

รายงานกรณีศึกษา (Case Study Report)

การดูแลแบบองค์รวมในผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงที่มีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมีภาวะแทรกซ้อนทางไต

นางสาวพรณี อุ่นแอม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี จ.นนทบุรี

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา : ปัจจุบันผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงมีจำนวนเพิ่มขึ้น และมีปัญหาสุขภาพในด้านต่างๆ การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นแนวทางที่สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา ฟันฟู ตามแผนการรักษา

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มพึ่งพิงที่มีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมีภาวะแทรกซ้อนทางไตได้รับการดูแลถูกต้องเหมาะสมตามกระบวนการพยาบาล

รูปแบบการศึกษา : การศึกษารายกรณีแบบเฉพาะเจาะจง โดยเลือกผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นกลุ่มพึ่งพิง และเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 1 ราย

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 72 ปี อาการสำคัญ อ่อนเพลีย ซึม เป็นมา 7 วัน ประวัติเป็น DM, HT และ CKD stage 3 ตรวจร่างกายพบมีแผลกดทับที่เท้าทั้ง 2 ข้าง มีฟันพุ และช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน : ADL = 2 คะแนน ผลตรวจ HbA1c 7.4% Hct 28%, creatinine 1.53 mg/dL, eGFR 33.74 mL/min/1.73 m² ต่อมาผู้ป่วยมีไข้หนาวสั่น เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยอาการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพตนเอง และขาดผู้ดูแล สิ่งแวดล้อมไม่เอื้อต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย พยาบาลได้นำแนวคิดของ Holistic care และการเยี่ยมบ้าน เพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายในชุมชน สรุปปัญหาทางการพยาบาล ดังนี้ 1) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเกณฑ์ 2) มีภาวะซีด 3) มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 4) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากค่าการทำงานของไตลดลง 5) มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค และความพร้อมในการดูแลตนเอง มีแก้ปัญหาผู้ป่วยโดยให้การพยาบาล และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่บ้าน ให้กำลังใจ เสริมทักษะในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแล นักกายภาพบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยร่วมกับ Care giver ทีมทันตบุคลากรดูแลสุขภาพในช่องปาก เครือข่ายในชุมชนปรับปรุงสิ่งแวดล้อม และสนับสนุนอุปกรณ์เบื้องต้นในการดำเนินชีวิต หลังการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงค่าการทำงานของไตดีขึ้น (creatinine 1.3 mg/dL eGFR 41.08 mL/min/1.73 m²) คุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น (HbA1c 6.4%) ผลที่ท้าทาย ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น (ADL = 6 คะแนน) และมีกำลังใจในการดำรงชีวิต มีญาติ และ care giver หมั่นเวียนมาดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

สรุป : การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงที่บ้านต้องดำเนินงานร่วมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติอย่างเป็นองค์รวม และมีมาตรฐาน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

คำสำคัญ (Keywords) : การดูแลแบบองค์รวม ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ จากการสำรวจพบประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 20 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกๆปี จากร้อยละ 2.21 ในปี 2563 เป็นร้อยละ 3.18 ในปี 2567 (สำนักสถิติแห่งชาติ, 2567) ซึ่งประเมินจากคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) โดยมีสาเหตุจากปัจจัยต่างๆและความเจ็บป่วย จากการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุส่งผลต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย และเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคในผู้สูงอายุ (ศกุนตลา อนุเรือง, 2560) การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง (Dependent Elderly Care) เป็นกระบวนการที่สำคัญอย่างยิ่งในสังคมที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรือมีภาวะพึ่งพิง (Dependency) อันเนื่องมาจากโรคเรื้อรัง ภาวะสมองเสื่อม หรือความพิการ การดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จำเป็นต้องมีการประเมินภาวะพึ่งพิงอย่างรอบด้าน และจัดบริการที่เหมาะสมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคในผู้สูงอายุ เป็นภาวะที่มีความซับซ้อนและยากต่อการจัดการในด้านของระบบการดูแล ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายส่วนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล (Boyd et al., 2007)

โรคไม่ติดต่อที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยพบผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อจำนวน 7,404,202 คน คิดเป็นร้อยละ 75 ของผู้สูงอายุทั้งหมด โดยพบป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.91 โรคเบาหวาน ร้อยละ 21.79 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 2.51 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 1.97 ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การไม่ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ความเครียด และนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม อาจก่อให้เกิดความรุนแรงของโรค และภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (กองโรคไม่ติดต่อ, 2568) ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นแนวทางที่สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาฟื้นฟู ตามแผนการรักษา ลดค่าใช้จ่ายในการของผู้ป่วย และครอบครัว (กรมการแพทย์, 2565)

สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี จ.นนทบุรี เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ดูแลสุขภาพประชากรทุกกลุ่ม ปัญหาที่สำคัญของพื้นที่ ได้แก่ ปัญหาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ความเจ็บป่วยร้อยละ 59.3 ของผู้ป่วยเรื้อรังเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ และในจำนวนนี้มี 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 3 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ที่เป็นกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางไต ตา เท้า หัวใจ และหลอดเลือด การเกิดแผลกดทับ เป็นต้น บางรายขาดผู้ดูแล และมีปัญหาซับซ้อนจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากภาคส่วนต่างๆ ผู้จัดทำเลือกศึกษาผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นกลุ่มพึ่งพิง ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมีภาวะแทรกซ้อนทางไต และไม่มีผู้ดูแลหลัก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เป็นองค์รวม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยรายอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มพึ่งพิงที่มีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมีภาวะแทรกซ้อนทางไต ได้รับการดูแลถูกต้องเหมาะสมตามกระบวนการพยาบาล

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาเอกสารงานทฤษฎีทางการแพทย์ แนวคิดในการเยี่ยมบ้าน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. วิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยในพื้นที่ ศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มพึ่งพิง เพื่อจัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และตามมาตรฐานการพยาบาล
3. คัดเลือกผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีปัญหาซับซ้อน ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในพื้นที่ของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี จ.นนทบุรี จำนวน 1 ราย
4. วางแผนการดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล การเยี่ยมบ้าน มีการจัดการรายการกรณีร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ให้การพยาบาลที่เป็นองค์รวมทั้งทาง กาย จิต สังคม และประสานเครือข่ายในพื้นที่ในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย
5. ดำเนินการตามแผนการพยาบาล ติดตามเยี่ยมบ้าน และส่งต่อผู้ดูแลเพื่อดำเนินการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
6. วิเคราะห์ปัญหา ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล
7. สรุปผลการศึกษา

