

การจัดการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน: บทบาทของพยาบาล

ชยพล ศิรินิยมชัย*, อรทัย มawangศนันท์**, วณิศา คล้ายอง**

บทคัดย่อ

ภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและต้องการการดูแลอย่างบูรณาการ โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญและหลากหลาย ครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรองและประเมินความเสี่ยง การให้ความรู้และส่งเสริมทักษะการดูแลตนเอง การให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการรักษาแผล ไปจนถึงการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวอาจนำไปสู่แผลที่เท้า การติดเชื้อ และการตัดแขนขาส่วนล่าง โดยพบอัตราการเกิดแผลที่เท้าสูงถึงร้อยละ 20-30 และอัตราการตัดขาส่วนล่างสูงถึงร้อยละ 8.9 ส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ สาเหตุหลักของภาวะแทรกซ้อนเกิดจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่เหมาะสม ภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม และหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน ซึ่งส่งผลให้ความรู้สึที่เท้าลดลง การไหลเวียนเลือดบกพร่อง และการหายของแผลล่าช้า

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและสังเคราะห์บทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการจัดการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน โดยเน้น 5 บทบาทหลัก ได้แก่ (1) การคัดกรองความเสี่ยงและตรวจเท้าอย่างเป็นระบบ (2) การให้ความรู้และส่งเสริมทักษะการดูแลเท้าด้วยตนเอง (3) การให้คำปรึกษาเพื่อปรับพฤติกรรมและเสริมแรงจิตใจ (4) การจัดการแผลที่เท้าตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และ (5) การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การดำเนินบทบาทเหล่านี้อย่างมีประสิทธิภาพช่วยลดโอกาสการเกิดแผลและการตัดอวัยวะ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ลดภาระค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพ และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยเบาหวานโดยรวม

คำสำคัญ: การจัดการ ภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ผู้ป่วยเบาหวาน บทบาทพยาบาล

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

** โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

Corresponding Author: Chayaphon Siriniyomchai E-mail: rsiriniy@gmail.com

Received: 21 September 2025

Revised: 10 October 2025

Accepted: 14 October 2025

THE MANAGEMENT AND PREVENTION OF DIABETIC FOOT COMPLICATIONS: NURSES' ROLES

Chayaphon Siriniyomchai*, Orathai Mahawongsanan**, Wanida Layong**

ABSTRACT

Foot complications in patients with diabetes are complex health problems requiring integrated care management. Nurses play crucial and diverse roles encompassing risk screening and assessment, health education and self-care skill promotion, behavior modification counseling, wound management, and interdisciplinary team coordination to ensure continuous and effective care. These complications can lead to foot ulcers, infections, and lower extremity amputations, with foot ulcer incidence rates as high as 20-30% and lower extremity amputation rates up to 8.9%, significantly impacting quality of life across physical, psychological, and economic dimensions. The primary causes of these complications stem from inadequate blood glucose control, peripheral neuropathy, and peripheral arterial disease, resulting in decreased foot sensation, impaired blood circulation, and delayed wound healing.

This article aims to review and synthesize the essential roles of nurses in managing and preventing foot complications in patients with diabetes, focusing on five key roles: (1) systematic risk screening and foot examination, (2) health education and enhancement of self-care foot care skills, (3) counseling for behavior modification and motivation reinforcement, (4) evidence-based foot wound management, and (5) coordination with interdisciplinary healthcare teams. The effective implementation of these roles helps reduce the incidence of foot ulcers and amputations, promotes patient participation in self-care, decreases healthcare system costs, and leads to improved overall quality of life for patients with diabetes.

KEYWORDS: management, diabetic foot complications, diabetic patients, nurses' roles

* Faculty of Nursing, Chiang Rai Rajabhat University

** Chiangrai Prachanukhroh Hospital

Corresponding Author: Chayaphon Siriniyomchai E-mail: rsiriniy@gmail.com

Received: 21 September 2025

Revised: 10 October 2025

Accepted: 14 October 2025

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลก โดยสมาคมเบาหวานนานาชาติ รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 537 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 783 ล้านคนในปี พ.ศ. 2588¹⁻² สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2562-2563)³ รายงานว่าความชุกของโรคเบาหวาน ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2563 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2557 จากร้อยละ 8.9 เป็นร้อยละ 9.54 ทั้งยังพบว่าสัดส่วนผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ได้ โดยพบว่าค่าฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) > 7 มีร้อยละ 70.6 ในส่วนของภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่พบในผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 8.5 ภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 6.3 แผลที่เท้า ร้อยละ 1.7 และการถูกตัดอวัยวะเกี่ยวกับเท้า ร้อยละ 0.15 ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี⁴

โรคเบาหวานจัดเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังของความผิดปกติการเผาผลาญที่ทำให้ระดับกลูโคสในเลือดสูงต่อเนื่อง อันเกิดจากความบกพร่องของการหลั่งอินซูลิน การออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสองประการร่วมกัน อินซูลินเป็นฮอร์โมนที่สร้างและหลั่งจากเบตาเซลล์ใน Islets of Langerhans ของตับอ่อน ทำหน้าที่รักษาสอดคล้องระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อขาดอินซูลินหรือมีความผิดปกติของการหลั่ง/การออกฤทธิ์ ร่างกายจึงนำน้ำตาลเข้าสู่เซลล์ได้ไม่เพียงพอ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง⁵ การจำแนกโรคเบาหวานตามสาเหตุ ประกอบด้วย 4 ชนิด ได้แก่ 1) ชนิดที่ 1 (type 1 diabetes mellitus; T1DM) การทำลายเบตาเซลล์จากกลไกภูมิคุ้มกัน 2) ชนิดที่ 2 (type 2 diabetes mellitus; T2DM) ภาวะดื้อต่ออินซูลินร่วมกับการหลั่งอินซูลินไม่เพียงพอ เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดในประเทศไทย 3) เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus; GDM) ภาวะดื้อต่ออินซูลินที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ และ 4) เบาหวานจากสาเหตุจำเพาะ มีสาเหตุชัดเจน เช่น ความผิดปกติทาง

