

การจัดการหนังหนาที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาลวิชาชีพ

ชยพล ศิรินิยมชัย อพ.ย.*, วรารณ สุภาดา พย.ม.** , วรณันธีร์สุดาพรรณ พย.ม***

บทคัดย่อ

ภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมจากเบาหวาน (Diabetic Peripheral Neuropathy; DPN) เป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญของโรคเบาหวานที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการชาที่เท้า สูญเสียการรับสัมผัสเชิงป้องกัน และเกิดความผิดปกติของแรงกดที่ฝ่าเท้า ซึ่งส่งผลให้เกิดหนังหนา (callus) อันเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดแผลที่เท้าและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การจัดการหนังหนาที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานเป็นบทบาทที่ท้าทายของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากต้องอาศัยทักษะเฉพาะทางในการประเมินความเสี่ยง การตัดสินใจคลินิกที่เหมาะสม และการจัดการหนังหนาอย่างปลอดภัย พร้อมทั้งต้องมีความเชี่ยวชาญในการให้ความรู้และเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลเท้าด้วยตนเองของผู้ป่วย บทความนี้ได้รวบรวมข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์และประสบการณ์ทางคลินิกเกี่ยวกับความท้าทายและแนวทางการจัดการหนังหนาในผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อส่งเสริมสมรรถนะและการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า ลดความเสี่ยงต่อการถูกตัดเท้า ซึ่งจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

คำสำคัญ : การจัดการ, หนังหนาที่เท้า, ผู้ป่วยเบาหวาน, บทบาทพยาบาล

Management of Foot Callus in Diabetic Patients: The Challenging Role of Professional Nurses

Chayaphon Siriniyomchai Dip. APAGN*, Waravan Supata M.S.N**, Woranan Theesudapan M.S.N***

Abstract

Diabetic peripheral neuropathy (DPN) is a significant chronic complication of diabetes that leads to numbness in the feet, loss of protective sensation, and abnormal plantar pressure distribution. These changes promote calluses which is a critical risk factor for foot ulcer development that adversely affect patients' quality of life. Appropriate managing of foot calluses in diabetic patients represents a challenging role for professional nurses, as it requires specialized skills in risk assessment, appropriate clinical decision-making, and safe callus management, along with expertise in patient education and promotion of self-care foot behaviors. This article compiles evidence-based information and clinical experience regarding the challenges and management approaches for foot calluses in diabetic patients, aiming to enhance nursing competency and effective practice in preventing foot ulcers, reducing lower limb amputation risk, and improving the quality of life for diabetic patients.

Keywords : management, foot callus, diabetic patients, nurses' roles

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกมีจำนวน 537 ล้านคนในปี พ.ศ. 2566 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 643 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573^{1,2} สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2562-2563) พบว่าความชุกของโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 9.54 ในปี พ.ศ. 2563³ ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่พบในผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย ภาวะแทรกซ้อนทางไตร้อยละ 8.5 ภาวะแทรกซ้อนทางตาร้อยละ 6.3 แผลที่เท้า

ร้อยละ 1.7⁴ และภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม (Diabetic Peripheral Neuropathy: DPN) ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 20-50 ของผู้ป่วยเบาหวาน⁵ ภาวะ DPN เป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การเกิดหนังหนาและแผลที่เท้า โดยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานประมาณร้อยละ 15-25⁵ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าตลอดช่วงชีวิต และหากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม จะนำไปสู่การติดเชื้อ เนื้อเยื่อตาย และการถูกตัดอวัยวะในที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเกิดหนังหนาที่เท้าเป็นผลจากภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทส่วนปลายซึ่งทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความรู้สึก มีแรงกดทับบริเวณฝ่าเท้าผิดปกติ และผิวหนังแห้ง ภาวะหนังหนาจัดเป็น pre-ulcer

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

* Assistant professor, Faculty of Nursing, Chiang Rai Rajabhat University

, * อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

, * Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai Rajabhat University

Received : Sep 24, 2025

Revised : Dec 21, 2025

Accepted : Dec 22, 2025

lesion⁶ ที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดแผลและการถูกตัดเท้า โดยมีความสัมพันธ์กับการเกิดแผล เมื่อหนึ่งหนาเกิดขึ้นและไม่ได้รับการจัดการ จะเปรียบเสมือนมีสิ่งแปลกปลอมแข็งกดทับเนื้อเยื่ออ่อนใต้ฝ่าเท้า ส่งผลให้เนื้อเยื่อขาดเลือด (Ischemia) และเกิดการทำลายเนื้อเยื่อจนกลายเป็นแผลในที่สุด โดยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีหนังหนา (callus) ที่เท้าจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)⁷ และส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงถึง 47,596⁸ ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีแผลที่เท้ามีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นถึง 2.5 เท่า⁹ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีแผล ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าด้วยการจัดการหนังหนาอย่างเหมาะสม

