



การพยาบาล ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พับบอย : การพยาบาลที่บ้าน

Nursing care for
chronically ill patients at home



วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันธรณราชชนก

ผศ.ดร.พรฤตี นิธิรัตน์
ผศ.ดร.มรุดา บรรจงการ
ผศ.ราตรี อร่ามศิลป์
ผศ.วรรณศิริ ศรีสุข
ผศ.สาวภา เล็กวงศ์

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน

Nursing care for chronically ill patients at home

ผศ.ดร.พรฤทธิ์ นิธิรัตน์

ผศ.ดร.มณฑรา บรรจงกานต์

ผศ.ราตรี อร่วมศิลป์

ผศ.วรรณาศิริ ศรีสุข

ผศ.สาวภา เล็กวงศ์

หอสมุดแห่งชาติ

ถนนสามเสน ดุสิต กรุงเทพฯ 10300

โทรศัพท์ : 02-2809846

โทรสาร : 02-2809846

วันที่อนุมัติ

22 ธันวาคม 2568

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พับบอย: 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

ตัวรา “การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน” จัดทำขึ้น โดย มีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นเอกสารทางวิชาการสำหรับใช้ประกอบการเรียนการสอน การศึกษาด้านครัว และการปฏิบัติงาน ของพยาบาล นักศึกษาพยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในระดับครอบครัวและชุมชน การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร สังคมผู้สูงอายุ และรูปแบบการดำเนินชีวิต ล้วนทำให้ระบบสุขภาพจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการดูแล ต่อเนื่องและการพยาบาลที่บ้านมากยิ่งขึ้น

เนื้อหาในหนังสือเล่มนี้นำเสนอหลักการ แนวคิด และกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่บ้านโดย โดยครอบคลุมการประเมินภาวะลุขภาพ 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 และการยกเว้นดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว หากมีข้อจำกัดหรือข้อกังวล ของประการใด คณะผู้จัดทำขออน้อมรับข้อเสนอแนะเพื่อใช้ในการปรับปรุงและพัฒนางานทางวิชาการให้มีความสมบูรณ์ ยิ่งขึ้นต่อไป

คณะผู้จัดทำ

มีนาคม 2568

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญภาพ	จ
สารบัญตาราง	ฉ
บทที่ 1 เรื่องผู้รู้เกี่ยวกับการพยาบาลที่บ้าน	1
ผศ. راتติ 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. วรรණศิริ 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 การใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย โรคเบาหวาน	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 การใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคความ ดันโลหิตสูง	68
3.4 กรณีศึกษาและการเรียนรู้จากกรณีศึกษา	72
บทสรุป	76
คำถามท้ายบท	78
เอกสารอ้างอิง	80

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 การพยาบาลที่บ้าน กรณีผู้ป่วยโรคไต ผศ.สาววภา เลิศกวังช์	84
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 กรณีศึกษาและการเรียนรู้จากการนีศึกษา	98
บทสรุป	102
คำถามท้ายบท	103
เอกสารอ้างอิง	104
บทที่ 5 บทบาทของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผศ.ดร.พรฤทิ นิธิรัตน์	107
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	65
ตารางที่ 2	การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรังตามอัตราการกรองของไต	85
ตารางที่ 3	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำแนกตามระยะของโรค 3 ปี ขอนหลัง (พ.ศ. 2565–2567)	86
ตารางที่ 4	จำนวนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำแนกภาระการบำบัดทดแทนต่อ 3 ปี ขอนหลัง (พ.ศ. 2565 ถึงพ.ศ. 2567)	86
ตารางที่ 5	จำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรัง (N17–19) พ.ศ. 2559–2563	87
ตารางที่ 6	บทบาทของพยาบาลชุมชนและกิจกรรมการส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	117

บทที่ 1

สาระน่ารู้เกี่ยวกับการพยาบาลที่บ้าน

แนวคิดรวบยอด

1. นิยามความหมายของการพยาบาลที่บ้าน ได้แก่ การให้ความหมายโดยหน่วยงาน องค์กรต่างๆ อาทิ เช่น องค์กรอนามัยโลก องค์กรพยาบาลทั้งในและต่างประเทศ หน่วยงานด้านสาธารณสุข นักวิชาการ ซึ่งโดยส่วนใหญ่จะมีการให้ความหมายที่คล้ายคลึงกัน

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

3. ลักษณะของการพยาบาลที่บ้าน เป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟู ในการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติแต่ละราย 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 และการพื้นฟูสุขภาพ โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการให้บริการ เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการดูแลต่อเนื่อง ดูแลอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมและสร้างเสริมศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว กลุ่มผู้รับบริการส่วนใหญ่ จะเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะท้าย เป็นการให้บริการสุขภาพที่ยึดหลักการดูแลผู้ป่วยในบ้านที่สภาพแวดล้อมและบุคคลที่ผู้ป่วยดูแลอยู่ อาทิ สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง หรือบุคคลใกล้ชิด โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล โดยการให้บริการพยาบาลที่จำเป็น สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เพิ่มศักยภาพให้กับให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองได้ภายใต้การดูแลของพยาบาลวิชาชีพ ทีมສหสาขา 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)

สภากาชาดไทย แห่งประเทศไทย ให้ความหมายว่า การพยาบาลที่บ้าน หมายถึง การให้บริการพยาบาลแก่บุคคล ครอบครัว หรือกลุ่มคน ในบ้านของตนเองอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม ทั้งการส่งเสริมป้องกัน รักษา พื้นฟู และประคับประคอง โดยมีการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ (ประเทศไทย, 2564)

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2562) ให้ความหมายว่า การพยาบาลที่บ้านเป็นส่วนหนึ่งของบริการสุขภาพที่มุ่งให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับเข้ารักษาซ้ำ และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

Potter & Perry กล่าวว่า การพยาบาลที่บ้าน (Home Health Nursing) เป็นการให้การดูแลทางการพยาบาลอย่างมืออาชีพแก่บุคคลและครอบครัวที่บ้าน เพื่อพื้นฟูสุขภาพ ส่งเสริมสมรรถภาพของร่างกายให้ท่านที่ได้สูงสุด และส่งเสริมความสามารถในการพัฒนา (2021)

สรุป การพยาบาลที่บ้าน (Home Health Nursing) หมายถึง บริการทางการพยาบาล ที่เกิดขึ้นขณะที่พยาบาลเข้าไป เพื่อทำกิจกรรมการพยาบาลที่บ้านของผู้ป่วย ร่วมกับสมาชิกครอบครัว ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและพื้นฟูสุขภาพ โดยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วม ในการวางแผนและดูแลตนเองตามสภาพปัจจุบัน ความต้องการ และบริบทแวดล้อมของผู้ป่วย และครอบครัว โดยการดูแล สนับสนุน ส่งเสริม การสอน การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและพื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีสุขภาพดี หากจากการเจ็บป่วยหรือควบคุมโรคได้ สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงภาวะปกติ และช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด

1.1.2 คำที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลที่บ้าน

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

การเยี่ยมบ้าน (Home Visit) หมายถึง รูปแบบการบริการที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยแพทย์จะออกໄປเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน อาจໄປเยี่ยมครั้งแรก เพื่อประเมินสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว หลังจากนั้นอาจจะกลับไปเป็นระยะๆ เมื่อผู้ป่วยหรือที่มต้องการ ถ้าจะให้สมบูรณ์ แบบแพทย์อาจจะนำทีมออกเยี่ยมบ้านทุกครั้งก็ได้

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

1.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลที่บ้าน

การพยาบาลที่บ้าน เป็นหนึ่งในรูปแบบการให้บริการพยาบาลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในยุคปัจจุบัน โดยเน้นการให้บริการภายใต้บริบทและลักษณะเดียวกันที่แท้จริงของผู้รับบริการ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข หรือจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ใน การปฏิบัติงานของพยาบาลต้องอาศัย ความร่วมมือ

ระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ซึ่งประกอบด้วยทีมสหสาขา ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงสมาชิกครอบครัว ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญ ในการดูแลสุขภาพที่บ้าน ความเข้าใจบริบทส่วนบุคคล การเดินทางในครุณค่าและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ การสร้างความร่วมมือจากครอบครัว และการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือตนเอง จะนำไปสู่การดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีสุขภาวะที่ดี อย่างยั่งยืนดังนั้น ใน การปฏิบัติการพยาบาลที่บ้าน พยาบาลต้องใช้ศาสตร์วิชาชีพ และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงแนวคิดต่างๆ เพื่อให้การปฏิบัติงานประสบความสำเร็จมากที่สุด แนวคิดที่สำคัญสำหรับการพยาบาล ที่บ้าน ได้แก่

1.2.1 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) หมายถึง กระบวนการดูแลสุขภาพที่ให้การดูแล ผู้ป่วยอย่างเชื่อมโยง ตั้งแต่ก่อนเข้ารับการรักษา ขณะรักษา และหลังการจำหน่าย เพื่อให้การดูแลมี ประสิทธิภาพและต่อเนื่อง มีการสื่อสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย การประสานงานของทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อให้มั่นใจว่า มีการเชื่อมการดูแลซึ่งกันและกัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ได้อย่างเต็มศักยภาพ และมีการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการต่างๆ อย่างราบรื่น (ภาฯร.๑๗๙ วศ.๓๖, ๒๕๖๔) โดยองค์ประกอบสำคัญของการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่

- ความต่อเนื่องเชิงสัมพันธ์ (Interpersonal continuity) เป็นการสร้างความสัมพันธ์อันดี และความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์
- ความต่อเนื่องเชิงข้อมูล (Information continuity) การถ่ายโอนข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ระหว่างบุคลากรและหน่วยงานต่างๆ อย่างครบถ้วน
- ความต่อเนื่องเชิงการจัดการ (Management continuity) การวางแผนการรักษา และการดูแลให้มีความสอดคล้อง และเป็นไปในทิศทางเดียวกันในทุกช่วงเวลา
 - การดูแลข้ามสาขาวิชา (Interdisciplinary continuity) การประสานงานระหว่างผู้เชี่ยวชาญ หลายสาขาวิชา เพื่อดูแลปัญหาที่ซับซ้อน
 - การดูแลที่บ้านและชุมชน การวางแผนการดูแลหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
 - การสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว โดยการให้ความรู้และทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแล 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 โดยการประสานส่งต่อระหว่างระบบบริการ เช่น โรงพยาบาลชุมชน กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 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 การหายใจที่ถูกวิธี การจัดการความเครียด เป็นต้น

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

- การเน้นความร่วมมือ (Partnership) พยาบาลทำงานร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลแบบ “หันส่วน” (Nurse–Family Partnership) ไม่ใช้ผู้สั่งการเพียงฝ่ายเดียว พยาบาลควรกระตุ้น และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติทักษะต่างๆ ที่สามารถทำได้ ตลอดจนร่วมในการประเมินผลการดูแล และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ร่วมกัน อย่างสมำเสมอ

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

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

- ด้านร่างกาย หมายถึง การดูแลรักษาโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต และการส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละคน
 - ด้านจิตใจ หมายถึง การดูแลสภาพอารมณ์ ความรู้สึก ช่วยให้ผู้ดูแลและครอบครัวเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วย และวิธีการดูแลและการลดความเครียดของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว การเตรียมใจสำหรับการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต
 - ด้านสังคม หมายถึง การพิจารณาถึงสภาพแวดล้อมทางสังคม ความสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชน พยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว เข้าร่วมกิจกรรม และคงความสัมพันธ์กับเครือญาติ เพื่อนบ้าน และเครือข่ายต่างๆ ในชุมชน ตามความเหมาะสมและความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว 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 การออกแบบระบบบริการ การใช้หลักฐานในการตัดสินใจ, การใช้ระบบข้อมูลทางคลินิก, การเชื่อมโยงทรัพยากรชุมชน และองค์กรบริการสุขภาพ ทั้งหมดทำงานร่วมกัน เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพของตนเอง (สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ, 2563)

สรุป แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้านในประเทศไทย เป็นการให้บริการสุขภาพที่ผสมผสานและต่อเนื่อง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เพื่อส่งเสริมการพึ่งพาตนเอง และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชาชน โดยเน้นให้ผู้รับบริการและครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพ พยาบาลผู้ให้บริการที่บ้านทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ผู้ช่วยเหลือ ความสะดวก (facilitator) ผู้ประสานงาน โดยใช้วิธีการที่หลากหลาย โดยใช้แนวคิดที่เกี่ยวข้อง และวิธีการต่างๆ ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะในการดูแลตนเอง และสามารถตัดสินใจด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้รับการดูแลอย่างองค์รวม เป้าหมายหลักของการดูแลสุขภาพที่บ้าน คือ การช่วยให้ผู้รับบริการสามารถ自理ด้วยความสามารถของตัวเองให้อยู่ในภาวะปกติ หรืออยู่ในระดับที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ ตลอดจนการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตให้สมคุณค่าความเป็นมนุษย์

1.3 ความต้องการการพยาบาลที่บ้าน

ความต้องการการพยาบาลที่บ้าน เกิดจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งโครงสร้างอายุของประชากร สถานการณ์ด้านสุขภาพ สภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย 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) อัตราส่วนพึงพิงวัยสูงอายุ เป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงภาวะที่ประชากรวัยทำงานต้องรับผิดชอบในการดูแล ผู้สูงอายุ ซึ่งอัตราส่วนพึงพิงวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 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) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประเทศไทย และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ข้อมูลล่าสุดพบว่า คนไทยกว่า 14 ล้านคนป่วยด้วยความดันโลหิตสูง และมีผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 6.5 ล้านคน ซึ่งหลายรายไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรค ปัญหานี้ มีสาเหตุมาจากการพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหาร และการไม่ออกกำลังกาย จำนวนผู้ป่วยโรคடიเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเพิ่มจาก 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 เป็นค่ารักษาโรคโดยวัยเรื้อรัง 13,506 ล้านบาท โรคเบาหวาน 1,868 ล้านบาท โดยมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาเพิ่งร้อยละ 69 จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่า ภาครัฐค่าใช้จ่ายการรักษาจากโรคเรื้อรัง ที่สามารถป้องกันได้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมสมสูงมาก (กรมควบคุมโรค, 2567)

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต้องใช้เวลาในการดูแลรักษาเป็นเวลานาน ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องดูแลตัวเอง การติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว จะช่วยให้การควบคุมโรคได้ผลมากขึ้น การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยบุคลากรทางการแพทย์ จะช่วยประหยัดค่าใช้จ่าย และผู้ป่วยพึงพอใจมากกว่าการไปรักษาตัวในโรงพยาบาล

1.3.3. การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ที่มีผลให้สมาชิกในครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ขาดผู้ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย การบริการดูแลสุขภาพที่บ้านเพื่อค่อยช่วยเหลือ และดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย จึงเป็นสิ่งที่จำเป็น ประกอบกับค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลที่บ้าน อาจมีค่าใช้จ่ายที่ถูกกว่าการนอนโรงพยาบาลในระยะยาว และในปัจจุบันมีการพัฒนาของเทคโนโลยี ที่ช่วยให้การดูแลที่บ้านมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การเฝ้าระวังอาการจากระยะไกล ช่วยทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลได้

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การพยาบาลที่บ้านเป็นบริการสาธารณสุขรูปแบบหนึ่ง ที่จะช่วยตอบสนองความต้องการการรักษาพยาบาล ของกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และกลุ่มที่ขาดผู้ดูแล ในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดภาระแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพิ่มความสะดวกในการรับบริการ ช่วยลดค่าใช้จ่าย ผลการศึกษา การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อวิเคราะห์ กระบวนการดำเนินงานวัตถุกรรมการพยาบาล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาลคลองให้กู จังหวัดตราด พบร้า สามารถลดอัตรา ครองเตียง ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ ผู้ป่วย มีภาระแทรกซ้อนต่ำกว่าเกณฑ์ (สมสมัย รัตนกรีฑากุล และคณะ, 2561)

1.4 ลักษณะการพยาบาลที่บ้าน

การพยาบาลที่บ้าน (Home Health Nursing) เป็นรูปแบบการให้บริการพยาบาลที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในบ้านที่บ้าน ซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติ ที่ผู้ป่วยใช้ชีวิตประจำวัน การดูแลลักษณะนี้ มีบทบาทสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพสมัยใหม่ เนื่องจาก ช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถพัฟฟ์ฟูสุขภาพได้ในพื้นที่ที่คุ้นเคยและได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว นอกจากนี้ การพยาบาลที่บ้านยังมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะพื้นฟู 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 สอนวิธีการเลือกอาหารอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาระแทรกซ้อน อาการข้างเคียง ฯลฯ

การเกิดอุบัติเหตุ เช่น การหกล้มในผู้สูงอายุ และการปรับสภาพแวดล้อมทั้งในบ้าน และนอกบ้าน เพื่อลดความเสี่ยงต่างๆ

1.4.2 **การป้องกันโรค (Disease Prevention)** มีเป้าหมายในการลดโอกาสการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1) **การป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention)** มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดโรคหรือป้องกันไม่ให้โรคเรื้อรังแย่ลงในผู้ที่มีความเสี่ยง แม้ผู้ป่วยจะเป็นโรคเรื้อรังแล้ว ยังสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนใหม่อีก เช่น เบาหวานป้องกันแพลทีนา, ความดันโลหิตสูงป้องกันโรคไต เป็นต้น กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ ประกอบด้วย

- การประเมินสุขภาพและภาวะเสี่ยงสุขภาพที่บ้าน โดยการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมบ้าน เสี่ยงล้ม เสี่ยงติดเชื้อ ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การกิน ออกกำลังกาย นอนหลับ ประเมินการใช้ยาและพฤติกรรมการปฏิบัติตน

- การให้สุขศึกษาเชิงรุก เช่น แนะนำอาหารเหมาะสมตามโรค เช่น เบาหวานลดน้ำตาล, ไตรีรังຈากัดเกลือ ส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น การเดิน การยืดเหยียด สนับสนุนการลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา การใช้สิ่ง เช่น ใบและน้ำการดูแลตนเอง

- การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว เช่น การให้คำแนะนำผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวในการติดตามอาการของผู้ป่วย การเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และการจัดการยาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาครบถ้วนตามแผนการรักษา และการสังเกตอาการข้างเคียงจากยา การสังเกตอาการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

2) **การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention)** มีเป้าหมายเพื่อประเมิน ความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อน ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และควบคุมโรคไม่ให้ลุกลาม โดยเน้นการค้นหาปัญหา หรือปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และวางแผนการดูแลรักษาให้ทันเวลา เพื่อป้องกันโรคกำเริบ โดยมีกิจกรรมการพยาบาลดังนี้

- การติดตามประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง (Early Detection) และการประเมินภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตัวอย่าง เช่น การตรวจสัญญาณชี้พิเศษ ตรวจวัดน้ำตาลปัสสาวะนิ่ว และตรวจเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประเมินภาวะบวนน้ำ เหนื่อย หอบ ในผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคไต เป็นต้น

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

- การประสานงานเพื่อการส่งต่อ และการสื่อสารร่วมกับทีมสหสาขา ได้แก่ การรายงานแพทย์ เมื่อพบอาการเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลสูง หรือต่ำมาก มีภาวะความดันโลหิตสูงมาก หรือมี

อาการแสดงว่าอาจมีอาการติดเชื้อ มีภาวะขอบเหนือย การประسانนักกายภาพบำบัด โภชนาการ เกล้าชกร รพ.สต. กรณีพบปัญหาต่างๆ ตามความเหมาะสม

- การจัดทำแผนการดูแลเฉพาะบุคคล (Individualized Care Plan) พยาบาลต้องจัดทำ แผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย เช่น แผนควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานรายลับดาห์ แผนการลดระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แผนป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เช่น การหกล้ม ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

3). การป้องกันระดับตี่ยภูมิ (Tertiary Prevention) มีเป้าหมายเพื่อลดความพิการ พื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และป้องกันโรคกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนแล้ว กิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย

- การฟื้นฟูร่างกาย (Rehabilitation) กิจกรรมที่สำคัญ เช่น การฝึกเดิน พื้นฟูกล้ามเนื้อ ออกกำลังกายเฉพาะส่วน และการทำกิจกรรมภายในบ้าน 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) ช่วยให้ผู้ป่วยกลับมา มีสมรรถภาพและ ความสามารถกลับคืนมา ที่สุด กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ ฝึกการเคลื่อนไหว/กายภาพบำบัด ร่วมกับทีมกายภาพ พื้นฟูการทำงานของร่างกาย ช่วยให้กล้ามเนื้อฟื้นฟู สร้างความแข็งแรง สนับสนุนด้านจิตใจและสังคม เช่น การปรับตัวหลังป่วย ตัวอย่างกิจกรรม เช่น ฝึกเดินหลังผ่าตัดหรือโรคหลอดเลือดสมอง พื้นฟูผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมประจำวัน ภัยหลังจากการผ่าตัดในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน

สรุป การพยาบาลที่บ้านใน 4 มิติ ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีความครอบคลุมต่อเนื่อง ตั้งแต่การ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล จนถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นบทบาท เชิงรุกของงาน บริการด้านสุขภาพ ที่จะเชื่อมโยงบุคลากร สุขภาพกับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวที่บ้านผ่านเทคโนโลยี ดิจิทัลส่งผลต่อประสิทธิภาพในการให้บริการพยาบาล ชุมชนออกจากต้องมีทักษะพื้นฐาน เช่น การสร้าง ล้มพันธ์ภาพการสังเกต ล้มภาษณ์การให้บริการพยาบาล และการให้คำแนะนำปรึกษาแล้ว ควรต้องพัฒนาตนเอง ด้านเทคโนโลยีสุขภาพมุ่งให้มีความถึงศึกษาติดตาม ความก้าวหน้าด้านวัตกรรม ด้านสุขภาพอยู่เสมอ ช่องทางสื่อต่างๆ เพื่อสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ

การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และ การพื้นฟูสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุขระบบสุขภาพ ยังยืน (ສົກພຣະນ ອິນຕີເຜືອກ, ວວວຣັນ ທີພຍວາຣີມຍ, 2562)

1.5 ขอบเขตการพยาบาลที่บ้าน

การพยาบาลที่บ้าน (Home Health Nursing) เป็นระบบการบริการทางการแพทย์และการพยาบาลที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยภายในที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยเอง โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้การดูแลหลักร่วมกับทีมสหสาขา (Multidisciplinary Team) ซึ่งประกอบด้วย 医师, เภสัชกร, นักกายภาพบำบัด, นักโภชนาการ, นักสังคมสงเคราะห์ และบุคลากรอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างครบถ้วน มีคุณภาพ และต่อเนื่อง ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย โดยขอบเขต กิจกรรมของการพยาบาล ที่บ้าน ประกอบด้วย กิจกรรมสำคัญ 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 ติดตามความคืบหน้าของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และป้องกันการเกิดความพิการ

1.5.4 การสอนและการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ การพยาบาลมุ่งเน้นการให้ความรู้ แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับโรคและวิธีการดูแลสุขภาพ การบริหารจัดการตนเอง การใช้ยาอย่างถูกต้อง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อเพิ่มคุณภาพ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะยาว

1.5.5 การให้การรักษาและการบริหารจัดการยา พยาบาลมีบทบาทในการให้การรักษาพยาบาล ตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมถึงการบริหารจัดการยาอย่างมีระบบ ติดตามผล การใช้ยา การเกิดอาการข้างเคียง และความสอดคล้องกันของแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาครบถ้วนและปลอดภัย นอกจากนั้นพยาบาลควรให้การพยาบาลโดยยึดหลักการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามที่องค์กรอนามัยโลกให้คำนิยามไว้ “การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (rational drug. use)” หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้ยาในส่วนที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยระยะเวลาการทานยาที่เหมาะสม บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการให้ยาอย่างสมเหตุผล โดยประยุกต์ใช้ กระบวนการพยาบาลประกอบด้วย (อัจฉริยา เชื้อเย็น, 2564)

- 1) การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย
- 2) การให้ข้อมูลเชิงทางเภสัชวิทยาของยา
- 3) การวางแผนให้ยาตามความต้องดูแล RDU 10 ประการตามบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ที่ระบุไว้ว่า “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล คือ การใช้ยาโดยมีข้อบ่งชี้ เป็นยาที่มีคุณภาพ มีประสิทธิผลจริง สนับสนุนด้วย หลักฐานที่เชื่อถือได้ ให้ประโยชน์ทางคลินิกเหนือกว่า ความเสี่ยงจากการใช้ยาอย่างชัดเจน ราคาเหมาะสม คุ้มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ไม่ใช้ยา ซ้ำซ้อน คำนึงถึงปัญหาเชื้อตัวอย่างเดียว ใช้ยาในกรอบบัญชียาตามแนวทางพิจารณาการใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้รับบริการ ในแต่ละกรณี ด้วยวิธีการและความถี่ ในการให้ยาที่ถูกต้องตามหลักเภสัชวิทยาคลินิก ด้วยระยะเวลาที่เหมาะสม ผู้รับบริการให้การยอมรับและสามารถใช้ยาดังกล่าวได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ระบบประกันสุขภาพหรือระบบสวัสดิการให้เบิกจ่ายยานั้นได้ อย่างยังยืน ใช้ยาโดยไม่เลือกปฏิบัติ ผู้รับบริการทุกคน ได้ใช้ยาได้อย่างเท่าเทียมกันและไม่ถูกปฏิเสธยาที่ สมควรได้รับ”
- 4) การลงมือปฏิบัติการให้ยาตามแผนที่วางไว้
- 5) การติดตาม ประเมินผลการพยายาม รวมถึงการติดตามเฝ้าระวังอาการข้างเคียง ที่ไม่พึงประสงค์ภายหลังการได้รับยา

1.5.6 การดูแลสนับสนุนทางด้านจิตใจและการมั่นคง การเจ็บป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มักส่งผลกระทบทางจิตใจต่อผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว พยายາบาล จึงมีบทบาทสำคัญในการให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ การให้คำปรึกษาเชิงจิตสังคม และช่วยเสริมสร้างกลไกการเผชิญปัญหาของครอบครัว เพื่อป้องกันผลกระทบเชิงลบ ทั้งในด้านสัมพันธภาพ สังคมและเศรษฐกิจ

1.5.7 การจัดการกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ พยายາบาลมีหน้าที่ในการให้คำแนะนำและกำกับดูแลการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ทำแผล เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ หรืออุปกรณ์ช่วยหายใจ เพื่อให้สามารถใช้งานได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด

1.6 ประโยชน์ของการพยายามผู้ป่วยที่บ้าน

การพยายามผู้ป่วยที่บ้าน เป็นการดูแลผู้ป่วยโดยการประเมิน กำหนดเป้าหมาย และแผนการการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และพยายາบาล ภายใต้บริบทสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย เพื่อไปสู่ผลลัพธ์ในการควบคุมโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เกิดประโยชน์ทั้งด้านสุขภาพต่อผู้ป่วย ครอบครัว ขณะเดียวกันก็เป็นประโยชน์สำหรับพยายາบาลทำให้เข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น (วนิดา ดุรงค์ฤทธิ์ชัย, 2566) ดังนี้

1. การพยายามที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน และการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้การพยายามที่บ้านสามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวได้ครอบคลุมมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการวิจัยผลของการพยายามที่บ้าน ต่อความสามารถในการปฏิบัติภารกิจทั่ว

ประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพหลพยุหเสนา พบว่า การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน สามารถนำไปใช้ในการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติภาระประจำวัน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ลดการพึ่งพาผู้ดูแล และส่งเสริม ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (ศุภวัติ สิมพพานท์, 2564.)

2. ลดอัตราการนอนโรงพยาบาล และปริมาณผู้ป่วยในโรงพยาบาล ส่งผลทำให้ค่าใช้จ่าย ต้านสุขภาพของประชาชนในระดับครัวเรือน และค่าใช้จ่ายของสถานบริการสุขภาพทุกระดับลดลง

3. พัฒนาศักยภาพประชาชนในการดูแลตนเองต้านสุขภาพอนามัย ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีพัฒนาระบบที่เหมาะสม ลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค สามารถควบคุมโรคและ ลดภาระแทรกซ้อนความพิการจากการเจ็บป่วยได้

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

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

6. ลดความเครียดของผู้ป่วยและญาติ จากการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นบริบท แวดล้อมที่ผู้ป่วยและญาติไม่คุ้นเคย การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น สบายใจมากกว่า การอยู่โรงพยาบาลส่วนต่อการดูแลของญาติ ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ทำให้มีเวลา ในการ ประกอบอาชีพ หรือกิจกรรมอื่นๆ รวมทั้งการมีเวลาในการดูแลสมาชิกคนอื่นๆ เพิ่มขึ้น

1.7 หลักการสำคัญของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) เป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพ ลดอัตรา การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยหลักการสำคัญของการ ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ที่พยาบาลควรคำนึงถึง ประกอบด้วยหลักการสำคัญ ดังต่อไปนี้

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

1.7.2 การประเมินภาวะสุขภาพและความเสี่ยงของผู้ป่วย พยาบาลควรการประเมินภาวะ สุขภาพภาวะแทรกซ้อน การบริหารจัดการยา ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และกลไกการเผชิญปัญหาของ

ผู้ป่วยและครอบครัว ควรมีการประเมินอย่างสม่ำเสมอทุกครั้งที่มีการเยี่ยมบ้าน เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาที่อาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

1.7.3 การสรุปภาวะสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแล หลังจากการประเมินพยาบาลควรสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ทราบอย่างชัดเจน และร่วมกันกำหนดเป้าหมาย แนวทางการดูแล รวมถึงแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่พบ โดยมีพยาบาลทำหน้าที่สนับสนุนตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว งานวิจัยซึ่งให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว มีส่วนสำคัญอย่างยิ่ง ในการจัดการปัญหาความไม่ร่วมมือ ในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งการมีส่วนร่วม ของครอบครัวจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิต ไม่ได้มีการปฏิบัติตน ตามแผนการรักษาของแพทย์ ทั้งพฤติกรรมการรับประทานยา และการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น ช่วยเกื้อหนุนให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้สูงอายุและช่วยพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (จันทร์จิรา สีสว่าง, ปุลวิชช์ ทองแตง, พัชรินทร์ เนียมเกิด, จงจิต ตันติโพธิ์ประลักษณ์. 2564) การวางแผนการเยี่ยมบ้านที่เหมาะสม การกำหนดความถี่และรูปแบบการเยี่ยมบ้านควรสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การวางแผนอย่างมีระบบซึ่งจะช่วยให้การให้บริการมีประสิทธิภาพสูงขึ้นและตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย

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

1.7.5 การส่งต่อการสนับสนุนเพิ่มเติม ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความต้องการเกินกว่าขอบเขตของการดูแลในบ้านทั่วไป ควรมีการส่งต่อไปยังหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น นักสังคมสงเคราะห์ หน่วยพื้นฟูสุขภาพ หรือองค์กรอาสาสมัคร เพื่อให้การดูแลครอบคลุมในทุกมิติ งานวิจัยแสดงให้เห็นว่าการเชื่อมโยงกับแหล่งสนับสนุนในชุมชนช่วยเพิ่มความมั่นคงทางสังคมและลดภาระของผู้ดูแล

1.8 วัตถุประสงค์ของการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

การพยาบาลที่บ้านแต่ละครั้ง อาจมีวัตถุประสงค์แตกต่างกันไป ครั้งแรกควรเน้นที่การสร้างสัมพันธภาพ และการประเมินข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อนำไปกำหนดปัญหาและวัตถุประสงค์การพยาบาลแต่ละครั้ง (วนิดา ศรุวงศ์ทิพย์, 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 ครอบคลุม

1.8.4 พัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว โดยการสอน สาขาวิชาปรึกษา แนะนำ งานผู้ป่วยสมาชิกครอบครัว และญาติ มีความมั่นใจและสามารถพึงตนเอง ในการดูแลสุขภาพที่บ้านได้

1.8.5 ประเมินภาวะเสี่ยงต่างๆ ต่อสุขภาพของครอบครัวนั่นๆ และหาแหล่งสนับสนุน แนวทางที่จะ ลดความเสี่ยง และแก้ไขปัญหาทางสุขภาพร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว

การให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน มีวัตถุประสงค์หลักในการเสริมสร้างสุขภาพเชิงรุก โดยเน้นให้ผู้ป่วยและญาติมีศักยภาพและความมั่นใจในการดูแลตนเองและสมาชิกครอบครัวที่บ้านมาก ขึ้น จากผลการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยกระบวนการมีส่วนร่วม ของชุมชนอำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน พบร่วม การจัดระบบการดูแล ต่อเนื่อง โดยใช้บ้านและชุมชนเป็นฐาน จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพ ชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตอยู่ที่บ้าน และในสังคมได้ตามศักยภาพอย่างมีคุณค่า ลดเวลาอนรักษากัดตัว ในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรวมลดลง การดูแลต่อเนื่องที่บ้านจึงเป็นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุม เชื่อมโยง และต่อเนื่อง ตั้งแต่โรงพยาบาลถึง บ้าน ปัจจัยสำคัญคือการสร้างเครือข่ายในการ ทำงานจาก ทุกภาคส่วนร่วมกับการใช้ศักยภาพของชุมชน โดยประสาน ความร่วมมือจากชุมชน már ร่วมกันดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้มีประสิทธิภาพ (กชพร เขื่อนชัน และคณะ 2562) นอกจากนี้ยังช่วยลด ความแออัดและการงาน ของแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาลอีกด้วย

1.9 รูปแบบการเยี่ยมบ้าน/การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน

การเยี่ยมบ้านเพื่อการพยาบาล เป็นกระบวนการรักษาที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่าง ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพในบริบทของชีวิตประจำวัน ภายใต้บริบทของระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง อย่างรวดเร็ว 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.) ทำหน้าที่บริหาร จัดการกระบวนการดูแลแบบองค์รวมร่วมกับผู้ดูแล (Caregiver: CG.) หรือนักบริบาลทองถิน/อาสาสมัคร

บริบาลท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลตำบล เทศบาลเมือง การดำเนินงานในลักษณะนี้มุ่งเน้นการประเมินความต้องการ การวางแผน การให้คำปรึกษา และการติดตามผลอย่างเป็นระบบ โดยมีพยาบาลวิชาชีพ (CM.) เป็นผู้วางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วย ผู้ดูแล (CG.) และสมาชิกที่มีที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุน การดูแลระยะยาว และมีการติดตามอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งข้อดีของ การเยี่ยมบ้านในรูปแบบนี้ คือ ผู้ดูแล (CG.) อสม. หรือเจ้าหน้าที่บริบาลท้องถิ่น เป็นบุคคลที่อยู่ในพื้นที่ ชุมชนเดียวกับผู้ป่วย ทำให้มีความเข้าใจในจริบทแวดล้อมของผู้ป่วยและครอบครัว และสะดวกต่อการเดินทางเพื่อการดูแลช่วยเหลือได้ง่าย และรวดเร็ว

1.9.3. การให้บริการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing)

สภากาชาดไทย ความหมายของ “การพยาบาลทางไกล(Tele-nursing)” หมายความว่า การพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อให้คำปรึกษาและแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขอนามัยภายใต้กรอบความรู้ แห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยระบบดิจิทัล มาใช้ในการให้บริการ ทั้งนี้ โดยความรับผิดชอบของผู้ให้การพยาบาล ทางไกล (ประกาศสภากาชาดไทย วันที่ 2564) แนะนำแนวทางการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) (ประกาศสภากาชาดไทย วันที่ 2564) เป็นการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อให้บริการทางการพยาบาลแก่ประชาชน โดยไม่จำเป็นต้องพบกันแบบตัวต่อตัว มีวัตถุประสงค์ เพื่อการตรวจติดตามอาการ การแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ การป้องกันโรค การส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพ รวมถึงการให้คำปรึกษา การสอนสาธิต และการให้คำแนะนำด้านสุขภาพ ดำเนินการภายใต้กรอบจริยธรรมและข้อบังคับของสภากาชาดไทย ผ่านระบบสุขภาพทางไกล (Tele Health) หรือระบบการแพทย์ทางไกล (Tele Medicine) โดยใช้การสื่อสารสองทาง ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ เช่น วิดีโอดอก 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 เพื่อการติดสินใจการดูแลต่อเนื่อง ที่เหมาะสม จากการวิจัยการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเยี่ยมบ้าน แบบ Home Nursing Care ร่วมกับการบริการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) ใน การพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง (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

คะแนนการปฏิบัติภารกิจวัดประจำวันและคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใน 3 กลุ่มโรค ความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ดูแล และพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 86.25 และร้อยละ 92.38 ตามลำดับ (เพ็ญศิริ อัตถาวงศ์, นันทรัตน์ ฤทธิแสง, นฤมล เกื้อเป็น何必ด, 2568)

