่อรับการดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นระบบการดูแลดังกล่าว ไม่เพียงเป็นบทบาทหลัก ของครอบครัวเท่านั้น หากยังต้องอาศัยกลไกการสนับสนุนจากชุมชนในมิติต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการดูแลที่เหมาะสมและมีคุณภาพ ในฐานะที่เป็นสมาชิกของชุมชน

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนขยาย (The Expanded Chronic Care Model: ECCM) เป็นแนวคิดที่พัฒนาต่อยอดจาก รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) ของ Wagner (2001) โดยผนวกแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพระดับประชากรตามกรอบแนวคิดของกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter for Health Promotion) เข้ากับการป้องกันและการจัดการโรคเรื้อรังอย่างครอบคลุม (Barr et al., 2003) เน้นให้เห็นถึง “ชุมชน” ในฐานะองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรังในระดับชุมชน โดยชุมชนถือเป็นสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สังคม และ จิตวิญญาณ ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งรูปแบบการดูแลนี้ ไม่เพียงแต่ช่วยดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเท่านั้น แต่ยังช่วยให้ประชาชนและชุมชน มีสุขภาพที่ดี

รูปแบบดังกล่าวได้รับการประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายในการดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรังและครอบครัวในชุมชน โดยมีการชี้ถึงบทบาทของปัจจัยภายนอกที่สำคัญ 2 ประการ ได้แก่ 1) ระบบบริการสุขภาพในชุมชน และ 2) ชุมชน ซึ่งมีส่วนช่วยสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ สอดคล้องกับข้อจำกัดหรือสถานะของโรค ดังนั้น พยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงาน ในการดูแลครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จึงควรให้ความสำคัญกับทั้งการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในชุมชน และการขับเคลื่อนปัจจัยทางสุขภาพในระดับชุมชน เพื่อให้เกิดระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระยะยาวที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน (นงนุช เพ็ชรร่วง และยุพา จิวพัฒนา, 2560)

“ระบบบริการสุขภาพในชุมชน” เป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมภายในบริบทของความเป็นชุมชน ที่มีอิทธิพลต่อบุคคลและครอบครัว ระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของคนในชุมชน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ตามแนวทางรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนขยาย เป็นการปรับระบบบริการระดับปฐมภูมิให้เป็นบริการเชิงรุก ที่ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนครอบครัวในการดูแลสุขภาพที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รวมถึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตร่วมกับโรคเรื้อรังได้อย่างมีคุณภาพ การปรับระบบบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนขยาย (Barr et al, 2003) มีดังนี้

1. การออกแบบระบบบริการ/การจัดรูปแบบบริการสุขภาพใหม่ (Delivery system design/re-orient health service) คือ การปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการสุขภาพ จากการเน้นเฉพาะการรักษาทางคลินิกไปสู่การดูแลสุขภาพ แบบองค์รวมที่ครอบคลุมบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยตระหนักถึงความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพกับปัจจัยกำหนดทางสังคม การเมือง เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม รวมถึงส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาคสังคม การเมืองและสาธารณสุข เช่น การจัดบริการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และอสม.การตั้งศูนย์เฝ้าระวัง-คัดกรองการแพทย์ สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นต้น

2. การจัดการดูแลตนเองหรือการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Self- management/develop personal skill) คือ การยกระดับการให้บริการสุขภาพไปสู่การเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยและ

ครอบครัวในการดูแลตนเองและรับมือกับโรคเรื้อรัง โดยส่งเสริมทักษะชีวิตที่จำเป็นต่อการมีสุขภาวะ
เพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองและการจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ เช่น การอบรม
ทักษะให้ผู้ดูแล การฝึกให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น

3. การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) คือ การส่งเสริม การตัดสินใจร่วมกันระหว่าง
ผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์
ที่ครอบคลุมทั้งด้านโรคการรักษา และการส่งเสริมสุขภาวะ เพื่อนำไปสู่แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่
เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละบุคคลและชุมชน

4. ระบบฐานข้อมูล (Information systems) คือ การใช้ฐานข้อมูล เป็นเครื่องมือสำคัญ
ในการสร้างรูปแบบบริการทำงานใหม่ๆ และประเมินผล การดำเนินการ ทั้งนี้ ข้อมูลด้านประชากร
สุขภาพ สังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ รวมถึงความต้องการและศักยภาพของชุมชน ควรถูกนำมาใช้
ในการวางแผนนโยบายและกิจกรรมเชิงป้องกันก่อนเกิดปัญหาสุขภาพในชุมชน เช่น การทำฐานข้อมูล
ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน แล้วใช้ข้อมูลที่รวบรวมไว้มาวิเคราะห์เพื่อออกแบบการให้บริการเยี่ยมบ้านโดย
ทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นต้น

“ชุมชน” เป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดย Barr et al. (2003) ได้
นำเสนอบทบาทของชุมชนที่สอดคล้องกับกลวิธีการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (The
Ottawa Charter for Health Promotion) โดยนำเสนอบทบาทของชุมชนใน 3 มิติ ดังนี้

1. การร่วมกันสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build healthy public policy)

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หมายถึง “นโยบายสาธารณะที่แสดงเจตนารมณ์ถึง ความห่วงใย
ในเรื่องสุขภาพ ขณะเดียวกันก็เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและกายภาพที่เอื้อ
ต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดี และมุ่งเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมที่เอื้อต่อสุขภาวะ
ของประชาชน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเท่า
เทียม ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ระบุให้กระบวนการกำหนดนโยบาย
สาธารณะเพื่อสุขภาพเกิดขึ้นผ่านการมีส่วนร่วมอย่างเป็นประชาธิปไตยของทุกภาคส่วนในสังคม ได้แก่
ภาครัฐ ฝ่ายการเมือง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน นักวิชาการ
สื่อมวลชน ตลอดจนชุมชนและประชาชน (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ [สช.], 2550)
นำไปสู่ผลลัพธ์ ด้านการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม อาทิ การออกกฎหมาย มาตรการ
ทางภาษี การจัดสรรงบประมาณ รวมถึงแนวทางหรือจุดยืนที่ชัดเจน เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของ
ประชาชน

การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เป็นกระบวนการแบบ “ล่างขึ้นบน” ดังนั้น ชุมชนจึงมี
บทบาทสำคัญในการร่วมกันขับเคลื่อนและผลักดันให้นโยบายเกิดขึ้น โดยประชาชนในพื้นที่เป็นผู้
ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพและร่วมกันริเริ่มกระบวนการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย ผ่านการมีส่วนร่วม
ของทุกภาคส่วน ได้แก่ ภาครัฐ ภาควิชาการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน กลไกที่ใช้

ในการขับเคลื่อนมีหลากหลาย เช่น สมัชชาสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะประเด็น หรือข้อตกลงชุมชน เป็นต้น เพื่อให้มั่นใจว่าความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้รับการสะท้อนในกระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบายในระดับต่างๆ เช่น รัฐบาล ผู้ว่าราชการจังหวัด หรือองค์การบริหารส่วนตำบล และกระตุ้นให้ผู้กำหนดนโยบายตระหนักถึงผลกระทบที่ตามมา พร้อมทั้งยอมรับความรับผิดชอบ ในการส่งเสริมสุขภาพที่ดีให้แก่คนในชุมชน (อาภาพร เผ่าวัฒนา, สิริวัชร กลัมพากร, สุนีย์ ละกำป็น, และทัศนีย์ วรรณกุล, 2563)

ในบริบทของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นโยบายสาธารณะในระดับชุมชน ควรมุ่งเน้นความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการกำหนดกติกาหรือแนวทางปฏิบัติ ในระดับท้องถิ่น เพื่อสร้างระบบการดูแลที่มีความเสมอภาคและเป็นธรรม ตัวอย่าง เช่น นโยบายจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้ครอบคลุมผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจสามารถยืมใช้งานได้ หรือนโยบายจัดระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างเหมาะสมในทุกระดับบริการ เป็นต้น

2. ร่วมกันสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create supportive environments)

มีหลักฐานทางวิชาการจำนวนมากที่ชี้ชัดว่า การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพจึงควรมีลักษณะครอบคลุมทั้งด้านความปลอดภัย การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต และความสุขในการดำเนินชีวิตประจำวัน

การดำเนินการดังกล่าวไม่จำกัดเฉพาะมาตรการคุ้มครองสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติหรือกายภาพเท่านั้น แต่ต้องครอบคลุมถึงการสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพในทุกมิติอย่างสมบูรณ์ โดยเฉพาะในบริบทของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ชุมชนมีบทบาทสำคัญในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ดังนี้

2.1 การสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment)

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ คือ สิ่งแวดล้อมที่ไม่มีชีวิตทั้งหมด ที่อยู่รอบตัวเรา เช่น ดิน น้ำ อากาศ ความร้อน สิ่งก่อสร้าง เป็นต้น ชุมชนควรร่วมกันปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น การปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การจัดให้ตลาดชุมชนจำหน่ายอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น

2.2 การสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคม (Social environment)

สิ่งแวดล้อมทางสังคมเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนในชุมชน ทำให้เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูล สมาชิกในชุมชนควรมีความสัมพันธ์ที่ดีและมีการช่วยเหลือดูแลครอบครัวที่มีการเจ็บป่วย เช่น การจัดกลุ่มจิตอาสาช่วยเหลือผู้ป่วย การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการเยี่ยมผู้ป่วย หรือการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เป็นต้น

2.3 การสร้างสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม (Cultural environment)

สิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรมเกี่ยวข้องกับประเพณี ค่านิยม ความเชื่อ และวิถีชีวิตที่สืบทอดกันมา มีผลต่อการดำเนินชีวิตและความคิดของคนในชุมชน ชุมชนควรอนุรักษ์วัฒนธรรมและวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น กิจกรรมทางศาสนา การบริโภคอาหารพื้นบ้านที่มีประโยชน์ หรือการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นรักษาโรคเรื้อรัง เป็นต้น และแก้ไขพฤติกรรมสุขภาพจากวัฒนธรรม ความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหารรสจัด การรักษาโรคด้วยยาผีบอก เป็นต้น

2.4 สร้างสิ่งแวดล้อมทางจิตวิญญาณ (Spiritual environment)

สิ่งแวดล้อมทางจิตวิญญาณช่วยส่งเสริมและสนับสนุนการออกกำลังกาย ทางจิตใจของคนในชุมชน เป็นมิติที่เกี่ยวข้องกับจิตใจ ความศรัทธา และคุณค่าชีวิต ผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่อาจหายจากการเจ็บป่วยได้ บางรายสูญเสียความสามารถ ในการดำเนินชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตอาจลดลงจนรู้สึกสิ้นหวัง ชุมชนควรตระหนักและเสริมสร้างจิตวิญญาณของผู้ป่วย เช่น การจัดให้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา การสนับสนุนกลุ่มสนทนาสร้างความหวังและกำลังใจ หรือการสร้างความรู้สึกปลอดภัยและสงบสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เป็นต้น

“หมู่บ้านสุขภาพะ” หรือ “ตำบลน่าอยู่” เป็นตัวอย่างหนึ่งของการที่ชุมชนบูรณาการการสร้างสิ่งแวดล้อมทุกมิติเข้าด้วยกัน เกิดเป็นสภาพแวดล้อมที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งไม่เพียงแต่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัวเท่านั้น แต่ยังช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของชุมชนโดยรวมในระยะยาวอีกด้วย

3. การเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนในการพึ่งตนเอง (Strengthen community action)

การเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนมุ่งหมายให้เกิด “ชุมชนเข้มแข็ง” ซึ่งหมายถึง ชุมชนที่สมาชิกสามารถรวมพลังกันใช้ศักยภาพของตนในการแก้ไขปัญหาโดยมีการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกเป็นแรงเสริมสำคัญ การเรียนรู้ร่วมกัน อย่างต่อเนื่องในกระบวนการแก้ไขปัญหา ก่อให้เกิดศักยภาพในการพึ่งพาตนเองของชุมชน (อาภาพร เผ่าวัฒนา, สิรินคร กลัมพากร, สุณีย์ ละกะปັນ, และทัศนีย์ รวิกรกุล, 2563) การเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนเริ่มจากการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกในชุมชน จนนำไปสู่ความเชื่อมั่นร่วมกันว่าชุมชนมีศักยภาพ ในการจัดการปัญหาของตนเองได้ โดยสมาชิกสามารถร่วมกันกำหนดปัญหาสำคัญของชุมชนและกำหนดเป้าหมายร่วมในการพัฒนาสุขภาพ การเสริมพลังอำนาจ (Community empowerment) จึงเป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการนี้ เน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพของประชาชนทั้งในกระบวนการตัดสินใจและดำเนินการด้านสุขภาพ ซึ่งนำไปสู่การค้นหาแนวทางการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของตน

ชุมชนที่เข้มแข็งจะสามารถขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างหนึ่งของการเสริมสร้างศักยภาพชุมชน คือ โครงการ “ตำบลจัดการสุขภาพ” ที่มุ่งส่งเสริมให้ประชาชนสามารถบริหารจัดการปัญหาสุขภาพในพื้นที่ร่วมกัน ภายใต้หลักการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนและการสร้างภาคีเครือข่ายสุขภาพที่หลากหลาย ในด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังชุมชนจำเป็นต้องได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจให้สามารถจัดการกับภาระโรค ได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการดูแลผู้ป่วยและการจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพ ตลอดจนสามารถเชื่อมโยงและประสานงานกับเครือข่ายต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนอย่างบูรณาการ

บทบาทของพยาบาลชุมชนในการส่งเสริมชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้เป็นชุมชนเข้มแข็ง ที่สามารถสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ และสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างครอบคลุม มีคุณภาพ และยั่งยืน โดยพยาบาลชุมชนมีบทบาทหลักคือ เป็นผู้สนับสนุนทางวิชาการ เป็นผู้ประสานงาน เป็นผู้ให้คำปรึกษา และเป็นผู้สนับสนุนกระบวนการพัฒนาชุมชน ดังนี้ (อมาวลี อัมพันศิริรัตน์ และพิมพิมล วงศ์ไชยา, 2562)

1. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน

พยาบาลชุมชนมีบทบาทกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงปัญหาและความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน การสนับสนุนข้อมูลที่ชัดเจน การจัดเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการระบุปัญหา รวมถึงวิเคราะห์ศักยภาพและข้อจำกัดของชุมชน เป็นกระบวนการสำคัญ ที่นำไปสู่การวางแผนร่วมกันเพื่อจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยคำนึงถึงวิถีชีวิต วัฒนธรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่น

2. เสริมสร้างพลังอำนาจให้ชุมชน

หลังจากที่ชุมชนได้มีการวางแผนและตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแล้ว พยาบาลชุมชนมีบทบาทในการส่งเสริมให้สมาชิกในชุมชน สามารถดำเนินการตามแผนได้ด้วยตนเอง เพื่อสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของและความรับผิดชอบต่อชุมชนของตน นำไปสู่การพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน โดยมีแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

2.1 เสริมสร้างความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

พยาบาลชุมชนมีบทบาทในการให้ข้อมูลข่าวสาร จัดการอบรม หรือสร้างพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในชุมชน เพื่อเพิ่มศักยภาพให้ชุมชนสามารถพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม

2.2 ประสานงานสร้างเครือข่ายกับหน่วยงานภายนอก

พยาบาลชุมชนเป็นผู้ประสานงานให้ชุมชนมีโอกาสในการสร้างเครือข่ายกับหน่วยงานด้านสุขภาพ องค์การภาครัฐ ภาคเอกชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคมภายนอกชุมชน เพื่อให้ชุมชนเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายเข้ามาร่วมจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ครอบคลุมความต้องการในทุกมิติ

2.3 พัฒนาผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

พยาบาลชุมชนมีบทบาทในการพัฒนาผู้นำชุมชนและ อสม. ให้สามารถเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพ เป็นผู้นำในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน และเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนกิจกรรมสุขภาพในชุมชน

2.4 ชี้นำแหล่งประโยชน์ที่ชุมชนสามารถเข้าถึงได้

พยาบาลชุมชนมีบทบาทในการเป็นผู้ชี้แหล่งประโยชน์หรือทรัพยากรทั้งภายในและภายนอกชุมชน เพื่อให้ชุมชนได้เข้าถึงและนำมาใช้ในการจัดระบบ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ปรารักษ์ชาวบ้าน สมุนไพรในชุมชน กองทุนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภาคเอกชนที่พร้อมสนับสนุนกิจกรรมของชุมชน เป็นต้น

2.5 สนับสนุนการจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพชุมชน

พยาบาลชุมชนเป็นที่ปรึกษาให้ชุมชนทำฐานข้อมูลภาวะสุขภาพ ทูทางสังคม เครือข่ายในพื้นที่ และสนับสนุนให้ใช้ข้อมูลเป็นฐานในการตัดสินใจ วางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ ซึ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนในการควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

3. เป็นที่ปรึกษาการจัดโครงการหรือกิจกรรมในชุมชน

บทบาทของพยาบาลชุมชนในการเป็นที่ปรึกษาการจัดโครงการหรือกิจกรรมในชุมชน มีความสำคัญในการส่งเสริมความเข้มแข็งและความยั่งยืนของการดูแลสุขภาพในระดับชุมชน โดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พยาบาลชุมชน ควรดำเนินบทบาทให้คำแนะนำด้านวิชาการแก่ชุมชนในการจัดโครงการหรือกิจกรรมสุขภาพ เช่น การวางแผนโครงการ การประเมินผล การปรับปรุงกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน เป็นต้น

4. การสนับสนุนให้ชุมชนสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ สิ่งแวดล้อมในชุมชนมีอิทธิพลต่อสุขภาพของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญ การส่งเสริมให้ชุมชนพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพจึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลชุมชน โดยควรส่งเสริมให้ชุมชนดำเนินการอย่างบูรณาการ ครอบคลุมทั้งมิติทางกายภาพ สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ เพื่อเสริมสร้างชุมชนให้มีสุขภาพที่ดี และสามารถดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยพยาบาล มีบทบาทในการสนับสนุนชุมชน ดังนี้

4.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ พยาบาลชุมชนควรส่งเสริมให้ชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ปลอดภัยและเหมาะสมต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น การปรับปรุงทางเข้าออกบ้านให้เอื้อต่อผู้ใช้รถเข็น เป็นต้น

4.2 สิ่งแวดล้อมทางสังคม พยาบาลชุมชนควรส่งเสริมให้สมาชิก ในชุมชนมีความสัมพันธ์ที่ดี มีความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมในการดูแลชุมชน ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญในการสร้างชุมชนเข้มแข็งและพึ่งพาตนเองได้

4.3 สิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม พยาบาลชุมชนมีบทบาทในการส่งเสริมวัฒนธรรม ประเพณี หรือความเชื่อที่เอื้อต่อสุขภาพ และช่วยชี้ให้เห็นถึงวิถีชีวิตหรือค่านิยมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อร่วมกันปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพะ

4.4 สิ่งแวดล้อมทางจิตวิญญาณ พยาบาลชุมชนควรส่งเสริมให้ชุมชนมีความหวัง ความศรัทธา และเห็นคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ ตลอดจนเห็นคุณค่าของการมีส่วนร่วมในการดูแลชุมชนของตนเอง ซึ่งเป็นพลังในการขับเคลื่อนสุขภาพของชุมชนอย่างยั่งยืน

5. ร่วมมือและส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy public policy) ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการจัดการสุขภาพในระดับชุมชน โดยนโยบายที่เหมาะสมย่อมส่งผลให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ นโยบายดังกล่าวควรสะท้อนความต้องการและฉันทามติของประชาชนในชุมชนเกี่ยวกับสิ่งที่ควรหรือไม่ควรกระทำในบริบทของสุขภาพะ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอาจอยู่ในรูปแบบทางการ อาทิ สมัชชาสุขภาพ และธรรมนูญสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2550) หรืออยู่ในรูปของข้อตกลงภายในชุมชน ตัวอย่างเช่น นโยบายห้ามเผาขยะกลางแจ้ง นโยบายส่งเสริมอาหารปลอดภัยในโรงเรียน การจัดพื้นที่สาธารณะสำหรับการออกกำลังกาย หรือการจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังการแพทย์สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังและระยะสุดท้าย เป็นต้น

บทบาทของพยาบาลชุมชนในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ในระดับท้องถิ่น ประกอบด้วย

5.1 ส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการพัฒนานโยบาย

5.2 ให้ข้อมูลเชิงวิชาการเพื่อประกอบการเสนอนโยบาย

5.3 ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานระหว่างชุมชนกับหน่วยงานรัฐและภาคเอกชน เพื่อให้เกิดความร่วมมือในกระบวนการกำหนดนโยบาย

5.4 มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ตลอดจนติดตามและประเมินผลกระทบของนโยบายที่มีต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชน

พยาบาลชุมชนยังสามารถแสดงบทบาทการเป็น “ผู้พิทักษ์สิทธิ์” โดยการเป็น “กระบอกเสียง” ร่วมกับชุมชน ในการขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายหรือการสื่อสารผ่านสื่อมวลชน (Media advocacy) เพื่อผลักดันประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งล้วนเป็นกระบวนการที่สะท้อนถึงพลังของชุมชนในการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง ที่ส่งผลต่อสุขภาพะโดยรวม

6. การติดตามและประเมินผลร่วมกับชุมชน

พยาบาลชุมชนร่วมกับชุมชนในการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อใช้ข้อมูลที่ได้ในการพัฒนาและปรับปรุงกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้ป่วย ทั้งนี้ พยาบาลอาจแสดงบทบาท “นักวิจัย” โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัย มาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการประเมินผลและนำไปสู่การพัฒนาที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนมากยิ่งขึ้น

บทสรุป

การมีสุขภาพที่ดีของประชาชนในชุมชนรวมถึงผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นผลลัพธ์จากความร่วมมืออย่างสร้างสรรค์ระหว่างสมาชิกในชุมชน บุคลากรด้านสาธารณสุข องค์กรต่างๆ ผู้ป่วยและครอบครัว โดยพยาบาลชุมชนทำบทบาท เป็นผู้ประสานงาน ผู้สนับสนุนกระบวนการ ผู้ให้คำปรึกษา และผู้พิทักษ์ผลประโยชน์ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน ครอบคลุมทั้งในระดับประชากร (Population outcomes) และระดับปัจเจกบุคคล (Individual outcomes) ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิกและการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ

คำถามท้ายบท

1. บทบาทของครอบครัวตามข้อใด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง
 - ก. การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยร้องขอ
 - ข. การให้ผู้ผู้ป่วยกำหนดรายการอาหารที่ต้องการด้วยตนเอง
 - ค. การหลีกเลี่ยงการพูดคุยเรื่องโรคเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยวิตกกังวล
 - ง. การกระตุ้นและร่วมออกกำลังกายกับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

คำตอบที่ถูกต้อง ง

2. แนวคิด Expanded Chronic Care Model มีจุดเด่นที่สำคัญอย่างไรในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
 - ก. ผนวกแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพระดับประชากรเข้ากับการจัดการโรคเรื้อรัง
 - ข. มุ่งเน้นให้ชุมชนมีบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนทุกคน
 - ค. การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากโรคเรื้อรัง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
 - ง. เน้นใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเพื่อการวินิจฉัยโรคเรื้อรังตั้งแต่วะยะเริ่มแรก

คำตอบที่ถูกต้อง ก

3. ข้อใด **ไม่ใช่** การสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพในชุมชน
 - ก. การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน
 - ข. การส่งเสริมให้ อสม. ไปเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
 - ค. การปรับปรุงบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
 - ง. การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว

คำตอบที่ถูกต้อง ค

4. พยาบาลชุมชนควรทำอย่างไร ในการดูแลครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถพึ่งพาตนเองได้
 - ก. เน้นให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลหลัก
 - ข. สนับสนุนให้ครอบครัวให้การดูแลแบบประคับประคอง
 - ค. พั่นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้กลับคืนสู่ภาวะปกติเป็นหลัก
 - ง. สนับสนุนให้ครอบครัวกระตุ้นผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

คำตอบที่ถูกต้อง ง

5. ข้อใด **ไม่ใช่** บทบาทของพยาบาลชุมชนในการส่งเสริมชุมชน เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตามแนวคิด Expanded Chronic Care Model

- ก. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ
- ข. สนับสนุนให้สถานบริการสุขภาพปฐมนุญจัดบริการเฉพาะทางแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน
- ค. เสริมสร้างพลังอำนาจให้ชุมชนโดยพัฒนาองค์ความรู้และศักยภาพของคนในชุมชน
- ง. สนับสนุนการจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพชุมชน เพื่อใช้วางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

คำตอบที่ถูกต้อง ข

เอกสารอ้างอิง

- จันทร์จิรา สีสว่าง, ปุณณิศา ทองแดง, พัชรินทร์ เนียมเกิด, และจงจิตร ตันตโพธิ์ประสิทธิ์. (2564). การมีส่วนร่วมของครอบครัว: กลยุทธ์สนับสนุนการให้ความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 28(2), 159–169. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/250759/176538>
- จินตนา วัชรสินธุ์. (2560). *การพยาบาลครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยเรื้อรัง*. ชลบุรี: การพิมพ์.
- ชลดา แสงนาถ. (2563). *ความเหนื่อยล้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สืบค้นจาก <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/3912/>
- ดารุณี จงอุดมการณ์. (2556). *การพยาบาลสุขภาพครอบครัว: แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้ในครอบครัวระยะวิกฤต*. ขอนแก่น: คลังนาวิทยา.
- นางนุช เพ็ชรรวง, และยุพา จิวพัฒนา. (2560). *การพยาบาลครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพมาศ ศรีเพชรวรรณดี. (2564). *การบริการอนามัยครอบครัว*. นครปฐม: เอ็น.พี.ที. ปริ้นติ้ง.
- ปรีวีร์ ปราโมทย์ศิริ, และ ศิรสา เรืองฤทธิ์ชาญกุล. (2567). ภาวะเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุเวชสารแพทย์ทหารบก, 77(1), 57–63. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/rtamedj/article/download/265390/183090/1118908>
- ปัฐยาวัชร ปรากฏผล. (2560). *พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง*. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 28(1), 112–121. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pnc/issue/view/9863>
- พิสมัย สุระกาญจน์, และดารุณี จงอุดมการณ์. (2562). บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: การสังเคราะห์วิทยานิพนธ์ แบบการวิจัยเชิงคุณภาพ. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7*, 26(2), 83–92. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jdpc7kk/article/view/212973>
- วรวิศา ลูวิระ. (2556). การดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 28(2), 266–70. สืบค้นจาก <https://www.thaiscience.info/journals/Article/SRMJ/10899729.pdf>
- ศตวรรษ อุตศาสตร์. (2561). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา. สืบค้นจาก <https://buiir.buu.ac.th/xmlui/handle/1234567890/7748>
- ศักดิ์เชรินทร์ นรสาร, และวิไลวรรณ วัฒนานนท์. (2560). *พยาบาลผู้จัดการรายกรณี: บทบาทการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในชุมชน*. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 40(2), 138–145. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/issue/view/8785>

- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2550). พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: สหพัฒนพิบูล.
- อนันต์ พวงคำ, ดวงสุตา สุวรรณศรี, ธนพร แยมศรี, มณฑิลา แสงเรืองเอก, และ รุ่งอรุณ โทวันนัง. (2563). ผลกระทบของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรัมย์*, 35(2), 303–316. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/240063/166210>
- อมาวลี อัมพันศิริรัตน์, และพิมพ์มล วงศ์ไชยา. (2562). บทบาทพยาบาลวิชาชีพ กับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนสู่ตำบลสุขภาวะ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 13(1), 38–47. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/EAUHJSci/article/view/177189>
- อภาพร เผ่าวัฒนา, สิริวัชร กลัมพากร, สุณีย์ ละกะปิ่น, และทัศนีย์ รวีกรกุล. (2563). การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 2). ฉะเชิงเทรา: เอ็ม เอ็น คอมพิวเตอร์ ออฟเซต.
- Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., & Salivaras, S. (2003). The expanded Chronic Care Model: An integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, 7(1), 73–82 doi:10.12927/hcq.2003.16763
- Wagner, E.H., Austin, B.T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J. & Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)*, 20(6), 64–78.
- Yigitalp, G., Surucu, H.A., Gumus, F., & Evinc, E. (2017). Predictors of caregiver burden in primary caregivers of chronic patients. *International Journal of Caring Sciences*, 10(3), 1168–1177. Retrieved from <https://internationaljournalofcaringsciences.org/Issue.aspx?issueID=46&pageIndex=0&pageReason=0>

ดรรชนีคำค้น

ก

กระบวนการพยาบาล 12–18, 28–31, 40–44, 63–67, 91–96
การบริหารยา 11–12, 50–52, 74–76, 98–100
การมีส่วนร่วม 129, 131
การเยี่ยมบ้าน 15–17, 40–44, 63–67, 91–96
การพยาบาลที่บ้าน 1–18, 33–55, 57–80, 84–104
การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล 14–18, 28–31, 45, 68, 95–96

ข

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 12–14, 28–29, 40, 63, 91

ค

ครอบครัว 108, 129
เครือข่าย 119, 129

ช

ชุมชน 124, 126

ด

ตติยภูมิ 44, 67, 96

น

นวัตกรรม 45–47, 68–72, 97
แนวคิด/รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6, 125

ท

ทุติยภูมิ 42, 65, 94
ทีมสุขภาพ 26–27, 45, 68, 119, 129
เทคโนโลยีทางสุขภาพ 45–47, 68–72, 97
Tele-nursing 45, 68–72
Telemedicine 72

บ

บทบาทพยาบาล 115, 124, 129

ป

ปฐมนิเทศ 40, 63, 92

ป้องกันโรค 9

ผ

ผู้ดูแลในครอบครัว 113

พ

ฟื้นฟูสุขภาพ 44, 67, 96, 101–104

ร

โรคเบาหวาน 33

โรคความดันโลหิตสูง 57

โรคไตเรื้อรัง 84

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 7

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4, 25, 63