ดังนั้น จึงเป็นบทบาทที่ท้าทายของพยาบาลวิชาชีพ ในการจัดการหนังหนาเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า ช่วยป้องกันความพิการจากการสูญเสียอวัยวะเกี่ยวกับเท้า บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการจัดการหนังหนาตามหลักฐานเชิงประจักษ์และประสบการณ์ทางคลินิก เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า ลดอัตราการตัดขา และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานอย่างยั่งยืน



รูปภาพที่ 1 ภาพวาดแสดงตำแหน่งการเกิดหนังหนา (Callus)

บทบาทพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน

ตามแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า พ.ศ. 2556¹⁰ ร่วมกับแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2566¹¹ ได้กำหนดข้อแนะนำในการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานโดยเน้นการควบคุม ป้องกัน และรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อชะลอหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะแทรกซ้อนที่เท้า โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์แนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานทุกรายได้รับการตรวจประเมินเท้าอย่างละเอียดอย่างน้อย

ปีละครั้ง ซึ่งการตรวจประเมินดังกล่าวประกอบด้วย

การซักประวัติ เช่น ประวัติการเคยมีแผลที่เท้า การถูกตัดอวัยวะ การติดเชื้อ การใช้รองเท้าและอุปกรณ์เสริม รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ การตรวจสอบลักษณะเท้า ได้แก่ รูปร่างและความผิดปกติของเท้า สภาพผิวหนัง เล็บ จุดกดหรือหนังหนา แผล รวมถึงสัญญาณการติดเชื้อ การประเมินการสูญเสียความรู้สึกเพื่อป้องกันตนเอง (loss of protective sensation: LOPS) โดยใช้เครื่องมือ เช่น Monofilament Test ขนาด 10 กรัม และ/หรือการทดสอบการสั่นสะเทือน เพื่อประเมินความสามารถในการรับความรู้สึกที่เท้า การประเมินระบบหลอดเลือดของเท้า (vascular assessment) ได้แก่ การตรวจชีพจรที่หลังเท้า (dorsalis pedis) และข้อเท้าด้านหลัง (posterior tibial) รวมถึงการวัดดัชนีแรงดันข้อเท้าและแขน (ankle-brachial index: ABI หรือ Toe pressure) ตามความเหมาะสม ผลการประเมินดังกล่าวจะช่วยให้พยาบาลสามารถจัดระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และวางแผนการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ดังนั้น การตรวจเท้าถือเป็นขั้นตอนสำคัญที่พยาบาลต้องดำเนินการอย่างละเอียดเพื่อค้นหาความผิดปกติและประเมินความเสี่ยง การประเมินลักษณะเท้าภายนอกก่อนเริ่มการตรวจ ควรให้ผู้ผู้ป่วยถอดรองเท้าและถุงเท้าออก เพื่อให้สามารถประเมินเท้าได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านระบบประสาทและระบบหลอดเลือด โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

การประเมินลักษณะเท้าภายนอก

พยาบาลมีบทบาทหลักในการตรวจประเมินเท้าอย่างเป็นระบบและละเอียด เพื่อคัดกรองความเสี่ยงตั้งแต่ระยะแรก การประเมินควรเริ่มจากการสังเกตภาพรวม เช่น ท่าทางการเดิน สภาพของถุงเท้าและรองเท้า และความสามารถในการมองเห็นของผู้ป่วย จากนั้นจึงเข้าสู่การตรวจผิวหนังทุกส่วนของเท้าอย่างละเอียด เพื่อหาความผิดปกติ เช่น ความแห้ง, รอยแตก, สีสัน, อุณหภูมิ และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง หนังหนา ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนของการเกิดแผลในอนาคต นอกจากนี้ ควรตรวจเล็บและง้ามเท้าเพื่อดูสุขอนามัยและร่องรอยของการติดเชื้อรา นอกจากนี้ควรตรวจหาลักษณะเท้าผิดปกติที่เกิดจากภาวะปลายประสาทเสื่อม เช่น เท้าแบน, นิ้วเท้างอจิก (Claw Toes), หรือนิ้วหัวแม่เท้าเก (Hallux Valgus) เนื่องจากความผิดปกติเหล่านี้จะส่งผลให้การกระจายน้ำหนักบนฝ่าเท้าเปลี่ยนไปและสร้างจุดกดทับใหม่ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดแผล หากพบความผิดปกติ เช่น เท้าอ่อน บวมแดง ซึ่งอาจเป็นสัญญาณของภาวะ Charcot's Foot จำเป็นต้องรีบส่งต่อผู้ป่วยให้แพทย์เพื่อทำการรักษาอย่างทันท่วงที