พันธุกรรม (เช่น MODY) โรคของตับอ่อน ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ ยาบางชนิด การติดเชื้อ หรือกลไกภูมิคุ้มกัน เป็นต้น^{1,5}

การจัดการโรคเบาหวานมีเป้าหมายหลักในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเน้นการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคและพัฒนาทักษะการดูแลตนเองไปพร้อมกัน แนวทางการรักษาที่สำคัญประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำรงชีวิต ได้แก่ การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการที่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การใช้ยาลดน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ และการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง เพื่อใช้ในการติดตามควบคุม และปรับการรักษาให้เหมาะสม¹ อย่างไรก็ตามการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง

นอกจากนี้ การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะทั่วร่างกายทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และการติดเชื้อ ส่วนภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะจอประสาทตาเสื่อมจากเบาหวาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อการมองเห็นและอาจนำไปสู่การสูญเสียการมองเห็นได้ ภาวะไตวายเรื้อรังจากโรคเบาหวาน และแผลที่เท้าจากปลายประสาทเสื่อม ถือว่ามีความรุนแรงสูง เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงการเสียชีวิตภายใน 5 ปี ประมาณร้อยละ 50-68⁶ จากข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระบุว่า ปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่มีแผลที่เท้าอัตรา 1.7 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน และมีผู้ป่วยที่ถูกตัดเท้าหรือขาอัตรา 0.1 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน นอกจากนี้มากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ที่ถูกตัดขา/เท้า/นิ้วเท้า มีประวัติเป็นแผลที่เท้านามาก่อน¹ ดังนั้นเพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว จำเป็นต้องเข้าใจปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลเท้าและการติดเชื้อ

จากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์ในการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวานพบว่า การเกิดแผลที่เท้าเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย โดยมีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด ส่งผลครอบคลุมทั้งระบบสั่งการ การรับรู้ความรู้สึกและระบบอัตโนมัติ กล่าวคือ กล้ามเนื้ออ่อนแอทำให้อ่อนแรงและลื่น ทำให้รูปเท้าผิดปกติ การกระจายน้ำหนักจึงผิดตำแหน่งและเกิดหนังหนาตาม (callus) จากแรงกดและแรงเสียดสีซ้ำ ๆ ขณะเดียวกัน การรับรู้ความรู้สึกที่เท้าลดลงจนถึงขั้นสูญเสียการรับรู้เพื่อป้องกันอันตราย ทำให้เกิดบาดเจ็บโดยไม่รู้สึกตัว นอกจากนี้ การทำงานของต่อมเหงื่อลดลงทำให้ผิวเท้าแห้งแตกเพิ่มโอกาสเกิดบาดแผลและการติดเชื้อจนนำไปสู่แผลที่เท้าได้ในที่สุด⁷ ปัจจัยเสริมอื่น ๆ ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลเท้าที่ไม่เหมาะสม รองเท้าที่ไม่พอดี ความผิดปกติของการลงน้ำหนักและการเคลื่อนไหวของเท้า ร่วมกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งปัจจัยทั้งหมดนี้ล้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการตัดนิ้วเท้า เท้า หรือขา ก่อให้เกิดความทุพพลภาพ และส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เช่น การแยกตัว ภาวะซึมเศร้า การลางาน รายได้ลดลง และค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง⁸ จากความซับซ้อนของปัญหาดังกล่าว พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการจัดการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน โดยบทบาทของพยาบาลมีความครอบคลุมและหลากหลาย ตั้งแต่การคัดกรองและการประเมินความเสี่ยงเพื่อค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงแต่เนิ่น ๆ การให้ความรู้และส่งเสริมทักษะการดูแลตนเอง เพื่อเสริมพลังผู้ป่วยในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน การจัดการรักษาแผลที่เท้าอย่างมีหลักฐานเชิงประจักษ์ และการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง⁹⁻¹⁰

บทความนี้ขอเสนอบทบาทหลัก 5 ด้านที่มีความสำคัญต่อการจัดการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาล ดังต่อไปนี้

1. บทบาทในการคัดกรองความเสี่ยงและตรวจเท้าอย่างเป็นระบบ

พยาบาลมีหน้าที่ประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดแผล โดยครอบคลุมการตรวจเท้าอย่างละเอียดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งตามแนวทางเวชปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง การตรวจนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อคัดกรองและจำแนกระดับความเสี่ยงของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการดูแลป้องกันแผลที่เท้าได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 การซักประวัติอย่างครอบคลุม^{1,11}

การซักประวัติอย่างละเอียดเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า โดยครอบคลุมประเด็นสำคัญดังนี้

อาการปัจจุบัน ชักถามอาการที่เท้า เช่น อาการชา แสบร้อน ปวดแปลบ หรือปวดตื้อ ๆ รวมถึงอาการปวดน่องเมื่อเดิน

ปัญหาที่เท้าในอดีต สอบถามประวัติการเกิดแผลที่เท้าหรือการถูกตัดนิ้วเท้า/เท้า/ขาที่ผ่านมา