1.10 กระบวนการพยาบาลที่บ้าน (Home Health Nursing Process)

กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการให้บริการพยาบาล ที่มีความต่อเนื่อง ครอบคลุม และเป็นระบบ โดยมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยภายในบ้าน ให้สามารถเข้ารับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ การให้บริการพยาบาลที่บ้านมีเป้าหมายหลักในการส่งเสริมความสามารถให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล 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 INHOMESS

- 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 เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย ในขณะนั้น

7) S=Safety เป็นการประเมินความปลอดภัยของบุคคลในบ้าน โดยเฉพาะผู้ป่วยพิการ ผู้ป่วย ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตันเองได้

8) S=Spiritual Health เป็นการประเมิน ความเชื่อหัตถศรี ค่านิยม วัฒนธรรม ประเพณี เป็นการดั่นหาปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคมที่มีผลต่อผู้ป่วยและครอบครัว

9) S=Service เป็นการประเมินบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อรับฟังเสียงสะท้อน ถึงบริการ ที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับเพื่อนำมาปรับปรุงการให้บริการต่อไป

การศึกษาข้อมูลผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม

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

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

- ข้อมูลทางด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สถานที่อยู่อาศัย ความทันทนาถาวร ความปลอดภัย ความสะอาด แสงสว่าง การถ่ายเทอากาศ ความเป็นระเบียบ สุขาภิบาลน้ำดื่มน้ำใช้ รวมทั้งการปรับปรุง คุณภาพน้ำ การกำจัดขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล การระบายน้ำโลสโคลิก การเลี้ยงสัตว์ ความมีระเบียบ ของบริเวณบ้าน

- การศึกษาข้อมูลของชุมชน ได้แก่ ความเป็นมา โครงสร้างทางกฎหมาย สถาบันทางเศรษฐกิจ สังคม การคุณน้ำคุณ ขนบธรรมเนียม ประเพณี ความเชื่อ เจตคติ ลักษณะที่ตั้งบ้านเรือน สภาพสิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพและชีวภาพ แหล่งประโยชน์หรือทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน รวมทั้ง ความสามารถในการใช้แหล่งประโยชน์หรือการนำทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ในด้านสุขภาพอนามัย

ในการศึกษาข้อมูลก่อนเข้าไปให้การพยาบาลที่บ้าน จะช่วยให้พยาบาลและทีมสามารถนำมาใช้ ในการวางแผนเตรียมการดูแลผู้ป่วย ในขณะเข้าไปให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้เกิดประโยชน์ กับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด อย่างไรก็ตามการรวบรวมข้อมูลจากโปรแกรมต่างๆ อาจไม่ ครอบคลุมและไม่เป็นปัจจุบัน เมื่อเข้าเยี่ยมแล้วควรประเมินสภาพผู้ช่วย ส้มภาษณ์ ชักถาม รวบรวม ข้อมูลเพิ่มเติม และตรวจสอบถามความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง

การเตรียมความพร้อมของพยาบาลและทีมสนับสนุน ในการเข้าไปให้การพยาบาลและดูแล ผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งจะช่วยให้การบริการพยาบาลเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ การเตรียมตัว สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านได้แก่

- เตรียมตนเอง ได้แก่ การแต่งกายเรียบร้อยและสะอาด โดยสวมเครื่องแบบที่ถูกต้อง ตามแบบที่หน่วยงานกำหนดไว้ การแต่งเครื่องแบบยังเป็นเครื่องแสดงถึงสัญลักษณ์ของวิชาชีพ และ

ต้องระลึกไว้เสมอว่าตนเองต้องทำงานเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้พิพากษา ไม่ควรใช้เครื่องประดับกายด้วยของมีค่า รู้จักวางแผนให้เหมาะสมกับสถานที่เพื่อสร้างความครั้งชาแก่ประชาชน ซึ่งจะนำไปสู่ความร่วมมือในการปฏิบัติงานทุกอย่างให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

- เตรียมความรู้ เมื่อได้ศึกษาข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับบุคคลและครอบครัวที่จะเข้าเยี่ยมแล้ว จะทำให้ทราบปัญหาและความต้องการเบื้องต้น รวมทั้งให้มีการวางแผนการให้บริการไว้ล่วงหน้า ดังนั้น พยาบาลผู้เยี่ยม จะต้องมีการเตรียมความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่กำหนดไว้ หรืออาจจะพบทวนความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้สำหรับการให้คำแนะนำ

1.10.2 การวินิจฉัยปัญหา (Nursing Diagnosis)

การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพเป็นขั้นตอนสำคัญ ที่ช่วยให้การดูแลสุขภาพมีทิศทางที่ชัดเจน โดยพยาบาลควรวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประเมิน เพื่อระบุปัญหาสุขภาพหรือภาวะเสี่ยงที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ ทั้งในมิติร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม และจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพในบ้าน การให้ครอบครัวมีส่วนร่วม คือร่วมตั้งแต่ค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหาหรือบางปัญหามีความเชื่อมโยงกัน พยาบาลควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้ด้วยตนเอง ลักษณะของปัญหา จะมีทั้งปัญหาที่ครอบครัวทราบดีและต้องการแก้ไข (Felt needs) และปัญหาที่ครอบครัวไม่สามารถทราบว่าเป็นปัญหา หรือทราบแต่ไม่มีความต้องการแก้ไข (Unfelt needs) ผู้เยี่ยมต้องอธิบายให้ครอบครัวทราบและยอมรับปัญหา ให้ความร่วมมือ เพื่อให้สามารถกำหนดแนวทางการดูแลได้อย่างเหมาะสม และเฉพาะเจาะจง ตามบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว ตัวอย่างข้อวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล เช่น

- ภาวะพร่องความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- ภาวะโภชนาการไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ
- ความเครียดจากบทบาทการเป็นผู้ดูแลหลัก
- ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพ
- ความไม่ปลดปล่อยของลิงแวดล้อมภายในบ้าน

การวินิจฉัยปัญหาควรใช้กระบวนการคิดเชิงวิพากษ์ร่วมกับการใช้ข้อมูล จากการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวมาสนับสนุนอย่างครบถ้วน ทั้งนี้ ในขณะให้การพยาบาลผู้ป่วย อาจมีการเปลี่ยนแปลงเกิดข้อวินิจฉัย ปัญหาทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อให้สามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด

1.10.3 การวางแผนการพยาบาล (Planning) ขั้นตอนนี้มุ่งเน้นการกำหนดเป้าหมาย การดูแลสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม โดยความร่วมมือจากผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนกิจกรรม การพยาบาล ตลอดจนการจัดทรัพยากรและการประสานงานกับทีมสุขภาพอื่นๆ หากจำเป็น การวางแผนต้องสะท้อนถึงความเป็นจริงในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในบ้านและความสามารถของผู้ดูแล การวางแผนโดยความร่วมมือของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวจะช่วยให้แผนการพยาบาลสอดคล้องกับวิถีชีวิตและ

ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด รวมทั้งจะช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนบริการตามวัตถุประสงค์ได้ง่ายขึ้น แผนการพยาบาลควรประกอบด้วย

- การตั้งเป้าหมายการดูแล ระบุเป้าหมายในระยะสั้นและระยะยาวที่สามารถวัดผลได้
- การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล เช่น การให้คำแนะนำ การเยี่ยมติดตาม การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การให้การพยาบาลเฉพาะด้าน

- การประสานงานประสานงานกับทีมสหสาขา หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนเครือข่ายต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน เช่น อสม. องค์กรท้องถิ่น หรือศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นต้น

- กำหนดวิธีการประเมินผลการพยาบาลและวิธีการติดตามเพื่อให้สามารถปรับแผนได้สอดคล้องกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในการวางแผนการพยาบาลควรมีการวางแผนการใช้วัสดุ อุปกรณ์ หรือเครื่องมือต่างๆ ตามสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยไว้ด้วย เช่น กระเบื้องเยื่อบ้าน ถือว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน เพราะใช้สำหรับบรรจุวัสดุ อุปกรณ์ที่จะนำไปให้บริการพยาบาล แก่บุคคลและครอบครัวในชุมชน พยาบาลอนามัยชุมชน จะต้องรู้จักวิธีใช้และเก็บรักษาระบุคคลต้อง เพื่อให้มีความคงทนถาวร ขณะใช้กระเบื้องจะต้องระมัดระวังเรื่องความสะอาดเป็นพิเศษ เพื่อป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายโรค เมื่อกลับจากการให้การพยาบาลที่บ้าน ต้องทำความสะอาดทันที แล้วจึงเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่จะใช้ในการพยาบาลที่บ้านวันต่อไปจากนั้นจึงเก็บเข้าที่ให้เรียบร้อย

- วัสดุ อุปกรณ์ หรือเครื่องมือต่างๆ ซึ่งจะขึ้นอยู่กับความต้องการ และปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ตัวอย่าง เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดอุณหภูมิ เครื่องวัดระดับออกซิเจน หุฟฟ์ เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด ชามรูปโต ไม้กัดลิ้น เชตทำแพล น้ำยาต่างๆ อุปกรณ์ตรวจความรู้สึกที่เท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Monofilament) เป็นต้น

- สมุดบันทึก การพยาบาลที่บ้านบันทึโนเดลวัน อาจมีผู้ป่วย หลายคน ข้อมูลต่างๆ และแผนการปฏิบัติการพยาบาล ย่อมมีความแตกต่างกันไป พยาบาลผู้ให้การพยาบาล ควรมีสมุดสำหรับจดบันทึกข้อมูลต่างๆ โดยย่อ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงการจดบันทึกกิจกรรมการพยาบาล การประสานการช่วยเหลือและผลที่เกิดขึ้น หรือใช้บันทึกข้อมูลเพิ่มเติม ที่พบขณะให้การพยาบาล เพื่อนำข้อมูลเหล่านี้มากำหนดแผนการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวต่อไปพยาบาลไม่ควรนำแพ้มประวัติของผู้ป่วยและครอบครัวออกไปจากสำนักงาน เพราะเป็นก้าไม่เหมาะสม และอาจเกิดการสูญหายได้

1.10.4 การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เป็นการลงมือปฏิบัติการพยาบาล ตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ โดยเน้นการให้บริการที่เหมาะสม กับบริบทของผู้ป่วย เช่น การดูแลบาดแผล การให้ยา การพัฒนาสภาพ การส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเพิ่มสมรรถนะในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง พยาบาลควรปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1) สร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว ความเข้าใจและประทับใจครั้งแรก ที่ครอบครัวมีต่อพยาบาล จะช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างทั้งสองฝ่ายได้เป็นอย่างดี พยาบาลควรจะลึกไว้เสมอว่าตนเองเป็นแขกของครอบครัว จึงควรเคารพในสิทธิของเจ้าของบ้าน ควรมีการแนะนำตัวซึ่งเจง วัตถุประสงค์ และระยะเวลาที่ใช้สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลแต่ละครั้ง ซึ่งเป็นเรื่อง ที่มีความสำคัญมาก โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวที่พยาบาลเข้าไปปฏิบัติการพยาบาล เป็นครั้งแรก การแนะนำตัวและการพูดคุยจะช่วยสร้างความคุ้นเคยเป็นกันเอง ขณะเดียวกันก็ควรสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยเจ้าของบ้านและสมาชิกว่ามีความพร้อม ความพอใจ และยินดีที่จะให้เข้าไปปฏิบัติการพยาบาลหรือไม่ หากพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีจุดร่องใจที่จำเป็นหรือสำคัญมาก ควรจะเลื่อน การปฏิบัติการพยาบาลออกไปก่อนหากทำได้ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นผู้กำหนดเวลาที่เหมาะสม เพื่อจะได้ปฏิบัติการพยาบาลวัน เวลา ที่มีความพร้อมมากที่สุด นอกจากนี้เวลาที่ใช้เยี่ยม แต่ละครั้งก็ไม่ควรധำนานเกินไป คำแนะนำที่ให้ไม่ควรมากเกินไป โดยเฉพาะการปฏิบัติการพยาบาลครั้งแรก เพราะผู้ป่วยและครอบครัวจะไม่สามารถรับข้อมูลได้ทั้งหมด ระยะเวลาไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง ถ้านานเกินไป ผู้ป่วยและครอบครัว อาจจะรู้สึกเบื่อและไม่อยากให้พยาบาลเข้าไปปฏิบัติการพยาบาล ในครั้งต่อไป เพราะทำให้เสียเวลาในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยและสมาชิกของครอบครัว ก็จะเสียไปหรือลดน้อยลง เนื่องจากความไม่พอใจ ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

2) การศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม ข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัวย่อมมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้น ในการปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้ง พยาบาลจะต้องศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม โดยการซักถาม สังเกต หรือตรวจร่างกายตามความเหมาะสมกับการเจ็บป่วย สุขอนามัยของผู้ป่วย และสมาชิก ครอบครัว สังเกตสภาพทั่วไปของครอบครัว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันและนำมาประเมินปัญหา และความต้องการการพยาบาล เปรียบเทียบกับปัญหาที่ได้ประเมินและกำหนดไว้ในแผนการพยาบาล บางครั้งจะพบว่าปัญหาและความต้องการที่ได้ประเมินไว้นั้น บางปัญหาอาจจะหมดไปแล้วจากการที่ครอบครัวได้แก้ไขหรืออาการดีขึ้น เช่น การรวมข้อมูลครั้งแรก พอประเมินปัญหาพบว่าผู้ป่วยมีไข้และต้องการการดูแลช่วยเหลือ ทั้งด้านการพยาบาลและการรักษาที่ถูกต้อง การไปเยี่ยมครั้งนี้ปรากฏว่าปัญหาการมีไข้หมดไป แต่มีปัญหาเกี่ยวกับมีผื่นขึ้นตามตัวและคัน ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมาก เป็นต้น นอกจากนี้ พยาบาลอาจประเมินภาวะสุขภาพเพิ่มเติม โดยเลือกใช้แบบประเมินต่างๆ เป็นเครื่องมือให้เหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วย เช่น แบบประเมินพัฒนาการเด็ก แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิต (Barthel activities of daily :ADL) แบบประเมินความเครียด แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม หรือใช้การประเมินพฤติกรรมสุขภาพผ่าน mobile application H4U แบบประเมินคนไทยห่างไกล NCDs ผ่าน application หมวดพร้อม เป็นต้น

3) การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลควรมีการจัดลำดับการปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสม โดยใช้เกณฑ์ประกอบการพิจารณา ดังนี้

1. ความรีบด่วนและดำเนินการอย่างรวดเร็ว ต้องดำเนินการทันที หรือจัดกิจกรรมที่จะปฏิบัติได้เป็นลำดับต้นๆ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีระดับความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากปกติมาก ผู้ป่วยที่มีอาการแข็งชาอ่อนแรง เป็นต้น

2. การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค คือการเลือกปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ที่สะอาดและปราศจากเชื้อโรคก่อน เช่น การวัดระดับความดันโลหิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทำแพลตติดเชื้อในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นต้น

3. ความสนใจของครอบครัว บางครั้งพยาบาลต้องให้บริการพยาบาล ที่ครอบครัวให้ความสนใจ หรือให้ความสำคัญก่อน เพื่อให้เกิดความสนับสนุน ขณะเดียวกันควรให้ความสำคัญต่อความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การตอบข้อซักถาม หรือข้อสงสัยของผู้ป่วยและญาติ ก่อน ที่จะให้การพยาบาลหรือคำแนะนำที่เตรียมไว้

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

5. การปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลที่วางไว้ เพื่อให้เกิดความเหมาะสม เช่น พยาบาลกำหนดไว้ว่าจะให้นำแนะนำ เรื่องการรับประทานอาหารหลังการวัดสัญญาณชีพ แต่พบว่า ผู้ป่วยมีไข้ พยาบาลควรให้การพยาบาลเพื่อลดไข้ หรือคำแนะนำในการลดไข้ก่อน

4) การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เมื่อมีการจัดลำดับกิจกรรมใหม่และปรับเปลี่ยน แผนการให้ความช่วยเหลือไว้เรียบร้อยแล้ว พยาบาลดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย และครอบครัว ลักษณะกิจกรรมการพยาบาลควรนำหลักการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ ซึ่งมีประเด็น สำคัญพอสรุปได้ ดังนี้

- การให้บริการพยาบาลที่เหมาะสม ซึ่งอาจจะเป็นการให้บริการโดยพยาบาลหรือ สาขิตการพยาบาลบางอย่าง และสอนให้ผู้ป่วยหรือญาติสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง โดยที่พยาบาล ต้องเลือกเทคนิคและวิธีการง่ายๆ รวมทั้งรู้จักประยุกต์ของใช้หรืออุปกรณ์ต่างๆ ภายใต้บ้านมาใช้ในการ ปฏิบัติการพยาบาล เช่น การใช้กล่องกระดาษที่สะอาดแทนตะกร้าใส่เสื้อผ้าหรือของใช้สำหรับเด็ก การนำถุงพลาสติกมาใช้แทนผ้ายางรองกันกันเปื้อนอุจจาระปัสสาวะผู้ป่วย เป็นต้น

- การนำทรัพยากรในครอบครัวและในชุมชน มาใช้ให้เกิดประโยชน์ เช่น ทรัพยากร บุคคล ได้แก่ บุคคลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว ให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ โดยพยาบาลควรปรับกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมกับความรู้ความสามารถของผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปฏิบัติการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เช่น การช่วยทำแพล การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรค การให้ยา เป็นต้น นอกจากนี้ควรแนะนำการติดต่อบุคคลในชุมชน

ที่สามารถประสานงานขอความช่วยเหลือได้ เช่น ผู้ให้บ้าน ญาติ ญาลี หรือบุคคลภายนอก ที่มีส่วนได้เสีย เช่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) อาสาสมัครบริบาลห้องถิน รวมทั้งเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่นๆ เช่น ครุ เจ้าหน้าที่ เทศบาล/องค์กรบริหารส่วนตำบล พัฒนาการตำบล หรือหน่วยงานที่จะสามารถช่วยเหลือในปัญหาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องได้ เป็นต้น รวมทั้งแนะนำแหล่งปรับโภชณ์ต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่หรือชุมชนข้างเคียง

1.10.5 การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

การประเมินผล (Evaluation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการบริการพยาบาล โดยมุ่งเน้นการพิจารณาว่าการพยาบาล ที่ดำเนินไปนั้นสามารถทำให้ผู้ป่วยบรรลุผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing outcomes) ด้านสุขภาพตามที่กำหนดไว้ในแผนการพยาบาลหรือไม่ โดยใช้เกณฑ์ที่ชัดเจน วัดผลได้เป็นรูปธรรม และสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย หากพบว่ายังไม่บรรลุเป้าหมาย อาจต้องมีการทบทวนและปรับปรุงแผนการพยาบาลให้เหมาะสมมากขึ้น ในบริบทของการพยาบาลที่บ้าน (Home Health Nursing) การประเมินผลมีความซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจากเกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม ครอบครัว และความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ในชีวิตจริงการประเมินผลการพยาบาลที่บ้านครอบคลุม หลายมิติ ได้แก่ การประเมินทางคลินิก (สุขภาพกาย, การเจ็บปวด, การทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย) การประเมินด้านจิตสังคม (ความเครียด, การปรับตัว) การประเมินความพร้อม (ศักยภาพผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแล, ความปลดภัยและสภาพแวดล้อมที่บ้าน) และการประเมินผลลัพธ์ (ความเข้าใจเรื่องโรคและยา, การปฏิบัติตามแผนการรักษา, ความสามารถในการดูแลตนเอง) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ในการประเมินมีองค์ประกอบ สำคัญได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและการของโรค การทำกิจวัตรประจำวัน (ADL / IADL) ความสามารถดูแลตนเอง (Self-care ability) สิ่งแวดล้อมในบ้าน (Home environment) สภาวะด้านจิตใจ สังคม และครอบครัว พยาบาลควรนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลมาวิเคราะห์ สรุปปัญหา อุปสรรคต่างๆ เพื่อนำไปสู่การกำหนดแผนการพยาบาลใหม่ หรือเพื่อยุติการดูแล กรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างมั่นใจแล้ว

การสรุปข้อมูลและนัดหมายการเยี่ยมครั้งต่อไป ก่อนลิ้นสุดกิจกรรมการพยาบาลทุกครั้ง พยาบาล พยาบาลควรสรุปสาระสำคัญของกิจกรรมการพยาบาลและคำแนะนำที่ได้แนะนำไปแล้ว พร้อมทั้งนัดหมายวันและเวลาสำหรับการเยี่ยมครั้งถัดไปให้ชัดเจน ควรอธิบายให้ครอบครัวทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เช่น ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาล ปัญหาที่พบ และบทหวานย้ำเตือน ถึงข้อปฏิบัติที่จำเป็น เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การรับประทานยาตามแผนการรักษา กำหนดวันนัดและประเด็นที่ต้องติดตาม ครั้งต่อไปร่วมกับครอบครัว เพื่อให้เกิดความสะดวก ต่อทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ในปัจจุบันการนัดหมายสามารถทำผ่าน แอปพลิเคชัน (application) หรือใช้ปฏิทิน อิเล็กทรอนิกส์ (google calendar) หรือโปรแกรมอื่นๆ ในการกำหนดวันนัดหมาย การตั้งเตือนก่อนถึงวันนัดหมายได้เป็นระยะๆ ทำให้สะดวกในการบริหารจัดการในการจัดลำดับการเยี่ยมบ้าน ในกรณีที่ต้องเยี่ยมผู้ป่วยหลายคน (สภាពรรณ อินต์เพ็อก และคณะ, 2562)

การบันทึกข้อมูลการพยาบาลที่บ้าน เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน พยาบาลต้องทำบันทึกประวัติผู้ป่วยที่บ้านเป็นหลักฐานที่แสดงให้เห็นความต่อเนื่อง ความก้าวหน้า และผลลัพธ์ในการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ เป็นแหล่งสำหรับการแลกเปลี่ยนข้อมูล องค์ความรู้ต่างๆ รวมกันของผู้ปฏิบัติงานในทีมสุขภาพ ใช้ในการศึกษาค้นคว้าวิจัยต่างๆ เพื่อปรับปรุงวิธีการดำเนินการให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น และยังเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับวางแผนการติดตามในการพยาบาลครั้งต่อไป โดยมีแนวทางการบันทึก หลักการบันทึกอาจใช้รูปแบบ SOAP ซึ่งเป็นรูปแบบมาตรฐานสากลที่นิยมใช้ในการบันทึกการพยาบาล โดยเฉพาะในการพยาบาลที่บ้าน เนื่องจากสามารถแสดงข้อมูลสำคัญได้อย่างเป็นระบบ และสะท้อนถึงการประเมินและกระบวนการพยาบาลแบบกระชับ 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) ลักษณะของแพลง ระดับความสะอาด การติดเชื้อ ตัวอย่าง BP 132/84 mmHg, HR 88 bpm, RR 22/min แพลงสะอาด ไม่มีหนอง ขนาด 2x3 cm ผู้ป่วยเดินช้า ต้องให้ญาติช่วยมือพยุง บ้านแสงสว่างเพียงพอ แต่มีพร้อมที่ทำให้ลอดดูได้

A =Assessment คือ การประเมินและการวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล อาจเป็นปัญหาที่ได้จากการวินิจฉัยอยู่แล้ว หรือเป็นปัญหาใหม่ เช่น ปัญหาการหายใจหอบเหนื่อย ปัญหาผู้ป่วย มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินค่าปกติ มีภาวะเสี่ยงลื่นล้ม ในห้องน้ำ พร่องความรู้ในการดูแลและแพลง มีการใช้ยาไม่ตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ ตัวอย่าง มีภาวะหายใจลำบากเล็กน้อยจากภาวะหัวใจล้มเหลว เสี่ยงต่อการหกล้มเนื่องจากสภาพบ้านมีพื้นต่างระดับและมีของใช้วางไว้บริเวณสันทางเดินไปเข้าห้องน้ำ

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

ตัวอย่างบันทึกรายงานการพยาบาลที่บ้าน

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

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

S : ผู้ป่วยรายงานว่า “เห็นอุจจาระเวลาเดินไปห้องน้ำ ต้องหยุดพักกลางทาง” และบอกรวมว่า “เมื่อคืนโอนมาก ทำให้นอนไม่หลับ”

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

A : มีภาวะหายใจลำบากเล็กน้อย ร่วมกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) เสียงต่อการหายใจ จากการอ่อนแรงและสภาพแวดล้อมในบ้าน มีการใช้ยาไม่สม่ำเสมออาจทำให้ควบคุมอาการหายใจหอบหนีอยู่ไม่ได้

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

เทคนิคการบันทึกการพยาบาลที่บ้าน

1. รายงานการเยี่ยมบ้านควรเขียนเป็นข้อความสั้นๆ และควรจดเต็จความสำคัญ เช่น น้ำหนัก ความดันโลหิต ระดับน้ำตาล อุณหภูมิ สรุปปัญหาที่พบ คำแนะนำที่ให้

2. การบันทึกกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน สามารถบันทึกข้อมูลผ่านโทรศัพท์มือถือได้ทันทีหลังการเข้าเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง โดยอาจใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์หรือ แอปพลิเคชันต่างๆ เช่น โปรแกรมบันทึกข้อมูลสุขภาพครอบครัว (Family Folder Collector : FFC) เป็นโปรแกรมที่ทำงานบนระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ (Android) บันทึบเล็ต (Tablet) โดยโปรแกรมถูกออกแบบให้ใช้งานร่วมกับฐานข้อมูลโปรแกรมระบบงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชน JHCIS ของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและ การสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่ออำนวยความสะดวกให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ รพ.สต. นำไปใช้ในการคัดกรองโรค สำรวจพิกัดบ้าน สถานที่สำคัญ ในชุมชน ลดปัญหาการกรอกข้อมูลซ้ำซ้อน และส่งเสริมการทำงานเชิงรุกให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โปรแกรม Thai COC เป็นโปรแกรม ที่ตอบสนองการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง (Continuous of care) ซึ่งเครื่องข่ายเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย แม่ข่ายสามารถควบคุมกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานได้ง่าย สะดวก เนื่องจากโปรแกรมสามารถประมวลผลได้ในหลายมิติ ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ อย่างไรก็ตามการใช้โปรแกรมต่างๆ ต้องอาศัยการสื่อสารผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ซึ่งในบางพื้นที่ระบบเครือข่าย ยังไม่สามารถสนับสนุนการดำเนินงานดังกล่าวได้อย่างเต็มที่ (ສภาพรรณ อินตี๊ฟ่อง และ วรรรรณ ทิพย์วารีรัมย์, 2562)

3. การตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลทุกดิจิทัล ก่อนบันทึกข้อมูล ในรายงาน หรือในระบบโปรแกรมต่างๆ เพื่อลดข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นในการบันทึกข้อมูล

สรุป กระบวนการพยาบาลที่บ้านเป็นกลไกสำคัญที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ในสิ่งแวดล้อมจริงของชีวิต มีความยืดหยุ่นตามลักษณะเฉพาะของแต่ละราย แต่ยังคงมีหลักการพยาบาลอย่างเป็นระบบและมีเป้าหมายชัดเจน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนอย่างมั่นใจ และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพภายใต้บ้านและชุมชนของตน

1.11 คุณสมบติของพยาบาลชุมชนในการให้การพยาบาลที่บ้าน

1. มีการตัดสินใจที่ดี มีความยืดหยุ่นและพร้อมปรับวิธีการตามการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้นได้อย่าง เหماะสมตามสถานการณ์
2. มีความสุขและเต็มใจที่ได้ปฏิบัติงานใกล้ชิดอยู่กับคนในชุมชน การทำงานในชุมชน หลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องทำงานร่วมกับกลุ่มคนที่หลากหลาย การปรับตัวและทำงานร่วมกับคนอื่นได้อย่างมีความสุขจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ
3. มีความรู้ด้านการรักษาโรคเบื้องต้น และทักษะทางการพยาบาล โดยการพัฒนาตัวเอง ให้มีความรู้ ให้เพิ่มพูนตามประสบการณ์การทำงาน สามารถประยุกต์ใช้ในการจัดบริการพยาบาลที่บ้านได้อย่างเหมาะสม
4. มีทักษะในการสื่อสารกับคนในชุมชน การสื่อสารสาสารณะ สามารถจัดทำข้อมูล นำเสนอ/ทำสื่อเผยแพร่ สามารถพูดให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนเข้าใจ และให้ความร่วมมืออีกด้วย ตามได้ถูกต้อง
5. มีภาวะผู้นำ กล้าแสดงความคิดเห็น มีวิสัยทัศน์ เป็นผู้ที่มีความคิดสร้างสรรค์ ในการทำงาน ประสานงานกับชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้องได้
6. เข้าใจวัฒนธรรมท้องถิ่น เข้าใจวิธีปฏิบัติตนของชาวบ้านตามความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ และนำมารับใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านได้
7. สามารถใช้คอมพิวเตอร์และระบบสารสนเทศได้ เพื่อใช้ในการจัดเก็บข้อมูล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์แก้ปัญหาในชุมชน เช่น การใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการสืบค้นข้อมูลในการพัฒนา ตนเองและการรับข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัย

1.12 ปัจจัยความสำเร็จและความท้าทายของการพยาบาลที่บ้าน

การพยาบาลที่บ้าน (Home Health Nursing) เป็นหนึ่งในบริการพยาบาลที่สำคัญ ของระบบสุขภาพดูแล โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (Aging Society) ทั้งในระดับสากลและ ในประเทศไทย แนวคิดนี้ช่วยลดการเข้ารักษาในโรงพยาบาล และส่งเสริมการพึ่งพาสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ซึ่งนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยและครอบครัว ปัจจัยความสำเร็จของ การพยาบาลที่บ้านประกอบด้วย

1. การมีระบบการจัดการและความร่วมมือระหว่าง สาขาวิชาชีพในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกาและแคนาดา มีการจัดระบบ Home Health Agency ที่มีรูปแบบการบริหารที่ชัดเจน มีระบบ เวชระเบียบอิเล็กทรอนิกส์ และการประชุมทีมดูแลร่วมกันเป็นประจำ (Radhakrishnan et al., 2012) สำหรับประเทศไทย งานวิจัยของ ศรีสุดา วงศ์คำ (2561) พบว่า ความสำคัญของบริการพยาบาลที่บ้าน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือขึ้นอยู่กับการทำงานร่วมกัน ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. สมรรถนะของพยาบาลทักษะด้านการประเมิน การตัดสินใจ และการลีอสารระหว่าง วิชาชีพ เป็นปัจจัยที่ได้รับการยืนยันอย่างชัดเจนในหลายงานวิจัย (Lee & Fletcher, 2019) ในประเทศไทย งานศึกษาของ สุภากรณ์ 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 และติดตามผู้ป่วยโดยไม่ต้องพบกันในสถานที่เดียวกัน มากใช้ควบคู่กับงานพยาบาลที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่ต้องติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในอาเภอสันทรายจังหวัดเชียงใหม่ พบร้า รูปแบบและการพยาบาลทางไกลคร่าวกบด้วย 1)ระบบการพยาบาลทางไกลในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 2)แอปพลิเคชันออนไลน์ในการกำกับติดตามให้การพยาบาลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ตามกระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน 3)คู่มือการปฏิบัติการพยาบาล 4)โปรแกรมฝึกอบรม เพื่อเพิ่มพูนความรู้ทักษะสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (เบญจมาศ ถادแสง, 2567)

ความท้าทายของการพยาบาลที่บ้าน

1. ข้อจำกัดของบุคลากรและการงานสูง ในหลายประเทศรวมถึงประเทศไทย พบร้า ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลโดยเฉพาะภายในหลักภารกิจถ่ายโอน รพ.สต. พบร้า ปัญหาบุคลากรด้านสาธารณสุขบางส่วน ไม่ถ่ายโอนไป อบจ. ทำให้เหล่ายา รพ.สต. ไม่มีพยาบาลปฏิบัติงานประจำ ทำให้พยาบาล 1 คน ต้องมีภาระรับผิดชอบการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ของหลาย รพ.สต. ส่งผลให้พยาบาลมีภาระงานที่สูงขึ้นภายเป็นอุปสรรคหลักในการให้การพยาบาลที่บ้าน (Shaughnessy et al., 2013; จิตรา สุวรรณ กัตตี, 2560)

2. การส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการมีความล่าช้าหรือการขาดข้อมูลต่อเนื่อง ระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนทำให้การดูแลขาดความสม่ำเสมอ

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

บทสรุป

การพยาบาลที่บ้านเป็นแนวทางการให้บริการสุขภาพที่สำคัญในยุคที่ประชากรมีแนวโน้มสูงวัยและผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยผ่านการดูแลอย่างต่อเนื่องในบริบทของบ้าน ซึ่งเอื้อต่อการฟื้นฟูทั้งทางร่างกายและจิตใจ ปัจจัยความสำเร็จของ การพยาบาลที่บ้านขึ้นอยู่กับความสามารถของพยาบาล การสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศอย่างเหมาะสม (Kao et al., 2021; สุภากรณ์ พิทักษ์สุข, 2563) ในขณะเดียวกัน ความท้าทายที่ต้องเผชิญได้แก่ ความขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ภาระงานที่สูง ความไม่ต่อเนื่องของข้อมูลสุขภาพและข้อจำกัดเชิงนโยบาย สำหรับประเทศไทย แม้จะมีจุดแข็งด้านวัฒนธรรมครอบครัวและการมีส่วนร่วมของชุมชน แต่ยังจำเป็นต้องพัฒนาระบบสนับสนุนด้านโครงสร้างและนโยบายให้ครอบคลุมและยั่งยืนมากขึ้น (ศรีสุดา วงศ์คำ, 2561; ธัญญา ใจกล้า, 2562)

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

คำถามท้ายบท

1 ข้อใดคือความหมายของการพยาบาลที่บ้านอย่างถูกต้อง

- ก. การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยทีมแพทย์สาขาวิชาชีพ
- 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. ลดการแย้งดันในโรงพยาบาลและส่งเสริมการดูแลในครอบครัว
- ค. เพิ่มการใช้ยาทางจิตเวช
- ง. ส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีรายได้เพิ่มขึ้น

คำตอบที่ถูกต้อง ข

4 ข้อใดต่อไปนี้ ไม่ใช่ คุณสมบัติของพยาบาลที่ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

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

คำตอบที่ถูกต้อง

5 หลักการใดเป็นพื้นฐานของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

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

คำตอบที่ถูกต้อง ค

เอกสารอ้างอิง

- กaczek เขื่อนคนะ, จินตนา แสงจันทร์, รอมิดา เชาร์ชวาเขต, ภัทรพล ดู่ผัด, & จุฑามาศ ชาวส้าน. (2562). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนบำเพ็ญก่อเชียงกลาง จังหวัดน่าน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(2), 274–285.
- กรรมการแพทย์. (2565). แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (*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. กรุงเทพ. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ชนิษฐา แก้วกัลยา, ตัว เถื่อนแก้ว, ชลการ ทรงศรี. (2566). การพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่มีภาวะพึงพิงจากโรงพยาบาลถึงบ้านโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา*, 6(1), 55–64.
- จันทร์จิรา สีสว่าง, ปลวิชช์ ทองแตง, พัชรินทร์ เนียมเกิด, จงจิต ตันติโพธิ์ประสิทธิ์. (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 ณัดาแสง, ปิยะพันธุ์ นันดา, นภาพร วงศ์วิรัตน์กิจ, เพลินจิต คำเสน, & สุทธิลักษณ์ จันทะวงศ์. (2567). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในบำเพ็ญสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 32(1), 75–86.
- ปัทมา อินทรชัย. (2561). ปัญหาการจัดการเรซาร์บีญผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพชุมชน. *วารสารสารสนเทศสุขภาพ*, 12(2), 33–41.
- ปริญญา ชื่นบุญ. (2564). การใช้เทคโนโลยีสุขภาพในระบบพยาบาลที่บ้าน: กรณีศึกษาโครงการนำร่อง. *วารสารวิจัยระบบสุขภาพ*, 15(1), 78–91.
- พงศ์เทพ วงศ์วัชร์เพบูลย์. (2567). การประชุมวิชาการระดับชาติด้านหลักประกัน พ.ศ. 2567

ภายใต้หัวข้อ “การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค: กุญแจสู่ความสำเร็จของหลักประกันสุขภาพด้านหน้า”. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

เพ็ญศิริ อัตถาวงศ์, นันทรัตน์ อุทัยแสง, นฤมล เกื้อมเป็นหมาด. (2568). การพัฒนาฐานรูปแบบการพยาบาลเยี่ยมบ้าน 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.

华威拉特南 วงศ์คำ. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้แนวคิด Continuity of Care. วารสารการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 31(1), 57-70.