พยาบาลควรสามารถประเมินแรงกดที่ฝ่าเท้าของผู้ป่วย ซึ่งสามารถทำได้โดยใช้เครื่องมือ เช่น Podoscope เพื่อช่วยจำแนกประเภทของรูปเท้าออกเป็น 3 แบบหลัก ได้แก่: เท้าปกติ: มีรอยเว้าที่โค้งอย่างสมดุลบริเวณกลางเท้า เท้าแบน (Flatfoot): มีพื้นที่สัมผัสกับพื้นมากกว่าปกติ หรือแทบไม่มีรอยเว้าเลยบริเวณฝ่าเท้า เท้าโก่ง (High-Arched Foot): มีรอยเว้าลึกกว่าปกติและมีพื้นที่สัมผัสกับพื้นน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะบริเวณกลางเท้า ซึ่งทำให้เกิดจุดกดทับสูงที่ส้นเท้าและปลายเท้า¹⁰⁻¹¹

การจำแนกประเภทเท้าเหล่านี้จะช่วยให้สามารถส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อแนะนำอุปกรณ์เสริมที่เหมาะสม เช่น แผ่นรองเท้าชนิดพิเศษ เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การประเมินรองเท้าและถุงเท้า

นอกจากการตรวจเท้าโดยตรง การประเมินรองเท้าและถุงเท้าที่ผู้ป่วยสวมใส่ก็มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยพยาบาลต้องพิจารณาความเหมาะสมของรองเท้าและถุงเท้าอย่างรอบด้าน ดังนี้: ความเหมาะสม ได้แก่ ตรวจสอบชนิด, รูปแบบวัสดุ, และขนาดของรองเท้าให้เหมาะสมกับลักษณะเท้าและการใช้งานในชีวิตประจำวัน ความพอดี: รองเท้าที่ดีควรมีขนาดที่พอดีกับเท้าทั้งสองข้าง สามารถปรับขนาดได้ และไม่คับหรือหลวมจนเกินไป รอยกดทับ: สังเกตว่ามีรอยบุ๋มภายในรองเท้าหรือไม่ เพราะรอยเหล่านี้สามารถบ่งชี้ถึงจุดที่เกิดแรงกดทับซ้ำ ๆ การสวมใส่: ตรวจสอบว่าผู้ป่วยสวมรองเท้าและถุงเท้าอย่างถูกวิธีหรือไม่ เพื่อป้องกันการบาดเจ็บ ชนิดถุงเท้า: ควรพิจารณาชนิดของถุงเท้าที่สวมใส่ร่วมด้วย ควรเป็นถุงเท้าที่ไม่มีรอยตะเข็บ มีความนุ่มพอเหมาะ และไม่รัดแน่นจนเกินไป

จากที่กล่าวมาข้างต้นหากตรวจพบหนังหนาที่ฝ่าเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน จะเป็นบริเวณที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลและจำเป็นต้องได้รับการจัดการหนังหนาอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าและการถูกเท้าในอนาคต

บทบาทพยาบาลในการจัดการหนังหนา

เมื่อตรวจพบหนังหนา พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการหนังหนา โดยแบ่งแนวทางการปฏิบัติออกเป็น 2 ระดับ คือ การส่งเสริมการดูแลตนเอง และการทำหัตถการทางการแพทย์พยาบาล¹⁰⁻¹²

1. การให้คำแนะนำและการส่งเสริมการดูแลตนเอง

พยาบาลต้องเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และทักษะในการดูแลเท้าด้วยตนเองที่บ้าน เพื่อป้องกันการเกิดหนังหนา ดังนี้:

1) การให้ความชุ่มชื้น: เนื่องจากภาวะผิวแห้งเป็นปัจจัย

กระตุ้นหนังหนา พยาบาลควรแนะนำให้ทาโลชั่นหรือครีมบำรุงผิวบาง ๆ บริเวณฝ่าเท้า ส้นเท้า และขาทุกวันหลังอาบน้ำ แต่มีข้อห้ามสำคัญ คือ ห้ามทาครีมบริเวณซอกกระหว่างนิ้วเท้า เพราะความชื้นจะสะสมทำให้ผิวเปื่อยและติดเชื้อราได้ง่าย