ประวัติโรคและภาวะแทรกซ้อนร่วม ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน ผลการควบคุมระดับน้ำตาลและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น โรคตา โรคไต โรคเส้นประสาทส่วนปลาย และโรคหัวใจและหลอดเลือด

ข้อมูลส่วนตัวและพฤติกรรม สอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดูแลเท้าในชีวิตประจำวัน ลักษณะรองเท้าที่ใส่ และอุปสรรคในการดูแลตนเอง เช่น ปัญหาด้านสายตาหรือภาวะอ้วน เป็นต้น

1.2 การตรวจเท้าและการประเมินลักษณะภายนอก^{1,11}

พยาบาลควรตรวจเท้าอย่างเป็นระบบ เพื่อค้นหาความผิดปกติและประเมินความเสี่ยงทั้งด้านระบบประสาทและระบบหลอดเลือด การตรวจเท้าต้องทำอย่างละเอียดเมื่อผู้ป่วยถอดรองเท้าและถุงเท้าออก โดยเน้นการสังเกตภาพรวมและรายละเอียด ดังนี้

การสังเกตภาพรวม ท่าทางการเดิน สภาพของถุงเท้าและรองเท้า และความสามารถในการมองเห็นของผู้ป่วย

การตรวจผิวหนังและเล็บ ตรวจหาความผิดปกติ เช่น ความแห้ง รอยแตก สีผิว อุณหภูมิ สัญญาณของการติดเชื้อ โดยเฉพาะผิวหนังหนา (callus) (รูปที่ 1) ซึ่งเป็นจุดเสี่ยงการเกิดแผล



รูปที่ 1 ภาพวาดแสดงหนังหนาด้าน (callus)

ลักษณะเท้าผิดปกติ ตรวจหาความผิดปกติ เช่น เท้าแบน (flatfoot) (รูปที่ 2) นิ้วเท้างอจิก (claw toes) หรือนิ้วหัวแม่เท้าเก (hallux valgus) ซึ่งทำให้การกระจายน้ำหนักผิดปกติ



รูปที่ 2 ภาพแสดงโครงสร้างของเท้าแบน (flatfoot)

ถ่ายโดย ผศ.ชยพล ศิรินิยมชัย

การประเมินรองเท้า ตรวจสอบความเหมาะสม ความพอดี และสังเกตรอยกดหรือรอยบุภายในรองเท้า รวมถึงชนิดของถุงเท้าที่ใส่

1.3 การประเมินการรับรู้ความรู้สึกป้องกันตนเอง (protective sensation test)^{1,11}

พยาบาลมีบทบาทในการใช้เครื่องมือมาตรฐาน Semmes-Weinstein monofilament ขนาด 5.07 (10 กรัม) เพื่อทดสอบการทำงานของระบบประสาทส่วนปลาย

ขั้นตอน แต่ละเบา ๆ ที่ผิวหนังบริเวณเท้า ใน 3 จุดหลัก (นิ้วหัวแม่เท้า 1 จุด และบริเวณหน้าเท้า 2 จุด) (รูปที่ 3)



รูปที่ 3 ภาพวาดแสดงตำแหน่งการตรวจการรับรู้

ความรู้สึกด้วย monofilament 3 ตำแหน่ง

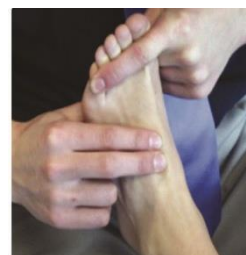
การแปลผล หากผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ความรู้สึกได้แม้เพียง 1 จุด ถือว่า สูญเสียความสามารถในการป้องกันตนเอง (LOPS) ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลโดยไม่รู้ตัว

1.4 การประเมินหลอดเลือดที่เลี้ยงขาและเท้า (vascular assessment)^{1,11}

การประเมินการไหลเวียนของเลือดเป็นสิ่งสำคัญ

อาการและอาการแสดง ชักถามอาการปวดขาหลังเดิน (intermittent claudication) ตรวจหาผิวหนังมัน ขนร่วง ผิวซีด เท้าเย็น หรือนิ้วดำคล้ำ

การคลำชีพจร คลำชีพจรบริเวณหลังเท้า (dorsalis pedis) (รูปที่ 4) และหลังปุ่มกระดูกข้อเท้าด้านใน (posterior tibial) (รูปที่ 5)



(ซ้าย)



(ขวา)

รูปที่ 4, 5 การคลำชีพจรบริเวณหลังเท้า

(dorsalis pedis) (ซ้าย) คลำชีพจรบริเวณหลังปุ่มกระดูกข้อเท้าด้านใน (posterior tibial) (ขวา)

ถ่ายโดย ผศ.ชยพล ศิรินิยมชัย

การวัด ABI หากคลำชีพจรที่เท้าไม่ได้ ควรส่งตรวจ ankle-brachial index (ABI) เพื่อประเมินการไหลเวียนของเลือดอย่างละเอียด

ตารางที่ 1 การจำแนกระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าและแนวทางการจัดการโดยพยาบาล