ศุภวดี สิมปพานนท์. (2564). ผลของการพยาบาลที่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติภาระ. ประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพหลพยุหเสน่. กาญจนบุรีเวชสาร. 9 (27), 36-46.

ศรีสุดา วงศ์คำ. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการให้บริการพยาบาลที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน. วารสารพยาบาลชุมชน, 24 (2), 45-59.

สถาการพยาบาล. (2568). ประกาศสถาการพยาบาล เรื่อง แนวทางบริการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing Service) ตามมาตรา 7(2) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการพดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการพดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540. ราชกิจจานุเบกษา, 142 (พิเศษ 72 ง), 45.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. (2563). แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan).. บริษัท บอร์น ทู บี พับลิชซิ่ง จำกัด.

สมสมัย รัตนกรีฑากุล, สุรีย์รัตน์ ธนาภิจ, นิสากร กรุงโกรเพชร, อริสรา ฤทธิ์งาม. (2561). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน: กรณีศึกษาวัตถุประสงค์การพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 26 (1), 79-90.

โรงพยาบาล ชินตะเภา, วรรณี ทิพย์วารีรัมย์. (2562). การเยี่ยมบ้าน: พยาบาลชุมชนยุคไทยแลนด์ 4.0. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 42 (4), 140-148.

สุภากรณ์ พิทักษ์สุข. (2563). ความสามารถของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน. วารสารสาธารณสุข, 50 (1), 15-27.

- หน่วยวิจัยเทคโนโลยีไร้สายข้อมูลความมั่นคงและนวัตกรรมอิเล็กทรอนิกส์เพื่อนำรักษ์ผลงานและสิ่งแวดล้อม (WISRU). (2559). โปรแกรมบันทึกข้อมูลสุขภาพครอบครัวแบบพกพา Family Folder Collector (FFC). สืบค้นจาก <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 ซึ่งส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรัง เบาหวานซึ่งจะประสาทตา และแพลเรื้อรังที่เท้า ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ลดลง การเจ็บป่วยเรื้อรัง การเสียชีวิต ก่อนวัยอันควร รวมถึงเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมจึงเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะในชุมชน ที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสุขภาพ การพยาบาลที่บ้าน (Home Nursing Care) เป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวผ่านกระบวนการประเมินสุขภาพ เพื่อร่วม อาการ ส่งเสริมการดูแลตนเอง ให้คำแนะนำด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย รวมถึงการ สนับสนุนด้านจิตใจและครอบครัว เพื่อช่วยลดภาระของภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการกลับเข้ารักษาใน โรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้อ่าน

1. อธิบายสถานการณ์ปัจจุบันของโรคเบาหวาน ผลกระทบของการเจ็บป่วย และประโยชน์ ของการพยาบาลที่บ้านได้
2. ประยุกต์แนวทางการพยาบาลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานได้
3. ประยุกต์การใช้วัตกรรมและเทคโนโลยีในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานได้

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติ ของการหลังหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติอย่างต่อเนื่อง (American Diabetes Association, 2025) โรคนี้ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลกและในประเทศไทย โดยมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี ตาม พฤติกรรมการบริโภคและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป (International Diabetes Federation, 2025) ซึ่งหาก ควบคุมไม่ดีอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคหัวใจ ไตวาย ตาบอด และแพลงเรื้อรัง ที่เท่า ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมาก

การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จึงต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการควบคุมระดับน้ำตาล การใช้ ยา การปรับพฤติกรรมสุขภาพ และการติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในระดับชุมชน การเยี่ยม บ้านและการดูแลที่ต่อเนื่องมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม ให้ผู้ป่วยสามารถจัดการโรคได้ด้วยตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อน และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

2.1 สถานการณ์โรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยใน ปัจจุบัน มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกประมาณ 589 ล้านคนในช่วงอายุ 20–79 ปี และคาดว่าจะ เพิ่มขึ้นเป็น 853 ล้านคนภายในปี ค.ศ. 2050 (International Diabetes Federation, 2025) ทั้งนี้ในปี ค.ศ. 2024 โรคเบาหวานเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกมากถึง 3.4 ล้านราย และยังส่งผลให้ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 338 ในช่วงเวลาเพียง 17 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่ม ประเทศที่ได้รับผลกระทบสูงจากโรคเบาหวาน โดยเป็น 1 ใน 37 ประเทศของภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก ที่มีจำนวนผู้ป่วยสูง และมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในช่วงอายุ 20–79 ปี มา居เป็นอันดับที่ 4 ของภูมิภาค (IDF, 2025) โรคเบาหวาน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในหลากหลายมิติ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และ สังคม โดยเฉพาะจากภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับระบบหลอดเลือดขนาดใหญ่ และขนาดเล็ก เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ ไตวายเรื้อรัง เบาหวานที่สัมภาระทางเดินหายใจ การสูญเสียการมองเห็น และแพลงเรื้อรังที่เท่า ซึ่งอาจรุนแรงถึงขั้นต้องตัดขา (World Health Organization, 2023)

จากรายงาน IDF Diabetes Atlas ฉบับที่ 11 (International Diabetes Federation, 2025) ประเทศไทย จัดอยู่ในกลุ่มประเทศของภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก (Western Pacific Region) โดยพบว่ามีผู้ป่วยในช่วง อายุ 20–79 ปี ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 6.07 ล้านคน คิดเป็นอัตราความชุกของโรคที่ร้อยละ 11.6 ซึ่งจัดเป็นลำดับที่ 4 ของภูมิภาค รองจากประเทศจีน อินโดนีเซีย และพิลิปปินส์ สำหรับภูมิภาคแปซิฟิก ตะวันตกโดยรวมนั้น มีจำนวนผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน รวมทั้งสิ้นประมาณ 215 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.4 ของประชากรในช่วงอายุเดียวกัน

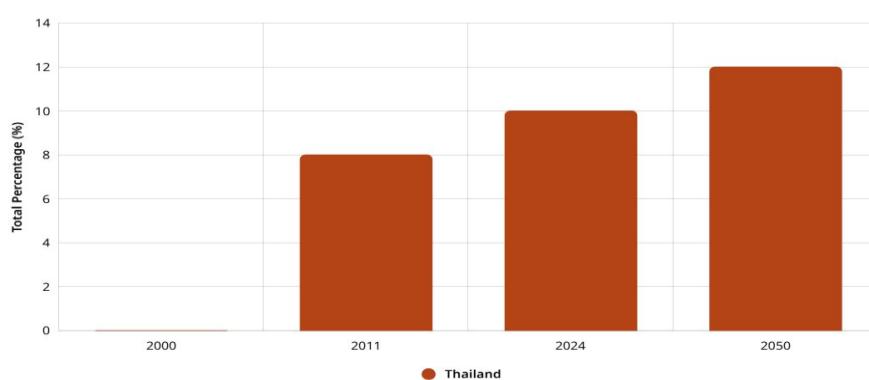
จากข้อมูลจากรายงานประจำปี พ.ศ. 2566 ของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2566) ยังระบุว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2558 ถึง พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีแนวโน้ม จำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยและในกลุ่มที่ยังไม่ทราบว่าตนเป็นโรคซึ่งลงทะเบียนให้เห็นถึงภาระโรค ที่มีแนวโน้มรุนแรงขึ้น และความจำเป็นในการเสริมสร้างระบบการดูแลสุขภาพเพื่อรับสถานการณ์โรคเบาหวานในอนาคต 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 และเมตาบอลลิซึม 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 โรคเบาหวานก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจ ที่เพิ่มขึ้น ทั้งในด้านค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข การสูญเสียกำลังแรงงานจากการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต ก่อนวัยอันควร และความจำเป็นในการจัดให้มีระบบบริการดูแลระยะยาว (long-term care) เพื่อรับผู้ป่วยเรื้อรังจำนวนมากที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น การดำเนินงานด้านการป้องกัน ควบคุม และชดเชยความรุนแรงของโรคเบาหวาน ในทุกระดับ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง และควรเป็นส่วนสำคัญของนโยบายด้านสาธารณสุขในระดับประเทศ

ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย

โรคเบาหวานเป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติเป็นเวลานาน เนื่องจาก ความผิดปกติของฮอร์โมนอินซูลิน ซึ่งมีหน้าที่นำน้ำตาลเข้าสู่เซลล์ เพื่อใช้เป็นพลังงาน เมื่ออินซูลินมีไม่เพียงพอ หรือเซลล์ตอบสนองต่ออินซูลินได้น้อยลง จะทำให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเพิ่มสูงขึ้น (American Diabetes Association, 2025) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นชนิดที่พบมากที่สุด ในชุมชน ร่างกายเริ่มเกิด “ภาวะต้อต่ออินซูลิน” คือเซลล์ต่างๆ ไม่รับอินซูลินได้ดีเหมือนเดิม ส่งผลให้ตับอ่อนต้องทำงานหนัก เพื่อผลิตอินซูลินเพิ่มขึ้น แต่เมื่อเวลาผ่านไปตับอ่อนจะค่อยๆ อ่อนล้า ทำให้อินซูลินลดลง และระดับน้ำตาลสูงเรื่อวัง นอกจากนี้ตับยังผลิตน้ำตาลอกรสกราสเต็มมากเกินกว่าที่ร่างกายต้องการ ทำให้ระดับน้ำตาลยิ่งสูงขึ้น ระดับน้ำตาลที่สูงต่อเนื่องทำให้เลือดมีความ “เหนียวและหนืด” มากรีดส่งผลให้หลอดเลือดหัวร่างกายถูกทำลาย ทั้งเส้นเลือดเล็กและเส้นเลือดใหญ่ (International Diabetes Federation, 2025)

1) **ด้านร่างกาย** โรคเบาหวานทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ซึ่งส่งผลเสียต่อหลอดเลือดและอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย เช่น ทำให้เส้นเลือดที่จอตาเสียหาย นำไปสู่การมองเห็นลดลงหรือตาบอด (เบาหวานขึ้นตา) ส่งผลต่อการทำงานของต้อจนเกิดภาวะต้อวาย ทำลายเส้นประสาทส่วนปลาย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกชา เจ็บ หรือเกิดแพลที่รักษายาก เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของผู้ป่วยเบาหวาน (WHO, 2023) การเกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตลอดชีวิต รวมถึงการฟอกไต การผ่าตัดตา หรือการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยมักประสบปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะด้านการทำอาหารและการเข้าสังคม ภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการอ่อนเพลียเรื้อรัง ชาตามปลายมือปลายเท้า และปัญหาทางสายตา อาจทำให้สมรรถภาพในการทำงานลดลง ส่งผลให้บางคนต้องลดชั่วโมงทำงานหรือเปลี่ยนอาชีพ นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางรายต้องพึ่งพาการดูแลจากคนรอบข้าง ซึ่งเพิ่มภาระทั้งทางอารมณ์และการเงินให้กับครอบครัว และอาจนำไปสู่ความเครียดหรือภาวะซึมเศร้า (International Diabetes Federation, 2021; WHO, 2023)

2) **ด้านจิตใจ** โรคเบาหวานมีผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วย เนื่องจากความต้องการในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ทั้งการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา ซึ่งอาจนำไปสู่ความเครียดและความวิตกกังวล โดยเฉพาะในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ แม้จะปฏิบัติตามคำแนะนำครบทุกประการ งานวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าคนทั่วไปถึง 2 เท่า (จิรวัฒน์ บุญรักษา, 2566) และการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ พบร่วมกับภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกห้อแท้เป็นผลลัพธ์ที่สำคัญ (สายทอง หาญอินทร์ และรุ่งนภา เกียรติรักษ์, 2564) ขณะเดียวกัน ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 45.29 แบ่งเป็นระดับเล็กน้อย 62.92%, ปานกลาง 24.16% และรุนแรง 12.92% (ศิริพร เสรี และกล้ามเผชิญ โชคบำรุง, 2561)

3) **ด้านสังคมและเศรษฐกิจ** โรคเบาหวานอาจทำให้ผู้ป่วยต้องลางาน ขาดรายได้ หรือสูญเสียโอกาสทางอาชีพ โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น การสูญเสียอวัยวะหรือ การฟอกไต 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 คุณสมรส บุตรธิดา มีความรู้สึกเครียด วิตกกังวล การดูแลอย่างต่อเนื่องเพิ่มความเครียด และส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว และความเครียดเรื้อรังจากการดูแลอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล เช่น ความดันโลหิตสูง หรืออาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง

2) **ผลกระทบต่อรายได้และงาน (Financial and work impact)** ครอบครัวผู้ป่วยต้องเผชิญกับค่าใช้จ่ายในการรักษา เช่น ค่ายา ค่าตรวจสุขภาพ และค่าพาหนะ ซึ่งอาจเป็นภาระการเงินโดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ จากรายงานขององค์กรอนามัยโลก (WHO, 2021) ระบุว่าโรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคที่ก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายสูงในระดับครัวเรือน

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

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

ลดผลกระทบเชิงลบ โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากร (ไดรฟ์ ขยันการงานวี และพัชราภรณ์ เจนใจวิทย์, 2565)

ผลกระทบต่อชุมชน

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของประชาชน ในระดับชุมชนและประเทศอย่างชัดเจน ผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวนมากประสบปัญหาประสิทธิภาพการทำงานลดลง (presenteeism) และมีแนวโน้มสูญเสียรายได้จากการขาดงานความพิการ หรือการเลี้ยงชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งในระดับบุคคลครอบครัว และระบบแรงงาน โดยเฉพาะในกลุ่มอาชีพเกษตรและธุรกิจขนาดเล็ก 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) (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศรายงานการโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562, 2562) ชี้ให้เห็นว่ากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นสาเหตุหลักของการสูญเสีย สุขภาวะในประชากรไทย โดยในเพศชายพบว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุสำคัญที่สุด คิดเป็นร้อยละ 18 ของการสูญเสียทั้งหมด รองลงมา คือ โรคมะเร็งและเนื้องอก (ร้อยละ 16) และการบาดเจ็บทางถนน (ร้อยละ 12) ส่วนในเพศหญิง โรคมะเร็งและเนื้องอกเป็นสาเหตุหลัก (ร้อยละ 18) รองลงมาคือโรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 17) และโรคเบาหวานร่วมกับโรคไต (ร้อยละ 14)

แม้โรคเบาหวานจะมักถูกมองเป็นปัญหาสุขภาพส่วนบุคคล แต่ผลกระทบที่เกิดขึ้นจริงกลับครอบคลุมต่อโครงสร้างเศรษฐกิจและสังคมในระดับชุมชนอย่างกว้างขวาง จึงจำเป็นต้องมีมาตรการเชิงรุก เพื่อเสริมสร้างระบบสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม เพื่อบรรเทาผลกระทบในระยะยาว

2.1.2 ประโยชน์ของการพยาบาลที่บ้านกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การพยาบาลที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ที่มุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้อย่างต่อเนื่องภายในบ้าน ซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยและเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (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 หรือทำกิจกรรมในบ้านที่ช่วยเพาะกายพัฒนา

3) การติดตามและประเมินผลการควบคุมโรค พยาบาลช่วยติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การใช้ยาอย่างถูกต้อง รวมถึงให้คำปรึกษาเชิงจิตสังคม เพื่อลดความเครียดและ เพิ่มแรงจูงใจในการดูแลตนเอง

4) การประสานงานและส่งต่อ ในกรณีที่พบภาวะแทรกซ้อน พยาบาลจะทำหน้าที่เชื่อมโยงกับหน่วยบริการสุขภาพในเครือข่าย เพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที

ผลลัพธ์จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า การพยาบาลที่บ้านช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งส่งเสริมการปรับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (จิตรศุภอรณ์ ดอนนาด, 2560) นอกจากนี้ยังช่วยให้การคัดกรองและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะเบาหวานขึ้นตา ภาวะไตเสื่อม และแผลเบาหวานที่เท้า มีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น ลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และลดภาระค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพโดยรวม (อุมากรณ์ กำลังตี, ภานุ บุญมุสิก, และอัจฉริยา วัชราภิวัฒน์, 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

การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ การติดตามและเฝ้าระวังในชุมชน และการสร้างเครือข่ายการดูแล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) การประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม พยาบาลประเมินทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อกำหนดแผนการดูแลเฉพาะบุคคล

ด้านร่างกาย ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (FBS, HbA1c), ชั่งน้ำหนัก, วัด BMI, ความดันโลหิต, ประเมินเท้า (แพล, ชา, เล็บผิดรูป) และการใช้ยาอย่างถูกต้อง

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

ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ประเมินรายได้ แหล่งอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว และสภาพบ้าน เพื่อปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับบริบทชีวิตจริงของผู้ป่วย

2) การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะบุคคล พยาบาลให้คำแนะนำเชิงสีกเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและวิถีชีวิตของผู้ป่วย เช่น

โภชนาการ ใช้หลัก “งานอาหารสุขภาพ 2:1:1” (ผัก:ข้าว:โปรตีน) แนะนำให้จำกัดข้าวขาว น้ำหวาน และอาหารแปรรูป รวมทั้งปรับสูตรอาหารพื้นบ้าน เช่น “แกงจืดไม่ใส่น้ำปลาเพิ่ม” หรือ “ข้าวกล้องผัดถั่วแดง”

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 ในเดือนนี้อยากควบคุมอะไรให้ดีซึ่งที่สุด ถ้า_n้ำตาลลดลงได้_ 10_ จุด จะรู้สึกอย่างไร เทคนิคนี้ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของในแผนการดูแล และเพิ่มความต่อเนื่องในการปฏิบัติตามแผน

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

รายงานผลระดับน้ำตาลผ่าน Line group หรือระบบ Smart Health

นัดเยี่ยมบ้าน เดือนละ 1 ครั้ง เพื่อตรวจเท้า ชั่งน้ำหนัก และประเมินความต่อเนื่องของการปฏิบัติกรรม

บันทึก โดยใช้แบบบันทึก “สมุดสุขภาพเบาหวาน” ให้ผู้ป่วยบันทึกผลน้ำตาล และพฤติกรรมสุขภาพประจำวัน

5) การสร้างเครือข่ายการดูแล พยาบาลเป็นผู้ส่งเสริมการจัดตั้งชุมชนผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหา และเรื่องบันดาลใจในการดูแลตนเอง เช่น

จัดประชุมทุก 3 เดือน มีการสอนทำอาหารสุขภาพ การตรวจเท้า และการบรรยายจากแพทย์หรือเภสัชกร

ส่งเสริม “เพื่อนช่วยเพื่อน” ให้ผู้ป่วยที่ควบคุมได้เป็น常态 นำ เพื่อสอนผู้ป่วยเบาหวานคนอื่น งานวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยบูรณาการความร่วมมือ ในชุมชน ซึ่งมีขั้นตอนการติดตามการเยี่ยมบ้านด้วยนั่น ผลของกระบวนการส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้ ความพึงพอใจ และระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 66.67 (ดวงใจ พลูงาน, 2568) การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน ระดับปฐมภูมิไม่เพียงมุ่งเน้นการให้ยา แต่เป็นกระบวนการเสริมพลังและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเชิงลึก โดยอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนอย่างยั่งยืน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ดี ลดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

2.2.2 ระดับทุติยภูมิ

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านในระดับทุติยภูมิ มุ่งเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว โดยเน้นการคัดกรอง การติดตามอย่างต่อเนื่อง และการให้คำแนะนำในการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เพื่อช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (American Diabetes Association, 2023)

1. การคัดกรองและติดตามภาวะแทรกซ้อน พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินและคัดกรองภาวะแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอ เช่น

การตรวจเท้า ตรวจสภาพผิวหนัง การให้ผลเรียนเลือด และความรู้สึกที่เท้า เพื่อป้องกันแผลเรื้อรังจากเบาหวาน

การตรวจหู ประสาทไปผู้ป่วยเข้ารับการตรวจตาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นตา

การตรวจการทำงานของไต ติดตามระดับ microalbumin และ creatinine เพื่อเฝ้าระวังภาวะไตเสื่อม

การติดตามค่า HbA1c ตรวจทุก 3–6 เดือน เพื่อประเมินการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดและปรับแนวทางการดูแลให้เหมาะสม

นอกจากนี้ พยาบาลยังมีบทบาทในการให้คำปรึกษาเรื่องการลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การเลิกสูบบุหรี่ ลดการดื่มสุรา ควบคุมความดันโลหิตและไขมันในเลือด เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในระบบย่อยอาหาร และการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถเฝ้าระวังภาวะเบาหวานขึ้นโดยประสานตัวตั้งแต่ระยะที่ยังไม่เกิดความผิดปกติของหลอดเลือด ซึ่งเป็นช่วงสำคัญของการ

ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่กระทบต่อการมองเห็น ทั้งยังช่วยลดภาระต่อระบบสุขภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว (นวัตกรรม ใจกล้า, กมลภู ถนนสัตย์, 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

การติดตามการใช้ยาและการควบคุมโรค พยาบาลดำเนินการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องหรือใช้ระบบ Telehealth / Line ในการติดตามการใช้ยา การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายของผู้ป่วย โดยใช้สมุดสุขภาพประจำตัว เพื่อติดตามการใช้ยาและบันทึกค่า FBS และ HbA1c อย่างสม่ำเสมอ การประเมินผลดังกล่าวช่วยให้สามารถปรับแนวทางการดูแลร่วมกับแพทย์ เช่น การปรับขนาดยาอินซูลินผ่านระบบออนไลน์ภายใต้คำสั่งแพทย์ (จิตรศุภอรณ์ ดอนนาค, 2560)

การดูแลรักษากรณีมีแผลเบาหวาน ในกรณีผู้ป่วยมีแผลเรื้อรังจากเบาหวาน พยาบาลเยี่ยมบ้านมีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษา เพื่อลดการติดเชื้อและการติดเชื้อวัชภะ (อุมากรณ์ กำลังดี, ภานุ บุญมุสิก, และอัจริยา วัชราวิวัฒน์, 2560) โดยดำเนินการดังนี้

- ประเมินลักษณะแผล เช่น สี กลิ่น การติดเชื้อ และระดับความลึกของแผล
- ทำแผลแบบปลอดเชื้อโดยใช้เทคนิค aseptic technique เพื่อบ้องกันการติดเชื้อช้ำ
- ใช้ผ้ากอชหรือวัสดุปิดแผลที่เหมาะสม เช่น hydrocolloid หรือ foam dressing เพื่อรักษาความชุ่มชื้นของแผล
- ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการลดแรงกดบริเวณเท้า เช่น การใช้รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน
- ประเมินภาวะโภชนาการ เพื่อส่งเสริมการสมานแผล เช่น แนะนำอาหารที่มีโปรตีนและวิตามินซีสูง
- หากพบรอยติดเชื้อรุนแรง มีหนอง หรือมีกลิ่น ควรรีบส่งต่อไปยังโรงพยาบาลระดับสูง เพื่อให้แพทย์ศัลยกรรมประเมินเพิ่มเติม

การส่งต่อและการประสานงาน เมื่อพบรากะแวงช้อนที่ไม่สามารถจัดการได้ในชุมชน เช่น แผลเนื้อตาย ลูกลม หรือภาวะไตเสื่อม ควรส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า พร้อมประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร และนักโภชนาการ เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทุกมิติ

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านในระดับทุติยภูมิ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดได้ดีขึ้น ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคไต เบาหวานขึ้นตา และแพลงเรื้อรังที่เท้า อีกทั้งยังช่วยลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน (จิตรศุภอรณ์ ดอนนาด, 2560; อุมากรณ์ กำลังดี, ภาวนा บุญมุสิก, และอัจฉริยา วัชราวิวัฒน์, 2560)

2.2.3 ระดับทุติยภูมิ

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานระดับทุติยภูมิ มุ่งเน้นการลดความพิการ พื้นฟูสมรรถภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น เบาหวานขึ้นตา ไตเสื่อม หรือ แพลงเบาหวาน (American Diabetes Association, 2023) เน้นให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติที่สุด โดยพยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการดูแลที่บ้าน ดังนี้

1. **การดูแลทางกายภาพ** พยาบาลให้การดูแลแพลงเบาหวานที่บ้าน เช่น การทำแพลงปลดเชือ การประเมินเนื้อเยื่อที่ตาย และการให้คำแนะนำเรื่องการลดแรงกดที่เท้า เพื่อป้องกันการติดเชื้อและการตัดขา (อุมากรณ์ กำลังดี, ภาวนा บุญมุสิก, และอัจฉริยา วัชราวิวัฒน์, 2560) การแนะนำการปรับสภาพแวดล้อมในบ้าน เช่น การจัดท่านเดินให้ปลอดภัย การใช้รองเท้าที่เหมาะสม ช่วยลดความเสี่ยงจากการหล่นในผู้ป่วยที่มีปลายประสาทเสื่อม (จิตรศุภอรณ์ ดอนนาด, 2560)

2. **การพื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย** พยาบาลสอนการบริหารมือและเท้า เพื่อกระตุ้นการให้เลือด ลดการเกิดแพลงและช่วยให้กล้ามเนื้อแข็งแรง การจัดโปรแกรมพื้นฟูโภชนาการ โดยนักโภชนาการร่วมทีม เพื่อปรับอาหารให้เหมาะสมกับภาวะของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคไตจากเบาหวาน ต้องจำกัดโปรตีนและเกลือ

3. **การพื้นฟูสมรรถภาพจิตใจและสังคม** การให้คำปรึกษาทางจิตใจและกิจกรรมลดความเครียด เช่น mindfulness หรือการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง การใช้โปรแกรมสมาธิบำบัด SKT3 ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนค่าเฉลี่ยการรับรู้การปฏิบัติสมາชิ และค่าเฉลี่ยสภาวะสุขภาพในทัศนะของผู้ฝึก เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) จึงควรใช้สมาธิบำบัด SKT3 เป็นทางเลือกควบคู่ไปกับมาตรฐานการรักษา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (สุรีย์ ทั้งทอง, 2568) และโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสั้นโดยใช้สติ เป็นพื้นฐาน ต่อพัฒนาระบบดูแลในสังคม ให้ครอบคลุมและยั่งยืน ต่อไป

มีระดับ HbA1c แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดต่างกว่ากลุ่มควบคุม (วานา ยินดีมาก, หทัยวรรณ แสงคำไฟ และภัทรารพ ตันนุกูล, 2568)

2.3 การใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ช่วยให้การติดตามอาการเป็นไปอย่างแม่นยำ ส่งเสริมการดูแลตนเอง และเพิ่มความต่อเนื่องในการรักษา โดยพยาบาลสามารถใช้เทคโนโลยีในการติดตามข้อมูลผู้ป่วย ให้คำปรึกษาระยะไกล และสนับสนุนการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย ทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนและยกระดับคุณภาพชีวิตในชุมชนได้อย่างยั่งยืน มีหลักฐานที่สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีในการเพิ่มช่วงเวลาที่ระดับน้ำตาลออยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย (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
 - การดูแลทางไกลผ่านวิดีโอดialogue หรือโทรศัพท์
 - 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)

แนวทางแนะนำการใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยี และข้อควรระวัง ของสมาคมเบาหวานแห่งอเมริกัน (American Diabetes Association, 2024) มีดังนี้

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

ข้อควรระวัง

1. เทคโนโลยีเหล่านี้ ต้องใช้ร่วมกับการศึกษาและการสนับสนุน มิฉะนั้นจะ ไม่เกิดผลลัพธ์ที่ดี
2. ความแม่นยำของเครื่องวัดแต่ละรุ่นแตกต่างกัน ควรเลือกที่ได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) หรือ Food and Drug Administration (FDA)

3. ผู้ดูแลและทีมสุขภาพต้องมีความรู้ที่ทันสมัยและเหมาะสมกับบทบาทของตนเอง

แนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับโรคเบาหวาน 2566 (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566) ซึ่งปัจจุบันเทคโนโลยีในการดูแลรักษาเบาหวานมีความก้าวหน้ามาก สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลได้ใกล้ชิด เพื่อเพิ่มคักยภาพและเสริมพลัง (empowerment) ในการดูแลและโดยการใช้ร่วมกับการเรียนรู้อย่างมีแบบแผน (structured education) ผู้ให้ผลการรักษาได้ตามเป้าหมายที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการติดตามระดับน้ำตาล ที่นิยมใช้ในปัจจุบัน คือ เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดชนิดพกพา (glucometer) เครื่องตรวจติดตามระดับน้ำตาลแบบต่อเนื่อง (continuous glucose monitoring; CGM) เรียกว่า การติด CGM การติดตามระดับน้ำตาลโดยใช้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดชนิดพกพา จะเรียกว่า การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด (blood glucose monitoring: BGM) มีข้อบ่งชี้ ดังนี้

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

– ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ทั้งเด็ก วัยรุ่น และผู้ใหญ่ ที่ได้รับการนัดอินซูลินแบบเข็มงวดวันละหลายครั้ง หรือใช้อินซูลินบีม แต่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้ได้ ตามเป้าหมาย เมื่อมีการตรวจ BGM อย่างเหมาะสม

– ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่เป็นเด็ก และไม่สามารถลีอสารได้เมื่อเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด
– ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีเคยมีน้ำตาลต่ำในเลือดรุนแรง หรือ ไม่มีความรู้สึกว่ามีน้ำตาลต่ำในเลือด อย่างน้อย 1 ครั้งใน 1 ปี

– ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่ตั้งครรภ์

ผลข้างเคียงของการติด CGM อาจทำให้เกิดการระคายเคือง หรือการแพ้ แผลและผื่นแพ้ ของ CGM ทำให้เกิดอาการคัน หรือเป็นผื่นผิวหนังอักเสบ' สามารถป้องกันได้โดย ล้างมือและทำความสะอาด

สามารถด้วยการเช็คแอลกอฮอล์บริเวณผิวนัง หลีกเลี่ยงการทาโลชั่นหรือน้ำมันบริเวณที่จะติด CGM หลีกเลี่ยงการติด CGM ซ้ำที่จุดเดิม หรือ เปลี่ยนชนิดแผ่นແเปล

2. ข้อบ่งชี้ในการใช้ การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด (blood glucose monitoring: BGM)

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความจำเป็นในการทำ BGM

1) ผู้ที่ต้องการคุมเบาหวานอย่างเข้มงวด โดยแก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีครรภ์ (pre-gestational DM) และผู้ป่วยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational DM)

2) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1

3) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดบ่อยๆ หรือ รุนแรง หรือ น้ำตาลต่ำ ในเลือดโดยไม่มีอาการเตือน (hypoglycemia unawareness)

4) ผู้ที่ใช้ CGM มีความจำเป็นต้องทำ BGM ในสถานการณ์ต่อไปนี้

- ในระหว่างรอการอุ่นเครื่อง CGM (warm-up)
- เมื่อต้องการปรับเครื่อง CGM ให้วัดระดับน้ำตาลได้สอดคล้องกับ BGM (calibration)
- เพื่อยืนยันผลน้ำตาลในขณะที่น้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว
- เพื่อยืนยันความถูกต้องของผลการตรวจในกรณีที่อาการและผลเลือดจาก CGM ขัดแย้งกัน
- เมื่อมีสัญญาณเตือนให้ตรวจน้ำตาลจากเครื่อง CGM

5) ผู้ที่ใช้อินซูลินปั๊ม

ผู้ป่วยเบาหวานที่ควรทำ BGM

1) ผู้ป่วยเบาหวานชุดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยการสัตอันวันวันละ 1 ครั้ง หรือมากกว่า 1 ครั้ง ความมีความรู้สึกโรบ้างเมื่อทำ BGM ผู้ป่วยเบาหวานที่ทำ BGM หรือผู้ดูแลผู้ป่วย ควรได้รับการสอนความรู้ต่อไปนี้

- ความสำคัญและประโยชน์ของการทำ BGM เวลาที่ควรทำการตรวจ เป้าหมายระดับน้ำตาลในเลือด

- เทคนิคการตรวจที่ถูกต้องสำหรับเครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดชนิดพกพาที่ใช้ อาชญาของแบบที่ใช้ทดสอบ การเก็บดูแลรักษาระดับน้ำตาล และแบบทดสอบ

- การบันทึกผลระดับน้ำตาล ควรเขียนควบคู่กับการบันทึกอาหาร กิจกรรมที่ทำ ขณะนั้น ความเครียด ยาที่ใช้ หรือปัจจัยที่มีผลต่อระดับน้ำตาล เพื่อการแปลผล ปรับพฤติกรรมและการปรับเปลี่ยนยา

- การแปลผล BGM ความรู้ในการปรับขนาดยาฉีดอินซูลิน ความรู้เรื่องยาเม็ดลดระดับน้ำตาลที่ตนเองได้รับ เรื่องอาหารและการออกกำลังกาย ผู้ป่วยจะได้ประโยชน์สูงสุด เมื่อสามารถใช้ข้อมูลจาก BGM ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิตและการรักษา

- การป้องกันและแก้ไข เมื่อมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินคราว หรือภาวะน้ำตาลต่ำ ในเลือด เพื่อให้สามารถปรับหรือเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมกับระดับน้ำตาลที่ตรวจวัดได้

- เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดชนิดพกพาส่วนใหญ่ รายงานผลเป็นพลาสมากลูโคส บางเครื่องรายงานเป็นกลูโคสจาก whole blood (ผลที่รายงานเป็นรูปแบบใดๆ ได้จากเอกสารกำกับ ที่แนบมากับเครื่อง) สามารถปรับผลที่รายงานจาก whole blood เป็นพลาสมากลูโคสได้โดยใช้ $1.1 \times$ ผลที่อ่านได้เป็นค่าเทียบเดียวกับพลาสมากลูโคส (หน่วยเป็น มก./ดล.)
- ห้ามใช้แบบตรวจน้ำตาลที่หมดอายุแล้วเนื่องจากค่าอาจผิดพลาด ที่ต้องการ

2.4 กรณีศึกษาและการเรียนรู้จากการณีศึกษา

ข้อมูลการณีศึกษา

นางกอหญ้า อายุ 52 ปี อาศัยอยู่ในชุมชนแห่งหนึ่ง อพยุกับสามีและลูก 2 คน ในบ้านเดียวกัน อาชีพเกษตรกร (ทำสวนทุเรียน) นางกอหญ้าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วประมาณ 5 ปี มียารับประทาน 1 ชนิด คือ Metformin 500 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง บางวันรีบไปทำงานที่สวน ก็จะลืมรับประทานยา ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ล่าสุดอยู่ที่ 8.5% และมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ที่ 29 กิโลกรัม ต่อตารางเมตร ความดันโลหิตวัดได้ 120/80 มิลลิเมตรปอร์อท

จากการสอบถามด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบร่วมกับการออกกำลังกายบ้าง โดยเดินทำงานในสวน ชอบรับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม โดยเฉพาะไข่ทอด และขนมชั้น บัวลอย และต้มกาแฟเย็นทุกวัน ต้องใส่นมข้นหวานถึงจะอร่อย และลูกชอบซื้อขนมหวานมาฝาก เพราะตอนเช้าชอบ ทำให้การควบคุมพฤติกรรมการกินทำได้ยากขึ้น

การเรียนรู้จากการณีศึกษาตามกระบวนการพยาบาล

การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้ INHOMESSS

ด้าน	ข้อมูลจากการณีศึกษา
I – Immobility	เดินทำงานในสวน มีการเคลื่อนไหวระหว่างทำงาน แต่ไม่ได้ออกกำลังกายอย่างเป็นกิจจะลักษณะ
N – Nutrition	ชอบอาหารรสหวาน มัน เค็ม รับประทานขนมหวานและอาหารทอดบ่อย ต้มกาแฟเย็นใส่นมข้นหวานทุกวัน BMI 29 kg/m ² (อ้วน)
H – Home Environment	อพยุกับสามีและลูก 2 คน ลูกมักซื้อขนมหวานมาฝากอาศัยอยู่กับครอบครัวที่ให้ความรักและดูแล เตียงขาดความรู้เรื่องอาหารเบาหวาน
O – Other People	รับประทานยา Metformin 500 mg วันละ 2 ครั้ง แต่บางวันลืมกิน เพราะรีบไปทำงาน
M – Medications	ตรวจ HbA1c ล่าสุด 8.5%, ความดัน 120/80 mmHg
E – Examinations	

ด้าน	ข้อมูลจากการณีศึกษา
S – Safety	ไม่มีข้อมูลอุบัติเหตุหรืออันตรายจากการทำสวน
S – Spiritual	ไม่มีข้อมูลด้านความเชื่อหรือการยึดเหนี่ยวทางใจโดยตรง
S – Service	ไม่มีข้อมูลการติดตามรักษาโดยเจ้าหน้าที่ แต่มีการตรวจ HbA1c และงว่าได้รับบริการอยู่

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ปัญหาที่ 1 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยลืมรับประทานยาเมื่อวีร์บไปทำงานที่สวน
- ระดับ HbA1c = 8.5% สูงกว่าเป้าหมาย
- มีพฤติกรรมรับประทานอาหารหลากหลาย มัน เค็ม เป็นประจำ
- ดื่มกาแฟเย็นใส่่นมข้นหวานทุกวัน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้นางกอหญ้าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย ($HbA1c < 7\%$)