2) การจัดการหนังหนาเบื้องต้น โดยแนะนำให้ผู้ป่วยใช้หินขัดเท้าเนื้อละเอียด ภูเขา ๆ บริเวณที่มีหนังหนา ภายหลังจากอาบน้ำเสร็จใหม่ ๆ โดยถูไปในทิศทางเดียวกันเพื่อลดความหนาของชั้นผิวหนังที่ตายแล้ว ห้ามถูจนเจ็บหรือเลือดออก

3) ข้อห้ามที่ต้องระวัง ห้ามผู้ป่วยใช้ของมีคม เช่น มีดโกน กรรไกรตัดเล็บ หรือกรรไกรตัดหนัง มาตัดเล็มหนังหนาด้วยตนเอง และห้ามใช้สารเคมีกัดลอกตาปลาหรือพลาสติกที่มีส่วนผสมของกรดซาลิไซลิก เพราะผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสาทเสื่อมอาจเกิดแผลไหม้จากสารเคมีโดยไม่รู้ตัว

2. การจัดการหนังหนาโดยบุคลากรทางการแพทย์

ในกรณีที่หนังหนามีความหนาจนมีลักษณะ แฉ่ง หรือเป็นก้อนนูนกดทับเนื้อเยื่อ จำเป็นต้องได้รับการจัดการหนังหนาโดยพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางในการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน จากงานวิจัยและประสบการณ์ พบว่าการจัดการหนังหนาสามารถลดแรงกดที่ฝ่าเท้าได้ และช่วยลดความเสี่ยงการเกิดแผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนการจัดการหนังหนาทตามปฏิบัติมาตรฐาน (Standard Procedure)¹⁰⁻¹¹

1) การเตรียมผู้ป่วย โดยจัดท่านอนหงายบนเตียง มีหมอนรองข้อเท้าข้างที่มีหนังหนา และจัดแสงสว่างให้เพียงพอทำความสะอาดเท้าด้วยน้ำ จากนั้นใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือ (Normal Saline) วางประคบบริเวณหนังหนาทิ้งไว้ประมาณ 15-30 นาที เป็นการทำให้เคราตินที่แข็งดูดซับน้ำจนนุ่มลง

2) เทคนิคการขจัด (Debridement Technique): พยาบาลอาจเลือกใช้เทคนิค **Sharp Debridement** ใช้ใบมีดเบอร์ 10 หรือ **Mechanical Debridement** ใช้หัวกรอไฟฟ้า แล้วตามความชำนาญ

2.1 การใช้ใบมีด ต้องจับด้ามมีดอย่างมั่นคง วางใบมีดในแนวระนาบขนานกับผิวหนัง (Parallel approach) และค่อย ๆ เฉือนเนื้อเยื่อส่วนที่ตายแล้วออกทีละชั้นบาง ๆ (Layer by layer) ห้ามหันคมมีดดิ่งลงไปในเนื้อ

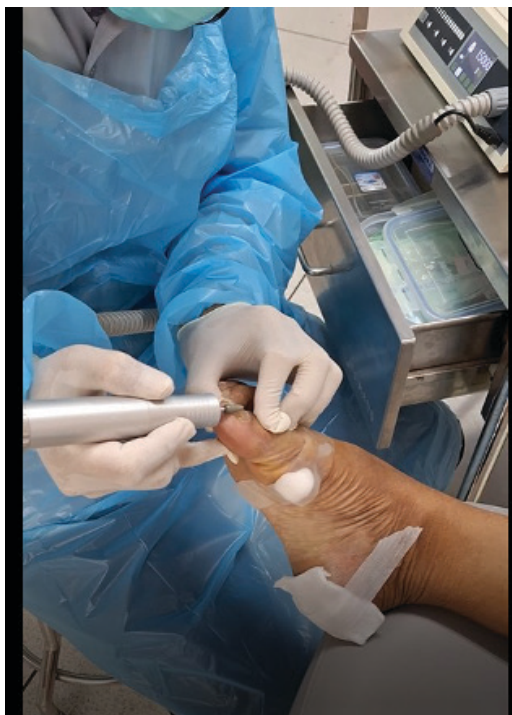
2.2 การประเมินขณะทำ: ต้องตรวจสอบความนุ่มของผิวหนังเป็นระยะ หากผิวเริ่มนุ่ม ให้หยุดทันที ไม่จำเป็นต้องขูดออกจนหมดเกลี้ยงในครั้งเดียวเพื่อความปลอดภัย