ระดับความเสี่ยง	ลักษณะผู้ป่วย	การจัดการโดยพยาบาล
ระดับ 0 (ต่ำมาก)	ไม่มีความผิดปกติใด ๆ (LOPS, ซิฟเจอร์เท้า, ABI ปกติ)	ให้ความรู้การดูแลเท้าด้วยตนเอง ติดตามพฤติกรรม นัดตรวจเท้าอย่างละเอียดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
ระดับ 1 (ต่ำ)	มีความผิดปกติ 1 ข้อ: LOPS ผิดปกติ หรือ ซิฟเจอร์เท้าเบา/ABI ผิดปกติ	ให้ความรู้เรื่องรองเท้าที่เหมาะสม ห้ามเดินเท้าเปล่า นัดตรวจเท้าอย่างละเอียด ทุก 6-12 เดือน
ระดับ 2 (ปานกลาง)	มีความผิดปกติ อย่างน้อย 2 ข้อ: LOPS ผิดปกติ, ซิฟเจอร์เท้าเบา/ABI ผิดปกติ, หรือเท้าผิดรูป	ส่งพบทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ นัดตรวจเท้าอย่างละเอียด ทุก 3-6 เดือน
ระดับ 3 (สูง)	มี LOPS และ/หรือ ซิฟเจอร์เท้าเบา/ABI ผิดปกติ ร่วมกับ มีประวัติเคยเป็นแผล/ถูกตัดขา/ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย	ส่งพบทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ นัดตรวจเท้าอย่างละเอียด ทุก 1-3 เดือน

ABI; ankle-brachial index, LOPS; สูญเสียความสามารถในการป้องกันตนเอง

1.5 การจำแนกระดับความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยง¹

จากผลการประเมินข้างต้น พยาบาลสามารถจำแนกระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าได้ออกเป็น 4 ระดับ (ระดับ 0–3) (ตารางที่ 1) เพื่อวางแผนการดูแลป้องกันแผลที่เท้า โดยกำหนดความถี่ในการตรวจเท้าโดยละเอียดที่แตกต่างกัน ตั้งแต่ปีละ 1 ครั้ง สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำมาก ไปจนถึงทุก 1-3 เดือน สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

สรุป การตรวจเท้าอย่างเป็นระบบช่วยให้พยาบาลสามารถจำแนกระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างชัดเจน ทำให้วางแผนการดูแลป้องกันแผลที่เท้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดโอกาสที่ผู้ป่วยจะเกิดแผลที่เท้าในอนาคต

2. บทบาทการให้ความรู้และเสริมทักษะการดูแลเท้าด้วยตนเอง^{1,9-10}

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันแผลที่เท้าผ่านการให้ความรู้และการฝึกทักษะ โดยสามารถจำแนกเป็นหมวดหมู่ ดังนี้

2.1 การให้ความรู้และแนะนำ (ตารางที่ 2)

2.2 การสอนและฝึกทักษะ (ตารางที่ 3)

2.3 ข้อห้ามที่สำคัญ พร้อมเหตุผลและทางเลือกที่แนะนำ (ตารางที่ 4)

สรุป การให้ความรู้ การสาธิต การฝึกทักษะ และการย้ำเตือนข้อห้ามอย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดแผลและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 2 หัวข้อการให้ความรู้และเนื้อหาสำคัญ

หัวข้อ	เนื้อหาสำคัญ
การควบคุมเบาหวาน	ให้ความรู้และแนะนำการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย เพื่อป้องกันภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม
การทำความสะอาดเท้า	สอนและสาธิตการทำความสะอาดเท้าทุกวันด้วยน้ำสะอาดและสบู่อ่อน พร้อมเน้นการเช็ดให้แห้งตามซอกนิ้ว
การเลือกรองเท้า	ให้ความรู้เรื่องรองเท้าใส่รองเท้าที่พอดี ถูกสุขลักษณะ และเหมาะสมกับรูปเท้าตลอดเวลาทั้งในบ้านและนอกบ้าน
การสวมถุงเท้า	แนะนำการสวมถุงเท้าที่สะอาด นุ่ม พอดี ไม่มีรอยตะเข็บ เพื่อป้องกันการเสียดสี และควรเปลี่ยนทุกวัน
การดูแลผิวหนัง	ใช้ครีมหรือโลชั่นทาบาง ๆ บริเวณหลังเท้าและฝ่าเท้าหากผิวแห้ง ห้ามทาบริเวณซอกระหว่างนิ้วเท้า

ตารางที่ 3 หัวข้อการสอนทักษะและวิธีการสาธิต/ฝึกปฏิบัติ

ทักษะ	วิธีการสาธิต/ฝึกปฏิบัติ
การสำรวจเท้า	ฝึกให้ผู้ป่วยสำรวจเท้าและเล็บเท้าอย่างละเอียดทุกวัน (อาจใช้กระจกหรือให้ญาติช่วยสำหรับผู้มีข้อจำกัดด้านสายตา/การเคลื่อนไหว) เพื่อตรวจหาแผล รอยแดง รอยแตก หรือเล็บขบ
การตัดเล็บ	แนะนำวิธีการตัดเล็บตามแนวขอบเล็บเท่านั้น และใช้ตะไบขัดลบรอยคม หากมีปัญหาด้านสายตาหรือเล็บหนา ควรแนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญการดูแลเท้าตัดเล็บให้
การตรวจรองเท้า	แนะนำให้ผู้ป่วยตรวจดูรองเท้าทั้งภายในและภายนอกก่อนสวมใส่ทุกครั้ง เพื่อป้องกันการมีสิ่งแปลกปลอมอยู่ด้านใน