พยาธิสรีรวิทยาของโรค และการพยาบาลที่สำคัญ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยองค์การสหประชาชาติ (United Nations) และประเทศไทย โดยถือว่าเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลและสนับสนุนในด้านต่างๆ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565) การจำแนกผู้สูงอายุตามเกณฑ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล แอลดีแอล (Barthel Activities of Daily Living (ADL) index) ซึ่งมี 20 คะแนน แบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองได้ (กลุ่มติดสังคม) มีคะแนน 12 คะแนนขึ้นไป กลุ่มที่ 2 ดูแลตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีคะแนน ADL 5 – 11 คะแนน กลุ่มที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พักการหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีคะแนน ADL 0 – 4 คะแนน ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องได้รับการดูแลจากผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ควรเป็นแบบองค์รวม โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และทีมสหวิชาชีพ เพื่อคงคุณภาพชีวิตและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564 ; กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ซึ่งการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้น มีองค์ประกอบสำคัญประกอบด้วย โภชนาการในผู้สูงอายุ การเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ สุขภาพในช่องปากผู้สูงอายุ การดูแลด้านสมองเพื่อป้องกันสมองเสื่อม สุขภาพของผู้สูงอายุ และสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

โรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นกลุ่มของโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติในการผลิตหรือการใช้งานอินซูลิน (insulin) ฮอร์โมนที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่งผลต่อการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระบบต่างๆ ซึ่งหากไม่ได้รับการควบคุมอย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566) ได้แบ่งโรคเบาหวานเป็น 4 ชนิดตามสาเหตุ ดังนี้ 1) เบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 Diabetes)

เกิดจากการที่ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำลาย เซลล์เบต้าในตับอ่อนซึ่งทำหน้าที่ผลิตอินซูลิน พบได้ประมาณ 5 – 10% ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด และมักเกิดในวัยเด็กหรือวัยรุ่น 2) เบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes) เป็นชนิดที่พบมากที่สุด ร่างกายยังผลิตอินซูลินได้ แต่เซลล์ในร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินได้น้อยลง (ภาวะดื้อต่ออินซูลิน) พบได้มากในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะผู้ที่มีน้ำหนักเกิน ขาดการออกกำลังกาย หรือมีประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน 3) เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes) เป็นภาวะที่หญิงตั้งครรภ์มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติชั่วคราว มักเกิดในช่วงไตรมาสที่สองหรือสาม และมักหายไปหลังคลอด แต่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2 ในอนาคต 4) โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ (specific types of diabetes due to other causes) มีได้หลายสาเหตุ เช่น โรคทางพันธุกรรม โรคของตับอ่อน โรคทางต่อมไร้ท่อ ยาบางชนิด เป็นต้น

อาการ ของผู้ป่วยเบาหวานที่พบบ่อย ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย (Polyuria) เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงเกินไปจะทำให้ไตพยายามขับน้ำตาลออกจากร่างกายผ่านทางปัสสาวะ จึงทำให้ผู้ป่วยปัสสาวะบ่อยขึ้น กระหายน้ำมากผิดปกติ (Polydipsia) ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหิวแม้เพิ่งรับประทานอาหารไป น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ แม้ว่าจะรับประทานอาหารปกติหรือเพิ่มมากขึ้น แต่ร่างกายยังขาดพลังงาน จึงสลายไขมัน และกล้ามเนื้อมาใช้แทน อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เนื่องจากร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลเพื่อสร้างพลังงานได้ตามปกติ ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงส่งผลต่อระบบไหลเวียนโลหิตและภูมิคุ้มกัน ทำให้แผลหายช้ากว่าปกติ ติดเชื้อง่าย โดยเฉพาะที่ผิวหนังและระบบทางเดินปัสสาวะ มีอาการชาหรือรู้สึกเสียวตามปลายมือปลายเท้า (Peripheral neuropathy) เป็นอาการที่พบบ่อยจากภาวะแทรกซ้อนในเบาหวานระยะยาว (American Diabetes Association, 2022) ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคเบาหวาน ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัวและตีบตัน เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และโรคหลอดเลือดสมอง โรคไตจากไตมีหน้าที่กรองของเสียออกจากเลือด แต่เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินไปไตต้องทำงานหนักขึ้น จนในที่สุดอาจเกิดภาวะไตวายเรื้อรังซึ่งจำเป็นต้องได้รับการฟอกไตหรือปลูกถ่ายไต โรคตาเกิดจากน้ำตาลในเลือดที่สูงสามารถทำลายหลอดเลือดเล็กๆ ในจอประสาทตา ทำให้เกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ซึ่งอาจนำไปสู่การสูญเสียการมองเห็นหรือตาบอดได้ และโรคปลายประสาท จากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงยังส่งผลกระทบต่อเส้นประสาท ทำให้เกิดอาการชาเจ็บแปลบ หรือแสบร้อนตามมือและเท้า นอกจากนี้ ยังอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น การควบคุมการเต้นของหัวใจ การย่อยอาหาร และการควบคุมกระเพาะปัสสาวะ และอาจเกิดแผลเรื้อรังและการติดเชื้อได้ง่ายเนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมักมีปัญหาเรื่องการไหลเวียนโลหิตที่ไม่ดี และความสามารถในการต่อสู้กับการติดเชื้อลดลง ทำให้แผลหายช้า และมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่รุนแรงได้

การรักษาเบาหวาน มุ่งเน้นในการควบคุมโรคเบาหวานให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม โดยส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Lifestyle modification) เป็นพื้นฐานของการรักษาเบาหวาน โดยการให้ความรู้เรื่องโภชนาบำบัด (Medical Nutrition Therapy) ได้แก่ ลดการบริโภคน้ำตาล และคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว เน้นอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ไม่หวาน และธัญพืชไม่ขัดสี ควบคุมปริมาณพลังงานตามความต้องการของร่างกาย และการออกกำลังกาย (Physical activity) การเล็บบุหรี่และลดแอลกอฮอล์ การใช้ยา (Pharmacological therapy) เบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus) เริ่มต้นด้วย Metformin เป็นยาหลักอันดับแรก เว้นแต่มีข้อห้ามใช้หากควบคุม

ระดับน้ำตาลไม่ได้ อาจพิจารณาเพิ่มยา เช่น SGLT2 inhibitors (เช่น empagliflozin, dapagliflozin) ลดน้ำตาล และลดความเสี่ยงหัวใจล้มเหลว GLP-1 receptor agonists (เช่น liraglutide, semaglutide) ลดน้ำหนัก และ ป้องกันโรคหัวใจ DPP-4 inhibitors, Sulfonylureas, Thiazolidinediones หรือ Insulin ตามความเหมาะสมของผู้ป่วย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 Diabetes Mellitus) ต้องรักษาด้วย อินซูลิน (Insulin therapy) ตลอดชีวิต ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับการติดตาม ประเมินผล ตรวจ HbA1c ทุก 3 เดือน เพื่อประเมินการควบคุมระดับน้ำตาล (เป้าหมาย <7%) ตรวจความดันโลหิต ไขมันในเลือด การทำงานของไต และสุขภาพเท้า และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง (Self-management education) (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566)

โรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นภาวะที่ระดับความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงสูงกว่าค่าปกติอย่างต่อเนื่อง โดยทั่วไปนิยามว่าเมื่อค่าความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure; SBP) ≥ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือตัวล่าง (diastolic blood pressure; DBP) ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท จากการวัดซ้ำหลายครั้ง ในภาวะพัก (World Health Organization [WHO], 2023) โรคความดันโลหิตสูงแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140 - 159 / 90 - 99 mmHg ระดับที่ 2 ค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 160 - 179 / 100 - 109 mmHg และระดับที่ 3 ค่าความดันโลหิตมากกว่า 180/110 mmHg ขึ้นไป (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

สาเหตุของความดันโลหิตสูง (Hypertension) สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ :

1. ความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ (Primary or Essential Hypertension) เป็นความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรรมพันธุ์ อายุ พฤติกรรมการดำเนินชีวิต เช่น การบริโภคเกลือโซเดียมสูง การขาดการออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ภาวะเครียด น้ำหนักเกิน หรือ โรคอ้วน เป็นต้น
2. ความดันโลหิตสูงทุติยภูมิ (Secondary Hypertension) เกิดจากโรคหรือภาวะบางอย่าง เช่น โรคไตเรื้อรัง เนื้องอกต่อมหมวกไต โรคหลอดเลือดแดงตีบ ภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ การใช้ยาบางชนิด เช่น ยาคุมกำเนิด สเตียรอยด์ เป็นต้น

อาการ ในระยะแรกผู้ป่วยมักไม่มีอาการแต่อาจพบความดันโลหิตสูงเป็นครั้งคราวเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาของหลอดเลือดในหัวใจ ไต สมอง และตาอย่างช้าๆ ระดับความดันโลหิตสูงเรื้อรังส่งผลทำให้ผนังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจหนาตัวขึ้น ปริมาณเลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลง หัวใจห้องล่างทำงานหนักมากขึ้น ต้องบีบตัวเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดหัวใจวาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือหัวใจล้มเหลวเสียชีวิตได้ เมื่อความดันสูงมาก อาจมีอาการเช่น ปวดศีรษะ มึนงง เวียนหัว หรือมีเลือดออกทางจมูกได้หากไม่ได้รับการรักษา อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (stroke), กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (myocardial infarction), หัวใจล้มเหลว (heart failure), โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease) และภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (arteriosclerosis) (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

แนวทางการรักษา ได้แก่ การปรับพฤติกรรม เช่น การควบคุมอาหาร ลดน้ำหนักออกกำลังกาย การใช้ยา เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาลดความดันโลหิต ยาต้านเบต้า เป็นต้น การป้องกัน ได้แก่ ควบคุมน้ำหนักและ

ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ลดเกลือ และไขมันในอาหาร งดบุหรี่และแอลกอฮอล์ ตรวจวัดความดันโลหิตสม่ำเสมอ (American Heart Association, 2023)

โรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease : CKD) หมายถึง ภาวะที่มีการทำลายของเนื้อไต ซึ่งอาจอาศัยหลักฐานที่บ่งบอกทางอ้อม (marker) หรือ จากการตรวจชิ้นเนื้อไตโดยตรง หรือ การประเมินอัตราการกรองของไต (Glomerular Filtration Rate: GFR) ที่น้อยกว่า $60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ มาเป็นเวลานานกว่า 3 เดือนโรคไตเรื้อรังแบ่งออกเป็น 5 ระยะ โดยแบ่งตามระดับอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate: eGFR) ระยะที่ 1 เป็นระยะที่ไตเริ่มเสื่อมค่า eGFR ปกติ ซึ่งจะอยู่ที่ประมาณ $90 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ หรือมากกว่า ระยะที่ 2 ไตเสื่อมลดลงเล็กน้อย ค่า eGFR ลดลงเล็กน้อย อยู่ที่ประมาณ $60 - 89 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ ระยะที่ 3 ไตเสื่อมลดลงเล็กน้อยถึงรุนแรง ค่า eGFR ลดลงปานกลางซึ่งจะอยู่ที่ประมาณ $30 - 59 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ ระยะที่ 4 ไตเสื่อมลดลงอย่างรุนแรง ค่าการทำงานของไต หรือค่า eGFR ลดลงมาก ซึ่งจะอยู่ที่ประมาณ $15 - 29 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ ระยะที่ 5 ภาวะไตวายระยะสุดท้าย ค่าการทำงานของไต หรือค่า eGFR น้อยกว่า $15 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2560) อาการของโรค ในระยะแรกอาจไม่มีการชัดเจน แต่เมื่อไตเสื่อมมากขึ้นจะพบอาการ เช่น บวมตามหน้าและขา ปัสสาวะผิดปกติ เหนื่อยง่าย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ซีด คันตามตัว และความดันโลหิตสูง (National Kidney Foundation, 2023) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจะมีการเปลี่ยนแปลงของการขับถ่ายปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน หรือ กลางวันปัสสาวะออกน้อยลง เป็นต้น อาการปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืนเป็นอาการในระยะแรกๆ ที่สังเกตเห็นได้ แต่ในระยะที่เป็นมากแล้วปัสสาวะจะลดลง และส่งเสริมให้เกิดอาการบวมมากขึ้น ปัสสาวะมีเลือดปน อาการปัสสาวะเป็นฟอง (foamy urine) ซึ่งอาจบ่งบอกถึงภาวะ proteinuria หากตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะทุกครั้งที่ทำการตรวจนานเกิน 3 เดือน การบวมของใบหน้า เท้า และท้อง และ ช่วงที่นั่งหรือยืนนานๆ ขาและเท้าทั้ง 2 ข้าง จะบวมชัดเจนมากขึ้น อาจมีอาการซีด หรือโลหิตจาง (anemia of chronic kidney disease) สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) ความดันโลหิตสูง (Hypertension) โรคไตอักเสบ (Glomerulonephritis) การอุดกั้นทางเดินปัสสาวะเรื้อรัง การใช้ยาที่มีผลต่อไต เช่น ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs (กรมควบคุมโรค, 2566) การรักษาโรคไตเรื้อรัง เป็นการรักษาสาเหตุที่ทำให้เกิดไตวายเรื้อรัง การหยุดยั้งหรือชะลอการเกิดความก้าวหน้าของโรคไตวายเรื้อรัง การรักษาผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย (end stage renal disease) ประกอบด้วย การขจัดของเสียด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) การปลูกถ่ายไต (renal transplantation) และการขจัดของเสียที่เยื่อช่องท้อง (peritoneal dialysis) การปรับพฤติกรรมเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาผู้ป่วย CKD ได้แก่ การควบคุมอาหาร ลดโซเดียม จำกัดโปรตีนในบางราย และควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้ การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการหลีกเลี่ยงสารพิษต่อไต เช่น ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs ถือเป็นมาตรการที่ช่วยชะลอการเสื่อมของไตและลดภาวะแทรกซ้อน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) การรักษาโรคไตเรื้อรัง เป็นกระบวนการแบบองค์รวมที่รวมทั้งการปรับพฤติกรรม การใช้ยา และการรักษาทดแทนไต ในรายที่มีไตเสื่อมรุนแรง การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและการติดตามผลเป็นปัจจัยสำคัญในการชะลอการเสื่อมของไตและเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

การดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) เป็นการดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีความเชื่อมโยงกัน ไม่ได้จำกัดแค่การรักษาโรคทางกาย แต่ยังให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิต ความรู้สึก ความเชื่อ และบริบทของผู้ป่วย องค์ประกอบของการดูแลแบบองค์รวม ได้แก่ ด้านร่างกาย (Physical) เช่น การให้ยา การรักษา การดูแลด้านโภชนาการ และการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตใจ และอารมณ์ (Emotional & Psychological) เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดการกับความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า หรือภาวะทางอารมณ์อื่นๆ ด้านสังคม (Social) เป็นการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว เพื่อน และชุมชน ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) การเข้าใจ และให้เกียรติต่อความเชื่อทางศาสนา ค่านิยม และเป้าหมายชีวิตของผู้ป่วย และด้านวัฒนธรรม (Cultural) เป็นการเคารพต่อค่านิยม วัฒนธรรม และความเชื่อเฉพาะของแต่ละบุคคล (American Holistic Nurses Association, 2020) การศึกษาผู้ป่วยในครั้งนี้ใช้หลักการเยี่ยมบ้านแบบ INHOMESSS ได้แก่ I - Immobility : การเคลื่อนไหว N - Nutrition : โภชนาการ H - Home Environment : สิ่งแวดล้อมในบ้าน O - Other People : บุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือผู้ดูแล M - Medications : การใช้ยา E - Examination : การตรวจร่างกาย S - Safety : ความปลอดภัย S - Spiritual Health : จิตวิญญาณ S - Services : บริการสุขภาพ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช, 2562) ซึ่งช่วยให้สามารถประเมินสภาพแวดล้อมจริงของผู้ป่วย ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ครอบคลุมทุกมิติในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว (กรมอนามัย, 2564) การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านเป็นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาฟื้นฟู และให้การดูแลแบบต่อเนื่อง หลังออกจากโรงพยาบาลหรือในผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย (สภาการพยาบาล, 2565) โดยมีหลักสำคัญของการพยาบาลที่บ้าน ได้แก่ การดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family participation) การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) และการเสริมพลัง (Empowerment)

การศึกษานี้ผู้ศึกษานำแนวคิดเรื่องการดูแลแบบองค์รวม ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self - Care Deficit Theory) โดยใช้ทฤษฎีระบบพยาบาล (Nursing Systems Theory) ซึ่งแบ่งเป็นระบบช่วยเหลือทั้งหมด (Wholly Compensatory) ระบบช่วยเหลือบางส่วน (Partly Compensatory) ระบบสนับสนุนให้ความรู้ (Supportive - Educative) พยาบาลจะประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย วางแผนการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างหรือชดเชย การดูแลตนเองให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด โดยดำเนินการศึกษาในช่วงมีนาคม 2568 - กรกฎาคม 2568 รวมระยะเวลา 5 เดือน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ผลการศึกษา : กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป : ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 72 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 สถานภาพสมรส โสด ไม่มีอาชีพ อาศัยอยู่ตามลำพังที่บ้านเดี่ยวบนที่ดินของตนเอง โรคประจำตัวเป็น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมีภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 3 แกรับผู้ป่วย รู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง แขนและขาข้างขวามือ มีแผลที่สันเท้าทั้ง 2 ข้างช่วยเหลือตัวเองได้น้อย อาการปวดตามตัว ลุكنั่งเองไม่ได้ มีผู้ดูแลเป็นคนรับจ้างที่มาดูแลเป็นบางครั้ง

อาการสำคัญ : อ่อนเพลีย ซึม เป็นมา 7 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 ปีก่อน ผู้ป่วยล้มกระตุกสะโพกหักเดินไม่ได้ มีอาการปวดบวม บริเวณสะโพก และก้นกบ ลูกนั่งด้วยตนเองได้ และเป็นผู้ป่วยติดเตียงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (ADL = 0) เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และ เครือข่ายดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยร่วมกับ care giver โดยมีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง จนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน (ADL = 6) 1 สัปดาห์ก่อน ผู้ป่วยมีอาการปวดตามตัว อ่อนแรงซีกขวา และมีแผลที่เท้าทั้ง 2 ข้าง กินอาหารได้น้อยลง และมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สลับกับน้ำตาลในเลือดสูง ในบางครั้งซึม และอ่อนเพลียช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง ADL = 2

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และ ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง มา 8 ปี และเป็นโรคเบาหวานมา 4 ปี ร่วมกับมีภาวะไขมันในเลือดสูงรักษาที่โรงพยาบาลพิมลราช ไม่มีประวัติแพ้ยา แพ้อาหาร มีพี่น้องเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

การประเมินสถานะสุขภาพของผู้ป่วย และครอบครัว (INHOMESSS)

ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง (Immobility) ผู้ป่วยช่วยเหลือได้น้อย ต้องมีผู้ดูแลเกือบทั้งหมด มีประวัติล้มกระตุกสะโพกหักไม่สามารถเดินได้ พอขยับแขน ขา เองได้ และลูกนั่งเองไม่ได้ มีแผลกดทับที่ก้นกบ และส้นเท้าทั้ง 2 ข้าง motor power grade 2