2.3 ข้อควรระวังและภาวะแทรกซ้อน หากระหว่างขูดพบจุดเลือดออก ให้หยุดทันที และกดห้ามเลือด และหากพบ

รอยสีแดงเข้มหรือดำคล้ำภายใต้หนังหนา (Subhemorrhagic callus) อาจมีแผลโพรงซ่นอยู่ด้านล่าง ห้ามขูดต่อ แต่ควรให้การดูแลแบบแผลเปิดและส่งปรึกษาแพทย์ต่อไป



ภาพที่ 2 แสดงการใช้ Sharp Debridement โดยใช้ Blade No.10 (ถ่ายโดย ผศ.ชยพล ศิรินิยมชัย)



ภาพที่ 3 แสดงการใช้ Mechanical Debridement โดยใช้ Podiatry Bur (ถ่ายโดย ผศ.ชยพล ศิรินิยมชัย)

จากประสบการณ์ทางคลินิกมีข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติสำหรับพยาบาลดังนี้

การเลือกใช้เทคนิค Sharp Debridement

ควรใช้เมื่อ หนังหนามาก (> 5 มม.) ไม่มีความเสี่ยงต่อการเลือดออก ผู้ปฏิบัติมีทักษะและประสบการณ์เพียงพอ และผู้ป่วยเบาหวานให้ความยินยอม

ไม่ควรใช้เมื่อ ผู้ป่วยเบาหวานมีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด มีการไหลเวียนเลือดไม่ดี (ABI < 0.8) มีการติดเชื้อ และผู้ปฏิบัติขาดประสบการณ์

ข้อดีของการใช้ใบมีด (Sharp Debridement) ประสิทธิภาพสูง: สามารถขูดหนังหนาได้มากและเห็นผลการรักษาชัดเจนทันทีหลังการดำเนินการ

ข้อเสียของการใช้ใบมีด มีความเสี่ยงสูงอาจเกิดแผลหรือเลือดออกได้ ต้องใช้ทักษะ: ผู้ปฏิบัติต้องมีความเชี่ยวชาญ

การเลือกใช้เทคนิค Mechanical Debridement

ควรใช้เมื่อ หนังหนาไม่หนามาก (< 5 มม.) ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเลือดออก

ข้อดีของการใช้หัวกรอ (Mechanical Debridement) ความปลอดภัยสูงไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผล

ข้อเสียของการใช้หัวกรอ ประสิทธิภาพต่ำขูดหนังหนาได้น้อยกว่า

การจัดการหนังหนาทตามบทบาทตามมาตรฐานวิชาชีพและบทบาทเฉพาะทาง

เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาหนังหนามีประสิทธิภาพและครอบคลุม ผู้เขียนขอเสนอแนะแนวทางโดยจำแนกตามระดับบทบาทของพยาบาล ดังนี้

1. สำหรับบทบาทพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพทั่วไปในหน่วยบริการปฐมภูมิหรือแผนกผู้ป่วยนอก จะพบผู้ป่วยเบาหวานที่มีหนังหนาเมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจเท้า จึงควรมีการพัฒนา ดังนี้

1.1 การพัฒนาโปรแกรมคัดกรองมาตรฐาน จัดทำแนวทางการคัดกรองที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐาน มีแบบฟอร์มบันทึกที่ครบถ้วนและง่ายต่อการใช้งาน รวมถึงกำหนดความถี่ในการคัดกรองตามระดับความเสี่ยง

1.2 การจัดทำฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ พัฒนาระบบบันทึกและติดตามผลที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ มีระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติสำหรับการนัดติดตามและสามารถวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวางแผนการดูแลได้

1.3 การขยายการคัดกรองสู่ชุมชน ฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขและพยาบาลในชุมชนให้สามารถคัดกรองเบื้องต้นและส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม

2. สำหรับบทบาทพยาบาลเฉพาะทาง พยาบาลที่ต้องใช้ทักษะเฉพาะทางในการใช้ใบมีดหรือเครื่องมือพิเศษ มีข้อเสนอแนะดังนี้

2.1 มาตรฐานความปลอดภัย ควรมีการกำหนดเกณฑ์สมรรถนะ และมีการทบทวนทักษะ (Reskill) ในการทำหัตถการ จัดตั้งหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดบาดเจ็บจากการรักษา (iatrogenic injury)