ตารางที่ 4 ข้อห้าม เหตุผล และทางเลือกที่แนะนำ

ข้อห้าม	เหตุผล	ทางเลือกที่แนะนำ
ห้ามเดินเท้าเปล่า	เสี่ยงต่อการเหยียบสิ่งแปลกปลอม	ใส่รองเท้าที่เหมาะสมทั้งในและนอกบ้าน
ห้ามสัมผัสความร้อน	ผู้ป่วยอาจไม่รู้สึกร้อนเพราะ LOPS	หลีกเลี่ยงการสัมผัสกระเป๋าน้ำร้อน แผ่นร้อน หรือเดินบนพื้นผิวที่ร้อน
ห้ามแช่เท้า	ชะเอาไขมันที่ผิวหนังออก ทำให้ผิวแห้งและแตกง่าย	ล้างเท้าด้วยน้ำสะอาดและเช็ดให้แห้ง ห้ามใช้แอลกอฮอล์เช็ดเท้า
ห้ามตัดผิวหนังหนา (callus)	มีโอกาสดัดพลาดถูกผิวหนังรอบ ๆ	พบผู้เชี่ยวชาญด้านเท้า (podiatrist หรือ foot care nurse)
ห้ามนึ่งไขว้ขา	ทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก	นั่งในท่าที่ถูกต้อง ไม่ไขว้ขานานเกิน 10-15 นาที
หลีกเลี่ยงรองเท้าแตะแบบหนีบ	อาจทำให้เกิดแผลตรงข้อนิ้วเท้า	เลือกรองเท้าที่มีสายรัดที่ข้อเท้า

LOPS; สูญเสียความสามารถในการป้องกันตนเอง

3. บทบาทการให้คำปรึกษาเพื่อปรับพฤติกรรมและเสริมแรงใจ^{1,9-10}

พยาบาลใช้ทักษะการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน ดังต่อไปนี้

3.1 กระบวนการให้คำปรึกษา (ตารางที่ 5)

3.2 การใช้เทคนิค motivational

interviewing (MI) (ตารางที่ 6)

3.3 การเสริมแรงใจและติดตามผล

เน้นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (เช่น การเดินได้ตามปกติ) แทนการเน้นข้อเสียของการไม่เปลี่ยนแปลง

แนะนำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลนัดหมายเพื่อติดตามความคืบหน้าอย่างสม่ำเสมอ

สรุป การให้คำปรึกษาเชิงรุกและเป็นระบบช่วยเสริมพลังให้ผู้ป่วยรู้สึกมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน

4. บทบาทการจัดการแผลที่เท้าตามหลักฐานเชิงประจักษ์¹¹⁻¹⁴

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติที่ได้รับการยอมรับ (evidence-based practice; EBP) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแผลที่มีประสิทธิภาพ ดังต่อไปนี้

4.1 การประเมินแผลอย่างครอบคลุม

พยาบาลต้องประเมินปัจจัยที่ทำให้แผลหายช้าและแก้ไขสาเหตุ เช่น การไหลเวียนของเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด การติดเชื้อ รวมถึงขนาด ความลึก สี และลักษณะของแผล

4.2 การเตรียมพื้นผิวแผลตามหลักการ TIME

พยาบาลดำเนินการจัดการแผลตามหลักการ TIME (ตารางที่ 7)

4.3 การป้องกันแรงกดทับ (offloading)¹³⁻¹⁵

ในผู้ป่วยที่มีแผลเบาหวานที่ฝ่าเท้า พยาบาลต้องประเมินการใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ (เช่น รองเท้าพิเศษ เปือก หรืออุปกรณ์ช่วยเดิน) ให้คำแนะนำการใช้อุปกรณ์อย่างถูกต้องเพื่อป้องกันการบาดเจ็บซ้ำ และติดตามประสิทธิภาพของอุปกรณ์

ตารางที่ 5 ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติของกระบวนการให้คำปรึกษา

ขั้นตอน	วิธีการปฏิบัติ
การประเมินและทำความเข้าใจ	สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร สอบถามถึงพฤติกรรมการดูแลเท้า ปัญหาที่พบ ความรู้ความเข้าใจ และอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้
การประเมินระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	ประเมินว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะใด (เช่น ยังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยน หรือพร้อมที่จะลงมือทำ) เพื่อเลือกใช้เทคนิคที่เหมาะสม

ตารางที่ 6 เทคนิค motivational interviewing และตัวอย่างการใช้งาน

เทคนิค	ตัวอย่างการใช้งาน
ถามคำถามปลายเปิด	"คุณคิดว่าอะไรคือสิ่งที่ยากที่สุดในการดูแลเท้าของคุณในตอนนี้?"
ทวนคำพูดของผู้ป่วย	"เหมือนคุณกำลังบอกว่าการจำขั้นตอนทั้งหมดเป็นเรื่องที่ค่อนข้างท้าทายใช่ไหมคะ?"
ชื่นชมความพยายาม	"คุณทำได้ดีมากที่พยายามตรวจดูเท้าทุกวัน"
ตั้งเป้าหมายร่วมกัน	"ในสัปดาห์หน้า เราจะลองเพิ่มการตรวจเท้าจาก 3 ครั้ง เป็น 5 ครั้งต่อสัปดาห์ ดูไหมคะ?"

ตารางที่ 7 การเตรียมพื้นผิวแผลตามหลักการ TIME และบทบาทของพยาบาล

หลักการ	บทบาทของพยาบาล
T (Tissue Management)	การทำความสะอาดแผลและกำจัดเนื้อเยื่อที่ตายแล้ว (debridement) โดยเลือกวิธีการที่เหมาะสม และประเมินความจำเป็นในการส่งต่อแพทย์เพื่อ surgical debridement
I (Infection and Inflammation Control)	สังเกตการติดเชื้อ เก็บตัวอย่างส่งตรวจเพาะเชื้อตามคำสั่งแพทย์ ใหยาปฏิชีวนะตามคำสั่ง และติดตามผลการรักษา
M (Moisture Balance)	การรักษาสมดุลความชื้น โดยเลือกผ้าปิดแผลที่เหมาะสมกับปริมาณสารคัดหลั่งจากแผล และปรับเปลี่ยนผ้าปิดแผลตามความเหมาะสม
E (Edge Advancement)	การส่งเสริมการเจริญของเนื้อเยื่อใหม่ที่ขอบแผล ป้องกันการบาดเจ็บซ้ำ และให้คำแนะนำเรื่องการพักผ่อน