ภายใน 3 เดือน

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยสามารถรับประทานยา Metformin ได้ครบถ้วนเมื่ออย่างต่อเนื่อง
- ระดับ HbA1c ลดลงอย่างน้อย 0.5–1% ภายใน 3 เดือน
- ผู้ป่วยสามารถชิบอายวิธีควบคุมอาหาร การใช้ยา และการดูแลเบาหวานได้อย่างถูกต้อง
- พฤติกรรมการบริโภคหวาน มัน เค็มลดลงอย่างชัดเจน
- ผู้ป่วยเปลี่ยนกาแฟเย็นใส่่นมข้นหวานเป็นทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพมากขึ้น
- รายงานการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วเริ่มมีแนวโน้มดีขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการใช้ยา โดยสำรวจว่าผู้ป่วยเข้าใจผลเสียของน้ำตาลสูงเรื่องรังหรือไม่ และประเมินว่าผู้ป่วยรับประทานยาอย่างถูกต้องหรือไม่
2. ประเมินความรู้ ทัศนคติ และความเชื่อด้านอาหาร โดยประเมินเหตุผลที่รับประทานหวาน มัน เค็ม และประเมินแรงสนับสนุนจากครอบครัวที่อาจส่งเสริมพฤติกรรมการกินไม่เหมาะสม
3. ให้ความรู้เรื่ององค์ประกอบสำคัญของการควบคุมเบาหวาน การใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ หลักโภชนาการผู้ป่วยเบาหวาน (ลดหวาน มัน เค็ม, เลือกอาหาร GI ต่ำ) ความสำคัญของการออกกำลังกาย สม่ำเสมอ 30 นาที/วัน สัปดาห์ละอย่างน้อย 3 ครั้ง และการตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้วและการจดบันทึก

4. ให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทานยา Metformin อชิบายผลดีของการกินยาตรงเวลา และอชิบายผลเสียของการลีมยา เช่น น้ำตาลฟุ่งและภาวะแทรกซ้อนระยะยาว

5. ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน หลีกเลี่ยงไข่ทอด ขนມชั้นบัวลอย และกาแฟเย็นใส่นมชั้นหวาน สอนวิธีเลือกอาหาร เมื่อไปสวนหรือทำงานนอกบ้าน เช่น เตريยมอาหารกล่อง และแนะนำทำงาเลือก เช่น กากแฟสำหรับคนอ้วน ใช้หวานน้อย หรือแบบไม่เติมน้ำตาล

6. ส่งเสริมการจัดระบบเตือนการรับประทานยา เช่น ใช้โทรศัพท์ตั้งปลุก ใช้กล่องแบ่งยารายวัน และให้ผู้ป่วยเชื่อมโยงการกินยา กับกิจวัตร 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 จากเดิมลีมปอย เหลือลีมเพียงสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผู้ป่วยเริ่มลดกาแฟเย็นลงเหลือสัปดาห์ละ 3 ครั้ง และได้รับความร่วมมือจากครอบครัว ในการลดการซื้อของหวาน ผลการตรวจ FBS ลดลงจาก 165 mg/dL เหลือ 140 mg/dL ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น สามารถอชิบายหลักลดหวานมัน เดี๋มได้ถูกต้อง (เมื่อนัดตรวจ HbA1c ใน 3 เดือน จะประเมินช้าตามเกณฑ์อีกครั้ง)

ปัญหาที่ 2 มีภาวะอ้วน

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยชอบรับประทานไข่ทอด ขนມชั้นบัวลอย
- ดื่มกาแฟเย็นใส่นมชั้นหวานทุกวัน
- BMI = 29 kg/m² (อยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 1 ตามเกณฑ์เอเชียแปซิฟิก)

วัตถุประสงค์

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

การปฏิบัติการพยาบาล

1. ประเมินพฤติกรรมการกินอาหารและพฤติกรรมที่ได้รับในชีวิตประจำวัน ประเมินชนิดอาหาร ปริมาณ และเวลาในแต่ละมื้อ ประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อการกิน เช่น ความชอบส่วนตัว อิทธิพลของครอบครัว ความสะดวกในการประกอบอาหาร และสอบถามสาเหตุการเลือกอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลสูง

2. ให้คำแนะนำด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วน อชิบายหลักการจำกัดน้ำตาล ไขมัน และอาหารทอด แนะนำการเปลี่ยนวิธีปรุงอาหารเป็น ต้ม นึ่ง อบ ย่าง เพื่อลดพลังงาน

เน้นการบริโภคผักเพิ่มขึ้น และเลือกรับประทานอาหาร GI ต่ำ เช่น ข้าวกล้อง ผลไม้หวานน้อย และแนะนำลดการแฟร์เย็นใส่เสริมขั้นหวาน เช่น เปลี่ยนเป็นกาแฟดำ เติมน้ำ Low-fat และงดน้ำตาล

3. สอนการอ่านฉลากโภชนาการ แนะนำวิธีดูปริมาณน้ำตาล ไขมันอิมตัว และพลังงาน และให้ผู้ป่วยฝึกอ่านฉลากจริง และเลือกอาหารที่เหมาะสมร่วมกับพยาบาล

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

5. ใช้แนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง วางแผนร่วมกับครอบครัวในการจัดอาหารทั้งในบ้าน และเมื่อไปทำสวน ให้ครอบครัวสนับสนุนการลดของหวาน ลดการซื้อขนมฝาก

6. ติดตามน้ำหนักตัวและพัฒนาระยะ ชั่งน้ำหนักและคำนวณ BMI ทุกเดือน บันทึกน้ำหนักในแผนการดูแล ประเมินอุปสรรค เช่น ความเครียดของผู้ป่วย ความสะดวกในการเข้าถึงอาหาร ที่เหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

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

การประเมินผล

หลังจากดำเนินกิจกรรมพยาบาล 4–8 สัปดาห์ ผู้ป่วยสามารถลดการดื่มกาแฟเย็นลงเหลือ 2–3 ครั้งต่อสัปดาห์ และลดปริมาณขนมหวานที่บริโภคในแต่ละวันได้ โดยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพมากขึ้น น้ำหนักลดลง 1.5–2 กิโลกรัม จากการติดตามครั้งล่าสุด ผู้ป่วยแสดงความเข้าใจเรื่องการจำกัดอาหารทoxid ไขมันสูง และสามารถอ่านฉลากโภชนาการได้ถูกต้อง นอกจากนี้ยังเริ่มออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งคาดว่า BMI และระดับ HbA1c จะมีแนวโน้มดีขึ้น ในการนัดครั้งถัดไป

บทสรุป

การพยาบาลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นแนวทางการดูแล ที่มีความสำคัญยิ่งในยุคที่สังคมเข้าสู่ภาวะผู้สูงอายุและโรคเบาหวานทวีความรุนแรงในระดับสาธารณสุข การดูแลที่บ้านช่วยเสริมให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมสุขภาพกาย-ใจ และลดภาระต่อ自己ของครอบครัวและระบบสุขภาพในระยะยาว พยาบาล มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยผ่านการให้คำปรึกษาเรื่องการควบคุมปัจจัย

เลี่ยง เช่น การเลิกบุหรี่ การจำกัดการดื่มสุรา การควบคุมความดันโลหิตและไขมัน เพื่อป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือด โดยในระดับปฐมภูมิ พยาบาลเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การสร้างความรอบรู้ด้าน สุขภาพ และการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอ ระดับทุติยภูมิเน้นการค้นหาและจัดการ ภาวะแทรกซ้อนระยะแรก เช่น ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา พร้อมติดตามและปรับแผนการดูแลร่วมกับ ทีมสหสาขาเชิงพื้นฐาน ล้วน然是การพื้นฟู ช่วยลดการดำเนินโรค และป้องกัน ความพิการ ในผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกระดับทำให้ผู้ป่วยสามารถ เฝ้าระวังภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ได้ตั้งแต่ยังไม่มีความผิดปกติ ซึ่งเป็นช่วงสำคัญ ในการป้องกัน การสูญเสียการมองเห็นและลดภาระต่อระบบสุขภาพ ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการดูแล ที่บ้านจึงเป็นหัวใจสำคัญในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และส่งเสริมคุณภาพชีวิต ที่ยั่งยืนให้กับผู้ป่วยในชุมชน

คำถามท้ายบท

1. ข้อใด ไม่ใช่ แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน
 - ก. ส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
 - ข. ให้ข้อมูลเรื่องการควบคุมอาหาร
 - ค. สนับสนุนให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาลดน้ำตาล
 - ง. ส่งเสริมการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม
- คำตอบที่ถูกต้อง ค
2. การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เช่น แพลทีเท้า จัดอยู่ในระดับการป้องกันใด
 - ก. ระยะปฐมภูมิ
 - ข. ระยะทุติยภูมิ
 - ค. ระยะตติยภูมิ
 - ง. ระยะวิกฤต
- คำตอบที่ถูกต้อง ข
3. ข้อใดคือบทบาทของพยาบาลในการบริหารยาอย่างปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน
 - ก. แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนยาเองเมื่อไหร่สบาย
 - ข. ให้ผู้ป่วยฉีดอินซูลินโดยไม่ต้องล้างมือ
 - ค. ตรวจสอบความถูกต้องของยาและวิธีใช้
 - ง. ให้หยดยาเมื่อระดับน้ำตาลลดลง
- คำตอบที่ถูกต้อง ค
4. ข้อใดคือข้อดีของการใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน
 - ก. ลดความจำเป็นในการประเมินอาการ
 - ข. ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยต้องออกกำลังกาย
 - ค. สนับสนุนการติดตามอาการและให้คำแนะนำจากระยะไกล
 - ง. ใช้เทคโนโลยีมือถือพยาบาลได้อย่างสมบูรณ์
- คำตอบที่ถูกต้อง ค
5. จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นเนื่องจากปัจจัยใดเป็นหลัก
 - ก. ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากครอบครัวและพยาบาล
 - ข. เปลี่ยนยาใหม่โดยไม่ปรึกษาแพทย์
 - ค. หยุดทานคาร์โบไฮเดรตทุกชนิด
 - ง. เลือกใช้วิธีรักษาด้วยสมุนไพรเพียงอย่างเดียว
- คำตอบที่ถูกต้อง ก

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2566). รายงานประจำปี 2566 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- จิตราศุภอรณ์ ดอนนาค. (2560). ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านที่มีต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 4(1), 60-70.
- จิรวัฒน์ บุญรักษา. (2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่เกาะ. วารสาร Singburi Hospital Journal, 31(3), 19-35.
- ดวงใจ พลูงาน. (2568). รูปแบบการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาโพธิ์เตี้้ย อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน, 10 (3). 267-275.
- ไตรภพ ขยันภรณ์, และพัชราภรณ์ เจนใจกิทย์. (2565). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวที่มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมโรคไม่ได้. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 29(2), 111-120.
- นวรัตน์ ใจกล้า, และกมลภู ถนนอมสัตย์. (2568). บทบาทพยาบาลชุมชนกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังภาวะเบาหวานขึ้นจริงประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช, 5 (2). 1-9.
- 瓦สนา ยินดีมาก, หทัยวรรณ แสงคำไฟ และภัทรพร ตันนุกุล (2568) ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบล้วนโดยใช้สติเป็นพื้นฐาน ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือด ให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 22(1).
- ศิริพร เสรี, & กล้าเพชร โชคบำรุง. (2561). ความเสี่ยงโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาในโรงพยาบาลเทพรัตน์ครรราชการลีมา. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 41(3), 122-127.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566.
- กรุงเทพมหานคร: สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย.
- สายทอง หาญอินทร์, & รุ่งนภา เกียรติร่วม. (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). ผลการใช้โปรแกรมสมาชิกบัตร (SKT3) ต่อการลดความดันโลหิต และน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ในคลินิกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แห่งหนึ่ง อำเภอขมอย 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

สำนักงานพัฒนาอย่างสุขภาพระหว่างประเทศ. (2562). รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี, แอนดี เพรส

อุมากรณ์ กำลังดี, ภาวนा บุญมูลิก, และอัจฉริยา วัชราวิวัฒน์. (2560). การพัฒนาแนวทางเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือความดันโลหิตสูงด้วยทีมหมออครอบครัว. 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) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลกที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและภาวะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2023a) ให้คำจำกัดความของความดันโลหิตสูงว่า เป็นภาวะที่ระบบหลอดเลือดมีแรงดันต่อผนังหลอดเลือดสูงกว่าระดับปกติอย่างต่อเนื่อง โดยมีค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) ตั้งแต่ 140 มิลลิเมตร prox. ไป และ/หรือค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) ตั้งแต่ 90 มิลลิเมตร prox. ไป จากการวัดในเวลาที่ต่างกันอย่างน้อยสองครั้ง แนวทางการจัดการโรคความดันโลหิต สูงมุ่งเน้นการควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในระดับเบ้าหมาย โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย (Lifestyle modification) ร่วมกับการใช้ยา ในบริบทของการพยาบาลที่บ้าน (Home health nursing) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องได้รับการดูแลแบบองค์รวมที่ต่อเนื่อง เน้นการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพตนเอง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในสิ่งแวดล้อมจริง ให้คำแนะนำในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา และการเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้อ่าน

1. บอกสถานการณ์ปัญหาของโรคความดันโลหิตสูง ผลกระทบของการเจ็บป่วย และประโยชน์ของการพยาบาลที่บ้าน
2. ประยุกต์ใช้แนวทางการพยาบาลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. ประยุกต์ใช้วัตกรรมและเทคโนโลยีในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงมักถูกเรียกว่า "ภัยเงียบ" เนื่องจากในระยะแรกมักไม่มีอาการชัดเจน แต่สามารถส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นอย่างเงียบๆ โดยไม่แสดงสัญญาณเตือนที่ชัดเจน ที่อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพร้ายแรง เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไต โรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล ทั้งในเชิงของค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ระบบสาธารณสุขและเศรษฐกิจของประเทศไทย สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงอาจเกิดจากปัจจัยทางพันธุกรรม รวมถึงพฤติกรรมการใช้ชีวิต เช่น การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง การขาดการออกกำลังกาย ความเครียด และการสูบบุหรี่ ในการป้องกันและจัดการกับโรคนี้สามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต และในบางกรณีอาจจำเป็นต้องใช้ยาควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ การสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและแนวทางป้องกัน จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยในระยะยาว

3.1 สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2023a) รายงานว่า อายุ 30-79 ปี อยู่ในภาวะความดันโลหิตสูง โดยร้อยละ 75 ของผู้ป่วยอยู่ในประเทศไทย ได้ปานกลางและรายได้ต่ำ และประมาณหนึ่งในห้าของผู้ป่วยเท่านั้น ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ นอกจากนี้พบว่าโรคความดันโลหิตสูงในประชากรผู้หญิงเพิ่มขึ้น เป็นสองเท่าระหว่างปี ค.ศ. 1990-2019 โดยเพิ่มจากผู้หญิง 331 ล้านคน (ช่วงคาดความเชื่อมั่น 95% = 306-359 ล้านคน) และผู้ชาย 317 ล้านคน (NCD Risk Factor Collaboration, 2021)

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากการควบคุมโรคโดยกองโรคไม่ติดต่อ 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 ไม่ทราบว่าตนเป็นป่วยและยังไม่ได้รับการรักษา นอกจากนี้ยังพบว่าในปี พ.ศ. 2566 พบรู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 507,104 คน สอดคล้องกับการศึกษาของวิชัย เอกปกรณ์และคณะ (2567) ใช้ข้อมูลระหว่างพ.ศ. 2562–2563 พบร่วม ความซุกของโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย อยู่ที่ร้อยละ 25.7 (ร้อยละ 24.6 และ 26.8 ในเพศหญิงและเพศชาย ตามลำดับ) จากผู้ป่วยทั้งหมดร้อยละ 51.5 ทราบการวินิจฉัยของตนเอง ร้อยละ 47.9 ได้รับการรักษา และร้อยละ 22.7 ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ แนวโน้มอัตราการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงพบร่วมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 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 ระหว่างปี พ.ศ. 2547–2557 แต่ลดลงเหลือร้อยละ 51.5 ในพ.ศ. 2562–2563 เช่นกัน จะเห็นได้ว่าความซุกของโรคความดันโลหิตสูง

ในประเทศไทยยังคงอยู่ในระดับสูงมาตลอด 20 ปีที่ผ่านมา จึงจำเป็นต้องมีมาตรการเร่งด่วนที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยเสี่ยงหรือสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงแบบออกเป็น 2 ประเภทคือ

1) ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้

- พันธุกรรม (Genetic factors) จากการศึกษาพบว่า บุคคลที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีโอกาสได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเมื่ออายุ 50 ปีมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติถึง 3.52 เท่า (Kunnas et al., 2024) เชื่อมโยงกับยืนยันบางชนิดที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันโลหิตสามารถถ่ายทอดจากบิดามารดา และความผิดปกติของหลอดเลือด ชอร์โมน ไต หรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม รวมทั้งสิ่งแวดล้อมในครอบครัว

- อายุ (Age) การเปลี่ยนแปลงทางสรีริวิทยาของหลอดเลือดที่เกิดขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น เช่น ผนังหลอดเลือดตีบแคบ ความยืดหยุ่นลดลง ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) และส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงซิสโตรลิกแยกส่วน (Isolated systolic hypertension: ISH) ที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนสูงและความดันชีพจร (Pulse pressure) กว้าง โดยเฉพาะช่วงอายุ 50 ปีขึ้นไป ในขณะที่ความดันโลหิตตัวล่าง จะเพิ่มขึ้นจนถึงช่วงอายุ 55–60 ปี จากนั้นจะเริ่มลดลงเล็กน้อยและการที่หลอดเลือดแดงมีการตีบแคบลงทำให้เกิดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral resistance) ส่งผลให้ว่างกายต้องเพิ่มความดันโลหิตเพื่อคงการไหลเวียนเลือดให้เพียงพอ (พรพิพัฒ สารีสิ, 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 องค์กรอนามัยโลกแนะนำผู้ใหญ่บริโภคโพแทสเซียมจากอาหารอย่างน้อย 3,510 มิลลิกรัมต่อวัน (WHO, 2012)

- การขาดกิจกรรมทางกาย หรือพฤติกรรมนีอยนิ่ง (Sedentary behavior) การออกกำลังกายสม่ำเสมอ มีผลโดยตรงต่อการลดความดันโลหิต โดยการรับประทานการทำงานของหลอดเลือด (Vascular function) ลดความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย รวมทั้งช่วยเพิ่มความไวของร่างกายต่อฮิโนซูลิน ลดน้ำหนัก และลดระดับชอร์โมน องค์กรอนามัยโลก แนะนำให้ผู้ใหญ่ควรมีกิจกรรมทางกายแบบแอโรบิกระดับปานกลางอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือกิจกรรมระดับหนักอย่างน้อย

75 นาทีต่อสัปดาห์ เพื่อส่งเสริมสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด และลดความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง (WHO, 2020)

- การบริโภคแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ การบริโภคแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก หรือต่อเนื่องเป็นเวลานาน จะมีผลกระทบต่อบริบทระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) ทำให้หลอดเลือดหดตัวและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และกลอชออล์ยังรบกวนสมดุลของระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน (RAAS)ⁿ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันโลหิต (Marchi et al., 2021) สารนิโคติน (nicotine) ในบุหรี่สามารถกระตุน ระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น และหลอดเลือดหดตัว นำไปสู่การเพิ่มของหัวใจความดันโลหิตต่ำบุนเดส์ตัวล่าง สารพิษอื่นๆ ในครั้นบุหรี่ เช่น คาร์บอนมอนอกไซด์ และสารอนุมูลอิสระ ยังส่งผลต่อเยื่อบุผนังหลอดเลือด (endothelium) ทำให้เกิดการอักเสบ และลดการผลิตไนตริกออกไซด์ (NO) ซึ่งมีหน้าที่ขยายหลอดเลือด ส่งผลให้หลอดเลือดแข็งตัวและความดันเพิ่มขึ้น ในระยะยาว (Messner & Bernhard, 2014; WHO, 2023b)

- น้ำหนักตัวและดัชนีมวลกาย ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน มีความสัมพันธ์โดยตรง กับความดันโลหิตสูง การสะสมของไขมันในร่างกายโดยเฉพาะในช่องท้องส่งผลต่อการต้านทานอินซูลิน การกระตุนระบบประสาทอัตโนมัติ และการเพิ่มการทำงานของระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการควบคุมความดันโลหิต (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) พบร้า มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง จากกลไกการอักเสบของหลอดเลือดและการเพิ่มของสารอนุมูลอิสระ (WHO, 2023a) สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ เป็นตัวกำหนดที่สำคัญของการหนึ่งของภาวะสุขภาพ ผู้ที่มีรายได้น้อย หรือการศึกษาต่ำ มีแนวโน้มที่จะประสบกับความเครียดเรื้อรัง พร่องความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ เสือกบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ และขาดโอกาสในการออกกำลังกาย (WHO, 2007; Navarro & Sharh, 2024)

3.1.1 ผลกระทบของการเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง ถือเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่มีผลกระทบอย่างกว้างขวาง ในระดับบุคคล 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) ซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการถาวรหือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (WHO, 2023; กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ, 2567)

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

3) ด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับค่าใช้จ่ายจำนวนมาก เช่น ค่าพยาบาลและค่าเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต รวมถึงค่าเสียโอกาสจาก การขาดรายได้จากการลาป่วยหรือความสามารถในการทำงานที่ลดลง

- ผลกระทบต่อครอบครัว

1) ภาระด้านการดูแล (Care burden) ผู้ดูแลต้องเผชิญกับภารกิจในการจัดการรักษาระยะยาว โรค พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ ดูแลกิจวัตรประจำวัน และติดตามอาการของโรคอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลต้องเสียสละเวลาในการทำงานประจำหรือพักผ่อน และในบางกรณีอาจต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มเวลา อาจส่งผลต่อรายได้ของครอบครัวและเสียร Vaughn การเงินในระยะยาว

2) ผลกระทบทางจิตใจ การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในระยะยาว อาจนำไปสู่ภาวะหมดไฟในการดูแล (Caregiver burnout) ซึ่งเป็นสภาวะที่เกิดจากความเหนื่อยล้าเรื้อรัง ทั้งทางกายและจิตใจ ประกอบกับความเครียด จากความไม่แน่นอนของโรคและภาวะแทรกซ้อน งานวิจัยพบว่า ผู้ดูแลอาจเกิดความเครียดสะสม ซึ่งเคร่าและวิตกกังวลจากการต้องควบคุมอารมณ์ เพื่อไม่ให้กระทบจิตใจผู้ป่วยโดยเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าตนเองต้องแสวงหาความสุขหรือเข้มแข็งอยู่ตลอดเวลา (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 การทำงานบ่อยครั้ง การเกี้ยวนก่อนวัย หรือความสามารถในการทำงานลดลง ทำให้ประสิทธิภาพของแรงงานในภาคการผลิต การบริการ และภาคเศรษฐกิจโดยรวมชะลอตัว การที่ครอบครัวและชุมชน ยังต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยเพิ่มขึ้น อาจกระทบต่อการลงทุนด้านอื่น เช่น การศึกษาและการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน

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

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

4) ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ (Health inequality) การขาดระบบสนับสนุนสุขภาพในบางพื้นที่ การเข้าถึงบริการ และการมีความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะประชาชนในชุมชนชนบทหรือชุมชนเมืองแออัด ส่งผลให้เกิดความเสียหายสูงที่จะเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนจากโรค ความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มอื่นๆ

3.1.2 ประโยชน์ของการพยาบาลที่บ้าน กรณีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การพยาบาลที่บ้าน (Home health nursing) เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและ个体化 ตามความต้องการของผู้ป่วย สามารถลดภาระทางการแพทย์และลดความซับซ้อนของระบบสุขภาพ รวมถึงการลดความเสี่ยงต่อการhospitalization ของผู้ป่วย ดังนี้

1) ส่งเสริมการควบคุมความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง การพยาบาลที่บ้านที่มีบทบาทสำคัญในการควบคุมโรคในระยะยาว โดยช่วยให้เกิดการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ และประเมินปัจจัยเสี่ยง ที่อาจกระทบต่อการควบคุมความดันโลหิต รวมถึงสามารถให้คำแนะนำ โดยปรับแนวทางการดูแลให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย กล่าวได้ว่าการให้คำแนะนำเชิงพฤติกรรมและการส่งเสริมสุขภาพแบบบุคคลเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพที่เน้นการป้องกัน 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 มีต้นทุนเฉลี่ยต่อผู้ป่วยต่อวันกว่าการดูแลในสถานพยาบาลถึง 20–30% ในบางกรณี (Totten et al., 2016; Curioni et al., 2023)

4) สร้างเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล โดยการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจของครอบครัวเกี่ยวกับโรค เปิดโอกาสให้พยาบาลสามารถให้คำแนะนำแก่ครอบครัวในสถานการณ์จริง การสร้างความร่วมมือและบทบาทของครอบครัว ในการร่วมการดูแลสุขภาพ ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของในกระบวนการรักษา (Ownership in care process) การเสริมสร้างระบบสนับสนุนทางสังคมภายในครอบครัว และการลดภาระหมัดไฟของผู้ดูแล สามารถกล่าวได้ว่าการพยาบาลที่บ้าน เป็นมากกว่าการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล แต่เป็นกระบวนการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างครอบครัวกับระบบสุขภาพ ซึ่งนำไปสู่การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพผู้ป่วยในระยะยาว และการมีสุขภาวะของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวอย่างยั่งยืน

5) ขยายบทบาทของพยาบาลในชุมชน ได้แก่ บทบาทผู้จัดการกรณี (Case manager) ช่วยให้พยาบาลสามารถออกแบบแผนการดูแลเฉพาะบุคคล (Individualized care plan) ซึ่งเน้นทั้งด้านการป้องกันโรค การพัฒนา และการส่งเสริมสุขภาพ บทบาทผู้เชื่อมโยงผู้ป่วยกับทรัพยากรในชุมชน พยาบาลสามารถประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล องค์กรท้องถิ่น และอาสาสมัครสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็น และลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ บทบาทผู้ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในระดับชุมชน ในการให้ความรู้ สร้างความตระหนักรู้ผ่านกิจกรรมรณรงค์ การจัดกลุ่มสุขภาพ หรือการออกเยี่ยมบ้าน เชิงรุกในชุมชน ซึ่งช่วยสนับสนุนให้เกิดความไว้วางใจ สร้างศรัทธา และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว บทบาทผู้สนับสนุนนโยบายสุขภาพระดับพื้นที่ โดยพยาบาลสามารถ เป็นระบบอุปกรณ์ในการนำเสนอข้อมูลด้านสุขภาพเชิงนโยบาย เช่น ความต้องการในการเข้าถึงยา การดูแลระยะยาว หรือระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างระบบสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการจริงของพื้นที่

3.2 แนวทางการพยาบาลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3.2.1 ระดับปฐมภูมิ

การพยาบาลที่บ้านระดับปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและส่งเสริมการมีสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืน ดังนี้

1) ให้ความรู้ด้านสุขภาพ (Health education) เป็นองค์ประกอบสำคัญของการพยาบาลแบบองค์รวมที่เน้นการดูแลในระยะยาว การขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยละเลยการดูแลสุขภาพ เนื่องจากความรู้ได้แก่ สาเหตุปัจจัยเสี่ยง อาการ แนวทางการป้องกันและควบคุมโรค รวมถึงผลกระทบจากการแทรกซ้อนของโรค การให้ความรู้ควรใช้วิธีการหลักหลายสอดคล้องกับผู้ป่วย เช่น การสอนแบบตัวต่อตัว การใช้สื่อวิดีโอประกอบ 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) มีผลดีต่อระบบประสาಥอตโนมัติที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความดัน ลดความดันโลหิต (Wang et al., 2025) องค์กรอนามัยโลก แนะนำให้ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ควรมีกิจกรรมทางกายแบบแอโรบิกระดับปานกลางอย่างน้อย 150–300 นาทีต่อสัปดาห์ หรือกิจกรรมทางกายแบบแอโรบิกระดับหนักอย่างน้อย 75–150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือทำกิจกรรมผสมผสานระหว่างระดับปานกลางและระดับหนักในปริมาณ ที่เทียบเท่ากันตลอดสัปดาห์ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ (WHO, 2020) นอกจากนี้ พบว่า การมีส่วนร่วมจากครอบครัว มีผลต่อการเพิ่มอัตราการออกกำลังกายและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (วัชระ เลنج์มศกตี, 2567)

3) ส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสม (Nutrition promotion) แนวคิดของ DASH Diet ย่อมา จาก Dietary Approaches to Stop Hypertension เป็นรูปแบบอาหารที่ถูกพัฒนาขึ้น โดย National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI, 2025) ซึ่งเน้นการบริโภคอาหารที่อุดมไปด้วย โพแทสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียม และไขมัน พร้อมกับจำกัดการบริโภค โซเดียม ไขมันอิมตัว และน้ำตาล การให้ความรู้เกี่ยวกับการเลือกอาหารแบบ DASH เช่น การใช้สมุนไพรแทนเกลือ การนึ่งหรือต้ม แทนการทอด และวางแผนเมนูประจำวันร่วมกับครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ การศึกษาของนริศรา คงแก้ว (2565) พบว่า การจัดกิจกรรมกลุ่มครอบครัวให้ความรู้ร่วมกับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลือกอาหารแบบ DASH ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างลดลง

ตารางที่ 1 แสดงสัดส่วนอาหารอาหารตามหลัก DASH Diet พลังงานไม่เกิน 2,000 กิโลแคลอรีต่อวัน สำหรับคนไทย

กลุ่มอาหาร	ปริมาณ (โดยประมาณ)
ข้าว แบงและธัญพืชต่างๆที่ไม่ขัดสี	6-8 ทัพพีต่อวัน
ผักหลักหลายชนิด	4-5 ทัพพีต่อวัน
ผลไม้	4-5 ส่วนต่อวัน (ผลไม้เป็นลูก 1 ลูก = 1 ส่วน หรือ 6-8 ชิ้น = 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/ ซีอิ๊วน้ำปลา 4-6 ช้อนชา)

ที่มา: คุณความดันให้อยู่หมัดด้วย DASH Diet, งานโภชนาการ ศูนย์การแพทย์กาญจนภารีเขต ศูนย์แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

4) ลดปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ (Risk factor reduction) เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสามารถลงผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยในระยะยาว ได้แก่ การดับบุหรี่ (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 การให้ความรู้ เกี่ยวกับยา เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างถูกต้อง โดยผู้ป่วยควรเข้าใจวัตถุประสงค์ วิธีการใช้ อาการข้างเคียงที่พบบ่อย และวิธีการจัดการเมื่อล้มรับประทานยา การติดตามและประเมินการใช้ยา ซึ่งครอบคลุมการตรวจสูบความถูกต้องในการใช้ยา การประเมินอาการไม่พึงประสงค์ และการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการเลือกใช้เครื่องมือช่วยบริหารยาให้เหมาะสมกับความสามารถและบริบทของผู้ป่วย เพื่อช่วยลดความผิดพลาดและเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (พรทิพย์ สารีสิ, 2565; ประทุม สร้อยวงศ์, 2564).