การพัฒนากระบวนการดูแลเท้าแบบองค์รวมและต่อเนื่อง

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีเท้าแบบองค์รวมและต่อเนื่อง ควรครอบคลุมดังนี้

1. ระบบการส่งต่อ (Referral System) ควรวางระบบการส่งต่อที่ชัดเจน หากพยาบาลทั่วไปตรวจพบผู้ป่วยที่มีเท้าผิดปกติ เช่น มีแผลหรือมีประวัติความเสี่ยงสูง ควรมีช่องทางด่วน (Fast track) ในการส่งต่อให้พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลเท้า (Wound Care Nurse) หรือแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อลดความเสี่ยงจากการทำหัตถการที่ไม่ชำนาญ

2. นวัตกรรมการสอน พยาบาลควรพัฒนารูปแบบการสอนหรือสื่อสุขภาพที่ทันสมัย เช่น วิดีโอคลิปสั้น หรือ QR Code แนะนำการดูแลเท้า เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเองที่บ้าน

3. การวิจัยเพื่อศึกษาวิจัยเปรียบเทียบประสิทธิผล (Effectiveness) และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Cost-benefit analysis) ระหว่างการดูแลตามปกติกับการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพที่ใช้เทคนิคพิเศษในการจัดการเท้า เพื่อสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนการขยายบทบาทพยาบาลในการจัดการเท้า

4. การพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้และทักษะด้านการจัดการเท้าและการดูแลเท้าเบาหวาน โดยเป็นพี่เลี้ยง (preceptor) ให้กับพยาบาลที่เริ่มต้นจัดการเท้า

บทสรุป

การจัดการเท้าที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานเป็นบทบาทที่ท้าทายของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งต้องให้พยาบาลแบบองค์รวม ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษา การฟื้นฟู การเสริมพลังผู้ป่วย และการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ แม้พยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในการคัดกรองให้คำแนะนำและจัดการเท้า แต่ยังมีช่องว่างในการปฏิบัติ เช่น การขาดระบบคัดกรองที่เป็นมาตรฐาน การขาดพยาบาลที่มีทักษะการจัดการเท้า การให้ความรู้ที่ยังไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน และการขาดระบบการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น การยกระดับคุณภาพการดูแล

เท้าที่เท้าจำเป็นต้องพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลทั้งด้านบทบาทตามมาตรฐานวิชาชีพและทักษะเฉพาะทาง รวมถึงการพัฒนาโปรแกรมคัดกรองและแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทไทย การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการและระบบพี่เลี้ยง การใช้สื่อการสอนและเทคโนโลยีที่เหมาะสมควบคู่กับการวิจัยประเมินผล เมื่อพยาบาลมีความรู้ ทักษะ และทรัพยากรที่เพียงพอ ร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและครอบครัว และการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยลดการเกิดแผลที่เท้าและการถูกตัดอวัยวะ พร้อมทั้งยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับ โรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2566.
2. International Diabetes Federation. About diabetes: Facts & figures [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 2]. Available from: <https://idf.org/about-diabetes/diabetes-facts-figures>
3. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรหมเจริญ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์; 2564.
4. Armstrong DG, Boulton AJM, Bus SA. Diabetic foot ulcers and their recurrence. New England Journal of Medicine. 2017;376(24):2367-75.
5. Pop-Busui R, Boulton AJ, Feldman EL, Bril V, Freeman R, Malik RA, et al. Diabetic neuropathy: a position statement by the American Diabetes Association. Diabetes Care. 2017;40(1):136-54.
6. Singh N, Armstrong DG, Lipsky BA. Preventing foot ulcers in patients with diabetes. JAMA. 2005;293(2):217-28.
7. กนกวรรณ บัณฑิตทรัพย์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าของผู้ที่เป็นเบาหวาน [วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยมหิดล]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
8. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานภาวะแทรกซ้อนและภาระค่าใช้จ่ายโรคเบาหวานในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.

9. Walsh JW, Hoffstad OJ, Sullivan MO, Margolis DJ. Association of diabetic foot ulcer and death in a population-based cohort from the United Kingdom. *Diabet Med.* 2016;33(11):1493-8.
 10. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า 2556. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
 11. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2566.
 12. ชยพล ศิรินิยมชัย. การดูแลหนังด้านที่ฝ่าเท้าในผู้มีปัญหาเท้าเบาหวาน: บทบาทที่ท้าทายสำหรับพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์.* 2564;39(1):1-12.
-