4.4 การส่งเสริมการเรียนรู้และการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ตามการศึกษาของ Bus et al. (2020) และ ADA (2024) ชี้ว่าการเสริมพลังผู้ป่วยและการให้ความรู้เป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันการเกิดแผลซ้ำ¹⁵⁻¹⁶ พยาบาลจึงต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง สอนทักษะการดูแลแผลเบื้องต้นตามความเหมาะสม และเสริมสร้างความมั่นใจในการจัดการปัญหาด้วยตนเอง

สรุป บทบาทของพยาบาลในการจัดการแผลที่เท้าตามหลักฐานเชิงประจักษ์และการป้องกันแรงกดดันเป็นกุญแจสำคัญในการส่งเสริมการหายของแผลและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

5. บทบาทการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

พยาบาลทำหน้าที่เป็นประสานงานหลัก (care coordinator) ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า เพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพสูงสุด ดังต่อไปนี้

5.1 การประสานงานกับสมาชิกทีม⁹⁻¹⁰ (ตารางที่ 8)

5.2 การจัดการข้อมูลและการสร้างความต่อเนื่อง⁹⁻¹⁰

การจัดการแผนการดูแล จัดทำและปรับปรุงแผนการดูแลแบบองค์รวมร่วมกับทีม จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และติดตามความก้าวหน้า

การสื่อสารและบันทึก จัดทำและปรับปรุงบันทึกการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ จัดทำสรุปแผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว และประสานการประชุมทีม (multidisciplinary team meeting)

การส่งต่อ ประสานการส่งต่อจากโรงพยาบาลสู่การดูแลที่บ้านหรือในชุมชน และสร้างเครือข่ายการดูแลที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง

สรุป การประสานงานที่มีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง และมีคุณภาพสูงสุด ส่งผลให้ผลลัพธ์การรักษาดีขึ้นและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

กรณีศึกษา

การประยุกต์ใช้บทบาทพยาบาลทั้ง 5 ด้าน ในการดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อสาธิตการประยุกต์ใช้และบูรณาการบทบาทพยาบาลทั้ง 5 ด้าน ในการป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนที่เท้าผู้ป่วยเบาหวาน จึงนำเสนอกรณีศึกษา ดังนี้

ผู้ป่วยอายุ 60 ปี ประวัติป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นาน 15 ปี มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม (peripheral neuropathy) ตรวจพบครั้งแรก 3 ปีก่อน และมีประวัติการควบคุมระดับน้ำตาลไม่สม่ำเสมอ ตรวจระดับ HbA1c ล่าสุดได้ 9.5% ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร มาคลินิกเบาหวานตามนัด พยาบาลทำการตรวจเท้าประจำปี

บทบาทที่ 1 การคัดกรองความเสี่ยงและ

ตรวจเท้าอย่างเป็นระบบ

การปฏิบัติของพยาบาล

การซักประวัติ ซักถามอาการชา ปวดแปลบที่เท้า และประวัติการดูแลเท้า พบว่าผู้ป่วยมักสวมรองเท้าแตะยางขณะทำงานในสวน และเคยมีรอยถลอกเล็กๆ ที่เท้า แต่ไม่มีอาการปวด

ตารางที่ 8 สมาชิกทีมและบทบาทการประสานงาน

สมาชิกทีม	บทบาทการประสานงาน
แพทย์	รายงานระดับน้ำตาลในเลือด ผลการปรับยา สื่อสารปัญหาการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ป่วย และประสานการตรวจติดตามภาวะแทรกซ้อน
ศัลยแพทย์/ผู้เชี่ยวชาญด้านเท้า	เมื่อผู้ป่วยมีแผลติดเชื้อรุนแรง มีภาวะขาดเลือดรุนแรง หรือต้องการการผ่าตัด พยาบาลต้องรีบประสานศัลยแพทย์เพื่อทำการรักษาอย่างทันที่
นักกายภาพบำบัด	ประสานการประเมินความต้องการอุปกรณ์ช่วยเดินและอุปกรณ์ลดแรงกดทับ (offloading device)
นักโภชนาการ	ประเมินสถานะโภชนาการ ประสานแผนอาหารที่เหมาะสมสำหรับการควบคุมเบาหวานและการหายของแผล
เภสัชกร	ตรวจสอบปฏิกิริยาระหว่างยา ประสานการปรับขนาดยา และให้คำแนะนำเรื่องการใช้อย่างถูกต้อง
นักสังคมสงเคราะห์	ประเมินปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจที่ส่งผลการดูแล ประสานการหาแหล่งสนับสนุนทางการเงินและบริการดูแลในชุมชน
ผู้เชี่ยวชาญด้านเท้า (podiatrist)	ประสานการดูแลเล็บ ปัญหาเล็บต่าง ๆ และการจัดการผิวหนังหนา (callus)

การตรวจเท้า พบ callus บริเวณฝ่าเท้า และ
ผิวหนังแห้งแตกเล็กน้อย

การประเมินการรับรู้ความรู้สึก ใช้ Semmes-Weinstein monofilament (10 กรัม) ทดสอบการรับรู้ความรู้สึกที่เท้า 3 จุด พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ความรู้สึกได้ 2 ใน 3 จุด

การจำแนกความเสี่ยง ผู้ป่วยอยู่ในระดับความเสี่ยง 2 (ปานกลาง) เนื่องจากมี LOPS ร่วมกับมี callus