2) เพื่อระวังอาการและภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้อง การติดตามวัดค่าความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้สามารถประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลได้อย่างแม่นยำ และเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนดูแล การวัดความดันโลหิตควรทำภายในตัวสภาน้ำดื่มที่เหมาะสม โดยใช้หนังพักษ์อย่างน้อย 5 นาที ก่อนการวัด หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อาหารหรือเครื่องดื่มที่กระตุ้นร่างกาย และการสูบบุหรี่ก่อนวัดประมาณ 30 นาที และการเลือกขนาดของปลอกแขนที่เหมาะสมเพื่อความแม่นยำของผลวัด (Mancia et al., 2023) การเฝ้าระวังอาการร่วม เช่น อาการเรื้อรัง เหนื่อยง่าย หรืออาการแน่นหน้าอกร ควรได้รับการบันทึกร่วมกับค่าความดันโลหิต เพื่อช่วยในการวินิจฉัยและประเมินระดับความรุนแรงได้ดียิ่งขึ้น (WHO, 2023b; กรมควบคุมโรค 2567)

3) ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เป็นองค์ประกอบสำคัญในการวางแผนการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงเรื่อรัง มีความล้มเหลวที่กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke), โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease), ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) และโรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) (WHO, 2023a) การวิเคราะห์ความเสี่ยงแบบองค์รวมที่พิจารณาจากอายุ เพศ ค่าความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด การสูบบุหรี่ และประวัติครอบครัว การตรวจส่องภาวะแทรกซ้อนจากค่า eGFR, การตรวจหาโปรตีน ในปัสสาวะ และการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มีส่วนช่วยในการประเมินระดับความเสี่ยงได้แล้ว เพื่อนำมาวางแผนการดูแลเชิงป้องกันแบบบุคคลได้

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

5) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีบทบาทสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย โดยช่วยสังเกตอาการผิดปกติ ที่อาจบ่งชี้ภาวะแทรกซ้อนของโรคและสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น การรับประทานยา การออกกำลังกาย การปรับพฤติกรรมสุขภาพ และการมาพบแพทย์ตามนัดโดยเฉพาะในผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง การส่งเสริมบทบาทของครอบครัวสามารถทำได้ผ่านการให้ความรู้ การอบรม หรือการมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ซึ่งช่วยเพิ่มความตระหนักรู้ ลดความกังวล และเสริมความมั่นใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ (วัชระ เสنجัยมศักดิ์, 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 ระดับติติกภูมิ

การพยายามที่บ้านระดับติติกภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มุ่งเน้นการพื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด ดังนี้

1) วางแผนพื้นฟูสมรรถภาพรายบุคคลในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรค ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยง ของภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตในระยะยาว การวางแผนพื้นฟูสมรรถภาพ ต้องมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย ประกอบด้วยการประเมินสุขภาพเฉพาะราย เพื่อวิเคราะห์สภาพร่างกาย พฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยด้านจิตสังคม เพื่อนำไปสู่การออกแบบแผนพื้นฟูที่เหมาะสม โดยมีแนวทาง การพื้นฟูสำคัญ ได้แก่ การส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับปานกลางอย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์ การปรับโภชนาการตามแนวทาง DASH เมนูผัก ผลไม้ ขัญพืชเต็มเมล็ด และลดโซเดียม รวมถึงการสนับสนุนการปรับพฤติกรรมด้วยเทคนิคการให้คำปรึกษาแบบจูงใจ เพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ลดแอลกอฮอล์ และจัดการความเครียด (Whelton et al., 2017; NHLBI, 2025; WHO, 2020)

2) ส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการทำกิจวัตรประจำวัน สามารถช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต ลดความเสี่ยงของโรคแทรกซ้อน และป้องกันภาวะกล้ามเนื้อสิบที่อาจเกิดจากการไม่เคลื่อนไหวเป็นเวลานาน เช่น การลูกเดินภายในบ้าน การเดินรอบบ้าน การฝึกทำกิจกรรมเบาๆ ภายในบ้านโดยไม่หักโหม การสังเกตสัญญาณร่างกาย และการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ในระหว่างแผนกิจกรรมประจำวันร่วมกับผู้ป่วย ควรจัดตารางเวลาให้ผู้ป่วยรู้สึกมีเป้าหมายในแต่ละวัน เลือกกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบหรือเคยทำเพื่อเพิ่มแรงจูงใจ และการประเมินความปลอดภัยในบ้าน (WHO, 2020)

3) พื้นฟูด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมักเผชิญกับความเครียดจากการดำเนินชีวิตร่วมกับโรคเรื้อรัง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิต เช่น ความวิตกกังวล ซึมเศร้า หรือภาวะหมดกำลังใจ โดยภาวะทางอารมณ์เหล่านี้ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต แต่ยังมีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตและการปฏิบัติตามแผนการรักษา อย่างเคร่งครัดของผู้ป่วย อีกด้วยการพื้นฟูด้านจิตใจและอารมณ์ จะเน้นการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตสังคม และการป้องกันภาวะทางอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ผ่านการพูดคุยให้กำลังใจ การรับฟังอย่างตั้งใจ และการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เกี่ยวกับโรค ซึ่งจะช่วยลดความกลัวหรือความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการดำเนินโรค นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายอารมณ์ เช่น การฝึกสมาธิ การทำกิจกรรมสร้างสรรค์ การเข้าสังคมกับกลุ่มเพื่อนหรือชุมชน รวมถึงการให้คำปรึกษาจากนักจิตวิทยาหรือผู้เชี่ยวชาญ เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหรือความเครียดเรื้อรัง นอกจากนี้การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเผชิญปัญหา และมีทัศนคติเชิงบวกต่อสุขภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับ

โรคได้อายุ่งเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาว (นิรมล เมืองสม, 2562; ประทุม สร้อยวงศ์, 2564; Tsai et.al., 2024)

4) ประเมินและติดตามผลการพื้นฟูสมรรถภาพ การมีระบบการ ประเมินและติดตาม ผลอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนแผนการพื้นฟูให้สอดคล้องกับความต้องการ 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 แผนการพื้นฟูนั้นตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมและความสามารถของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ซึ่งการ ประเมินผล ยังสามารถสะท้อนถึงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการดูแล เช่น การรับประทานยา ไม่สม่ำเสมอ การขาดแรงจูงใจในการออกกำลังกาย หรือปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ การระบุและ จัดการกับปัจจัยเหล่านี้ จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีความเหมาะสมและต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การประเมินควรดำเนินในระยะเวลาต่อเนื่อง เช่น ทุก 1–3 เดือน โดยปรับเปลี่ยนตามระดับความรุนแรง ของโรคและสภาพร่างกายของผู้ป่วย พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลและวิเคราะห์แนวโน้มของการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะช่วยในการวางแผนดูแลระยะยาวและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนในอนาคตได้อย่างมี ประสิทธิภาพ (นิรมล เมืองสม, 2562; Ataman et al., 2024)

3.3 การใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

นวัตกรรมและเทคโนโลยี ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างประสิทธิภาพของระบบการดูแล สุขภาพ เพิ่มความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงอย่างยั่งยืน

1) อุปกรณ์วัดความดันโลหิตแบบพกพาและเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต (Bluetooth-enabled or Wi-Fi BP monitors) อุปกรณ์วัดความดันโลหิตอัตโนมัติแบบพกพาที่สามารถเชื่อมต่อ กับเครือข่ายไร้สาย เช่น Bluetooth หรือ Wi-Fi ได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นอย่างมากในระบบสุขภาพพยุคดิจิทัล โดยเฉพาะในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจำเป็นต้องมีการติดตามระดับความดันโลหิตอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง เพื่อบังกันภาวะแทรกซ้อน เช่น หลอดเลือดสมองตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือภาวะไตวายเรื้อรัง เทคโนโลยีดังกล่าว ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวัดค่าความดันโลหิตที่บ้านหรือระหว่างทำกิจกรรม ในชีวิตประจำวัน ซึ่งเรียกว่า Home Blood Pressure Monitoring (HBPM) โดยค่าที่ได้จะถูกส่งเข้าสู่ระบบ คลาวด์หรือแอปพลิเคชันที่เชื่อมโยงกับคุณยสุขภาพหรือบุคลากรทางการแพทย์แบบเรียลไทม์ ซึ่งช่วยให้ ผู้ป่วยมีความรู้สึกมั่นใจในการดูแลตนเอง และสร้างพัฒนาระบบสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากหลักฐาน เชิงประจำการพบว่า การใช้ HBPM ร่วมกับระบบการติดตามจากระยะไกล (remote monitoring) ช่วยลด

ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อผสานกับการให้คำปรึกษาทางสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งยังช่วยในการตัดสินใจปรับยาหรือยาได้อย่างแม่นยำขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับการวัดความดันเฉพาะในสถานพยาบาล (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) ในยุคดิจิทัลที่เทคโนโลยีสมาร์ตโฟนแพร่หลาย การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้เปลี่ยนผ่านสู่รูปแบบ การดูแลตนเองผ่านแอปพลิเคชันสุขภาพ (Mobile Health Applications: mHealth apps) อย่างรวดเร็ว แอปเหล่านี้ มีศักยภาพสูงในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การติดตามการใช้ยา และการเฝ้าระวังค่าความดันโลหิตด้วยตนเอง แอปพลิเคชันสุขภาพทำหน้าที่เป็น เครื่องมือเสริมการบริหารจัดการตนเองของผู้ป่วย (self-management support tools) ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถบันทึกค่าวัดความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่อง ติดตามพฤติกรรมสุขภาพ รับคำแนะนำเฉพาะบุคคล และรับการแจ้งเตือนแบบ real-time เช่น การเตือนรับประทานยา หรือการวัดความดันในช่วงเวลาที่เหมาะสม งานวิจัยโดย อติพร สำราญบัว และเบญจมาศ ทำเจริญตระกูล (2564) พบว่า การใช้แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน ร่วมกับระบบแจ้งเตือน สามารถเพิ่มการรับรู้โภภาระสูง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ใช้แอป ทั้งนี้ แอปยังช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักรึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ แอปพลิเคชันที่มีประสิทธิภาพมากมีคุณลักษณะ ดังนี้

1. ความสามารถในการปรับให้เหมาะสมกับผู้ใช้รายบุคคล เช่น การวิเคราะห์แนวโน้มพฤติกรรมหรือระดับความดัน

2. การเชื่อมโยงกับอุปกรณ์วัดความดันโลหิตหรือ wearables เพื่อรับข้อมูลอัตโนมัติ
3. 皮เยอร์ด้านพฤติกรรมศาสตร์ (Behavioral Health Interventions) เช่น การตั้งเป้าหมาย (goal setting) การให้รางวัล (reward system) และ feedback ทันที
4. ระบบติดต่อกับบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์หรือวิศวอุคcolเพื่อปรึกษาเบื้องต้นอย่างไร้ตัวตน 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 เพื่อยกระดับการดูแลแบบบุคคล (personalized care) การศึกษาของ Chaikijurajai et al. (2022) พบว่า AI ถูกมองว่าเป็นเครื่องมือที่มีศักยภาพสูง ในการลดภาระโรคความดันโลหิตสูงในระดับโลก และเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการแพทย์แม่นยำ (precision medicine) ด้วยความสามารถในการจำลองกระบวนการคิดและการเรียนรู้ของมนุษย์ ผ่านอัลกอริธึมที่ซับซ้อนและพัฒนาการประมวลผลขั้นสูง AI จึงสามารถประมวลผลข้อมูลแบบ

หล่ายมิติและข้อมูลขนาดใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งข้อมูลพันธุกรรม อีพีเจเนติกส์ โปรตีโอมิกส์ เมแทบอโลมิกส์ ภาพถ่ายทางหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงปัจจัยด้านสังคมเศรษฐกิจ พฤติกรรม และสภาพแวดล้อม ความก้าวหน้าดังกล่าวทำให้ AI สามารถระบุปัจจัยเสี่ยงและลักษณะจำเพาะของผู้ป่วย ท่านายโอกาสการเกิดโรค วินิจฉัยโรค ประเมินระดับความดันโลหิต พัฒนาเทคโนโลยีการวัดความดันแบบไม่ใช้ปลอกแขน (cuffless) และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือ ในการรักษาและความสำเร็จ ของการรักษาได้อย่างครอบคลุม นอกจากนี้ AI ยังถูกนำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูลจากการทดลองแบบสุ่มเมื่อกลุ่มควบคุมขนาดใหญ่ ที่กำหนดเป้าหมายระดับความดันโลหิตต่างกัน เพื่อค้นหาปัจจัยใหม่ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ทางหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งยังไม่เคยมีการอธิบายมาก่อน ทั้งหมดนี้สะท้อนถึงบทบาทสำคัญของ AI ใน การขยายองค์ความรู้และยกระดับการจัดการ โรคความดันโลหิตสูงในมิติทาง คลินิกและสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ



ภาพที่ 8 Artificial Intelligence: AI

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

4) เทคโนโลยีการสื่อสารทางไกลทางการแพทย์ (Telemedicine) และการดูแลสุขภาพ ทางไกล (Telehealth) ได้กลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการบริหารจัดการโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งต้องการการติดตามอาการและการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว Telemedicine ครอบคลุมบริการทางการแพทย์จากระยะไกล เช่น การปรึกษาแพทย์ผ่านวิดีโອคอน การส่งข้อมูลสุขภาพผ่านระบบ อิเล็กทรอนิกส์ การติดตามการใช้ยา และการวัดค่าชีวสัญญาณต่างๆ เช่น ความดันโลหิต ผ่านอุปกรณ์ที่บ้าน โดยข้อมูลถูกส่งถึงผู้ให้บริการสุขภาพแบบเรียลไทม์ ช่วยให้สามารถประเมินและปรับแนวทางการรักษาได้อย่างทันท่วงที โดยไม่จำเป็นต้องเดินทางไปโรงพยาบาลบ่อยครั้ง หลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่า การประยุกต์ใช้ Telehealth ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถลดระดับความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อผสานกับการให้คำปรึกษาเชิงรุกและการสนับสนุนการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Omboni et al., 2022) ซึ่งสะท้อนถึงบทบาทของเทคโนโลยีดิจิทัล ในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

สามารถกล่าวได้ว่า แม้ว่า/framework ที่ใช้เทคโนโลยีจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยศักยภาพในการให้บริการต่อเนื่อง ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และลดภาระของระบบบริการสุขภาพในภาพรวม และมีข้อดีอีกมากมาย แต่ยังต้องเผชิญกับความท้าทาย 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 ฐานะครอบครัวปานกลาง มีหนี้กองทุนหมุ่นบ้านจำนวน 30,000 บาท มีสมาชิกครอบครัวทั้งหมด 4 คน ประกอบด้วย

- 1) นางดี เป็นหัวหน้าครอบครัว อายุ 40 ปี อาชีพเกษตรกร
- 2) นายมา เป็นสามี อายุ 41 ปี อาชีพเกษตรกร
- 3) นายคำ เป็นบิดาของนางดี อายุ 73 ปี ว่างงาน (ผู้ป่วย)
- 4) นางจำ เป็นภรรยาของนายคำ และเป็นมารดาของนางดี อายุ 68 ปี ว่างงาน

นายดำได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เมื่อ 5 ปีก่อน มีการรักษาและติดตามอาการต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ปัจจุบันควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ แพทย์จึงให้หยุดยา.rักษาความดันโลหิตสูง

ต่อมานางข้าซึ่งเป็นภรรยาของนายดำ ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกและรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน อาการทรงกับทรุดมา 6-7 วัน ทำให้นายดำรู้สึกเป็นห่วงมาก เครียด ทำให้เปื่ออาหารเกิดอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย เวียนศีรษะมาก นางตีจีงพาไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนพบว่า BP 160/95 mmHg

การเรียนรู้จากการณีศึกษาตามกระบวนการพยาบาล

การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้ INHOMESSS

พยาบาลตรวจปฏิบัติประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว ตามหลัก INHOMESSS พบว่า

ด้าน	ข้อมูลจากการณีศึกษา
I – Immobility	ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ทั้งหมด ช่วยทำงานเบา ๆ ในสวน มีการเคลื่อนไหวระหว่างห้องทำงาน ออกกำลังกายโดยการแก้วงแขนวันละ ประมาณ 15 นาที
N – Nutrition	ชอบรับประทานอาหารที่มีรสจัด ลูกสาวทำอาหารเองที่บ้าน BMI 22.5 kg/m ²
H – Home Environment	สภาพแวดล้อมทั่วไปของบ้าน เป็นบ้าน 1 ชั้น 3 ห้องนอน 2 ห้องน้ำ อยู่บริเวณกลางสวนมีคุณ บรรยากาศเงียบสงบ มีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและเพื่อนบ้าน ผู้ป่วยเป็นมัคนายกประจำหมู่บ้าน เมื่อกรรยาป่วย ผู้ป่วยไม่ค่อยไปพบปะผู้คน เก็บตัวในบ้าน
M – Medications	รับประทานยาลดความดันโลหิตสูงอย่างเครื่องครัวและต่อเนื่อง จนกระทั่งแพทย์สั่งให้หยุดยา
E – Examinations	ประเมินสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ลูกสาวและลูกชาย มีสุขภาพแข็งแรง ภาระไม่มีโรคประจำตัว แต่ปัจจุบันป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก ผู้ป่วยรู้สึกเครียด และกังวลเกี่ยวกับอาการป่วยของภารยา BP 160/95 mmHg
S – Safety	มีการทรงตัวไม่ดีในบางครั้งตามวัย มีอาการหน้ามืดบ้างเมื่อเปลี่ยนท่าโดยเร็ว ไม่มีข้อมูลอุบัติเหตุหรืออันตรายจากการทำสวน
S – Spiritual	ไม่มีข้อมูลด้านความเชื่อหรือการยึดเหนี่ยวทางใจโดยตรง

ด้าน **ข้อมูลจากการณีศึกษา**

S – Service

มีข้อมูลการติดตามรักษาโดยเจ้าหน้าที่ในระยะที่ยังควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เมื่อมีปัญหาสุขภาพไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

มีภาวะความดันโลหิตสูงขึ้นเนื่องจากวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการป่วยของกรรยา

ข้อมูลสนับสนุน

- BP 160/95 mmHg
- ผู้ป่วยรู้สึกเครียด และกังวลเกี่ยวกับอาการป่วยของกรรยา
- เป้อาหาร ปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย เวียนศีรษะ
- 5 ปีก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง รับยาที่รพ.สต.ใกล้บ้าน ต่อเนื่อง
- ปัจจุบันควบคุมความดันโลหิตได้ในระดับปกติ แพทย์จึงให้หยุดยา

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้
- เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

- ระดับความดันโลหิตตัวบนไม่เกิน 140 mmHg
- ระดับความดันโลหิตตัวล่างไม่เกิน 90 mmHg
- ลิ้นห้าสศชีน รับประทานอาหารได้ไม่ปวดศีรษะ

กิจกรรมการพยาบาล

การวางแผนกิจกรรมการดูแลนายด้าที่บ้าน ควรครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และพื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในบ้านได้อย่างมีคุณภาพ ดังนี้

1. การประเมินสุขภาพและติดตามอาการของโรคความดันโลหิตสูง

- ตรวจวัดความดันโลหิตที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ (เช้า-เย็น วันละ 2 ครั้ง) อย่างน้อย 1 สัปดาห์แรก เพื่อประเมินความคงที่ของความดันโลหิต

- บันทึกอาการต่างๆ เช่น เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ หน้ามืด หรืออ่อนเพลีย เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และประเมินความล้มเหลวระหว่างอาการ อาการแสดงกับระดับความดันโลหิต

- ประเมินสัญญาณชีพเมื่อมีอาการผิดปกติ และส่งต่อหากจำเป็น เพื่อช่วยในการตัดสินใจทางคลินิกอย่างแม่นยำ และตรวจพบภาวะฉุกเฉินหรืออันตรายได้อย่างทันท่วงที

2. การดูแลด้านโภชนาการ

- ส่งเสริมให้รับประทานที่มีรสจืด ลดเค็ม และมีไขมันต่ำ รวมถึงเพิ่มผักผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูง เช่น กล้วย ส้ม มะละกอ (หากไม่มีข้อห้าม) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการกินที่เหมาะสมตามแนวทาง DASH diet

- ส่งเสริมการดื่มน้ำให้เพียงพอ เพื่อรักษาสมดุลของน้ำในร่างกาย

- แนะนำผู้ดูแลเรื่องการจัดเมนูอาหารให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรค

3. การส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการทรงตัว

- แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าทางชาๆ โดยเฉพาะเมื่อลุกจากที่นอน/เก้าอี้ เพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่า และป้องกันการหลบลง

- สนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมเบาๆ เช่น เดินรอบบ้านหรือในสวนวันละ 10-15 นาที เพื่อเพิ่มสมรรถภาพและส่งเสริมการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด

- ปรับสภาพแวดล้อมบ้าน เช่น ปูพรมกันลื่นในห้องน้ำ และเพิ่มราวกับในจุดเสี่ยงลง เพื่อลดโอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการลื่นล้ม

4. การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

- สร้างโอกาสให้ผู้ดูຍหรือรับยาความรู้สึกเกี่ยวกับภาระ เพื่อเปิดช่องทางรับยาทุกช่อง หรือความกังวล เพื่อคลายความเครียด

- หากผู้ป่วยครัวเรือนทางศาสนา ให้เชิญผู้นำชุมชน พระ หรือผู้นำศาสนา มาเยี่ยมบ้าน เพื่อส่งเสริมพลังด้านจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของสุขภาวะโดยรวม

- สนับสนุนให้กลับไปร่วมกิจกรรมกับชุมชน เช่น บทบาทมัคนายิก เพื่อส่งเสริมบทบาททางสังคม ลดความโดดเดี่ยวทางสังคม และช่วยให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความหมาย

5. การดูแลด้านยาและการติดตามการรักษา

- ติดตามอาการหลังหยดยา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเป็นข้อมูลให้แพทย์สามารถวางแผนการปรับยาหรือกลับมาเริ่มยาได้ทันท่วงที

- สังเกตผลข้างเคียงหรืออาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออกมาก เพื่อเฝ้าระวังอาการที่ล้มเหลวหรืออาเจียนบ่อยซ้ำ ซึ่งอาจบ่งชี้ความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งผลข้างเคียงจากการหยดยา

- ประสานให้มีการติดตามจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อย่างน้อยเดือนละครั้ง เพื่อให้มีการประเมินสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยติดตามความดันโลหิต การดำเนินโรค และพฤติกรรมลุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

6. การส่งเสริมความร่วมมือของครอบครัว

- สอนทักษะเบื้องต้นแก่ผู้ดูแลในการวัดความดันและสังเกตอาการเดี๋ยวนี้ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากการวัดผิดวิธี และติดตามความดันโลหิตและอาการเสี่ยงได้อย่างถูกต้อง
- สร้างความเข้าใจในครอบครัวเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยอย่างสูงอย่าง เพื่อส่งเสริมการสนับสนุนทางอารมณ์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
- สนับสนุนให้มีการแบ่งเวลาในการดูแลร่วมกัน โดยเฉพาะในช่วงภาระยังบ่วยเพื่อส่งเสริมความร่วมมือของสมาชิกในครอบครัว และลดภาระจากดูแลไปที่คนเดียวหนึ่ง

7. การใช้บริการสาธารณสุข

- ประสานงานให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือผู้จัดการการดูแล มาเยี่ยมบ้านเป็นระยะ เพื่อให้มีการเฝ้าระวังอาการ ความดันโลหิต และพฤติกรรมสุขภาพอย่างใกล้ชิด และมีการติดตามสุขภาพอย่างต่อเนื่องในระดับชุมชน
- ส่งต่อเพื่อประเมินการกลับมาใช้ยา หากมีแนวโน้มควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากความดันโลหิตสูงต่อเนื่อง
- แนะนำซ่องทางติดต่อน่วยบริการใกล้บ้านกรณีฉุกเฉิน เพื่อให้สามารถเข้าถึงความช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว

การประเมินผล

ผลลัพธ์หลังจากการพยายามพบร่วม ผู้ป่วยมีความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ เท่ากับ 130/80 มิลลิเมตรปรอท อาการทางกายจากการลดลง และมีภาวะทางอารมณ์ที่ดีขึ้น เป็นไปตามเกณฑ์การประเมินที่ตั้งไว้ครบทุกข้อ แสดงให้เห็นว่าการพยายามสามารถช่วยควบคุมความดันโลหิตและลดความเครียดของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทสรุป

โรคความดันโลหิตสูงนับเป็นปัญหาทางสาธารณสุข ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในประเทศไทยและทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี สถานการณ์ในประเทศไทยพบว่าต่อการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย ความเครียดสะสม การใช้สารเสพติด และภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ หากไม่มีการดูแลที่เหมาะสม โรคนี้อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง เช่น โรคหัวใจขาดเลือด หัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะไตวายเรื้อรัง การเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ไม่เพียงกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และจิตใจของครอบครัวและชุมชนอีกด้วย การพยายามที่บ้านจึงเป็นกลไกสำคัญในการดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรัง

อย่างโรคความดันโลหิตสูง โดยช่วยเสริมสร้างการดูแลที่มีความต่อเนื่อง สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย และลงเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของสมาชิกภายในบ้าน

แนวทางการพยาบาลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยหลักมิติ ทั้งด้าน การสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การส่งเสริมการออกกำลังกาย ที่เหมาะสม การจัดการความเครียด และการส่งเสริมการเลิกพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ และ การดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงด้านการป้องกันโรคในระดับทุติยภูมิและตรtiyภูมิ ที่เน้นการประเมินความเสี่ยง การตรวจติดตามความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ การเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อน และการให้ การพยาบาลอย่างเหมาะสมในแต่ละระยะของโรค ด้านการบริหารยา

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้อง ประเมินผลข้างเคียง ของยา และส่งเสริมความร่วมมือของผู้ป่วยและครอบครัวในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ใน การพื้นฟู สมรรถภาพร่างกาย มีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง ลดการพึ่งพิง และเพิ่ม คุณภาพชีวิตในระยะยาว นอกจากนี้ การใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วย ยังมีบทบาท สำคัญมาก เช่น การใช้เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติที่บ้าน การบันทึกข้อมูลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชัน หรือการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ผ่านระบบออนไลน์ ช่วยให้การติดตามอาการและการประเมินภาวะ สุขภาพของผู้ป่วยทำได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สำหรับการศึกษากรณีศึกษาของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จะช่วยเสริมสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ของพยาบาลและนักศึกษา พยาบาล ช่วยฝึกฝนการคิดวิเคราะห์ การวางแผนการพยาบาล และการประยุกต์ใช้หลักวิชาทางการ พยาบาล ใน การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ดังนั้น การพยาบาลที่บ้านจึงเป็นแนวทางการดูแลสุขภาพ ที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในยุคปัจจุบัน ที่ไม่เพียงแต่เน้น การดูแลทางกายภาพเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงจิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ อีกด้วย

คำathamท้ายบท

1. พยาบาลเขย়มบานพบรว่าผู้สูงอายุหยุดดယาลดความดันของ 1 สัปดาห์ เนื่องจากรู้สึกว่าอาการดีขึ้น BP 158/94 mmHg มีอาการเกร็ยนคีรณะเป็นครั้งคราว ควรให้การพยาบาลขอได้เป็นลำดับแรก

- ก. แนะนำให้ลดอาหารเค็มมากขึ้น
- ข. สอนการออกกำลังกายเบา ๆ เพิ่มขึ้น
- ค. วางแผนให้ สม. เยยมบานทุกสัปดาห์
- ง. ประเมินอาการเดือน เช่น แน่นหน้าอก ชาหรืออ่อนแรงครึ่งซีก

คำตอบที่ถูกต้อง ง

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

- ก. ให้เดินน้ำหน่วงทันทีทุกครั้งที่ลุก
- ข. ให้เปลี่ยนท่าช้า ๆ และพักgonยืน
- ค. ให้นอนพักหลังอาหารอย่างน้อย 1 ชั่วโมง
- ง. เพิ่มการออกกำลังกายหนักขึ้นเพื่อให้หัวใจแข็งแรง

คำตอบที่ถูกต้อง ข

3. พยาบาลพบว่าลูกสาวมักวัดความดันโลหิตให้ทันทีหลังผู้ป่วยเดินมาจากการนอกบ้าน ข้อใดต่อไปนี้ เป็นคำแนะนำที่เหมาะสมที่สุด

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

คำตอบที่ถูกต้อง ค

4. พยาบาลพบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความเครียด วิตกกังวล และนอนไม่หลับ จากการดูแล ภาระทางป่วยโรคติดเชื้อรัง การพยาบาลได้ที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ดูแล

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

คำตอบที่ถูกต้อง ง

5. ครอบครัวให้ผู้สูงอายุโดยความดันโลหิตสูงรับประทานอาหารสำเร็จรูปอยู่ครั้ง เนื่องจากลักษณะ
และไม่ทราบว่าอาหารเหล่านั้นมีโซเดียมสูง ทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี ควรให้คำแนะนำข้อใด
เป็นลำดับแรก

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

คำตอบที่ถูกต้อง ก

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. (2567). คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus.

หนาบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

กองแพทย์ทางเลือก. (2563). แดชดีเอท (DASH Diet) บำบัดโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพ: วี อินดี้ดีไซน์.

จันทร์จิรา สีสว่าง บุลวิชช์ ทองแตง พัชรินทร์ เนียมเกิด และจงจิต ตันติโพธิ์ประสิทธิ์.

(2564). การมีส่วนร่วมของครอบครัว: กลยุทธ์สนับสนุนการให้ความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 28(2), 159–169.

ธิดา ศรีรัตน์ ทابุกานอน. (2561). ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ. ใน ณรงค์กร ชาญโพธิ์กานง พัชชาพงษ์เจริญ ปฐมทรัตน์ พันธุ์มิกอล และประวิณ โลห์เลขา (บ.ก.), อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ. (น.99–129). กรุงเทพ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.

ธิติชัย เกาะสมบัติ. (2564). โรคหัวใจและหลอดเลือด. ใน พัฒนา ศรีสุวรรณ อุษา ต้นติแพทย์ทางภูมิสัตย์ จันทบานันท์ และบุญเติม แสงดิษฐ์ (บ.ก.), ตำราเวชศาสตร์ครอบครัว. (น.133–143). กรุงเทพ: ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า.

นิรมล เมืองสม. (2562). การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์และการส่งเสริมสุขภาพ. ขอนแก่น: โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น.

บงกช อนุฤทธิ์ประเสริฐ. (2564). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ สำหรับผู้ป่วยนอก. Retrieved from

https://www2.sj.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 ปรินติ้ง.

พิสิษฐ์ หุตตะยานนท์. (2563). โรคความดันโลหิตสูง. ใน หทัยวรรณ รัตนบรรจิดกุล นนกพร สรพวิทยกุล ภัทริน ภิรเมย์พานิช และศานิต วิชานศกุล (บ.ก.), โรคทางอายุรศาสตร์ที่พบบ่อย เล่ม 1. (น. 146–180). กรุงเทพ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.

พรพิพย์ สารีส. (2565). การพยาบาลผู้สูงอายุระบบหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพ: 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/
- วนิชา พึงชุมพู. (2563). การพยายามลดผู้สูงอายุ: การสร้างเสริมสุขภาพและการพัฒนาสุขภาพ. เนื้อหาใหม่: เอ็น.พี.ที ปริ้นติ้ง.
- วัชระ เสงี่ยมศักดิ์. (2567). ผลของโปรแกรม การมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อผลลัพธ์ด้านความรู้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยง ความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านโคกย่าง อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 5(2): 15–30.
- อดิพร สำราญบัว และเบญจมาศ ทำเจริญตระกูล. (2564). ผลของการใช้แอปพลิเคชันอาหารลดความดันต่อความเชื่อต้านสุขภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือด 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.v30i2.12>
- 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 กรณีผู้ป่วยโรคโต

แนวคิดรวบยอด

การพยาบาลที่บ้าน เป็นการดูแลสุขภาพที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ โดยเน้น การให้การดูแลที่เหมาะสม ตามบริบทของครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดการ กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคโตเรื้อรังหรือโรคโตระยะสุดท้าย การพยาบาล ที่บ้านถือเป็นทางเลือกที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยโรคโตต้องการการดูแลที่ต่อเนื่องและมีการจัดการที่ดี เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต ละลอกการเสื่อมของไตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

การดูแลที่บ้านสามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคย ผ่อนคลายกับการรักษามากขึ้น ญาติ หรือผู้ดูแลต้องมีความเข้าใจในลักษณะของโรคโต การดูแลสุขภาพภายในบ้าน ให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดี ลดความเครียด รวมถึงการรักษาและการใช้ยาตามคำแนะนำของแพทย์ นอกเหนือจากนี้ ยังต้องมีการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินและตรวจสอบอาการที่อาจ เปลี่ยนแปลง เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยในระยะยาว การพยาบาลที่บ้าน จึงเป็นการพยาบาล ที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่มีคุณภาพแม้จะมีภาวะเจ็บป่วยอยู่ โดยการทำงานร่วมกับครอบครัวและทีม สุขภาพเพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้อ่าน

1. อธิบายผลกระทบของโรคโตต่อสุขภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชนได้
2. ประยุกต์ใช้แนวทางการพยาบาลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคโตได้
3. ประยุกต์ใช้การใช้วัตกรรมและเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยโรคโตได้

บทนำ

โรคไตคือภาวะที่ไม่มีความผิดปกติส่งผลกระทบต่อการทำงานของไต หรือมีอัตราการกรองของไตลดลง เป็นระยะเวลานานเกิน 3 เดือน ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน นับเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทยที่ยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากหลายปัจจัยทั้ง โครงสร้างประชากร พฤติกรรมสุขภาพ และโรคเรื้อร่วม สถานการณ์ดังกล่าวทำให้ ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น โดยเฉพาะในระยะสุดท้ายที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาทดแทน การวิเคราะห์และทำความเข้าใจ สถานการณ์โรค จึงมีความสำคัญต่อการพยาบาลที่บ้านในผู้ป่วยโรคไตเป็นอย่างมาก ในการจัดระบบบริการสุขภาพที่บ้านและในชุมชนอย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

4.1 สถานการณ์โรคไต

โรคไตเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย และเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับที่ 7 ของการเสียชีวิตทั่วโลก (Francis, et al, 2024) ซึ่งพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ที่มีความเสี่ยงจากโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งถือเป็นสาเหตุหลักของโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ในปีพ.ศ. 2567 พบรู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 1,125,350 คน เพิ่มขึ้น จากปีพ.ศ. 2566 ถึง 80,874 คน โดยพบผู้ป่วยมากสุดในระยะที่ 3 ร้อยละ 45.02 รองลงมาคือ ระยะที่ 2 ร้อยละ 24.89 นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ร้อยละ 6.66 หรือมากถึง 74,908 คน ซึ่งเพิ่มจากปีพ.ศ. 2566 จำนวน 5,543 คน ซึ่งส่งผลกระทบอย่างมาก ทั้งด้านสุขภาพ และด้านเศรษฐกิจ ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก รวมถึงการจัดอัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยบำบัดทดแทน 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

ในประเทศไทยผู้ป่วยโรคโควิดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องพบว่าจำนวนผู้ป่วยยังคงหลัง 3 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องแยกตามระยะของโรค ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคโควิดรังสานตามระยะของโรค 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)

ด้านการรักษาภายในการเปลี่ยนแปลงนโยบาย จากเดิมที่กำหนดให้การล้างใต้ผ่านช่องห้องเป็นทางเลือกแรก (PD First) เป็นสามารถบำบัดทดแทนได้ ด้วยวิธีไฮโดรเจนไดออกไซด์ตามความสมัครใจของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคโควิดรังสานลดลงเปลี่ยนใช้บริการบำบัดทดแทนได้ด้วยการฟอกเลือดผ่านเครื่องไฮดรีมเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว (สำนักงานสภาพน้ำยาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2567) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 4 จำนวนของผู้ป่วยโรคโควิดรังสานตามวิธีการบำบัดทดแทน 3 ปี ย้อนหลัง (พ.ศ. 2565 ถึง พ.ศ. 2567)

วิธีการบำบัดทดแทน/ปี	2565	2566	2567
ล้างใต้ผ่านช่องห้อง	27,293	23,777	18,448
ฟอกเลือดด้วยเครื่องไฮดรีม	46,881	62,227	74,134

โรคโควิดรังสานเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่มีแนวโน้มการเสียชีวิตด้วยโรคโควิดรังสานเพิ่มขึ้นจากอัตราตายต่อแสนประชากร 14.24 เพิ่มเป็น 16.49 จากพ.ศ. 2559 ถึง พ.ศ. 2563 ประมาณการมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิดรังสาน ปีละ 10,000 คน ผู้เสียชีวิตเพคหนูนิ่งมากกว่าเพศชาย ตามตารางที่ 4

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

พ.ศ.	เพศชาย	เพศหญิง	รวม	อัตราการ
				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) เป็นภาวะที่ไตเสื่อมสภาพและไม่สามารถทำงานหน้าที่ได้ตามปกติ สาเหตุสำคัญ คือ โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง นอกจากนั้นยังพบว่า มีสาเหตุอื่นที่ทำให้เกิดการเสื่อมของไต เช่น การติดเชื้อแบคทีเรียสเตรปโตค็อกคัส นิวท์ตี้ การติดเชื้อทางเดินระบบปัสสาวะซ้ำๆ หายใจซ้ำๆ เป็นเวลานาน เช่น ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่ สเตียรอยด์ (NSAIDs) หรือยาเคมีบำบัด ความผิดปกติของการไหลเวียนโลหิต โรคเก้าต์ รวมถึงภาวะอ้วน และการสูบบุหรี่ที่ส่งผลให้เกิดโรคเรื้อรัง (กันตพร ยอดชัย, 2562; กุลลดา เลียวสกีร่วงค์ และ ปทุมพร อภัยจิตต์, 2566; สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2565; ศันสนีย์ เชวนกेतุ, 2564)

การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของไต เมื่อไตเสื่อมหน้าที่ในการกรองน้ำ และกำจัดของเสีย รวมทั้งสารพิษออกจากร่างกาย การควบคุมสมดุลน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย ตลอดจนควบคุมภาวะความเป็นกรด-ด่างในเลือด สร้างข้อร่องมโนที่สำคัญเกี่ยวกับการสร้างเม็ดเลือดแดง และวิตามินดีที่เกี่ยวข้อง กับกระดูก ส่งผลให้เกิดร่างกายเกิดความผิดปกติและแสดงอาการที่พอบอุ้ยที่มักมาพบแพทย์ ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย บวมที่หน้าเท้า ขา ปัสสาวะผิดปกติ เช่น ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ปัสสาวะมีฟอง (ปองซึ้งโปรดีนร่วมในปัสสาวะ) ปัสสาวะมากหรือน้อยผิดปกติ ปัสสาวะแสบขัด เปื้ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และความดันโลหิตสูง เนื่องจากไตมีบทบาทสำคัญในการควบคุมความดันโลหิต หากไตเสื่อมความดันจะสูงขึ้น และความดันโลหิตสูงจะยิ่งทำให้ไตเสื่อมลง เช่นกัน ซึ่งส่วนมาก ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะเริ่มต้นคือในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 มักไม่พบอาการผิดปกติ มักพบอาการในระยะที่ 3 ขึ้นไปที่มีความรุนแรงของโรคมากขึ้น (กันตพร ยอดชัย, 2562; ทิพวัลย์ ชีรสิริโรจน์ และละมัด เลิศล้ำ, 2566; วัลลภา ทองครี, 2565)

ผลกระทบต่อผู้ป่วย

เมื่อไหร่อมลงทำให้ไตสูญเสียการทำหน้าที่ต่างๆ ส่งผลให้การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายทำงานได้ไม่ดี ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างมากทั้งทางร่างกาย จิตใจ โรคไตเรื้อรังส่งผลกระทบต่อหัวใจระบบในร่างกาย ดังนี้ (กันตพ. ยอดใชย, 2562: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2566)

1. ระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง หัวใจล้มเหลว และภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบได้ จากการที่เลือดมาเลี้ยงที่ไตลดลงส่งผลให้ไตทำงานที่ในการควบคุมสมดุลน้ำและเกลือแร่ ในร่างกายได้ไม่ดี จนเกิดการคั่งของน้ำ และโซเดียม ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น นำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือด คืออาเจพภาวะหัวใจล้มเหลวจากน้ำท่วมปอด และภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบได้จากการมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจได้

2. ระบบเลือด ทำให้เกิดภาวะภาวะโลหิตจาง เนื่องจากไตสร้างฮอร์โมน Erythropoietin (EPO) ที่ช่วยในการสร้างเม็ดเลือดแดงได้น้อยลง ทำให้เกิดภาวะซีด อ่อนเพลีย และเกรียนศีรษะ

3. ระบบทางเดินหายใจ จากการที่ร่างกายมีภาวะของเลี้ยงดังในร่างกายทำให้ร่างกายมีภาวะเป็นกรดทำให้เกิดอาการหายใจหอบลึก หายใจมีกลิ่นยุเรีย ทำให้เกิดภาวะน้ำท่วมปอด และเกิดการอักเสบที่ปอดและเยื่อหุ้มปอดได้

4. ระบบทางเดินอาหาร จากการที่ร่างกายมีภาวะยูรีเมีย (uremia) ในร่างกายส่งผลต่อระบบทางเดินอาหารเป็นอย่างมาก คือ ทำให้เกิดแพลงในปาก กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กส่วนต้น และลำไส้ใหญ่ได้ รวมถึงการที่หายใจมีกลิ่นยุเรีย ทำให้การรับรู้รสชาติของอาหารลดลง ร่วมกับการคลื่นไส้ จึงทำให้รู้สึกเบื่ออาหาร เนื่องจากความรู้สึกอยากรاحةลดลง และส่งผลให้ผู้ป่วยน้ำหนักลดลง

5. ระบบประสาท ภาวะยูรีเมียในร่างกายส่งผลต่อระบบประสาท ทำให้มีอาการซึม สับสน ไม่มีสมาธิ กล้ามเนื้อกระตุกและเป็นตะคริวเกิดจากความไม่สมดุลของแร่ธาตุ เช่น โพแทสเซียมและแคลเซียม