โภชนาการ (Nutrition) ผู้ป่วยตักอาหารเองได้แต่ต้องมีผู้ดูแลจัดเตรียมไว้ให้ อาหารที่รับประทานได้มาจากร้านค้า และตลาดในพื้นที่ ประเภทแกงถุง ลักษณะอาหารเป็นอาหารทั่วไป เช่น ปลาเค็ม แกงกะทิ น้ำพริกกะปิ อาหารจำพวกพื้ด อาหารทอด ฯลฯ รับประทานอาหารได้ทุกชนิด ครบ 3 มื้อ ตามที่ผู้ดูแลจัดให้ จากเดิมต้องมีผู้ดูแลคอยป้อนอาหารให้ ต่อมาเริ่มมีการฟื้นฟูและปรับตัวได้มากขึ้น จนสามารถตักอาหารรับประทานเองได้ แต่ต้องเตรียมอาหารให้ อาหารที่รับประทานไม่เหมาะสมกับโรคเพราะเป็นอาหารรสจัด หวาน มัน เค็ม ที่หาได้ตามร้านค้า ไม่ได้ประกอบอาหารเอง ไม่มีตู้เย็นเก็บอาหาร ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการบดเคี้ยวอาหาร บ้างเองจากฟันไม่แข็งแรง มีฟันโยก และฟันพุ เหลือฟัน 5 ซี่ จากการตรวจร่างกาย พบว่า ผู้ป่วยมีผิวแห้ง เปลือกตาซีด Hct 28 % ผู้ป่วยรูปร่างสมส่วน ดัชนีมวลกาย 22.04 กก./ม²

สภาพแวดล้อมในบ้าน และรอบๆ บ้าน (Home environment & Safety) ผู้ป่วยอาศัยอยู่บ้านชั้นเดียวยกพื้นสูงประมาณ 40 เซนติเมตร ไม่มีบันไดขึ้นบ้าน ขนาดพื้นที่ใช้สอย 12 ตารางเมตร มีความแข็งแรง ปลูกสร้างบนพื้นที่ของตนเอง มีห้องน้ำแยกออกจากตัวบ้าน 10 เมตร บ้านไม่ค่อยเป็นระเบียบ ภายในบ้านมีอากาศถ่ายเทสะดวกมีแสงสว่างเพียงพอ ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น รถเข็น โต๊ะข้างเตียง ไม่ค่อยมีความปลอดภัย ไม่มีรั้วบ้าน ไม่มีกุญแจบ้าน มีถนนลูกรังจากถนนสายหลักถึงตัวบ้าน

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในบ้าน และเพื่อนบ้าน (Other people) ผู้ป่วยอยู่คนเดียวไม่มีครอบครัว แต่มีบ้านญาติๆ สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ค่อยดีนัก บุคคลที่มีอิทธิพลต่อหารดูแลสุขภาพผู้ป่วย ได้แก่ น้องชาย และ อสม. ที่เป็น care giver มีเพื่อนบ้านช่วยเหลือบ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ เมื่อเจ็บป่วยรุนแรงจะตามรถฉุกเฉินเพื่อพาไปโรงพยาบาล โดยผู้ดูแลหรือประสานเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเพื่อส่งต่อผู้ป่วย

การใช้ยาและวิธีการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ (Medication) ยารักษาโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ 1) metformin 500 mg. 1X2 pc 2) glipizide 5 mg. 1X1 ac 3) losartan 50 mg. 1X2 pc 4) ASA 81 mg. 1X1 pc 5) amlodipine 5 mg. 1X1 pc 6) atorvastatin 40 mg. 1X1 hs 7) folic acid 5 mg 1X1 pc 8) clonazepam 0.5 mg. 1X1 hs 9) Ferrous fumarate 1X1 200 mg. กินยาตามเวลา มีผู้ดูแลคอยจัดยาไว้ให้ในแต่ละวัน ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางไปโรงพยาบาลได้ด้วยตนเองไปรับยาที่โรงพยาบาลโดย care giver โดยใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพประเภทผู้พิการ

การตรวจร่างกาย (Examination)

- **General Appearance** : ผู้ป่วยติดเตียง ผิวกาย รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 60 กก. สูง 165 ซม. ดัชนีมวลกาย 22.04 กก./ม² ความดันโลหิต 115/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95 %
- **Nerve** : Glasgow Coma scale E₄V₅M₆, pupil react to light Both Eye
- **HEENT** : mildly pale conjunctiva
- **Chest** : normal
- **Abdomen** : normal
- **Skin** : pressure sore ที่ส้นเท้า ทั้ง 2 ข้าง
- **Musculoskeletal** : มีข้อเข่าบวมทั้ง 2 ข้าง motor power grade 2
- **Extremities** : no pitting edema

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ชนิดการตรวจ	ค่าปกติ	28 เมษายน 2568	29 พฤษภาคม 2568
Hb	12 - 16%	9.5 g/dl	7.4 g/dl
HCT	36 - 48%	28 %	22 %
DTX	74 - 99 mg/dl	137 mg/dl	117 mg/dl
HbA1c	5.7- 6.4 mg/dl	7.4 %	6.4 %
Creatinine	0.51 - 0.95 mg/dL	1.53 mg/dL	1.53 mg/dL
eGFR		33.74 mL/min/1.73 m ²	41.08 mL/min/1.73 m ²
Cholesterol	<200 mg/dL	105 mg/dL	-
LDL cholesterol	100 - 159 mg/dL	64 mg/dL	-
HDL cholesterol	>65 mg/dL	22 mg/dL	-
Triglyceride	<150 mg/dL	118 mg/dL	-

สถานบริการที่ใช้บริการ (Service) ได้แก่ โรงพยาบาลพิมลราช สถานิอนามัย และ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โดยใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ มีทีมสหสาขาวิชาชีพของสถานิอนามัย และ care giver ติดตามฟื้นฟู และดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้าน

ความปลอดภัย (Safety) ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยมีความแข็งแรง แต่ไม่ค่อยปลอดภัย เนื่องจากไม่มีกุญแจ และพื้นบ้านอยู่สูง เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและการเกิดอุบัติเหตุ

ทัศนคติและความเชื่อ (Spiritual health) ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ ก่อนผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยไปทำบุญทุกวันพระ และมีความเชื่อเรื่องเวรกรรม เชื่อว่าตัวเองต้องสามารถกลับมาเดินได้ และใช้ชีวิตได้ปกติ ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เข้าไปดูแล

การวินิจฉัย : Diabetes with Hypertension with CKD stage 3

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเกณฑ์

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยเป็นเบาหวานผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่มีคนเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

2. ผู้ป่วยบอกซื้ออาหารมารับประทานไม่ได้ปรังเอง โดยญาติและผู้ดูแลเป็นคนจัดหาอาหาร

3. จากการซักถาม ผู้ป่วยชอบรับประทาน ประเภทปลาเค็ม ขนมหวาน ผลไม้ตามฤดูกาล แล้วแต่ผู้ดูแลจัดหาให้ ไม่มีการควบคุมหรือจำกัดอาหารเฉพาะโรค