ผลลัพธ์ วางแผนให้ตรวจเท้าอย่างละเอียดทุก 3-6 เดือน และส่งต่อพบทีมผู้เชี่ยวชาญในการจัดการ callus

บทบาทที่ 2 การให้ความรู้และเสริมทักษะการดูแลเท้าด้วยตนเอง

หลังการประเมิน พยาบาลให้ความรู้เพื่อลดความเสี่ยงจากการมี LOPS

การปฏิบัติของพยาบาล

การให้ความรู้ เน้นย้ำความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาล และสอนขั้นตอนการทำความสะอาดและเช็ดเท้าตามชอกนิ้วให้แห้งทุกวัน

การฝึกทักษะ สาธิตและฝึกให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ใช้กระจกสำรวจเท้าและเล็บเท้าอย่างละเอียดทุกวัน เพื่อตรวจหารอยแผลหรือรอยแดง เนื่องจากมีปัญหาด้านสายตาเล็กน้อย

ข้อห้ามที่สำคัญ เน้นย้ำข้อห้ามเดินเท้าเปล่าทั้งในและนอกบ้าน และห้ามตัดผิวหนังหนาด้านด้วยตนเอง

ทางเลือกแนะนำ แนะนำให้ใช้รองเท้าสุขภาพแบบปิดหุ้มเท้าที่พอดีเท้าเสมอ และแนะนำให้ปรึกษา ผู้เชี่ยวชาญด้านเท้าหรือพยาบาลดูแลเท้าเพื่อจัดการ callus แทนการตัดด้วยตนเอง

ผลลัพธ์ ผู้ป่วยเข้าใจถึงความเสี่ยงของการมี LOPS และวิธีการดูแลเท้าที่ถูกต้องมากขึ้น

บทบาทที่ 3 การให้คำปรึกษาเพื่อปรับพฤติกรรมและเสริมแรงใจ

ผู้ป่วยแจ้งว่า การเปลี่ยนรองเท้าและเป็นรองเท้าแบบปิดเป็นเรื่องยากลำบาก และรู้สึกท้อแท้กับการควบคุมน้ำตาล

การปฏิบัติของพยาบาล

ใช้เทคนิค MI การทำความเข้าใจ ใช้คำถามปลายเปิด เช่น "คุณคิดว่าอุปสรรคที่ทำให้คุณเปลี่ยนมาใส่รองเท้าปิดได้ยากคืออะไรคะ?" เพื่อทำความเข้าใจมุมมองของผู้ป่วย **การทวนคำพูด** "เหมือนว่าคุณรู้สึกว่าการใส่รองเท้าผ้าใบมันไม่สะดวกเวลาทำงานในสวนใช่ไหมคะ?" เพื่อแสดงความเข้าใจ **การตั้งเป้าหมายร่วมกัน** "ถ้าอย่างนั้น เราลองตั้งเป้าหมายเล็ก ๆ ในสัปดาห์หน้า คือการใส่รองเท้าแบบปิดในช่วงเช้า 3 วันก่อนได้ไหมคะ?" และ **ชื่นชมความพยายาม** **การเสริมแรงใจ** เน้นประโยชน์ในเชิงบวก เช่น "ถ้าเท้าคุณปลอดภัย คุณก็จะสามารถเดินไปทำงานในสวนได้นานขึ้นโดยไม่ต้องกังวลเรื่องแผล"

ผลลัพธ์ ผู้ป่วยตกลงที่จะพยายามสวมรองเท้าแบบปิดระหว่างทำงานในสวนอย่างน้อยวันละครึ่งวัน

บทบทที่ 4 การจัดการแผลที่เท้าตาม หลักฐานเชิงประจักษ์

3 เดือนต่อมา ผู้ป่วยมีแผลที่ฝ่าเท้าบริเวณที่มี callus โดยแผลมีลักษณะตื้น ไม่มีการติดเชื้อรุนแรง

การปฏิบัติของพยาบาลตามหลักการ TIME

T (Tissue Management) ทำความสะอาด แผลและกำจัดเนื้อเยื่อตาย (debridement) ด้วยวิธีที่เหมาะสม หรือส่งต่อให้พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแผล

I (Infection Control) ตรวจสอบสัญญาณการติดเชื้อ เช่น รอยแดง ความร้อน กลิ่น เป็นต้น หากสงสัยให้ เก็บตัวอย่างส่งตรวจเพาะเชื้อตามคำสั่งแพทย์

M (Moisture Balance) เลือกผ้าปิดแผลที่เหมาะสม เช่น hydrocolloid หรือ foam dressing เพื่อรักษาสมดุลความชื้น และส่งเสริมการหายของแผล

E (Edge Advancement) แนะนำการพักผ่อน และป้องกันการบาดเจ็บซ้ำ

การป้องกันแรงกดทับ (offloading) ประเมินความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ เช่น รองเท้าพิเศษ หรือเฝือก total contact cast ชั่วคราว

ผลลัพธ์ แผลได้รับการดูแลตามหลัก EBP และได้รับการป้องกันแรงกดทับ

บทบทที่ 5 การประสานงานกับทีม สหสาขาวิชาชีพเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

จำเป็นต้องได้รับการดูแลแผลและการควบคุม น้ำตาลอย่างเข้มงวด

การปฏิบัติของพยาบาล (care coordinator)