6. ระบบผิวหนัง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถพบรการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังได้ ตั้งแต่การลดขนาดของต่อมไขมันและต่อมเหงื่อ ลีพิว และเส้นเลือดในชั้นใต้ผิวหนังเปลี่ยนไป ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ส่งผลให้เกิดโรคผิวหนังได้ในอนาคต อาจพบว่า ผิวหนังแห้ง มีอาการคัน ลีข่องผิวหนังซีด เป็นต้น

7. ระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อย่างเข้ม จากการที่ไตทำงานได้น้อยลง ส่งผลให้เม็ดเลือดขาวลดลง การทำลายเชื้อโรคลดลง จึงเสี่ยงต่อการติดเชื้อย่างเข้ม

8. ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง เจ็บปวดข้อ กระดูกผุ กระดูกพรุน เนื่องจากการทำหน้าที่ของไตลดลง ทำให้เกิดการเสียสมดุลของแคลเซียมและฟอสฟे�ต คือ มีผลให้ระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ กระดูกให้มีการหลังยืดมหานะโรบาร่าไทรอยด์มากขึ้น ทำให้เกิดการ слayah ของกระดูกเพิ่มขึ้น จนส่งผลให้อาจมีกระดูกหักได้ เป็นลักษณะผิดปกติที่เกิดขึ้น ในภาวะต่อมพาราไทรอยด์ทำงานเกินชนิดทุติยภูมิ เรียกว่า โรคกระดูกอักเสบซีสทิกา (osteitis fibrosa)

9. ระบบสีบพันธ์ ภาระยุรีเมีย ทำให้ในเพศชายมีความต้องการทางเพศลดลง ในเพศหญิง มีประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ ไม่มีประจำเดือน หรืออาจเป็นหมันได้ ความต้องการทางเพศลดลง

10. ด้านจิตใจ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกตกใจ กังวล เกิดความไม่แน่ใจในชีวิต และกลัวการเสียชีวิต และเมื่อได้รับการรักษาซึ่งทำให้ลักษณะ การดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป มีภาระการดูแลตนเองที่มีข้อจำกัดมากขึ้น ร่วมกับความรู้สึกเป็นภาระของ ครอบครัว และในช่วงระยะเวลาสุดท้ายของโรค ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าร่างกายอยู่ในสภาวะเลื่อนม宕อย การรักษา ที่ไม่ได้ผล และใกล้ถึงวาระสุดท้ายของตนเอง ทำให้เกิดกังวล กลัว และภาระซึ่งเศรษฐามา (กันตพร ยอดชัย, 2562) พบร่วมกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีอัตราการเกิดภาระซึ่งเคร้ามากกว่าประชาชน ทั่วไปถึง 3 เท่า ซึ่งมีความล้มเหลวคุณภาพชีวิตที่น้อยหรือแย่ลงของผู้ป่วย จากการที่ผู้ป่วยโรคไต เรื้อรัง มีภาระการดูแลตัวเองที่เพิ่มขึ้นในเรื่อง การต้องไปโรงพยาบาลตามนัด การจำกัดอาหาร การรับประทานยา รวมถึงประเมินระดับน้ำตาลในเลือด และวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง (พาณิช อะหะหมัด สา และอารง, บัญชา สถิรเทพจน, 2564) ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และอาจมีความรุนแรงขึ้น จนเป็นโรคจิตได้ (ปิยะวัฒน์ ศรีคงมาก และ สุรเชษฐ์ วงศ์นิม, 2567) นอกจากนั้นผลกระทบทางด้าน จิตใจที่เกิดขึ้นล้วนส่งผลต่อระบบด้านร่างกาย และการดำเนินของโรคที่แย่ลง ด้วยเช่นกัน

ผลกระทบต่อครอบครัว

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

1. ผลกระทบทางอารมณ์และจิตใจ ความเครียด วิตกกังวล เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย โดยเฉพาะหากโรคไตอยู่ในระยะรุนแรง และต้องฟอกไตหรือปลูกถ่ายไต ความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวได้ จากความเห็นอย่างลักษณะการดูแล และความเครียด เสียใจ เมื่อคนในครอบครัวจากไป

2. ผลกระทบทางเศรษฐกิจ รายได้ลดลงจากการทำงานได้น้อยลงจากการเหนื่อยอย่างร้าย จากพยาธิสภาพของโรค แต่ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตน์มีค่าใช้จ่ายสูง นอกจากราคาที่มีค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล ค่าอาหารพิเศษ ค่ายา และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าผู้ดูแล เป็นต้น ทำให้ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวได้

3. ผลกระทบต่อวิถีชีวิตและสังคม การเข้าสังคมลดลง สมาชิกในครอบครัวต้องลด กิจกรรมทางสังคม เช่น การเดินทางหรือการพบปะเพื่อนฝูง เนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยทำ ให้มีเวลาสำหรับตนเองและกิจกรรมอื่นๆ น้อยลง

ผลกระทบต่อชุมชน

เมื่อประชาชนมีการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิดเรื้อรัง จะส่งผลกระทบในภาพรวมของชุมชนหรือประเทศ ดังนี้

1. ด้านระบบสาธารณสุข ค่าใช้จ่ายและความต้องการบุคลากรสูงขึ้น การรักษาโรคโควิดโดยเฉพาะการฟอกไตและปลูกถ่ายไตมีต้นทุนสูง ส่งผลให้รัฐบาลหรือหน่วยงานสาธารณสุขต้องจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2567 ผู้ป่วยไต透析เรื้อรังรายเดือน 73,685 คน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2567) ภาระงานที่เพิ่มขึ้นของโรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ โรคโควิดเรื้อรังต้องการการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งอาจทำให้เกิดความเหนื่อยล้าและขาดแคลนบุคลากร จากแนวโน้มของผู้ป่วยโรคโควิดเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้จำนวนศูนย์โควิดเพิ่ม และศูนย์ล้างไตทางช่องท้องในประเทศไทย จำนวนแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ด้านการล้างไตตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560–2566 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (คณะกรรมการการลงทุนประจำปี สมัชนาคมโรคโควิดแห่งประเทศไทย, 2567) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคโควิดเรื้อรัง และภาระงานของบุคลากรทางสาธารณสุขที่เพิ่มมากขึ้น รวมถึงระบบการจัดการดูแลที่สามารถรองรับจำนวนผู้ป่วยที่อาจเพิ่มมากขึ้นในอนาคต

2. ด้านเศรษฐกิจชุมชน ส่งผลให้แรงงาน และรายได้ครัวเรือนและลดลง ผู้ป่วยโรคโควิดเรื้อรังมักมีภาวะอ่อนเพลียและต้องใช้เวลาการรักษาตัว ประสิทธิภาพของแรงงานลดลงทำให้ไม่สามารถทำงานได้เต็มที่

3. ด้านคุณภาพชีวิตของประชากร และการพัฒนาประเทศ เมื่ออัตราผู้ป่วยโรคโควิดเรื้อรังสูงประเทศจะเผชิญกับปัญหาสุขภาพประชาชนที่ลดลง นอกจากนี้สมาคมโรคโควิดนานาชาติ ยังมองว่า โรคโควิดเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเลี้ยงชีวิตก่อนวัยอันควร (Francis, et al, 2024) ทำให้การพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นไปได้ยากขึ้น

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

4.1.2 ประโยชน์ของการพยาบาลที่บ้านกรณีผู้ป่วยโรคโควิด

การพยาบาลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคโควิด 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 เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเป็นคนที่รู้จัก ไว้วางใจได้ และมีระยะเวลาเพียงพอต่อการให้คำแนะนำ นอกจากนั้นยังเป็นการสนับสนุนให้ครอบครัวมีความเข้าใจโรคโดยมากขึ้น ช่วยลดความเสี่ยงที่สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ จะเป็นโรคโดยในอนาคต

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

4. ประโยชน์ต่อสังคมโดยรวม ส่งเสริมให้ชุมชนมีความตระหนักรึงน์สุขภาพ ทำให้คนในชุมชนเกิดการตื่นตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดูแลสุขภาพและป้องกันโรคโดยมากขึ้น เสริมสร้างทักษะการดูแลสุขภาพในระดับชุมชน โดยการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในชุมชนให้มีความรู้พื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคไตต่อไป

การพยาบาลที่บ้านช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตได้รับการดูแลที่ดีขึ้น ลดภาระครอบครัวในการเดินทางไปโรงพยาบาล ลดจำนวนในการทำงานได้ และลดภาระโรงพยาบาล และยังเป็นการช่วยพัฒนาความสามารถการดูแลการเจ็บป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ชุมชนอีกด้วย ซึ่งเป็นแนวทางที่ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และส่งเสริมระบบสาธารณสุขในระดับชุมชน และประเทศให้สามารถบริหารจัดการได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น

4.2 แนวทางการพยาบาลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคไต

การพยาบาลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคไตมีบทบาทสำคัญในการคงสภาพสุขภาพลดภาระทางการชรา และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว ผู้ป่วยโรคไตมักต้องการการดูแลต่อเนื่อง ทั้งด้านการควบคุมอาหาร การใช้ยา การติดตามอาการ และการป้องกันการเลื่อนของไตที่อาจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ไป การพยาบาลที่บ้านจึงต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วย

โรคไตสามารถดูแลสุขภาพของตนเองร่วมกับครอบครัว ได้อย่างเหมาะสม ส่งเสริมการดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ ดังนี้

4.2.1 ระดับปฐมภูมิ

เป็นการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคไตเพื่อช่วยในการชะลอการเสื่อมของไต เมื่อพิจารณาตามปัจจัยเสี่ยงต่อที่มีผลต่อโรคไต พบร่วมกับความดันโลหิตสูงให้อยู่ในค่าที่ยอมได้และการทำงานที่ของไต คือ การควบคุมโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงให้อยู่ในค่าที่เหมาะสม ซึ่งมีแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้

1. การลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ที่เป็นสาเหตุหลักของการเสื่อมของไต โดยพบว่า การสูบบุหรี่ส่งผลให้เกิดการอักเสบ ตีบตันของหลอดเลือดต่างๆ รวมทั้งหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดไต และการดื่มแอลกอฮอล์ จะลดประสิทธิภาพในการทำงานของไตและตับ ซึ่งเป็นวัยวะที่มีบทบาทสำคัญในการควบคุมสมดุลความดันโลหิตและการขับโซเดียม มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (Vallée A., 2023; The Kidney & Hypertension Center (KHC), 2568) และพบว่า การสูบบุหรี่ส่งผลต่อการควบคุมโรคเบาหวาน โดยสารนิโคตินในบุหรี่มีฤทธิ์ลดความไวของเซลล์ต่ออินซูลิน (insulin resistance) ส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ยากขึ้น และยังเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทั้งในระบบหัวใจและหลอดเลือด (food & drug administration (FDA), 2567) การดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลกระทบต่อมเมtabolism หมายระบบของร่างกาย รวมถึงกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมสมดุลของระดับกลูโคสในเลือด (blood glucose homeostasis)

การซื้อยาสมุนไพรมารับประทาน โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร เป็นพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพอีกเรื่อง ที่มีความสำคัญเช่นเดียวกัน อาจมีส่วนประกอบของเกลือแร่บาง หรือสารเคมีซึ่งทำให้เกิดการสะสมในร่างกายได้จนเกิดอันตรายต่อไต การใช้ยาสมุนไพรไทยร่วมกับยาจากการรักษาแผนปัจจุบันต้องมีการปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร เพื่อพิจารณาถึงปฏิกิริยาระหว่างยาสมุนไพรและยาที่แพทย์สั่ง อาจทำให้ประสิทธิภาพการรักษาลดลง เกิดผลข้างเคียงไม่พึงประสงค์ได้ มีการศึกษาเรื่องเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของยาสมุนไพรและโรคไตพบว่า ยาสมุนไพรในรูปแบบแคปซูลมีผลทำให้อัตราการกรองของไตลดลง ส่งผลกระทบต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง และมีผลต่อการเกิดไตวาย (รัศมี ศิริสวัสดิ์, ماركศรี ศิริสวัสดิ์ และมนัสวินี แก้วงาม, 2566)

2. ด้านพฤติกรรมสุขภาพ เป็นสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเป็นอย่างยิ่ง โดยมีด้านที่สำคัญ ดังนี้

1) ด้านการรับประทานอาหารที่มีผลอย่างมากต่อโรคไต จากพยาธิสภาพของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงต่อร่างกายหลายระบบส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตต้องระวังในการรับประทานอาหารอาหารมากกว่าคนปกติทั่วไป ดังนี้

- อาหารแปรรูปต่างๆ เช่น มาแม่สำเร็จรูป กุ้งแห้ง ปลากระป่อง ปลาเค็ม เป็นต้นซึ่งมีปริมาณโซเดียมสูง ทำให้ต้องหันมาที่หนักมากขึ้นเพื่อขับโซเดียม เพื่อรักษาสมดุลของแร่ธาตุในร่างกาย ระวังผักมีโพแทสเซียมสูง เช่น ผักในตระกูลกะหล่ำ ตระกูลมะเขือ ผลไม้ เช่น กล้วย ส้ม เพราะอาจทำให้เกิดอาการผิดปกติของการเต้นของหัวใจ รวมถึงทำให้เกิดอาการล้ามเนื้ออ่อนแรงได้ และผักที่มีกรดออกชาลิกสูง เช่น หัวไชเท้า แครอท กระเทียม ผักโขม ใบชะพลู ใบยอดฯ เพราะจะทำให้เกิดนิวท์โต รวมทั้งอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง ได้แก่ ถั่วเมล็ดแห้ง ขัญพืชต่างๆ น้ำ

- ปริมาณโปรตีน ไม่ควรเกิน วันละ 40 กรัม โดยลดการปริมาณการรับประทานอาหารประเภทไข่ นม และเนื้อสัตว์ลง (ไข่ไก่ 1 พอง มีโปรตีน 6–8 กรัม นมสด 1 ถ้วย มีโปรตีน 8 กรัม และเนื้อสัตว์ 1 ชีด มีโปรตีน 23 กรัม)(ประทุม สร้อยวงศ์, 2564)

- การดีมนำ้ที่เหมาะสมตามคำแนะนำของแพทย์ประมาณ 800 มิลลิลิตร/วัน) (ประทุม สร้อยวงศ์, 2564)

2) ด้านการออกกำลังกายหรือการบริหารร่างกายที่เหมาะสมกับโรค ผู้ป่วยโรคไตสามารถออกกำลังกายตามความเหมาะสมแบบไม่รุนแรง และไม่เหนื่อยจนเกินไป เช่น การออกกำลังกายในร่ม การเดิน ว่ายน้ำ หรือปั่นจักรยาน ซึ่งควรออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ โดยค่อยๆ เพิ่มเวลาจนสามารถออกกำลังกายได้ประมาณ 30–60 นาที ต่อวัน รวมอย่างน้อย 150 นาที ต่อสัปดาห์ และลังเกตจากการผิดปกติขณะและหลังออกกำลังกายทุกครั้ง

3) การจัดการความเครียดผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มักมีความเครียด ความวิตกกังวล จากการเจ็บป่วยของตนเอง วิธีการรักษา ระยะเวลา การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และความไม่แน่นอนของโรค โดยพบว่า เมื่อผู้ป่วยเกิดความเครียด และความรู้สึกวิตกกังวล จะส่งผลให้ระดับครีอะตีนีน ในเลือด มีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้น (Guerra et al ,2021) นอกจากนั้นความเครียดยังเป็นปัจจัยที่ทำให้การควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงทำได้ยาก ส่งผลกระทบถึงโรคไตในที่สุด ดังนั้นการจัดการความเครียดที่เหมาะสมจะเป็นสิ่งสำคัญ ความเครียดที่พบได้บ่อย คือ ด้านเศรษฐกิจของครอบครัว ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค ความรู้สึกของการเป็นภาระของผู้ป่วย เป็นต้น ดังนั้น การพูดคุย การปรึกษากันภายในครอบครัวคือเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญมาก เพื่อเป็นการทำความเข้าใจ ความรู้สึกของทั้งตัวผู้ป่วยและญาติ ทำความเข้าใจปัญหาร่วมกัน เพื่อให้มีความเข้าใจถึงปัญหาที่แท้จริง และร่วมกันหาวิธีแก้ไขอย่างเหมาะสม โดยสามารถสอบถามข้อมูลที่ลงสัญ หรือคำแนะนำจากแพทย์ และพยาบาล จากสถานบริการใกล้บ้าน เพื่อลดความเครียดของทั้งตัวผู้ป่วยและญาติ และสามารถทำกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัว เช่น พัฒนา ร้องเพลง ปลูกต้นไม้ ทำอาหารร่วมกัน เล่นเกมส์ อ่านหนังสือ สมุดมโนต์ ไปวัดทำบุญ เป็นต้น เพื่อเป็นการผ่อนคลาย สร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว และยังเป็นการทำให้ผู้ป่วยมีความสุขจากการรู้สึกถึงการใส่ใจ การเป็นที่รัก ซึ่งการดูแลด้านจิตใจควบคู่กับการดูแลด้านร่างกายจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (กมลรัตน์ บัญญัตินพรัตน์ และ ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย, 2560)

3. การฉีดวัคซีนป้องกันโรค ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับวัคซีนป้องกันโรคดังนี้ (กิตติร์วี กฤษฎีเมธากาญ, 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 หลังจากฉีดวัคซีนครั้งสุดท้ายครบ เป็นเวลา 1-2 เดือน ถ้าระดับแอนติบอดีต่อไวรัสตับอักเสบบี <10 IU/ลิตร ให้ฉีดซ้ำอีก 1 วงรอบ (4 ครั้ง) และตรวจระดับแอนติบอดีต่อไวรัสตับอักเสบบีหลังฉีดครบอีกครั้ง
 - ผู้ป่วยที่มีระดับแอนติบอดีต่อไวรัสตับอักเสบบี ≥10 IU /ลิตร ควรได้รับการตรวจซ้ำ ปีละ 1 ครั้ง และให้ฉีดซ้ำอีก 1 เข็ม เมื่อระดับแอนติบอดี ต่อไวรัสตับอักเสบบี <10 IU /ลิตร

4.2.2 ระดับหุติยภูมิ

การดูแลในระดับหุติยภูมิเน้นด้านการตรวจคัดกรองหรือการติดตามอาการ และการรักษาเพื่อรักษาการทำงานของไตให้สามารถทำหน้าที่ได้ (กันตพร ยอดชัย, 2562: ประทุม สร้อยวงศ์, 2564)
ดังนี้

1. การติดตามสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ โดยไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เพื่อการตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ เพื่อตรวจสอบและประเมินการทำงานของไตและสุขภาพโดยรวม นอกจากนั้นควรประเมินอาการของตนเองและบันทึกทุกครั้งที่เริ่มมีอาการที่เปลี่ยนไปจากเดิม หรืออาการผิดปกติ และไปพบแพทย์ก่อนนัดหากอาการไม่ดีขึ้น
2. การรักษาด้วยยา เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด
3. การรักษาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก'
 - ภาวะซีด ที่มีค่าระดับซีโนโกรีนต่ำกว่า 12-13 มิลลิกรัม/ลิตร ต้องให้ยา_rักษาภาวะโลหิตจาง
 - ความผิดปกติของเมแทบอลิซึมของกระดูก ต้องตรวจและรักษาระดับ แคลเซียม ฟอสฟอรัส พาราไทรอยด์ซอร์บีน และอัลคาโรเดส์ ฟอสตาเฟส ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
 - ภาวะสมดุลกรดด่าง ต้องรักษาระดับใบคานบอเนต ในสีอ่อนมากกว่า 22 มิลลิยิคิวรา เลนเต็ดอลิตร
 - การตรวจทางรังสีวิทยาที่จำเป็นต้องใช้สารทึบแสง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่มีค่า GFR ต่ำกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตรม. หากได้รับการฉีดสารทึบแสงที่มีส่วนประกอบของไอโอดีน

ควรใช้สาร iso-osmolar หรือ osmolar แทน ในปริมาณที่น้อยที่สุด และก่อนได้รับสารดังกล่าวผู้ป่วยควรได้รับสารน้ำที่เพียงพอโดยให้สารน้ำ 0.9% NSS ในขนาด 1 มก./กก. ใน 3-12 ชม. ก่อน และหลังฉีดสี หรือ 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ก่อนฉีดสี จนครบ 4-12 ชั่วโมง หลังฉีดสี และผู้ป่วยควรได้รับการประเมิน GFR ซ้ำภายใน 48-96 ชั่วโมง หลังได้รับสารทีบแสลง

4. การรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) คือกระบวนการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 เพื่อทดแทนไตที่ไม่สามารถทำงานได้เองอย่างถาวร เพื่อช่วยชั้ดของเสียที่ค้างอยู่ในร่างกาย มีการรักษาได้ 3 วิธี ดังนี้

1) การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) เป็นวิธีการบำบัดทดแทนไตที่อาศัยเยื่อบุช่องท้องทำหน้าที่เป็นตัวกรองของเสียและสารละลายออกจากเลือด โดยแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบหลัก ได้แก่ 1) การล้างไตทางช่องท้องแบบชั่วคราว (Intermittent Peritoneal Dialysis: IPD) ใช้สำหรับการล้างไตเป็นช่วงเวลา จะดำเนินการในโรงพยาบาล ภายใต้การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ กระบวนการล้างไต ควบคุมโดยเครื่องจักร (Automated PD) และ 2) การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) เป็นวิธีที่ผู้ป่วยสามารถดำเนินการด้วยตนเองที่บ้าน โดยไม่จำเป็นต้องเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ขั้นตอนประกอบด้วยการใส่น้ำยาล้างไตเข้าสู่ช่องท้องผ่านสาย Tenckhoff catheter ซึ่งผ่านไบรเวนพนังหน้าท้อง นำยาจะค้างอยู่ในช่องท้องประมาณ 4-6 ชั่วโมง เพื่อให้เยื่อบุช่องท้องทำหน้าที่แลกเปลี่ยน ของเสีย สารน้ำ และเกลือแร่ หลังจากนั้นจึงถ่ายน้ำยาเดิมออกและเปลี่ยนน้ำยาใหม่ วันละ 4 รอบ ซึ่งต้องการดูแลหลังรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต โดยการดูแลความสะอาดของช่องการล้างไตทางช่องท้องตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อน สังเกตอาการของตนเองอย่างสม่ำเสมอ หากพบอาการผิดปกติให้รีบและไปพบแพทย์ก่อนนัดหากอาการไม่ดีขึ้น และดูแลสุขภาพจิตของผู้ป่วย เพื่อลดความเครียดของทั้งตัวผู้ป่วยและญาติจากการรักษา โดยการหาภารกิจกรรมที่ชอบ หรือทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว เพื่อผ่อนคลาย เช่น พิงเพลง ดูหนัง สาดมนต์ เป็นต้น

2) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) เป็นกระบวนการบำบัดทดแทนไต ที่ทำโดยการนำเลือดของผู้ป่วยออกจากร่างกายเข้าสู่เครื่องไตเทียม ซึ่งมีตัวกรองเลือด (dialyzer) ทำหน้าที่ขจัดของเสีย สารละลายและน้ำส่วนเกินออกจากเลือด จากนั้นจึงส่งเลือดที่ผ่านการฟอกแล้วกลับเข้าสู่ระบบหลอดเลือด ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด 2-3 ครั้ง ต้องเข้ารับบริการในสถานพยาบาลที่มีอุปกรณ์ครบ โดยทั่วไปจะต้องทำการฟอกเลือด 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละประมาณ 4 ชั่วโมง เพื่อให้ได้ระดับการขจัดของเสียที่เหมาะสม และก่อนเริ่มการรักษาด้วย HD จำเป็นต้องมีการจัดเตรียมเส้นเลือดสำหรับใช้เป็นทางเข้าหลอดเลือด (vascular access)

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

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

1. ตู้จากผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor): มักเป็นญาติสายตรงหรือคู่สมรส
2. ตู้จากผู้บริจาคที่เสียชีวิต (Deceased or cadaveric donor) ได้รับจากผู้เสียชีวิตที่มี

ความประสงค์บริจาคอวัยวะ

แม้ว่าการปลูกถ่ายไตจะถือเป็นแนวทางที่ดีที่สุดในเรื่องของคุณภาพชีวิตและการอยู่รอดในระยะยาว เมื่อเทียบกับการฟอกเลือดหรือการล้างไตทางช่องท้อง แต่ในทางปฏิบัติยังคงมีข้อจำกัด ได้แก่ ความเสี่ยงของการปฏิเสธอวัยวะ การติดเชื้อจากการใช้ยาต้านภูมิคุ้มกัน จำนวนผู้บริจาคต่อ โดยเฉพาะ ในประเทศไทยซึ่งยังมีผู้รอบปลูกถ่ายจำนวนมากและอัตราการบริจาคยังอยู่ในระดับต่ำ

4.2.3 ระดับตติยภูมิ

การดูแลในระดับตติยภูมิ จะมุ่งเน้นที่การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคไตที่บ้าน เป็นการให้การดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตสามารถพิ้นตัวจากอาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคและเสริมสร้างสุขภาพ ร่างกายให้ดีขึ้น โดยมีหลายมิติที่พยาบาลและครอบครัวต้องร่วมมือกันดูแล ได้แก่

1. การฟื้นฟูทางกายภาพ การออกกำลังกายเบาๆ ที่เหมาะสมสามารถช่วยเสริมสร้าง กล้ามเนื้อ และระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยผู้ป่วยโรคไตที่มีภาวะไตเสื่อม ควรทำกิจกรรมที่ไม่ทำให้ร่างกายเหนื่อยล้ามากเกินไป เช่น การเดิน การซั่งรียน หรือการยืดเหยียด ผู้ป่วยโรคไตเรื่องที่มีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายมากกว่าจะมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีกว่า ช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางกาย เพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล่างไตได้ (Hoshino J.,2021)

2. การดูแลโภชนาการผู้ป่วยโรคไต ควรมีการควบคุมอาหารเพื่อช่วย ลดการทำงานของไต และลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนและเป็นองค์ประกอบสำคัญในการป้องกันภาวะสูญเสีย มวลกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรคไตเรื่อง ซึ่งมีสาเหตุจากหลายปัจจัย การออกกำลังกายร่วมกับการได้รับ พลังงานและสารอาหารอย่างเพียงพอ ได้แก่ คาร์บอไฮเดรต โปรตีน เหล็ก และวิตามินต่างๆ มีความจำเป็น โดยเฉพาะในผู้ป่วยล่างไตซึ่งมีภาวะสูญเสียพลังงานจากการฟอกไตและการดูดซึมที่ลดลง (Hoshino J.,2021)

3. การดูแลด้านสุขภาพจิต ความเครียดและความวิตกกังวลสามารถส่งผลกระทบต่อการรักษาได้ ดังนั้น การให้คำปรึกษาทางจิตใจและการสนับสนุนจากครอบครัว จึงมีความสำคัญ การให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจ ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทน จะเกิดความเครียดไม่มั่นใจ กลัวการรักษา และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ การให้กำลังใจและการสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วย สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษาต่อไป ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ศาสตรา เข็มบุปผา, 2565)

4. การฟื้นฟูสภาพจิตใจและสังคม การรักษาความสัมพันธ์ทางสังคม โดยการติดต่อกับครอบครัวและเพื่อนฝูงจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความหมายและไม่โดดเดี่ยว ร่วมกับการส่งเสริมการมี

ส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ที่ชุมชนจัดขึ้นจะช่วยลดความเครียดและเพิ่มคุณภาพชีวิต ให้ผู้ป่วยโรคไตสามารถใช้ชีวิตร่วมกับชุมชนได้

5. การดูแลระยะสุดท้าย ในบทนี้เป็นการพยาบาลที่บ้านในผู้ป่วยโรคไต ซึ่งเป็นโรคที่มีการดำเนินของโรคไปถึงช่วงสุดท้ายของชีวิต คือผู้ป่วยได้หายระยะสุดท้าย จึงจำเป็นต้องมีการดูแลประคับประคองผู้ป่วยโดยแพทย์直到ช่วงใกล้สิ้นชีวิต (End-of-life care in end stage kidney disease) เมื่อเข้าสู่การวินิจฉัยว่าเข้าสู่ระยะกำลังเสียชีวิต(dying) และเป้าหมายการรักษาเป็น จุดเริ่มต้นของการปรับเปลี่ยนการดูแลจากการมุ่งเน้นให้โรคดีขึ้น เป็นมุ่งเน้นดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบาย มีคุณภาพชีวิต และคุณภาพการตายที่ดีในช่วงสุดท้ายของชีวิตและจากไปอย่างสงบรวมมีกิจกรรมการดูแล ดังนี้

1) ประเมินความตระหนักรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบันที่ผู้ป่วยกำลังเข้าสู่ระยะสุดท้าย รวมถึงการเลี้ยงชีวิต

2) อธิบายถึงอาการปัจจุบันของผู้ป่วย และเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นให้สมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจสถานการณ์ของผู้ป่วย รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในช่วงระยะท้ายของชีวิต ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยในช่วงใกล้สิ้นชีวิต รวมถึงให้สมาชิกในครอบครัวได้การเตรียมความพร้อมทั้งด้านจิตใจ และการจัดเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ

3) ทบทวนเป้าหมายการรักษา และชี้ให้เห็นถึงสภาพของผู้ป่วยที่ติดอยู่ลง ไม่สามารถแก้ไขให้กลับมาเหมือนเดิมได้

4) สอบถามถึงความรู้สึก ความกังวลของสมาชิกในครอบครัว หากพบว่ามีความวิตกกังวลหรือเครียดมาก ควรปรึกษาทีมแพทย์วิชาชีพเข้ามาให้การดูแลเพิ่มเติม

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 โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลในการดูแลผู้ป่วยลังไ泰ทางหน้าท้อง โดยสามารถทำการล้างไตที่บ้านอย่างถูกต้อง ผ่านคำแนะนำจากพยาบาลและทีมสาธารณสุข และได้รับการติดตามจากแพทย์ ซึ่งมีประโยชน์อย่างมากในการช่วยครอบครัวลดภาระด้านค่าใช้จ่ายด้านการรักษาและค่าใช้จ่ายอื่นๆ จากการเดินทาง ซึ่งพบว่าทีมแพทย์ชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการใช้ระบบแพทย์ทางไกลในระดับมาก (darüberren รองเมือง และคณะ, 2566)

2. แอปพลิเคชันหรือระบบสนับสนุนบริการ

สำหรับในประเทศไทยมีการพัฒนาแอปพลิเคชัน หรือระบบสนับสนุนบริการมากขึ้น เพื่อช่วยสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่ทำการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ที่ช่วยในการติดตาม ดูแลผู้ป่วยล่างไตผ่านช่องท้อง ผู้ป่วยฟอกไตด้วยเครื่อง นอกจากนี้ยังสามารถใช้ได้สำหรับผู้ป่วย กidney เปาหวานและความดันที่มีภาวะเสี่ยงไตวายเรื้อรัง ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการติดตามการจัดส่งยาล่างไตผ่านช่องท้อง กระทรวงสาธารณสุขในด้านการจัดระบบดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ช่วยลดค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ ยังนำไปสู่การจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในประเทศไทย (Hfccus, 2560) เช่น

แอปพลิเคชันยังไง สามารถช่วยในการประเมินอาการ คำนวณปริมาณโซเดียม น้ำตาล และ คำแนะนำการปฏิบัติตัว เพื่อช่วยในการเลือกของดี ซึ่งมีส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วย และใช้สำหรับการ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยด้วยตนเอง และเพิ่มความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 รวมด้วย (ราษฎร์ แสดงคง, รัชนา พจน์, วิทยา วาระ และ รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง, 2563)

แอปพลิเคชันดูแลสุขภาพทางไกลที่บ้านแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุโรคไต ที่พอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม เน้นการดูแล และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุโรคไตที่พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มักจะมีภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการ บวม อาการปวด เมื่อต้องกลับไปดูแลตัวเองต่อที่บ้าน และเน้นการให้ความรู้ในการดูแลตนเองผ่านวิดีโอ ในเรื่องของการควบคุมน้ำ โภชนาการ การจัด การอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด (คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2564)

4.4 กรณีศึกษาและการเรียนรู้จากการกรณีศึกษา

ข้อมูลกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 62 ปี มีอาการเบื่ออาหาร เหนื่อยง่าย เดินนานไม่ได้ น้ำเสื้อคลานพูด สถานภาพสมรรถ ครอบครัวมีอาชีพ เกษตรกร เป็นโรคเบาหวาน 5 ปี ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดีในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา โรคความดันโลหิตสูง 7 ปี สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า รักษาด้วยล่างไต ทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมาประมาณ 6 เดือน ปัจจุบันทำการล้างไตวันละ 4 รอบ โดยกรรยาเป็นผู้ช่วย ดูแลเปลี่ยนถุง CAPD แต่ยังจำขั้นตอนไม่ค่อยได้ มีพืนที่ในการล้างไตเป็นสัดส่วน สะอาด น้ำหนัก ก่อนล้างไต 62 กิโลกรัม น้ำหนักหลังล้างไต 60 กิโลกรัม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการคั่งล่าสุด 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

การเรียนรู้จากการณีศึกษาตามกระบวนการพยาบาล

การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้ INHOMESS

ด้าน	ข้อมูลจากการณีศึกษา
I – Immobility	สามารถเคลื่อนไหวในบ้านได้ แต่ระดับความทนต่อภาระลดลง มีอาการเหนื่อยอย่างง่าย เดินนานไม่ได้
N – Nutrition	กินอาหารรสจืด กินปုံอยู่คือ กินข้าวต้มหมู ปลาเนื้อ ข้าวผัด ช่วงนี้มีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักหลังล้างไตลดลงจาก 62 กิโลกรัมเป็น 58 กิโลกรัม อัลบูมิน 3.1 g/dL และ Hb 9.2 g/dL
H – Housing	สิงแวดล้อมในบ้าน จัดบ้านเป็นระเบียบ อาการถ่ายเทได้ดี มีพื้นที่ในการล้างได้เป็นสัดส่วน ถังขยะเป็นแบบไม่มีฝาปิด สิงแวดล้อมนอกบ้าน รอบบ้านมีต้นไม้ร่มลึ่น
O – Other People	ผู้ดูแลหลักคือ ภรรยา ช่วยเปลี่ยนถุง CAPD ยังจำชั้นตอนไม่ค่อยได้ดูแลการรับประทานอาหารและยา รักใคร่กันดีในครอบครัว
M – Medications	รับประทานยาโรคประจำตัวได้แก่ เปาหวาน, ความดันโลหิตสูง การรับประทานยาสม่ำเสมอ
E – Emotional	กังวลกับการเจ็บป่วย ทำกิจกรรมได้น้อยลง
S – Safety	บ้านลักษณะมั่นคง ปลอดภัย พื้นที่ในการล้างได้มีความปลอดภัย เป็นสัดส่วน แต่ถังขยะเป็นแบบไม่มีฝาปิด ไม่มีข้อมูลด้านความเชื่อหรือการยึดเหนี่ยวทางใจโดยตรง
S – Spiritual	ไม่สนใจความเชื่อทางศาสนา เช่น ศาสนาพุทธ ศาสนาคริสต์ ศาสนาอิสลาม ศาสนาพื้นเมือง
S – Services	สิทธิรักษา บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า มาตรวจตามนัดความสม่ำเสมอที่โรงพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ปัญหา 1 การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตที่ล้างไตทางช่องท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

- รักษาด้วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องมาประมาณ 6 เดือน วันละ 4 รอบ

วัตถุประสงค์

- เพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตที่ล้างไตทางช่องท้อง

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยและญาติอธิบายการประเมินตนเองและการสร้างเสริมสุขภาพตนเองได้

กิจกรรมการพยายาม

1. ประเมินภาวะสุขภาพและปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว

2. ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้และทักษะเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วย

โรคトイที่ล้างไตทางช่องท้อง

3. แนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคトイ ลดการรับประทานโปรตีน และระวังการรับประทานอาหารที่มีฟอสฟอรัส โพแทสเซียม โซเดียม สูง เช่น ผักในตระกูลกะหล่ำ ตระกูลมะเขือ ผลไม้ เช่น กล้วย ส้ม และถั่วเมล็ดแห้ง

4. แนะนำการออกกำลังกาย ที่เหมาะสมสามารถช่วยเสริมสร้างกล้ามเนื้อและระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยผู้ป่วยโรคトイที่มีภาวะไตเสื่อม ควรทำกิจกรรมที่ไม่ทำให้ร่างกายเหนื่อยล้ามากเกินไป เช่น การเดิน การซ้อมกิจกรรม หรือการยืดเหยียด

5. แนะนำผู้ป่วยและครอบครัวหากิจกรรมยามว่างทำด้วยกัน เพื่อลดความเครียด และเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว

6. ปฏิติดตามอาการตรวจตามนัดทุกครั้ง

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติ อธิบายการประเมินตนเองได้ว่า ต้องดูแลเรื่องอาหาร และตรงบริเวณที่ล้างไต ไม่ให้ติดเชื้อ และต้องเพิ่มการออกกำลังกายแบบเบา

ปัญหา 2 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องท้องจากการล้างไตทางช่องท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

- ล้างไตที่บ้านแบบ CAPD วันละ 4 รอบ

- ภารยา เป็นช่วยเปลี่ยนถุง CAPD ยังจำขั้นตอนไม่ค่อยได้

- ภารยา บางครั้งลืมล้างมือก่อนเริ่มเปลี่ยนถุง CAPD

วัตถุประสงค์

- เพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องท้องจากการล้างไตทางช่องท้อง

เกณฑ์การประเมินผล

- ไม่มีอาหารอาหารแสดงของการติดเชื้อ ไม่มีไข้ ปวดท้อง น้ำล้างช่องท้องชุ่น ในระยะ

1 เดือน

- สามารถล้างการเปลี่ยนถุง CAPD อย่างถูกวิธีได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพแวดล้อมโดยสังเกตุบริเวณที่ใช้เปลี่ยนถุงน้ำยาล้างไต การจัดเก็บอุปกรณ์
2. ประเมินความรู้ และทักษะการล้างไตของผู้ป่วยและผู้ดูแล
3. แนะนำและเน้นย้ำผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในการยึดหลักเทคนิคปลอดเชื้อ ขณะทำการล้างไตทางช่องท้อง คือ บริเวณการล้างไตทางช่องท้อง อุปกรณ์ การใส่หัวกากรอนามัย การล้างมือทุกครั้งก่อน – หลังทำการล้างไต
 4. สาธิตการเปลี่ยนถุง CAPD อย่างถูกวิธี พร้อมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลฝึกปฏิบัติ
 5. แนะนำจดบันทึกลักษณะน้ำล้างไต และรายงานพยาบาลทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ
 6. ดูแนะนำการดูแลสิ่งแวดล้อม ความสะอาดบริเวณเปลี่ยนถุงน้ำยาล้างไต ถังขยะ
7. ประสาน օสม. เรื่องติดตามผู้ป่วยโรคไตจากการเป็นระยะ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง
8. ติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล

- ญาติสามารถสาธิตย้อนกลับการเปลี่ยนถุง CAPD อย่างถูกวิธีได้
- ในระยะ 1 เดือนผู้ป่วยไม่มีอาหารอาการแสดงของการติดเชื้อ ไม่มีไข้ ปวดท้อง น้ำล้างช่องท้องชุ่น

ปัญหา 3 มีความหนต่อการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากภาวะโลหิตจางและได้รับสารอาหารน้อย กว่าความต้องการของร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

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

วัตถุประสงค์

- เพื่อเพิ่มความหนต่อการทำกิจกรรม

เกณฑ์การประเมินผล

- สามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้น
- สามารถเริ่มเดินออกกำลังกายได้ 10–15 นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอบถามถึงความทันต้องผู้ป่วยการทํากิจกรรม เช่น กิจกรรมระหว่างเวลาที่ทำแล้วเกิดอาการเหนื่อย
2. สอบถามเรื่องการรับประทานอาหาร อาการเบื้ออาหาร และประเมินความรู้สึกเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคติดต่อ
3. แนะนำเรื่องอาหารร่วมกับนักโภชนาการ (เน้นโปรตีนคุณภาพดีในปริมาณจำกัดตามแผนการรักษา ควบคุมฟอสฟอรัสและโพแทสเซียม)
4. แนะนำผู้ป่วยแบ่งอาหารออกเป็นมื้อเล็กๆ วันละ 5-6 มื้อ แทนการรับประทาน 3 มื้อเพื่อเพิ่มพลังงาน
5. แนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลติดตามน้ำหนักตัวเป็นประจำทุกวัน
6. แนะนำผู้ป่วยไปติดตามตรวจตามนัดเพื่อประเมินระดับอัลบูมินในเลือด และภาวะซีด

การประเมินผล

ผู้ป่วยยังมีอาการเบื้ออาหารอยู่ แต่ปรับการรับประทานอาหารเป็น 5 มื้อ มีการเดินรอบบ้านในตอนเช้า เดินได้ 10 นาที เริ่มเหนื่อยจึงพัก

บทสรุป

โรคติดต่อเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุข ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง การพยาบาลที่บ้าน จึงเป็นแนวทางที่สำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และลดเสียชีวิตจากตัวยาของผู้ป่วยโรคติดต่อเรื้อรัง ลดความแออัดในโรงพยาบาล และลดภาระค่าใช้จ่ายของกระทรวงสาธารณสุขได้

การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่อที่บ้าน ควรครอบคลุมทั้งในเรื่องการดูแลระดับปฐมภูมิคือ เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นการดูแลไม่ให้เกิดการบาดเจ็บมากขึ้น ช่วยลดความเสี่อมของตัวและ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลระดับทุติยภูมิ ที่เน้นถึงการรักษาพยาบาลในรูปแบบต่างๆ จะเป็นการรักษาเพื่อป้องกันการซ้ำของการเสื่อมของตัวด้วยกัน ปรับพฤติกรรมสุขภาพ หรือการรักษาด้วยยา และการบำบัดทดแทนตัว และการดูแลระดับตติยภูมิ ที่เน้นการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม หลังจากการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนตัว รวมถึงการใช้เทคโนโลยี และนวัตกรรมเข้ามาช่วยในการพยาบาลที่บ้านร่วมกับการดูแลสุขภาพทางไกล (Telehealth) ทั้งนี้ สิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อที่บ้านนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วย ครอบครัว ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นสม. เพื่อให้สามารถดูแลได้อย่างครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคติดต่อสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมกับโรค และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำตามท้ายบท

1. ข้อใดต่อไปนี้ ไม่ใช่ ประโยชน์ของการพยาบาลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคไต

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

คำตอบที่ถูกต้อง ข

2. ข้อใดต่อไปนี้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

- ก. แนะนำให้ดื่มน้ำเพื่อประยุกต์พลั้งงานของไต
- ข. จำกัดการรับประทานอาหารโปรดีนทุกชนิดเพื่อช่วยลดไตเสื่อม
- ค. มุ่งเน้นเฉพาะการรักษาทางการแพทย์และการรับประทานยาเท่านั้น
- ง. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

คำตอบที่ถูกต้อง ง

3. ข้อใดคือหน้าที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยล่างไตทางช่องท้องที่บ้าน (CAPD)

- ก. จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้ผู้ป่วยทุกเดือน
- ข. สอนการฟอกไตด้วยเครื่อง Hemodialysis แบบอัตโนมัติ
- ค. ประเมินทักษะการล้างไตและให้คำแนะนำเรื่องสุขอนามัยในการเปลี่ยนถุงน้ำยาล่างไต
- ง. ปรับสูตรน้ำยาล่างไตให้เหมาะสมกับระดับโพแทสเซียมในเลือด

คำตอบที่ถูกต้อง ค

4. พยาบาลควรดำเนินการอย่างไรเมื่อพบว่า�้ำล่างไตของผู้ป่วยซุ่นและผู้ป่วยมีไข้ต่างๆ

- ก. แนะนำให้ดื่มน้ำมากขึ้น
- ข. ให้พักผ่อนและดูดีตาม 2 สัปดาห์
- ค. ไม่ต้องทำอะไร เพราะเป็นอาการปกติ
- ง. แจ้งแพทย์ทันที เพราะอาจเป็นภาวะเยื่อบุช่องท้องอักเสบ

คำตอบที่ถูกต้อง ง

5. ข้อใดต่อไปนี้ถูกต้องที่สุดเกี่ยวกับแนวทางการฟื้นฟูสุภาพ (Renal Rehabilitation) สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

- ก. เน้นให้ผู้ป่วยพักผ่อนมากที่สุดเพื่อลดการทำงานของไต
- ข. หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายทุกรูปแบบเพื่อป้องกันภาวะชีด
- ค. จำกัดอาหารและการเคลื่อนไหวเพื่อควบคุมระดับฟอสฟอรัสในร่างกาย
- ง. ควรส่งเสริมให้ออกกำลังกายร่วมกับโภชนาการที่เหมาะสมและการสนับสนุนจากสาขาวิชาชีพ

คำตอบที่ถูกต้อง ง

เอกสารอ้างอิง

- กมลรัตน์ บัญญตินพรัตน์ และศิริรัตน์ อนุตรากูลชัย. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *ศรีนคrinทร์เวชสาร*, 32(1), 2–9.
- กันตพร ยอดใช้. (2562). ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง: การพยาบาลและการจัดการอาการ. *บริษัท พี ซี โปรดักส์เพค จำกัด*.
- กิตต์รุ่ง กาญจน์เมฆาภรณ์. (2564). *Handbook of Clinical Nephrology*. โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.
- คณะกรรมการการลงทะเบียนบำบัดทดแทนไต สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2567). รายงานประจำปีการลงทะเบียนบำบัดทดแทนไตของประเทศไทยปี 2566 ถึงผู้ให้บริการศูนย์ฟอกไตในประเทศไทย. *วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย*, 31(1), 1–10.
- กุลลดा เลียวเสถียรวงศ์ และปทุมพร อภัยจิตต์. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 38(3), 605–616.
- ดาววรรณ รองเมือง, อินทิรา สุขรุ่งเรือง, สราพร มัทยาท, กัทรพงศ์ อุดมพัฒน์, อติญาณ์ ศรเกษาธิริน, สุทธานันท์ กัลกะ, พิระเดช สำราWaremarym, เปญจพร รัชดาภรณ์ และอนันต์ กนาศิลป์. (2566). การพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยลังไ泰ทางช่องห้องท้อง บทเรียนจากการระบาดของโควิด-19. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 17(1), 108–27.
- พิพวัลย์ ชีรลิริโรจน์ และละมัด เลิศล้ำ. (2566). บทบาทพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและป้องกันเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3–4. *วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา*, 6(1), 76–85.
- ประทุม สร้อยวงศ์. (บ.ก.). (2564). การพยาบาลอายุรศาสตร์. เอ็น.พี.ที.บรินติํง ปิยะวัฒน์ ศรีคงมาก และสุรเชษฐ์ วงศ์นิม. (2567). ภาวะปริchanบกพร่องในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง: การศึกษาแบบทบทวนวรรณกรรม. *วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย*, 31(1), 11–22.
- พญีล อะหะหมัดสา และบัญชา สถิรพจน. (2564). ภาวะซึมเศร้าในโรคไตเรื้อรัง. *วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย*, 27(4), 31–40.
- รัศมี ศิริสวัสดิ์, มารศรี ศิริสวัสดิ์ และมนัสวินี แก้วงาม. (2566). ลักษณะและรูปแบบของสมุนไพรที่มีความสัมพันธ์ต่อการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ 4, 5 ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลนครพนม. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม*, 10(1), 1–15.
- ราณี แสดงคง, รัชนี พจนาก, วิทยา วายโภย และ รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง. (2563). ผลของการใช้แอปพลิเคชันอัจฉริยะในการอบรมรู้ทางด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ร่วมด้วย: กรณีศึกษาศูนย์แพทย์ชุมชนวัดหนองแวง พระอารามหลวง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 7(3), 195–206. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). (2567). จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. <https://hdc.moph.go.th>

- ศันสนีย์ เชawanเกตุ. (2564). อุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาวชิร. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 6(3), 76–84.
- ศาสตรา เข็มบุปผา. (2565). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มาปรับปรุงที่โรงพยาบาลบ้านด่าน 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). คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวม ชนิดประคับประคอง. <https://www.nephrothai.org/>
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2565). คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต (ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม). <https://www.nephrothai.org/>
- วัลลภา ทองครี. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตรายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง: กรณีศึกษา. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 73, 160–168.
- Hfocus. (2560). การพัฒนาแอปพลิเคชันดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง “CKD รักษ์ไต”.
<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., Ulasi, 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 มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรัง โดยครอบครัวทำหน้าที่หลักในการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อันนำไปสู่การควบคุมโรคให้อยู่ในภาวะสงบและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ขณะที่ชุมชนมีบทบาทในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิต และการพัฒนาศักยภาพสู่การเป็น “ชุมชนเข้มแข็ง” ซึ่งไม่เพียงส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวเท่านั้น หากยังครอบคลุมถึงการพัฒนาสุขภาวะของสมาชิกในชุมชนโดยรวม

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้อ่าน

1. อธิบายบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้
2. อธิบายบทบาทของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้
3. อธิบายบทบาทของพยาบาลชุมชน ในการส่งเสริมครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้

บทนำ

เนื่องจากโรคเรื้อรังเป็นโรคที่มีการดำเนินโรคยาวนานและโดยทั่วไปไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องใช้ชีวิตร่วมกับโรคดังกล่าวและได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ทั้งนี้ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความหลากหลาย ตั้งแต่ภาวะที่มีอาการเพียงเล็กน้อย ไปจนถึงภาวะที่มีอาการรุนแรง หรือเป็นผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ในระดับที่แตกต่างกัน การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การพักผ่อนที่เพียงพอ การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด การจัดการอาหารและความเครียด ตลอดจนการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและการไปพบแพทย์ตามนัดหมาย เพื่อควบคุมการลุก浪ของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะมีโอกาสดำรงชีวิตร่วมกับโรคได้อย่างมีสุขภาวะ สามารถในครอบครัวและชุมชนถือเป็นปัจจัยแวดล้อมสำคัญที่มีบทบาท ในการสนับสนุนและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตร่วมกับโรคเรื้อรังได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

5.1 บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ครอบครัวมีหน้าที่ดูแลและตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ ของสมาชิกในครอบครัว เมื่อมีสมาชิก ในครอบครัวเจ็บป่วย ครอบครัวต้องให้ความรักความอบอุ่น เอกใจใส่และช่วยเหลือสมาชิกที่เจ็บป่วยให้กลับมา มีสุขภาพแข็งแรง หรือมีชีวิตอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วยได้อย่างผาสุก (จินตนาวัชรลินธุ์, 2560) ด้วยความรักและความผูกพันภายในครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยได้ดีกว่าบุคคลอื่น ดังนั้น "สมาชิกในครอบครัว" จึงถือเป็นผู้ที่เหมาะสมที่สุดในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (พิสมัย สุรากัญจน์ และดาวรุณี จงอุดมการณ์, 2562) เมื่อสมาชิกในครอบครัวคนหนึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ครอบครัวจำเป็นต้องเพิ่มบทบาทในการปฏิบัติหน้าที่ด้านการดูแลสุขภาพ (Health care function) มากยิ่งขึ้น เพื่อรับภาระที่เกิดจากการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย โดยเฉพาะในครอบครัวที่ไม่มีผู้ดูแลเฉพาะทาง หรือขาดการสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ บทบาทสำคัญของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ (จันทร์จิรา สีสว่าง, บุลวิชช์ ทองแตง, พัชรินทร์ เนียมเกิด, และจงจิตร ตันชาโพธิ์ประสิทธิ์, 2564; นพมาศ ศรีเพชรวรรณี, 2564; พิสมัย สุรากัญจน์ และดาวรุณี จงอุดมการณ์, 2562)

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

ภาวะของโรคให้อ่าย ในระดับที่ไม่รุนแรงมากขึ้นได้ในที่สุด การช่วยเหลือของครอบครัวในด้านนี้ ประกอบด้วยกิจกรรมที่สำคัญหลายประการ ได้แก่

- การจัดเตรียมอาหารและดูแลการบริโภคของผู้ป่วย โดยควบคุมให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับภาวะของโรค เช่น การรับประทานในปริมาณที่พอเหมาะสม หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวานจัด มันจัด และเค็มจัด พร้อมทั้งส่งเสริมการบริโภคผักสด ผลไม้ไม่หวานจัด รัญพีช และนม ในปริมาณที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย

- การส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมกับสมรรถภาพของร่างกายผู้ป่วย โดยสมาชิกในครอบครัวสามารถร่วมออกกำลังกายกับผู้ป่วย เพื่อสร้างแรงจูงใจ พร้อมทั้งฝึกสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นขณะออกกำลังกาย เช่น อาการปวดศีรษะ ใจสั่น หรืออ่อนเพลีย เป็นต้น หากพบความผิดปกติ ตั้งกล่าว ต้องให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ครอบครัวควรให้การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวร่างกายหรือข้อต่อต่างๆ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนเป็นเวลานาน เช่น ข้อติด แพลงดหับ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น

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

- การจัดการเรื่องยาอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การจัดเตรียมยา เตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างถูกต้องตามคำสั่งแพทย์ และสอบถามอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา รวมถึงให้ข้อมูลกับบุคลากรสาธารณสุข กรณีพบปัญหาจากการใช้ยา

- การดูแลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น การพาไปพบแพทย์ตามนัดหมายถึง 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 เช่น ในทางเศรษฐกิจ และความสะดวกในการเดินทาง

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

- ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ครอบครัวควรมีบทบาทในการค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมดังกล่าว เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการเลือกแนวทางจัดการปัญหา ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

- การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เช่น ปัญหาการลืมรับประทานยา การจดยาไม่ถูกต้อง การอนอนไม่หลับ หรือการขาดรายได้เนื่องจากการติดงาน เป็นต้น โดยสมาชิกในครอบครัวสามารถช่วยวางแผนและช่วยแก้ไขปัญหา รวมถึงการดูแลด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ

3) การช่วยเหลือในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลถือเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับสภาวะโรคของตนเอง ทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว จึงควรแสวงหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับโรคอย่างต่อเนื่อง โดยครอบครัวมีบทบาทสำคัญทั้งในฐานะของผู้แสวงหาข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย และในฐานะของผู้ช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีความสามารถในการค้นคว้าด้วยตนเองได้

การแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถดำเนินการได้หลากหลายรูปแบบ อาทิ การอ่านเอกสารทางสุขภาพ เช่น แผ่นพับหรือหนังสือคู่มือสุขภาพ การสืบค้นข้อมูลจากแหล่งออนไลน์ที่น่าเชื่อถือ การแลกเปลี่ยนพูดคุยกับผู้ป่วยรายอื่นที่มีประสบการณ์คล้ายกัน หรือการสอบถามข้อมูลโดยตรงจากบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งกระบวนการเหล่านี้จะช่วยเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับโรคแนวทางการดูแล และการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) การสนับสนุนด้านจิตใจและการจัดการความเครียด

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักประสบกับความเครียด ความวิตกกังวล และความรู้สึกไม่มั่นคงจากการดำเนินชีวิตที่ต้องมีการดูแลตัวเอง รวมถึงความไม่แน่นอนเกี่ยวกับผลของการรักษา ครอบครัว จึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนด้านจิตใจและการช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการกับความเครียด เพื่อ

เสริมสร้างกำลังใจ ความมั่นใจ และทัศนคติเชิงบวกต่อการดำเนินชีวิตกับโรคเรื้อรัง การสนับสนุนด้านจิตใจและการจัดการความเครียดที่สำคัญ ได้แก่

– การให้การสนับสนุนทางอารมณ์ ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถรับภาระเจ็บป่วยของตนเอง ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและการสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิต และยังควรให้กำลังใจและสร้างความหวังว่าผู้ป่วยยังสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและมีความสุข

– การเป็นผู้รับฟังที่ดี โดยบอกให้ผู้ป่วยรับรู้ว่า คนในครอบครัวพร้อมรับฟังปัญหาเมื่อผู้ป่วยรู้สึกเครียด ขอให้พูดคุยระบายความรู้สึก ความเครียด หรือความกังวลที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ครอบครัวต้องรับฟังอย่างดี ไม่ตัดหน้า หรือรีบตัดสิน ช่วยกันหาทางออกหรือแนวทางในการจัดการกับปัญหาต่างๆ อย่างสร้างสรรค์ ซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และสร้างความอบอุ่นใจ ให้กับผู้ป่วย

– การส่งเสริมกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น การทำงานอดิเรกที่เหมาะสม กับสภาพร่างกาย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมภายในบ้าน การเดินเล่นหรือพบปะเพื่อนบ้าน การดูหนัง พังเพลง หรือทำสมาธิ 说道 วนัต ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ เป็นวิธีการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม ส่งเสริมสุขภาพจิตให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

5) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองเป็นปกติวิสัยในวิถีชีวิตประจำวัน และมีส่วนร่วมกับเครือข่ายสังคม

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบางประการอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมความรุนแรงของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การดูดบุหรี่ การลดการบริโภคอาหารหวาน มัน และเค็ม เป็นต้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านี้ไม่เพียงแต่เป็นเรื่องของการดูแลตนเอง ในระยะสั้น แต่ควรได้รับการส่งเสริมให้กล้ายเป็นวิถีชีวิตในระยะยาว ซึ่งครอบครัวมีบทบาทสำคัญ ในการช่วยให้พฤติกรรมสุขภาพใหม่ ค่อยๆ กลายเป็นปกติวิสัยของผู้ป่วย

นอกจากนี้ ครอบครัวยังควรช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วย คงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ทางสังคม และมีส่วนร่วมกับเครือข่ายชุมชนในระดับที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและจิตใจ เพื่อป้องกันการแยกตัว ทางสังคมและช่วยให้ผู้ป่วยยังคงรู้สึกถึงคุณค่าและบทบาทในสังคม การช่วยเหลือที่สำคัญ ได้แก่

– การดูแล สนับสนุน และให้กำลังใจผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมักต้องใช้เวลา ความอดทน และความร่วมมืออย่างต่อเนื่อง ใกล้ชิดจากสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากพฤติกรรมใหม่อาจขัดแย้งกับความคุ้นเคยเดิมที่ผู้คนรู้สึก เช่น ชอบรับประทานอาหารรสจัด ไม่สนใจการออกกำลังกาย หรือมีพฤติกรรมเนือยนิ่งอยู่กับที่นานๆ (Sedentary behavior) ฯลฯ ดังนั้น การฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทําพฤติกรรมใหม่ และการให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอจะเป็นสิ่งจำเป็น

– การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา งานบุญประเพณีของชุมชน การร่วมกิจกรรมของชุมชนผู้สูงอายุ

หรือการออกกำลังกายร่วมกับเพื่อนบ้าน เป็นต้น กิจกรรมเหล่านี้จะช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตลดความเครียด และส่งเสริมสุขภาวะในภาพรวม

6) การสื่อสารกับบุคลากรสาธารณสุขและเครือข่ายสุขภาพ

การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสาธารณสุขเป็นสิ่งจำเป็นในการวางแผนการรักษา ติดตามอาการ และประเมินความก้าวหน้าในการดูแลสุขภาพ อย่างไร้ความผิดพลาด ผู้ป่วยบางรายอาจประสบข้อจำกัดด้านการสื่อสาร อันเนื่องมาจากการสุนรมทางภาษา อายุ ความเข้าใจพื้นฐาน ภาษาหรือวัฒนธรรม ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการเป็นลีออลางและสนับสนุนการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสาธารณสุข การช่วยเหลือที่สำคัญ ได้แก่

- การเข้าร่วมรับฟังและแลกเปลี่ยนข้อมูลกับแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ เมื่อพากผู้ป่วยไปพบแพทย์ หรือไปรับการตรวจรักษาตามนัด ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจแนวทางการรักษา และนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

- การให้ข้อมูลแก่บุคลากรสาธารณสุข เกี่ยวกับอาการ ความเปลี่ยนแปลงหรือความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย เพื่อประกอบการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมและตรงกับบริบทของผู้ป่วยมากที่สุด

- การช่วยอธิบายหรือถ่ายทอดข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุข ให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ชัดเจน โดยเฉพาะในกรณีที่มีภาษาหรือเนื้อหาทางวิชาการที่ผู้ป่วยอาจไม่สามารถเข้าใจได้ด้วยตนเอง

7) การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักมีข้อจำกัดทางร่างกาย โดยเฉพาะความสามารถในการเคลื่อนไหวและการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดังนั้น การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมและปลอดภัย จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการส่งเสริมการฟื้นตัวและความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุหรือภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม ครอบครัวจึงควรให้ความสำคัญกับการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้อีกต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย การช่วยเหลือที่สำคัญ ได้แก่

- การจัดให้ผู้ป่วยพักอาศัยในพื้นที่ที่สะอาด มีการระบายอากาศและแสงสว่างอย่างเพียงพอ พร้อมทั้งจัดวางเฟอร์นิเจอร์ให้เหมาะสม ไม่กีดขวางทางเดิน และช่วยอำนวยความสะดวกในการเคลื่อนไหว รวมถึงการติดตั้งราวจับในจุดสำคัญ เช่น ห้องน้ำ บันได หรือทางเดิน เพื่อป้องกันการหลบล้ม

- การจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลที่บ้าน อาทิ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด รวมถึงอุปกรณ์ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว เช่น ไม้เท้า walker หรือรถเข็น เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย

8) การเตรียมความพร้อมทางการเงิน

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระยะยาวนักก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายที่ต่อเนื่องและอาจสร้างภาระอย่างมากแก่ครอบครัว แม้ว่าระบบหลักประกันสุขภาพของภาครัฐ จะช่วยลดภาระค่ารักษาพยาบาล

แต่รายจ่ายในส่วนอื่นๆ เช่น ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล หรือค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยังคงเป็นภาระของครอบครัวโดยตรง นอกจากนี้ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานหารายได้ได้ เช่นเดิม ย่อมส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ครอบครัวจึงควรมีการวางแผนด้านการเงินที่รอบคอบ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและไม่ส่งผลกระทบต่อภาวะทางเศรษฐกิจของครอบครัวในภาพรวม แนวทางสำคัญ ได้แก่

- การลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น เช่น ลดการซื้อลิขินค้าฟรีเมีย การประหยัดน้ำ-ไฟ เป็นต้น
- การหารายได้เสริม เช่น การขายสินค้าออนไลน์ การรับจ้างส่งอาหารหลังเลิกงาน เป็นต้น
- การเข้าถึงสิทธิประโยชน์จากรัฐ เช่น การขอรับเงินสนับสนุนจากการกองทุนต่างๆ

การเบิกค่าอุปกรณ์จากสิทธิประกันสุขภาพ การประสานขอรับผ้าอ้อมผู้ให้ยาหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

9) การทำบทบาทแทนผู้ป่วย

สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนมีบทบาทต่างกัน เช่น เป็นบิดา เป็นมารดา เป็นบุตร เป็นสามี เป็นภรรยา เป็นพี่ เป็นน้อง ฯลฯ ทั้งนี้ บทบาทของสมาชิกแต่ละคนมีความสอดคล้องและเสริมบทบาทซึ่งกันและกัน บทบาทที่เหมาะสม ทำให้ครอบครัวสามารถทำงานที่ความเป็นครอบครัวได้ อย่างราบรื่นและมั่นคง บทบาทของสมาชิกในครอบครัวมีความยืดหยุ่นและสามารถปรับเปลี่ยนได้ ตามกาลเวลาและสถานการณ์ความเปลี่ยนแปลงในครอบครัว (นพมาศ ศรีเพชรบรรณดี, 2564) เช่น กรณีที่บิดาเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังและไม่สามารถประกอบอาชีพได้ มารดาอาจต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็นหัวหน้าครอบครัว และบุตรหลานอาจมีบทบาทช่วยหารายได้เพิ่มเติมเพื่อทดแทนรายได้ที่สูญเสียไป ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงบทบาทภายในการครอบครัวไม่เพียงแต่เป็นการช่วยเหลือในเชิงเศรษฐกิจ แต่ยังเป็นการแสดงออกถึงความรัก ความเอาใจใส่ และความสามัคคีของครอบครัวในการเชิญกับสถานการณ์ที่ท้าทายร่วมกัน

ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยผู้ดูแลในครอบครัว

1. ผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

“ความรู้และทักษะในการดูแล” ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลจำนวนไม่น้อยยังขาดความพร้อมในด้านนี้ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความปลอดภัย ข้อจำกัดด้านความรู้และทักษะในการดูแลสามารถจำแนกได้เป็นประเดิมย่อย ดังนี้ (อนันต์ พวงศ์, ดวงสุดา สุวรรณศรี, ชนพร แย้มศรี, มนธิดา แสงเรืองเอก, และ รุ่งอรุณ โพวันนัง, 2563)

1.1 ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง

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

1.2 ขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในหลายกรณีจำเป็นต้องอาศัยทักษะเฉพาะ เช่น การทำแปลงการดูแลสายส่วนบุส่วนตัว การให้อาหารทางสายยาง การใช้เครื่องดูดเสมห์หรือเครื่องให้ออกซิเจน การเปลี่ยนผ้าผู้ป่วย หรือการพยุงช่วยเหลือผู้ป่วยในการเดลี่น์ไหว ทักษะเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการฝึกฝนอย่างถูกวิธีซึ่งบางครอบครัวอาจไม่เคยมีประสบการณ์หรือไม่ได้รับการสอนมาก่อน อีกทั้งบางรายยังขาดความมั่นใจ จึงไม่กล้าลงมือดูแลเนื่องจากกังวลว่าจะเกิดอันตรายกับผู้ป่วย

1.3 ขาดทักษะในการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางรายอาจมีปัญหาทางอารมณ์และจิตใจร่วมด้วย เช่น ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า หรือพฤติกรรมก้าวร้าว ครอบครัวที่ขาดทักษะในการจัดการกับสภาวะดังกล่าว อาจไม่สามารถลือสารหรือให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งอาจไม่เข้าใจวิธีการลือสารเชิงบวก ซึ่งจำเป็นต่อการสนับสนุนด้านจิตใจให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและไม่โดดเดี่ยว

ทั้งนี้ ปัญหาและอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ครอบครัวขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย คือ การไม่สามารถเข้าถึงแหล่งความรู้และข้อมูลสุขภาพที่เชื่อถือได้ เช่น ขาดโอกาสในการเข้าอบรม ไม่มีลือสารที่เข้าใจง่าย พังช้อปูลจากบุคลากรสาธารณสุขไม่เข้าใจแต่ไม่กล้าซักถาม ไม่ทราบช่องทาง ในการหาข้อมูลสุขภาพเพิ่มเติม หรืออยู่ในพื้นที่ที่ไม่มีระบบลือสารที่ทันสมัย ส่งผลให้ไม่สามารถเรียนรู้หรือพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและครบถ้วน

2. ภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล

การมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในครอบครัว และจำเป็นต้องมีสมาชิกคนหนึ่งที่เป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งในหลายกรณี พบว่า ครอบครัวมักมีภาระหนักที่ต้องดูแล ให้แก่สมาชิกที่ยังไม่มีภาวะครอบครัวของตนเอง มีรายได้น้อย ระดับการศึกษาต่ำ หรือมีงานที่ยังไม่มั่นคง (พิสมัย สุรากัญจน์ และ ดาวรุณี จงอุดมกรณ์, 2562) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักเป็นเพศหญิง และครอบครัวมักไม่มีการหมุนเวียนหน้าที่กันในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระต่อเนื่องเป็นระยะเวลา长 ส่งผลให้เกิดภาวะเหนื่อยล้า ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เกิดความเครียด ความกดดัน และนำไปสู่ปัญหาด้านสุขภาพของผู้ดูแลเอง (ดาวรุณี จงอุดมกรณ์, 2556)

ภาระที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง อาจนำไปสู่ภาวะเหนื่อยล้า (Caregiver burden) และหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจพัฒนาไปสู่ภาวะหมดไฟในการดูแล (Caregiver

burnout) ซึ่งภาวะดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน ผู้ดูแลที่มีภาวะเหนื่อยล้ามากมีแนวโน้มในการดูแลผู้ป่วยลดลง และอาจนำไปสู่ภาวะเลื่อมตาอยของผู้ป่วย เช่น การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง หรือการเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร (พิสมัย สุระกาญจน์ และ ดาวรุณี จงอุดมการณ์, 2562)

งานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศได้ระบุถึงปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลโดยทั่วไป ได้แก่ (ชลดา แสงนาค, 2563; ศตวรรษ อุตตรคานทร์, 2561; Yigitalp et al., 2017)

3. ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย

ประกอบด้วยระดับความรุนแรงของโรค ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและระยะเวลาที่ต้องได้รับการดูแล โดยพบว่า หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ช่วยเหลือตนเองได้น้อยและต้องการการดูแลต่อเนื่องเป็นเวลานาน จะเพิ่มภาระให้แก่ผู้ดูแลมากขึ้น และมีโอกาสที่ผู้ดูแลจะเกิดภาวะเหนื่อยล้าสูงขึ้น

4. ปัจจัยด้านตัวผู้ดูแล

1.1 ภาวะสุขภาพกาย: ผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพร่างกาย จะเกิดภาวะเหนื่อยล้าได้ง่ายเนื่องจากไม่สามารถรับภาระในการดูแลได้อย่างเต็มที่

1.2 ภาวะสุขภาพจิต: ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญ ในทางกลับกัน ผู้ดูแลที่มีแนวคิดเชิงบวก มีความเข้มแข็งในการเผชิญปัญหา มักสามารถรับมือกับภาระได้ดีกว่า

1.3 ปัญหาส่วนตัวของผู้ดูแล: เช่น ปัญหาทางการเงิน ภาระหนี้สิน ความขาดแคลนด้านเวลา หรือการไม่มีโอกาสเข้าสังคม ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อความเครียดและภาระตุนให้เกิดภาวะเหนื่อยล้า

1.4 การได้รับการอบรมและข้อมูลความรู้: ผู้ดูแลที่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับโรค และการดูแลผู้ป่วยจะมีความมั่นใจและสามารถดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความวิตกกังวลและการเหนื่อยล้าได้ดี

5. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม

การมีระบบสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ถือเป็นอีกหนึ่งกลไกสำคัญที่ช่วยลดภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น การมีผู้ช่วยดูแล การหมุนเวียนหน้าที่กันดูแลภายในครอบครัว การสนับสนุนด้านอุปกรณ์เครื่องมือ รวมถึงการให้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุนด้านจิตใจ ล้วนเป็นบทบาทสำคัญในการลดภาระและการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทบาทของพยาบาลชุมชนในการส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ครอบครัวเป็นบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพตามสภาวะของโรค พยาบาลชุมชนในฐานะบุคลากรสาธารณสุข มีบทบาทสำคัญในการ

ส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงส่งเสริมการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในครอบครัว สามารถจำแนกตามระดับการพึ่งพิงของผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม
ได้แก่

- ครอบครัวที่ผู้ป่วยต้องการดูแลทั้งหมด
- ครอบครัวที่ผู้ป่วยต้องการดูแลบางส่วน
- ครอบครัวที่ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านเป็นการดูแลในระดับปฐมภูมิ ที่สมาชิกในครอบครัวทุกคนควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ครอบครัวจะกำหนดให้สมาชิกคนใดคนหนึ่งให้เป็น “ผู้ดูแลหลัก” บทบาทของพยาบาลชุมชนในการส่งเสริมครอบครัวจึงมุ่งเน้นไปที่ผู้ดูแลหลัก โดยพยาบาลชุมชนจะดำเนินกิจกรรมที่สอดคล้องกับระดับความสามารถของผู้ป่วยและความต้องการของครอบครัวเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างเหมาะสม โดยใช้กระบวนการพยาบาลควบคู่กับการมีส่วนร่วมของครอบครัว (มนุษ เพชรร่วง และยุพ จิวัฒนา, 2560; นพมาศ ศรีเพชรวรรณดี, 2564) ดังแสดงใน ตารางที่ 6

ตารางที่ 6 บทบาทของพยาบาลชุมชนและกิจกรรมการส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