4. ตรวจพบค่า HbA1c 7.4 % (28 เมษายน 2568) ค่าน้ำตาลก่อนอาหาร (DTX) อยู่ในช่วง 88 - 240 Mg/dL (จากสมุดบันทึกการตรวจน้ำตาลที่บ้าน) ญาติต้องเจาะน้ำตาลผู้ป่วยบ่อยวันละ 2 ครั้ง เช้า - เย็น เนื่องจากระดับน้ำตาลไม่คงที่

วัตถุประสงค์ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ไม่เกิดภาวะ Hyperglycemia หรือ Hypoglycemia

เกณฑ์การประเมินผล

1) ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ ได้แก่ FBS 70 - 130 mg%, HbA1c < 7%

2) ญาติ หรือผู้ดูแลบอกถึงอาหารที่ผู้ป่วยควรรับประทาน และไม่ควรรับประทานได้ สามารถเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค กินยาตามเวลา

3) ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ Hyperglycemia หรือ Hypoglycemia

การพยาบาล

1) ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ประเมินความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

2) ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานการปฏิบัติตัว และอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ภาวะแทรกซ้อนของโรคที่อาจเกิดขึ้น การควบคุมโรคเบาหวาน การปรับวิถีชีวิตที่เหมาะสมเพื่อการควบคุมโรค แนะนำเรื่องการเจาะน้ำตาลในเลือดตามความเหมาะสม และการสังเกตอาการผิดปกติจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน หายใจเร็ว เหนื่อย สับสน เป็นต้น หรือ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ อ่อนเพลีย มือสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น เป็นต้น

3) วางแผนการดูแลผู้ป่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และ care giver

4) กำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย เช่น การลดระดับ HbA1c การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่องการบริโภคอาหาร และการบริหารร่างกาย ประเมินการรับประทานอาหาร ยา และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

5) ติดตามประเมินผล ในการจัดอาหารเฉพาะโรคในผู้ป่วย การกินยา และติดตามผลการตรวจน้ำตาลในเลือด และตรวจน้ำตาลสะสมทุก 3 เดือน

6) ให้กำลังใจผู้ป่วย และผู้ดูแล สนับสนุนด้านอารมณ์ โดยรับฟังปัญหา และช่วยลดความเครียด การฝึกกลหายใจช่วยในการผ่อนคลาย สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

การประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับการปรับอาหารตามคำแนะนำโดยผู้ดูแล ไม่เตรียมอาหารหวาน ขนมประเภทต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วย ลดปริมาณ ข้าว แป้ง เป็นต้น ผู้ป่วย และผู้ดูแลมีความเข้าใจเรื่องโรค และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมากขึ้น มีการบริหารร่างกายได้มากขึ้น เช่น การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การเปลี่ยนท่านอน การลุกนั่ง ไม่มีอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและน้ำตาลในเลือดสูง ผู้ป่วยมีระดับ FBS 117 mg/dl HBA1c 6.4 % (29 พฤษภาคม 2568)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยบอกช่วยเหลือตนเองได้น้อย ADL 2 ใส่แอมเพิร์ส ไม่มีผู้ดูแลตลอดเวลาทำให้มีปัญหาเรื่องการดูแลความสะอาดทั่วไปรวมทั้งการเปลี่ยนแอมเพิร์ส มีไข้ ตรวจพบอุณหภูมिर่างกาย 38 องศาเซลเซียส หนาวสั่น ซึม ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ผล UA WBC 50-100 cell/HPF Apparent : Slightly Turbid (วันที่ 2 พฤษภาคม 2568)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เช่น มีไข้ หนาวสั่น
- 2) ผู้ดูแลสามารถดูแลความสะอาดผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- 3) ไม่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำด้วยโรคระบบทางเดินปัสสาวะ ใน 1 เดือน

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ติดตามอาการผู้ป่วยที่บ้านหลังได้รับยาฆ่าเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ให้ Cef-3 2 gm iv drip OD X 5 วัน ที่โรงพยาบาล
- 2) ให้ความรู้กับผู้ดูแล เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อทางปัสสาวะซ้ำ ได้แก่ การดูแลเรื่องความสะอาดจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ความสะอาดของอุปกรณ์ของใช้ในชีวิตประจำวัน
- 3) แนะนำผู้ดูแลในการทำความสะดวกอวัยวะสืบพันธุ์ที่ถูกต้อง สังเกตลักษณะ และสีของปัสสาวะ การปรับเปลี่ยนอิริยาบถ เพื่อไม่ให้เกิดการคั่งค้างของปัสสาวะ ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ วันละ 2 - 3 ลิตร
- 4) แนะนำผู้ดูแลในสังเกตอาการผิดปกติที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น อาการไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะผิดปกติ ปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะบ่อย มีสีเข้มผิดปกติ ขุ่น หรือ มีตะกอน ฯลฯ
- 5) ติดตาม และประเมินอาการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซ้ำ ใน 1 เดือน

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ไม่มีอาการหนาวสั่น ผลตรวจปัสสาวะหลังได้ยาฆ่าเชื้อครบ 5 วัน ตามแผนการรักษา UA WBC 5-10 Cell/HPF NIT Negative จากติดตามผู้ป่วยที่บ้านหลังจากกลับจากโรงพยาบาลผู้ป่วยไม่มีไข้ ปัสสาวะปกติ ผู้ดูแลสามารถดูแลความสะอาดได้อย่างถูกต้อง ไม่มีภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซ้ำใน 1 เดือน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะซีด

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยบอกรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เวียนศีรษะ จากการสังเกตพบว่าผู้ป่วยมีอาการซีด เยื่อตาซีด ระดับ Hb 9.3 g/dL, Hct 28 % ผู้ป่วยมีภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 มีค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) 33.74 ml/min/1.73 m² ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95 %

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อเพียงพอ และไม่มีอาการของภาวะแทรกซ้อนจากภาวะซีด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการแสดงของภาวะซีด ได้แก่ เปรื่อกตาไม่ซีด ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ
2. ระดับความเข้มข้นของเลือด (Hct) คงที่ อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือไม่ลดลงจากเดิม

การพยาบาล

1) ประเมินอาการแสดงของภาวะซีด ได้แก่ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง เวียนศีรษะ หายใจตื้น ซีพจรเร็ว ซีดตามปลายมือ ปลายเท้า เยื่อตาซีด

2) ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแลในการสังเกตอาการผิดปกติ และอาการที่อาจเกิดจากความเข้มข้นของเลือดต่ำ ได้แก่ เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ใจสั่น เวียนศีรษะ หน้ามืด หายใจเร็ว ปลายมือปลายเท้าเย็น ผิวน้ำ และเยื่อตา ซีด หรือ ในรายรุนแรงอาจพบ อาการบวม หรือ หัวใจโต ได้

3) แนะนำผู้ดูแล ให้สังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยให้ได้พักผ่อน เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกายโดยไม่จำเป็น แนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนท่า ควรทำอย่างช้าๆ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

4) แนะนำเรื่องการดูแลให้รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก ได้แก่ นม ไข่แดง ตับ ผัก เป็นต้น แนะนำเรื่องการดูแลให้รับประทานยา Folic acid 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้าทุกวัน

5) สังเกตอาการหายใจ เมื่อมีอาการหอบเหนื่อย รายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาให้ออกซิเจน แก่ผู้ป่วย

6) ติดตามประเมินอาการแสดงของภาวะโลหิตจาง เดือนละ 1 ครั้ง

การประเมินผล : ผู้ป่วยไม่มีอาการหอบเหนื่อย ยังมีเวียนศีรษะ ระดับ Hct 22% ใน 1 เดือน ยังมีเปรื่อกตา ภาวะซีด ระดับ O₂ sat 97% (Room Air) เพิ่มยา Ferrous fumarate 1X1 200 mg. pc ส่งต่อ ผู้ป่วยเพื่อประเมินภาวะซีดที่โรงพยาบาล และติดตามอาการผู้ป่วยให้ได้รับยาต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากค่าการทำงานของไตลดลง

ข้อมูลสนับสนุน :

ผู้ป่วยมีภาวะซีด อ่อนเพลีย ขาบวม ตรวจพบค่า Hct 28 %, creatinine 1.53 mg/dL, eGFR 33.74 ml/min/1.73 m² ผู้ป่วยกินอาหารรสจัด และผู้ป่วยไม่สามารถหาอาหารมารับประทานเองได้ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่ทราบว่าผู้ป่วยมีภาวะไตเสื่อมเรื้อรัง และขาดความรู้ ความเข้าใจในการป้องกัน ควบคุมโรค และการชะลอไตเสื่อม

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อป้องกันไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรัง
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลมีความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง สามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับภาวะของโรคไตได้

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอาการบวม ชีต เหนื่อยหอบ
- 2) ผู้ดูแลสามารถจัดอาหารให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
- 3) ผู้ป่วยมีค่าอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น หรือไม่ลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย และความพร้อมของญาติในการดูแล ให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง และการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแล
- 2) แนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และการเลือกรับประทานอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อม ได้แก่ การลดอาหารเค็ม ลดการบริโภคผลไม้ที่มีโพตัสเซียมสูง การลดโปรตีน งดยาที่มีผลกับไต เช่น ในกลุ่ม NSAIDs ยาสมุนไพร เป็นต้น การจำกัดโปรตีน (0.6 – 0.8 กรัม/กก./วัน) จำกัดเกลือ โซเดียม โพแทสเซียม และฟอสฟอรัส ให้พลังงานเพียงพอจากคาร์โบไฮเดรตและไขมันอย่างเหมาะสม
- 3) ติดตาม การเลือกรับประทานอาหารของผู้ป่วย แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำให้เพียงพอ
- 4) ประเมินอาการผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากภาวะไตเสื่อม เช่น มีภาวะชีตเพิ่มขึ้น หายใจเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ อ่อนเพลีย บวม อาการปัสสาวะผิดปกติ
- 5) ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินค่าการทำงานของไตซ้ำ ภายใน 1 – 3 เดือน
- 6) ให้กำลังใจผู้ป่วย และผู้ดูแล รับฟังปัญหา และข้อจำกัดในการปฏิบัติ และหาแนวทางร่วมกัน

ในการดูแลและป้องกัน ชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วย ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วย

การประเมินผล ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคมากขึ้น ไม่มีภาวะเหนื่อยหอบสามารถบอกถึงอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงสำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรัง การติดตามใน 1 เดือน พบค่าการทำงานของไตดีขึ้น ค่า creatinine 1.53 mg/dL eGFR 41.08 ml/min/1.73 m² แต่มีภาวะชีต Hct 22 % (วันที่ 29 พฤษภาคม 2568) ความดันโลหิต 110/78 mmHg. อัตราการหายใจ 20 – 22 ครั้ง/นาที ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อประเมินภาวะชีตที่โรงพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค และความพร้อมในการดูแลตนเอง

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย(ADL 2) มีแผลที่เท้า ทั้ง 2 ข้าง มีสีหน้าเศร้าหมอง รู้สึกหมดหวัง ขาดผู้ดูแล คิดว่าต้องเป็นภาระผู้อื่น อยากเดินได้ และช่วยเหลือตนเองได้มากกว่าเดิม อยากทำฟันปลอม จะได้เคี้ยวอาหารได้ละเอียด และผู้ป่วยต้องจ้างผู้ดูแลมี care giver หมุนเวียนไปดูแล แต่ไปได้อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา

วัตถุประสงค์

- 1) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง และให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูตนเองมากขึ้น
- 2) ผู้ป่วยได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพเบื้องต้น และมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายดีขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย พุดคุยมากขึ้น
- 2) คะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ประเมินความเครียด ระดับความวิตกกังวล และสังเกตสีหน้า การแสดงออกของผู้ป่วย
- 2) อยู่กับผู้ป่วย รับฟังปัญหา โดยให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความวิตกกังวล ไม่ตัดสิน
- 3) สร้างสัมพันธภาพที่ดี สร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตลอดการดูแล โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายในการดูแลด้านต่างๆ เช่น การรักษาตามแผนการรักษา การปรับปรุงที่อยู่อาศัย การช่วยเหลือทางสังคมตามสมควร เช่น การสนับสนุนแพมเพริส การจัดให้มี care giver ไปบำบัดฟื้นฟูตามความเหมาะสม
- 4) เสริมพลังผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเล็กน้อยตามความสามารถ สร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และทำกิจกรรมต่างๆ ตามความสามารถ
- 5) สอนเทคนิคผ่อนคลาย เช่น การฝึกกลมหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
- 6) ประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยในการผ่อนคลายความเครียด และความวิตกกังวล
- 7) ประสานทันตแพทย์ ในการดูแลสุขภาพในช่องปาก เพื่อรองรับการจัดทำฟันปลอมให้ผู้ป่วยให้สามารถรับประทานอาหารได้ดีขึ้น แนะนำการดูแลความสะอาด เพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องปาก
- 8) ร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ในการจัดทำอุปกรณ์ช่วยในการทรงตัวแก่ผู้ป่วย เช่น ลอกช่วยพยุงลุก นั่ง และการจัดทำทางลาดสำหรับรถผู้ป่วย ให้สามารถลงจากเตียง และสามารถช่วยในการฝึกเดินได้
- 9) ประสานเครือข่ายในการมอบถุงยังชีพ และอุปกรณ์ในการดำเนินชีวิตพื้นฐาน
- 10) ติดตามประเมินผู้ป่วย ทุก 1 เดือน

การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย พุดคุยมากขึ้น ระดับความวิตกกังวลลดลง ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ มีส่วนร่วมในปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามความสามารถ มี care giver เข้าไปดูแลผู้ป่วย ผลที่เห็น ผู้ป่วยหาย ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ลูกนั่งเองได้ ระดับคะแนน ADL 6 โดยผู้ป่วยมีความหวัง และมั่นใจว่าตนเองจะสามารถเดินได้ มีฟันปลอมในการบดเคี้ยวอาหาร เครือข่ายในชุมชนร่วมปรับปรุงบ้าน และทางลาดสำหรับผู้ป่วยในการฟื้นฟูและพาผู้ป่วยไปบริเวณรอบบ้านได้ ผู้ป่วยมีกำลังใจ และความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 72 ปี รูปร่างสมส่วน ผิวขาว ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมีภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 และช่วยเหลือตัวเองได้น้อย (ADL 2) ไม่มีผู้ดูแลหลัก เริ่มศึกษาผู้ป่วยในเดือน มีนาคม 2568 โดยการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน พบว่าผู้ป่วย อาศัยอยู่ที่บ้านของตนเอง บ้านยกพื้นสูงประมาณ 40 เซนติเมตร ไม่มีบันได แรกผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ขยับแขน ขาได้เอง แต่ลูกนั่งเองไม่ได้ มีแผลที่สันเท้าทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง และความไม่สุขสบายจากการช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่มีผู้ดูแลประจำ ผลการตรวจน้ำตาลในเลือด อยู่ในช่วง 88 - 240 mg/dL ระดับความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 110 - 138/60 - 90 mmHg และมีฟอสฟอรัส ตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบค่า creatinine 1.53 mg/dL, eGFR 33.74 mL/min/1.73 m² และมี

ภาวะซีด Hct 28 % ต่อมาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปัญหาทางร่างกาย ได้แก่ ในด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเกณฑ์ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตที่มีค่าการทำงานลดลง มีภาวะซีด ปัญหาความไม่สุขสบาย และมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง ต้องการการดูแลทั้งหมด และมีแผลกดทับที่เท้า เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซ้ำ และปัญหาสุขภาพในช่องปาก ด้านจิตใจ พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับตนเอง และการดำเนินของโรค ปัญหาทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัว สัมพันธภาพ ไม่ดี ไม่มีผู้ดูแลขณะเจ็บป่วย บ้านผู้ป่วยไม่มีความปลอดภัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ และไม่รองรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การวางแผนการดูแลผู้ป่วยรายนี้ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่าย มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย และ นักกายภาพติดตามฟื้นฟูการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทันทแพทย์ดูแลสุขภาพในช่องปาก ถอนฟันผู้ป่วยที่บ้าน เครือข่ายในชุมชน ปรับปรุงบ้านผู้ป่วย พัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์สนับสนุนงบประมาณในการจัดทำทางลาดเชื่อมกับบ้านผู้ป่วยมาด้านล่างพร้อมจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย จากการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 5 เดือน ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่ดีขึ้น กินอาหารที่เหมาะสมกับโรคมากขึ้น มีผู้ดูแล และ care giver ฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน อบต. สนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น แพนเพิร์สผู้ใหญ่ และเบาะยางซีฟ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และ care giver วางแผนติดตาม ประเมินอาการผู้ป่วย และดูแลผู้ป่วยรายนี้อย่างต่อเนื่อง มีระบบเฝ้าระวังส่งต่อในกรณีฉุกเฉิน เร่งด่วน ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้มากขึ้น สภาพจิตใจดีขึ้น และมีความเชื่อมั่นว่าจะช่วยเหลือตัวเองได้ มีความพึงพอใจในชีวิตของตนเองในปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลผู้ป่วยกลุ่มพึ่งพิง ต้องมีการประเมิน ทุกมิติ ทางกาย จิต สังคม อย่างเป็นองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สามารถแก้ปัญหาผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ
2. พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลประชาชนในชุมชน จึงควรได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มียอดความรู้และทักษะที่เพียงพอในการดำเนินงานที่มีความเฉพาะเจาะจง เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม และมีมาตรฐาน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะพึ่งพิง (Dependent phase) สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. สำนักผู้สูงอายุ.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวทาง และมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังในผู้ใหญ่ (Chronic Kidney Disease: CKD). กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2566). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสำหรับบุคลากรสาธารณสุข และผู้ดูแลผู้สูงอายุ. กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2564). แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้านสำหรับบุคลากรสุขภาพ.กระทรวงสาธารณสุข. กองโรคไม่ติดต่อ (2568). โรคไม่ติดต่อที่พบในผู้สูงอายุ และเสียชีวิตในประเทศไทย

<https://ddc.moph.go.th/dncd/publishinfodetail.php?publish=15282&deptcode=dncd>
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (2562). การพยาบาลอนามัยชุมชน 2 (หน่วยที่ 8-15). สำนักพิมพ์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ศกุนตลา อนุเรือง. (2560). ภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคในผู้สูงอายุ: สถานการณ์ ประเด็นท้าทาย และการจัดการดูแล.
วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 29(2), 1-14.

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2565). คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต
พ.ศ. 2565 . บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์.

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566.

<https://www.dmthai.org/new/index.php/diabetes-care-guideline>
สภาการพยาบาล. (2565). มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลชุมชน (ฉบับปรับปรุง). สภาการพยาบาล.
สำนักสถิติแห่งชาติ. (2567). สสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2567.

www.nso.go.th/nso/survey_detail/iM
American Diabetes Association. (2022). *Symptoms of diabetes*.
<https://www.diabetes.org/diabetes/symptoms>

American Heart Association. (2023). *Understanding blood pressure readings*.
<https://www.heart.org>

American Holistic Nurses Association. (2020). *What is holistic nursing?* Retrieved from
<https://www.ahna.org/Resources/What-is-Holistic-Nursing>

Boyd et al. (2007). *Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: Implications for pay for performance*. JAMA, 294(6), 716-724.

National Kidney Foundation. (2023). *Chronic kidney disease (CKD)*.
<https://www.kidney.org/atoz/content/about-chronic-kidney-disease>

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