- ประสานแพทย์รายงานระดับน้ำตาลในเลือดที่สูง และปัญหาการปฏิบัติตัว เพื่อปรับแผนการรักษาและยาลดน้ำตาล
- ประสานนักโภชนาการ ประเมินและจัดทำแผนอาหารที่เหมาะสมทั้งสำหรับการควบคุมเบาหวานและการส่งเสริมการหายของแผล
- ประสานผู้เชี่ยวชาญด้านเท้า ส่งต่อเพื่อจัดการ callus และให้คำแนะนำเรื่องรองเท้าเฉพาะบุคคล

- การสร้างความต่อเนื่อง จัดทำแผนการดูแลแบบองค์รวม และประสานการนัดหมายติดตามผลกับทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกเฉพาะทางเท้าเบาหวานทุก 1-3 เดือน

ผลลัพธ์ ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมจากทีมผู้เชี่ยวชาญหลายฝ่าย ทำให้การรักษาเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพสูงสุด

สรุป จากกรณีศึกษาแสดงให้เห็นว่าการดำเนินบทบาทพยาบาลทั้ง 5 ด้าน อย่างบูรณาการและต่อเนื่อง ตั้งแต่การคัดกรองเชิงรุก การเสริมสร้างทักษะ การให้แรงจูงใจ การทำแผล และการประสานงานสหสาขาวิชาชีพ เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลซ้ำและการนำไปสู่การตัดอวัยวะในผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทสรุป

การพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานมีบทบาทสำคัญต่อการลดแผลเท้า ลดการตัดอวัยวะ และยกระดับคุณภาพชีวิต โดยครอบคลุม 5 ด้านหลัก ได้แก่ (1) คัดกรองความเสี่ยงและตรวจเท้าอย่างเป็นระบบเพื่อจำแนกความเสี่ยงและวางแผนดูแล (2) ให้ความรู้และเสริมทักษะการดูแลตนเองให้ปฏิบัติได้ถูกต้องและต่อเนื่อง (3) ให้คำปรึกษาและเสริมแรงจูงใจเพื่อหนุนการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน (4) จัดการแผลตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อเร่งการหายและป้องกันการติดเชื้อ และ (5) ประสานงานสหสาขาเพื่อให้การดูแลต่อเนื่องและเกิดผลสูงสุด บทบาททั้งห้าด้านจะช่วยลดการเกิดแผลใหม่และการเกิดซ้ำ ป้องกันการสูญเสียอวัยวะ ลดภาระค่าใช้จ่ายและภาระงานของระบบบริการสุขภาพ และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาวของผู้ป่วยเบาหวาน

REFERENCES

1. Thai Diabetes Association, Thai Endocrine Society. Clinical practice guideline for diabetes 2023. Bangkok: Srimuang Printing; 2023.
2. International Diabetes Federation. About diabetes: facts & figures [Internet]. Brussels: IDF; 2023 [cited 2025 Sep 19]. Available from: <https://idf.org/about-diabetes/diabetes-facts-figures/>
3. Ministry of Public Health. Report on complications and economic burden of diabetes in Thailand. Bangkok: Ministry of Public Health; 2021.
4. Aekplakorn W, Phakchareon H. Report on the sixth Thai national health examination survey 2019–2020. Bangkok: Aksorn Graphic and Design; 2021.
5. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 2. Diagnosis and classification of diabetes: standards of care in diabetes—2024. *Diabetes Care* 2024;47(Suppl 1):S16-33.
6. Karuranga S, Malanda B, Saeedi P, Salpea P [Editorial]. IDF diabetes atlas. 9th ed. International IDF diabetes atlas. 9th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2019.
7. Kosachunhanan N. Pathophysiology of foot disease in diabetic patients. In: Kosachunhanan N, editor. Textbook of prevention and treatment of foot disease in diabetic patients. Bangkok: Trick Think; 2013. p. 21-34.
8. Polikandrioti M, Vasilopoulos G, Koutelekos I, Panoutsopoulos G, Gerogianni G, Babatsikou F, et al. Quality of life in diabetic foot ulcer: associated factors and the impact of anxiety/depression and adherence to self-care. *Int J Low Extrem Wounds*. 2020;19(2):165-79.
9. Mounkum S. Nurses' role in diabetic foot care. *J R Thai Army Nurses*. 2017;18 (Suppl):1-10.
10. Samrannet W, Thamduang Sri P, Jansri P. The role of nurses in preventing the risk of diabetic foot ulcers. *Journal of Nursing, Siam University*. 2020;21(40):71-82.
11. Institute of Medical Research & Technology Assessment. Clinical practice guideline: prevention and management of diabetic foot complications. Bangkok: Institute of Medical Research & Technology Assessment; 2013.
12. Suwannanakin A. Nursing guide for foot care to prevent ulcers in diabetic patients. Bangkok: Nursing Department, Siriraj Hospital; 2016.
13. Woranit W, Jupaporn K, Sitthichok T. The role of nurses in caring for foot ulcers in diabetic patients. *Thai Journal of Burn and Wound Healing*. 2023;7(2):49-58.
14. Schaper NC, van Netten JJ, Apelqvist J, Bus SA, Fitridge R, Game F, et al. IWGDF Guidelines on the prevention and management of diabetic foot disease [Internet]. Brussels: International Working Group on the Diabetic Foot; 2023 [cited 2025 Sep 20]. Available from: <https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2023/07/IWGDF-Guidelines-2023.pdf>
15. Bus SA, Armstrong DG, Gooday C, Jarl G, Caravaggi C, Viswanathan V, et al. Guidelines on offloading foot ulcers in persons with diabetes (IWGDF 2019 update). *Diabetes Metab Res Rev*. 2020 ;36 (Suppl 1):e3274.
16. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of medical care in diabetes—2024: microvascular complications and foot care. *Diabetes Care*. 2024;47 (Suppl 1):S135-9.