บทบาทของ พยาบาล ชุมชน	กิจกรรมการส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง		
	ผู้ป่วยต้องการการดูแลทั้งหมด	ผู้ป่วยต้องการการดูแลบางส่วน	ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้
1. ผู้ให้บริการ	<p>1.1 ให้การพยาบาลที่บ้านอย่างต่อเนื่องโดยครอบคลุมการประเมินปัญหาสุขภาพ การวางแผนร่วมกับครอบครัว การดำเนินการพยาบาลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เช่น การให้ยาตามแผนการรักษา การทำแผลกดทับ การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ การประเมินภาวะแทรกซ้อนฯลฯ และการประเมินผลการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>1.2 ส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการสุขภาพที่เหมาะสม เมื่อพบอาการรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อน</p> <p>1.3 สนับสนุนต้านจิตใจและให้กำลังใจแก่ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตามแผนการรักษา</p>	<p>1.1 ให้การพยาบาลที่บ้านอย่างต่อเนื่องครอบคลุมการประเมินปัญหาสุขภาพ การวางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัว และดำเนินการพยาบาลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยมุ่งเน้นการพื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้กลับคืนสู่ภาวะปกติมากที่สุด</p> <p>1.2 ส่งเสริมให้ครอบครัวจัดสภาพแวดล้อมและกิจกรรมที่เอื้อต่อการฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยด้วยตนเอง</p> <p>1.3 ส่งเสริมด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย เพื่อสร้างแรงจูงใจในการพื้นฟูสุขภาพและพึ่งพาตนเอง</p> <p>1.4 สนับสนุนและให้กำลังใจแก่ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>1.1 ให้การพยาบาลที่บ้านอย่างต่อเนื่องครอบคลุมการประเมินปัญหาสุขภาพ การวางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัว และดำเนินการพยาบาลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองและทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง</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 การดำเนินโรค ภาวะแทรกซ้อน และแนวทางการดูแลที่เหมาะสม</p> <p>2.2 ถ่ายทอดทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายผู้ป่วยแก่ครอบครัว โดยการสอน สาธิต และฝึกปฏิบัติ เช่น การทำกายภาพบำบัด การใช้อลกเกอร์ พร้อมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยฝึกอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ</p> <p>2.3 สอนเทคนิคการฝึกหายใจ ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมการทำงานของระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วย</p>	<p>2.1 ให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ของผู้ป่วย รวมถึงการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อน</p> <p>2.2 ถ่ายทอดและฝึกทักษะการดูแลตนของแก่ผู้ป่วย เช่น การนวดอินซูลิน การบริหารร่างกาย เป็นต้น</p> <p>2.3 สอนและฝึกทักษะการดูแลทั่วไปแก่ผู้ป่วย เช่น การทำแผล การประคบอาหารที่เหมาะสมกับโรค เป็นต้น</p>	

บทบาทของ พยาบาล ชุมชน	กิจกรรมการส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง		
	ผู้ป่วยต้องการการดูแลทั้งหมด	ผู้ป่วยต้องการการดูแลบางส่วน	ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้
3. ผู้ประสานงาน	<p>3.1 ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย สุขภาพในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว เช่น ทีมหมอดครอบครัว ทีมสหสาขาวิชาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน osal. จิตอาสา เป็นต้น</p> <p>3.2 ส่งเสริมการจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนครอบครัว เช่น กลุ่มเพื่อนบ้านหรือกลุ่มครอบครัวที่มีประสบการณ์คล้ายกัน เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน</p>	<p>3.1 ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย สุขภาพในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>3.2 ประสานการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมตามความเหมาะสม เพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่า</p> <p>3.3 ประสานความร่วมมือในการจัดฝึกอาชีพที่เหมาะสมกับศักยภาพทางกาย และข้อจำกัดของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการพึ่งพาตนเอง</p>	<p>3.1 ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย สุขภาพในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>3.2 ส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย โดยประสานงานกับชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมา มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมได้เหมือนกัน การเจ็บป่วย</p>
4. ผู้แนะนำ	<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		
	ผู้ป่วยต้องการการการดูแลทั้งหมด	ผู้ป่วยต้องการการดูแลบางส่วน	ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้
	4.2 เมื่อครอบครัวต้องการคำแนะนำ พยาบาลควรให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน และให้ครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจในการดำเนินการ โดยไม่ชี้นำให้เลือกทางใด ทางหนึ่ง	4.2 แนะนำให้ครอบครัวเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้ทำให้เกิดประโยชน์	
5.ผู้ให้คำปรึกษา	5.1 ให้คำปรึกษากับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะในช่วงภาวะวิกฤต 5.2 ให้คำปรึกษากับผู้ดูแลเมื่อประสบกับความเครียด ความเห็นอยล้า หรือหมดไฟ 5.3 ให้คำปรึกษากับทีมสุขภาพ อสม. ผู้นำชุมชน และเครือข่ายสุขภาพอื่นๆ เพื่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพ	5.1 ให้คำปรึกษากับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย 5.2 ให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อเสริมสร้างความหวังและความมุ่งมั่นในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย 5.3 ให้คำปรึกษากับผู้ดูแลเมื่อประสบกับความเครียด ความเห็นอยล้า หรือหมดไฟ	5.1 ให้คำปรึกษากับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย 5.2 ให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อเสริมสร้างความหวังและความมุ่งมั่นในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย
6. นักระบบ วิทยา	6.1 สำรวจการติดเชื้อจากการอนามัย 6.2 หากผู้ป่วยติดเชื้อ พยาบาลต้องเฝ้าระวัง การแพร่กระจายเชื้อไปยังสมาชิกในครอบครัว	6.1 วิเคราะห์สาเหตุปัญหาสุขภาพ ตามหลักระบบวิทยาและดำเนินการแก้ไข ตามสาเหตุ 6.2 คัดกรองสุขภาพสมาชิกในครอบครัว เพื่อค้นหาผู้ป่วย โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีโรคถ่ายทอดทางพันธุกรรม	6.1 วิเคราะห์สาเหตุปัญหาสุขภาพ ตามหลักระบบวิทยาและดำเนินการแก้ไข ตามสาเหตุ 6.2 คัดกรองสุขภาพสมาชิกในครอบครัว เพื่อค้นหาผู้ป่วย โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีโรคถ่ายทอดทางพันธุกรรม

บทบาทของ พยาบาล ชุมชน	กิจกรรมการส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง		
	ผู้ป่วยต้องการการการดูแลทั้งหมด	ผู้ป่วยต้องการการดูแลบางส่วน	ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้
	<p>6.3 วิเคราะห์สาเหตุปัญหาสุขภาพตามหลักระบบวิทยาและดำเนินการแก้ไขตามสาเหตุ</p> <p>6.4 คัดกรองสุขภาพสมาชิกในครอบครัวเพื่อค้นหาผู้ป่วย โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีโรคถ่ายทอดทางพันธุกรรม</p>		
7. ผู้เชี่ยวชาญ ด้านสิ่งแวดล้อม	<p>7.1 ร่วมกับครอบครัวจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด มีแสงสว่างเพียงพอ และเหมาะสมต่อการพักผ่อนของผู้ป่วย</p> <p>7.2 ปรับสิ่งแวดล้อมให้เข้ากับต่อการดูแลและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เช่น การจัดทำพื้นที่ทางลาด เป็นต้น</p> <p>7.3 แนะนำวิธีการกำจัดขยะติดเชื้อจาก การดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องและปลอดภัย</p>	<p>7.1 ร่วมกับครอบครัวจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมต่อการพักผ่อนของผู้ป่วย</p> <p>7.2 ร่วมกับครอบครัวจัดสิ่งแวดล้อมให้เข้ากับต่อการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย</p>	ร่วมกับครอบครัวปรับสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เข้ากับการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว
8. ผู้ร่วมงาน	<p>8.1 ร่วมมือกับทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม</p> <p>8.2 ร่วมดำเนินงานกับกลุ่มคน หน่วยงาน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง</p>		

บทบาทของ พยาบาล ชุมชน	กิจกรรมการส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง		
	ผู้ป่วยต้องการการดูแลทั้งหมด	ผู้ป่วยต้องการการดูแลบางส่วน	ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้
9. ผู้พิทักษ์สิทธิ์ ของผู้รับบริการ	<p>9.1 ตรวจสอบสิทธิประโยชน์ที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับจากหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และทองถิน เช่น สิทธิหลักประกันสุขภาพ กองทุนเงินทดแทน หรือเงินช่วยเหลือตามกฎหมายฯ</p> <p>9.2 แนะนำแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วย เช่น การรับผ้าอ้อมผู้ไข้จาก อบต. หรือการยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์จากศูนย์บริการชุมชนฯ</p> <p>9.3 สนับสนุนให้ครอบครัวเข้าถึงและใช้สิทธิประโยชน์ที่พึงมีอย่างเหมาะสม</p>		
10. นักวิจัย	<p>10.1 ประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม</p> <p>10.2 นำนวัตกรรมมาใช้ในการดูแล เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และลดภาระของผู้ดูแล</p> <p>10.3 สร้างองค์ความรู้ใหม่ผ่านการวิจัยหรือพัฒนาวัตกรรม เพื่อยกระดับคุณภาพการบริการในชุมชน</p>		
11. ผู้เป็นตัวแบบ	<p>11.1 ปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมแก่ครอบครัวและชุมชน</p> <p>11.2 แสดงแบบอย่างในการดูแลผู้ป่วยด้วยความมุ่งมั่น อดทน และเมตตา เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีต้นแบบในการดูแลที่เหมาะสม</p>		
12. ผู้จัดการ รายกรณี	การจัดการรายกรณี เป็นกระบวนการการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายแบบองค์รวมและต่อเนื่องในทุกระยะของการเจ็บป่วย ทั้งในสถานบริการสุขภาพและชุมชน โดยมุ่งเน้นการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพที่ซับซ้อนของผู้ป่วย และครอบครัว ผ่านการประสานงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ การเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็น และการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล ทั้งในด้านผลลัพธ์ทางคลินิก การลดค่าใช้จ่าย การเพิ่มรายได้ และการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ผู้จัดการรายกรณีมักดูแลผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทางคลินิก (Complexity) 2) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง และมีภาวะรุนแรง (High risk) 3) ผู้ป่วยที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน (Extended hospital stay) 4) มีค่าใช้จ่ายในการ		

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

บทบาทพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ดูแลที่มีภาวะเหนื่อยล้า

ภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล แต่ยังทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยลดลงด้วย พยาบาลซุ่มชนควรตระหนักรถึงปัญหาและวางแผนในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ดูแล ดังนี้ (วิริสรา ลุรีระ, 2556)

- ประเมินภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลเป็นระยะ โดยใช้ประเมินภาวะเหนื่อยล้า ของผู้ดูแล (Caregiver Burden) ฉบับภาษาไทย ที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้แก่ Zarit burden interview แบบสั้น มีข้อคำถาม 12 ข้อ ซึ่งจะทำให้พยาบาลทราบว่า ผู้ดูแลมีอาการเหนื่อยล้าในระดับใด (ปราร์ ปราโมทย์สิริ และศิรสา เรืองฤทธิ์ชาญกุล, 2567) เพื่อนำไปวางแผนการช่วยเหลือ
- ร่วมกับครอบครัวค้นหาปัจจัยเสี่ยง ที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล เช่น ต้องดูแลผู้ป่วย เปี่ยงคนเดียวเป็นเวลานาน ขาดทักษะในการดูแล มีปัญหาสุขภาพ มีความขัดแย้ง ในครอบครัว เป็นต้น โดยให้ผู้ดูแลได้บอกเล่าความรู้สึก และพยาบาลรับฟังอย่างตั้งใจ
- ให้การช่วยเหลือในการลดความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล โดยจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่คันหาได้ เช่น ให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลสำหรับผู้ดูแลที่ขาดประสบการณ์ ให้สมาชิกในครอบครัวสนับสนุนเป็นผู้ดูแล หรือแนะนำให้จ้างผู้อื่นมาช่วยดูแลผู้ป่วย เป็นบางครั้ง เป็นต้น
- ประสานงานให้เครือข่ายสุขภาพในชุมชนเข้ามาร่วมช่วยเหลือแบ่งเบาภาระ ของผู้ดูแล เช่น ให้สม.เข้ามาร่วมดูแล เป็นต้น

5. แนะนำให้ผู้ดูแลรักษาสุขภาพร่างกายของตัวเองให้แข็งแรง โดยรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอ พบประพฤติคุยกับผู้อื่น และ หาเวลาทำกิจกรรมที่ชอบ

6. ให้กำลังใจผู้ดูแลให้เห็นคุณค่าในสิ่งที่ตนเองได้ทำให้กับครอบครัวเพื่อช่วยปรับอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ดูแลให้ดีขึ้น รวมถึงสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ดูแลกล้า ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น และกล้าตัดสินใจไปปรึกษาแพทย์ เมื่อตนเองมีความผิดปกติทางพัฒนาระบบที่รุนแรง

สรุป ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลสมาชิกที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยให้การดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมการทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การใช้ยา และการพาผู้ป่วยปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ต้องรับภาระการดูแลในระยะยาว อาจนำไปสู่ภาวะเหนื่อยล้าได้

5.2 บทบาทของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

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

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

รูปแบบดังกล่าวได้รับการประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายในการดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรังและครอบครัว ในชุมชน โดยมีการชี้ถึงบทบาทของปัจจัยภายนอกที่สำคัญ 2 ประการ ได้แก่ 1) ระบบบริการสุขภาพในชุมชน และ 2) ชุมชน ซึ่งมีส่วนช่วยสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ลดความลังเลกังวล หรือสภาวะของโรค ดังนั้น พยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงาน ในการดูแลครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จึงควรให้ความสำคัญกับทั้งการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในชุมชน และการขับเคลื่อนปัจจัยทางสุขภาพในระดับชุมชน เพื่อให้เกิดระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระยะยาวที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน (มนุษ พีชรร่วง และยุพา จิวพัฒนา, 2560)

“ระบบบริการสุขภาพในชุมชน” เป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมภายในบริบทของความเป็นชุมชน ที่มีอิทธิพลต่อบุคคลและครอบครัว ระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลโดยตรงต่อสุขภาวะของคนในชุมชน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ตามแนวทางรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนขยาย เป็นการปรับระบบบริการระดับปฐมภูมิให้เป็นบริการเชิงรุก ที่ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนครอบครัวในการดูแลสมาชิกที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รวมถึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับโรคเรื้อรังได้อย่างมีคุณภาพ การปรับระบบบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนขยาย (Barr et al, 2003) มีดังนี้

1. การออกแบบระบบบริการ/การจัดรูปแบบบริการสุขภาพใหม่ (Delivery system design/re-orient health service) คือ การปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการสุขภาพ จากการเน้นเฉพาะการรักษาทางคลินิกไปสู่การดูแลสุขภาพ แบบองค์รวมที่ครอบคลุมบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยตระหนักรถึงความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพกับปัจจัยกำหนดทางสังคม การเมือง เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม รวมถึงส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เช่น การจัดบริการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และอสม. การตั้งศูนย์ยึดมั่น-คืนคุ้มครองสุขภาพ สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นต้น

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

ครอบครัวในการดูแลตนเองและรับมือกับโรคเรื้อรัง โดยส่งเสริมทักษะชีวิตที่จำเป็นต่อการมีสุขภาวะเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองและการจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ เช่น การอบรมทักษะให้ผู้ดูแล การฝึกให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น

3. การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support) คือ การส่งเสริม การตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ครอบคลุมทั้งด้านโรคการรักษา และการส่งเสริมสุขภาวะ เพื่อนำไปสู่แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละบุคคลและชุมชน

4. ระบบฐานข้อมูล (Information systems) คือ การใช้ฐานข้อมูล เป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างรูปแบบบริการทำงานใหม่ๆ และประเมินผล การดำเนินการ ทั้งนี้ ข้อมูลด้านประชากร สุขภาพ สังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ รวมถึงความต้องการและศักยภาพของชุมชน ควรถูกนำมาใช้ในการวางแผนนโยบายและกิจกรรมเชิงป้องกันก่อนเกิดปัญหาสุขภาพในชุมชน เช่น การทำฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน และใช้ข้อมูลที่รวบรวมไว้มาวิเคราะห์เพื่อออกแบบการให้บริการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นต้น

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

1. การร่วมกันสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build healthy public policy)

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หมายถึง “นโยบายสาธารณะที่แสดงเจตนาการณ์ถึง ความห่วงใยในเรื่องสุขภาพ ขณะเดียวกันก็เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและกายภาพที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดี และมุ่งเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมที่เอื้อต่อสุขภาวะของประชาชน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเท่าเทียม ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ระบุให้กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเกิดขึ้นผ่านการมีส่วนร่วมอย่างเป็นประชาธิปไตยของทุกภาคส่วนในสังคม ได้แก่ ภาครัฐ ฝ่ายการเมือง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน นักวิชาการ สื่อมวลชน ตลอดจนชุมชนและประชาชน (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ [สช.], 2550) นำไปสู่ผลลัพธ์ ด้านการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม อาทิ การออกกฎหมาย มาตรการทางภาษี การจัดสรรงบประมาณ รวมถึงแนวทางหรือจุดยืนที่ชัดเจน เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน

การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เป็นกระบวนการแบบ “ล่างขึ้นบน” ดังนั้น ชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญในการร่วมกันขับเคลื่อนและผลักดันให้นโยบายเกิดขึ้น โดยประชาชนในพื้นที่เป็นผู้ตระหนักรถึงปัญหาสุขภาพและร่วมกันเริ่มกระบวนการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย ผ่านการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ได้แก่ ภาครัฐ ภาควิชาการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน กลไกที่ใช้

ในการขับเคลื่อนมีหลากหลาย เช่น สมัชชาสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะประเด็น หรือข้อตกลงชุมชน เป็นต้น เพื่อให้มั่นใจว่าความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้รับการสะท้อนในกระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบายในระดับต่างๆ เช่น รัฐบาล ผู้ว่าราชการจังหวัด หรือองค์กรบริหารส่วนตำบล และกระทรวงให้ผู้กำหนดนโยบายตระหนักถึงผลกระทบที่ตามมา พร้อมทั้งยอมรับความรับผิดชอบ ในการส่งเสริมสุขภาพที่ดีให้แก่คนในชุมชน (อาภาพร เพ่าวัฒนา, สิรินธร กลั่นพาก, สุนีย์ ละกำปั่น, และทัศนีย์ รวิกรกุล, 2563)

ในบริบทของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นโยบายสาธารณะในระดับชุมชน ควรมุ่งเน้นความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการกำหนดเกณฑ์มาตรฐาน นโยบายจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้ครอบคลุม ดูแลที่มีความเสมอภาคและเป็นธรรม ตัวอย่าง เช่น นโยบายจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้ครอบคลุมที่มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจสามารถยืดใช้งานได้ หรือนโยบายจัดระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างเหมาะสมในทุกระดับบริการ เป็นต้น

2. ร่วมกันสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create supportive environments)

มีหลักฐานทางวิชาการจำนวนมากที่ชี้ด้วยว่า การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพจึงควรมีลักษณะครอบคลุมทั้งด้านความปลอดภัย การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต และความสุขในการดำเนินชีวิตประจำวัน

การดำเนินการดังกล่าวไม่จำกัดเฉพาะมาตรการคุ้มครองสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ หรือกายภาพเท่านั้น แต่ต้องครอบคลุมถึงการสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ช่วยให้ประชาชนมีสุขภาวะในทุกมิติอย่างสมบูรณ์ โดยเฉพาะในบริบทของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ชุมชนมีบทบาทสำคัญในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนต่อการดูแลและพัฒนาสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ดังนี้

2.1 การสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment)

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

2.2 การสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคม (Social environment)

สิ่งแวดล้อมทางสังคมเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนในชุมชน ทำให้เกิดการซื่อสัมภึ้น ความเชื่อมั่น ความมีความสัมพันธ์ที่ดี และมีการช่วยเหลือดูแลครอบครัวที่มีการเจ็บป่วย เช่น การจัดกิจกรรมสังคม งานอาสาช่วยเหลือผู้ป่วย การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ บสส. ในการเยี่ยมผู้ป่วย หรือการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เป็นต้น

2.3 การสร้างสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม (Cultural environment)

สิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรมเกี่ยวข้องกับประเพณี ค่านิยม ความเชื่อ และวิถีชีวิตที่สืบทอดกันมา มีผลต่อการดำเนินชีวิตและความคิดของคนในชุมชน ชุมชนควรอนุรักษ์วัฒนธรรมและวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น กิจกรรมทางศาสนา การบริโภคอาหารพื้นบ้านที่มีประโยชน์ หรือการใช้วัสดุปัญญาท้องถิ่นรักษาโรคเรื้อรัง เป็นต้น และแก้ไขพฤติกรรมสุขภาพจากวัฒนธรรม ความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหารสจด การรักษาโรคด้วยยาผิบออก เป็นต้น

2.4 สร้างสิ่งแวดล้อมทางจิตวิญญาณ (Spiritual environment)

สิ่งแวดล้อมทางจิตวิญญาณช่วยส่งเสริมและสนับสนุนการองค์รวม ทางจิตใจของคนในชุมชน เป็นมิติที่เกี่ยวข้องกับจิตใจ ความครั้งชา และคุณค่าชีวิต ผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่อาจหายจากการเจ็บป่วยได้ บางรายสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตอาจลดลงจนรู้สึกลึ้นห่วง ชุมชนควรตระหนักร่วมและเสริมสร้างจิตวิญญาณของผู้ป่วย เช่น การจัดให้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา การสนับสนุนกลุ่มสนทนาสร้างความหวังและกำลังใจ หรือการสร้างความรู้สึกปลอดภัยและสงบสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เป็นต้น

“หมู่บ้านสุขภาวะ” หรือ “ตำบลน่าอยู่” เป็นตัวอย่างหนึ่งของการที่ชุมชนบูรณาการการสร้างสิ่งแวดล้อมทุกมิติเข้าด้วยกัน เกิดเป็นสภาพแวดล้อมที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งไม่เพียงแต่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัวเท่านั้น แต่ยังช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของชุมชนโดยรวมในระยะยาวอีกด้วย

3. การเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนในการพึ่งตนเอง (Strengthen community action)

การเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนมุ่งหมายให้เกิด “ชุมชนเข้มแข็ง” ซึ่งหมายถึง ชุมชนที่สามารถรวมพลังกันใช้ศักยภาพของตนในการแก้ไขปัญหาโดยมีการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกเป็นแรงเสริมสำคัญ การเรียนรู้ร่วมกัน อย่างต่อเนื่องในกระบวนการแก้ไขปัญหานี้ก่อให้เกิดศักยภาพในการพึ่งพาตนเองของชุมชน (อาภาพร เฝ้าวัฒนา, สิรินธร กลั่นพากร, สุนีย์ ละกำปัน, และทัศนีย์ รุวิกรกุล, 2563) การเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนเริ่มจากการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกในชุมชน จนนำไปสู่ความเชื่อมั่นร่วมกันว่าชุมชนมีศักยภาพ ในการจัดการปัญหาของตนเองได้ โดยสามารถร่วมกันกำหนดปัญหาสำคัญของชุมชนและกำหนดเป้าหมายร่วมในการพัฒนาสุขภาพ การเสริมพลังอำนาจ (Community empowerment) จึงเป็นหัวใจสำคัญของการบูรณาการนี้ เน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพของประชาชนทั้งในกระบวนการตัดสินใจและดำเนินการด้านสุขภาพ ซึ่งนำไปสู่การคืนนาแนวทางการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของตน

ชุมชนที่เข้มแข็งจะสามารถขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ 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 (อมาลี อัมพันศิริรัตน์ และพิมพิมล วงศ์ไชยา, 2562)

1. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน

พยาบาลชุมชนมีบทบาทกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักรถึงปัญหาและความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน การสนับสนุนข้อมูลที่ชัดเจน การจัดเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการระบุปัญหา รวมถึงวิเคราะห์ศักยภาพและข้อจำกัดของชุมชน เป็นกระบวนการสำคัญ ที่นำไปสู่การวางแผนร่วมกันเพื่อจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยคำนึงถึงวิถีชีวิตวัฒนธรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่น

2. เสริมสร้างพลังอำนาจให้ชุมชน

หลังจากที่ชุมชนได้มีการวางแผนและตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแล้ว พยาบาลชุมชนมีบทบาทในการส่งเสริมให้สมาชิกในชุมชน สามารถดำเนินการตามแผนได้ด้วยตนเอง เพื่อสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของและความรับผิดชอบต่อชุมชนของตน นำไปสู่การพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน โดยมีแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

2.1 เสริมสร้างความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

พยาบาลชุมชนมีบทบาทในการให้ข้อมูลข่าวสาร จัดการอบรม หรือสร้างพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในชุมชน เพื่อเพิ่มศักยภาพให้ชุมชนสามารถพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้อย่างเหมาะสม

2.2 ประสานงานสร้างเครือข่ายกับหน่วยงานภายนอก

พยาบาลชุมชนเป็นผู้ประสานงานให้ชุมชนมีโอกาสในการสร้างเครือข่ายกับหน่วยงานด้านสุขภาพ องค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคมภายนอก ชุมชน เพื่อให้ชุมชนเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายเข้ามาร่วมจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ครอบคลุม ความต้องการในทุกมิติ

2.3 พัฒนาผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

พยาบาลชุมชนมีบทบาทในการพัฒนาผู้นำชุมชนและ อสม. ให้สามารถเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพ เป็นผู้นำในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน และเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนกิจกรรมสุขภาพในชุมชน

2.4 ชี้แหล่งประโยชน์ที่ชุมชนสามารถเข้าถึงได้

พยาบาลชุมชนมีบทบาทในการเป็นผู้ชี้แหล่งประโยชน์หรือทรัพยากรทั้งภายในและภายนอกชุมชน เพื่อให้ชุมชนได้เข้าถึงและนำมาใช้ในการจัดระบบ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ประชญาชาวบ้าน สมุนไพรในชุมชน กองทุนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภาคเอกชนที่พร้อมสนับสนุนกิจกรรมของชุมชน เป็นต้น

2.5 สนับสนุนการจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพชุมชน

พยาบาลชุมชนเป็นที่ปรึกษาให้ชุมชนทำฐานข้อมูลภาวะสุขภาพ ทุนทางสังคม เครือข่าย ในพื้นที่ และสนับสนุนให้ใช้ข้อมูลเป็นฐานในการตัดสินใจ วางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริมพลังยานพาหนะสุขภาพ 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 เพื่อเสริมสร้างชุมชนให้มีสุขภาวะที่ดี และสามารถดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยพยาบาล มีบทบาทในการสนับสนุนชุมชน ดังนี้

4.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ พยาบาลชุมชนควรส่งเสริมให้ชุมชนตระหนักรถึงความสำคัญของการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ปลอดภัยและเหมาะสมต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น การปรับปรุงทางเข้าออกบ้านให้เอื้อต่อผู้ใช้รถเข็น เป็นต้น

4.2 สิ่งแวดล้อมทางสังคม พยาบาลชุมชนควรส่งเสริมให้สมาชิก ในชุมชนมีความสัมพันธ์ที่ดี มีความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมในการดูแลชุมชน ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญในการสร้างชุมชนเข้มแข็งและพึงพาณิชย์ได้

4.3 สิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม พยาบาลชุมชนมีบทบาทในการส่งเสริมวัฒนธรรมประเพณี หรือความเชื่อที่เกื้อต่อสุขภาพ และช่วยชี้ให้เห็นถึงวิถีชีวิตหรือค่านิยมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อร่วมกันปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะ

4.4 สิ่งแวดล้อมทางจิตวิญญาณ พยาบาลชุมชนควรส่งเสริมให้ชุมชนมีความหวัง ความศรัทธา และเห็นคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ ตลอดจนเห็นคุณค่าของการมีส่วนร่วมในการดูแลชุมชนของตนเอง ซึ่งเป็นพลังในการขับเคลื่อนสุขภาพของชุมชนอย่างยั่งยืน

5. ร่วมมือและส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy public policy) ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการจัดการสุขภาพในระดับชุมชน โดยนโยบายที่เหมาะสมย่อมลั่นให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ นโยบายดังกล่าวควรสะท้อนความต้องการและฉันทามติของประชาชนในชุมชนเกี่ยวกับสิ่งที่ควรหรือไม่ควรกระทำในบริบทของสุขภาวะ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอาจอยู่ในรูปแบบทางการ อาทิ สมัชชาสุขภาพ และกรรมนูญสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2550) หรืออยู่ในรูปของข้อตกลงภายในชุมชน ตัวอย่างเช่น นโยบายห้ามเผายะกลางแจ้ง นโยบายส่งเสริมอาหารปลอดภัยในโรงเรียน การจัดพื้นที่สาธารณะสำหรับการออกกำลังกาย หรือการจัดตั้งศูนย์ยึดอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังและระยะสุดท้าย เป็นต้น

บทบาทของพยาบาลชุมชนในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ในระดับท้องถิ่น ประกอบด้วย

5.1 ส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารจัดการพัฒนานโยบาย

5.2 ให้ข้อมูลเชิงวิชาการเพื่อประกอบการเสนอนโยบาย

5.3 ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานระหว่างชุมชนกับหน่วยงานรัฐและภาคเอกชน เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการบริหารจัดการพัฒนานโยบาย

5.4 มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ตลอดจนติดตามและประเมินผลกระทบของนโยบายที่มีต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชน

พยาบาลชุมชนยังสามารถแสดงบทบาทการเป็น “ผู้พิทักษ์สิทธิ์” โดยการเป็น “กระบวนการสื่อสารสื่อ媒暈” ร่วมกับชุมชน ในการขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายหรือการสื่อสารผ่านสื่อมวลชน (Media advocacy) เพื่อผลักดันประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งล้วนเป็นกระบวนการที่จะช่วยให้ชุมชนในการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง ที่ส่งผลต่อสุขภาวะโดยรวม

6. การติดตามและประเมินผลร่วมกับชุมชน

พยาบาลชุมชนร่วมกับชุมชนในการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อใช้ข้อมูลที่ได้ในการพัฒนาและปรับปรุงกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้ป่วย ทั้งนี้ พยาบาลอาจแสดงบทบาท “นักวิจัย” โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัย มาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการประเมินผลและนำไปสู่การพัฒนาที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนมากยิ่งขึ้น

บทสรุป

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

คำตามท้ายบท

1. บทบาทของครอบครัวตามข้อใด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

- ก. การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยร้องขอ
- ข. การให้ผู้ป่วยกำหนดรายการอาหารที่ต้องการด้วยตนเอง
- ค. การหลีกเลี่ยงการพูดคุยเรื่องโรคเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยวิตกกังวล
- ง. การกระตุนและร่วมออกกำลังกายกับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

คำตอบที่ถูกต้อง ง

2. แนวคิด Expanded Chronic Care Model มีจุดเด่นที่สำคัญอย่างไรในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

- ก. ผนวกแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพระดับประชากรเข้ากับการจัดการโรคเรื้อรัง
- ข. มุ่งเน้นให้ชุมชนมีบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนทุกคน
- ค. การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากโรคเรื้อรัง โดยทีมဆสาขาวิชาชีพ
- ง. เน้นใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเพื่อการวินิจฉัยโรคเรื้อรังตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

คำตอบที่ถูกต้อง ก

3. ข้อใด ไม่ใช่ การสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพในชุมชน

- ก. การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน
- ข. การส่งเสริมให้ օสม. ไปเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- ค. การปรับปรุงบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- ง. การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว

คำตอบที่ถูกต้อง ค

4. พยาบาลชุมชนควรทำอย่างไร ในการดูแลครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถพึ่งพาตนเองได้

- ก. เน้นให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลหลัก
- ข. สนับสนุนให้ครอบครัวทำการดูแลแบบปรับเปลี่ยน
- ค. พื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้กลับคืนสู่ภาวะปกติเป็นหลัก
- ง. สนับสนุนให้ครอบครัวกระตุ้นผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

คำตอบที่ถูกต้อง ง

5. ข้อใด ไม่ใช่ บทบาทของพยาบาลชุมชนในการส่งเสริมชุมชน เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตามแนวคิด Expanded Chronic Care Model

- ก. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ
 - ข. สนับสนุนให้สถานบริการสุขภาพปฐมภูมิจัดบริการเฉพาะทางแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน
 - ค. เสริมสร้างพลังอำนาจให้ชุมชนโดยพัฒนาองค์ความรู้และศักยภาพของคนในชุมชน
 - ง. สนับสนุนการจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพชุมชน เพื่อใช้งานแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- คำตอบที่ถูกต้อง ข

เอกสารอ้างอิง

- จันทร์จิรา สีสว่าง, บุลวิชช์ ทองแตง, พัชรินทร์ เนียมเกิด, และจงจิตรา ตันทโพธิ์ประลิท. (2564). การมีส่วนร่วมของครอบครัว: กลยุทธ์สนับสนุนการให้ความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 28(2), 159–169. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/250759/176538>
- จินตนา วัชรลินธุ. (2560). การพยาบาลครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยเรื้อรัง. *ชลбуรีการพิมพ์*.
- ชลดา แสงนาค. (2563). ความเห็นอย่างล้ำและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเห็นอย่างล้ำของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สืบค้นจาก <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/3912/>
- ดาวรุณี จงอุดมการณ์. (2556). การพยาบาลสุขภาพครอบครัว: แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้ในครอบครัวระยะวิกฤต. ขอนแก่น: ศลั้งนานาวิทยา.
- นงนุช เพ็ชรร่วง, และยุพา จิราพัฒนา. (2560). การพยาบาลครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วย. กรุงเทพฯ: rongpimpressแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพมาศ ศรีเพชรวรรณดี. (2564). การบริการอนามัยครอบครัว. นครปฐม: เอ็น.พี.ที. ปรินติ้ง.
- ปรวีร์ ปราโมทย์สิริ, และ ศิรสา เรืองฤทธิ์ชัญกุล. (2567). ภาวะเห็นอย่างล้าในผู้ดูแลผู้สูง อายุเวชสารแพทย์ทหารบก, 77(1), 57–63. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/rtamedj/article/download/265390/183090/1118908>
- ปัญาวัชร ปราภรณ์. (2560). พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 28(1), 112–121. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pnc/issue/view/9863>
- พิสมัย สุระกาญจน์, และดาวรุณี จงอุดมการณ์. (2562). บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: การสังเคราะห์วิทยานิพนธ์ แบบการวิจัยเชิงคุณภาพ. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7*, 26(2), 83–92. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jdpc7kk/article/view/212973>
- วริสรา ลุวีระ. (2556). การดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *ศรีนคินทร์เวชสาร*, 28(2), 266–70. สืบค้นจาก <https://www.thaiscience.info/journals/Article/SRMJ/10899729.pdf>
- ศตวรรษ อุดรศาสตร์. (2561). ปัจจัยที่มีความล้มเหลวที่สัมพันธ์กับภาวะของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา. สืบค้นจาก <https://buuir.buu.ac.th/xmlui/handle/1234567890/7748>
- ศักดิ์ชินทร์ นรสาร, และวิไลวรรณ วัฒนานนท์. (2560). พยาบาลผู้จัดการรายกรณี: บทบาทการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพาในชุมชน. *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: สภาพนิพนธ์.

อนันต์ พวงคำ, ดวงสุดา สุวรรณครี, ธนาพร แย้มศรี, มณฑิตา แสงเรืองเอก, และ รุ่งอรุณ โภวันนัง.

(2563). ผลกระทบของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 35(2), 303–316. สืบค้นจาก

<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/240063/166210>

อมาราสี ขัมพันศิริรัตน์, และพิมพิมล วงศ์ไชยา. (2562). บทบาทพยาบาลวิชาชีพ กับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนสู่ตำบลสุขภาวะ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 13(1), 38–47. สืบค้นจาก

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/EAUHJSci/article/view/177189>

อาทพrho แห่งวัดนา, ลิรินธร กลัมพาก, สุนีย์ ละกำปั่น, และทัศนีย์ ริกรกุล. (2563). การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 2). ฉะเชิงเทรา: เอ็ม เอ็น คอมพิว ซอฟเซท.

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>

ទ្រចនីគំគោន

ក

- ករបវនការពយបាល 12–18, 28–31, 40–44, 63–67, 91–96
ការបន្ទាយការយោង 11–12, 50–52, 74–76, 98–100
ការមើស់វនរំវែង 129, 131
ការយើរដឹងបាន 15–17, 40–44, 63–67, 91–96
ការពយបាលទៅបាន 1–18, 33–55, 57–80, 84–104
ការវាយដេននិងប្រើប្រាស់ការពយបាល 14–18, 28–31, 45, 68, 95–96

ខ

- ខ័ណីនិទ្ទេយោងការពយបាល 12–14, 28–29, 40, 63, 91

គ

- គរបគ្រោ 108, 129
គីឡូកាយ 119, 129

ឃ

- ឃុំជន 124, 126

ធម៌

- ធមិយុត្តិ 44, 67, 96

ឯ

- ឯវតករម 45–47, 68–72, 97
ឯវគិត/រូបរាងការគ្រួលដែងប្រើប្រាស់ការពយបាល 6, 125

ឱ

- ឱពិយុត្តិ 42, 65, 94
ឱមសុខភាព 26–27, 45, 68, 119, 129
ឱគិនិលើយោងសុខភាព 45–47, 68–72, 97
Tele-nursing 45, 68–72
Telemedicine 72

ឱ

- ឱបាបាទពយបាល 115, 124, 129

ป

ปฐมภูมิ 40, 63, 92

ป้องกันโรค 9

ผ

ผู้ดูแลในครอบครัว 113

พ

พื้นฟูสุขภาพ 44, 67, 96, 101–104

ร

โรคเบ้าหวาน 33

โรคความดันโลหิตสูง 57

โรคไตเรื้อรัง 84

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 7

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4, 25, 63