การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี : กรณีศึกษา
Nursing care in patients with poorly controlled type 2 Diabetes : case study

วัฒนะ แก้วมะไฟ* ธิดารัตน์ อุทก ละมัย หงษา*****
Watana Kaewmafai, Thidarat Uthok, Lamai Hongsa
Corresponding author: E-mail: jkeawmafai@gmail.com
(Received: September 20, 2026; Revised: September 27, 2026; Accepted: October 27, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีในชุมชน

รูปแบบการวิจัย : การศึกษารายกรณีเปรียบเทียบ 2 ราย

วัสดุและวิธีการวิจัย : ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดตั้งแต่ร้อยละ 7.0 ขึ้นไป 2 ครั้งติดต่อกัน ในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 2 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2567 ประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ให้การพยาบาลตามแนวคิดการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอนของเครียร์ร่วมกับการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเอง ตามพฤติกรรมการดูแลตนเอง 7 ด้าน ที่คลินิกโรคเรื้อรังและการเยี่ยมบ้านร่วมกับครอบครัวและ อสม. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย : ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีปัจจัยร่วมที่ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ได้แก่ การรับรู้และความเชื่อที่ไม่ถูกต้องต่อการควบคุมโรค การบริโภคข้าวเหนียวและอาหารรสหวานตามวิถีชีวิตและงานบุญ การขาดกิจกรรมทางกาย และการไม่ติดตามตนเอง มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เหมือนกัน 4 ข้อ และแตกต่างกันรายละ 2 ข้อ ผู้ป่วยรายที่ 1 (ชาย อายุ 64 ปี) มีความซับซ้อนจากโรคหัวใจขาดเลือด โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และการใช้ยาหลายขนาน ผู้ป่วยรายที่ 2 (หญิง อายุ 61 ปี) มีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย 33.3 กก./ตร.ม.) และอาการชาปลายมือปลายเท้า หลังให้การพยาบาล ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงรายละ 1.3 หน่วย (รายที่ 1 จากร้อยละ 8.3 เป็น 7.0 และรายที่ 2 จากร้อยละ 8.1 เป็น 6.8) ความดันโลหิตต่ำกว่า 130/80 มม.ปรอท ผู้ป่วยรายที่ 2 น้ำหนักลดลงร้อยละ 8.0 และทั้ง 2 รายไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อย่างไรก็ตาม อัตราการกรองของไตยังคงลดลงทั้ง 2 ราย (จาก 50 เป็น 43 และจาก 65 เป็น 52 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ตามลำดับ)

สรุปและข้อเสนอแนะ : การพยาบาลตามแนวคิดการจัดการตนเองที่ปรับให้สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมและให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมายรายบุคคล แต่ยังไม่เพียงพอต่อการชะลอการเสื่อมของไต พยาบาลชุมชนควรสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ติดตามแนวโน้มระดับน้ำตาลสะสมในเลือด อัตราการกรองของไต และอัลบูมินในปัสสาวะ และประสานทีมสหวิชาชีพทบทวนยาในผู้ป่วยที่ไตเสื่อมเร็ว

คำสำคัญ : เบาหวานชนิดที่ 2; การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด; การจัดการตนเอง; การพยาบาลชุมชน

*,**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To study and compare the health status, factors associated with poor glycemic control, nursing diagnoses, and nursing outcomes of patients with poorly controlled type 2 diabetes in the community.

Study design : Comparative case study of two patients.

Materials and methods : Two patients with type 2 diabetes who had HbA1c ≥ 7.0% on two consecutive measurements were purposively selected from primary care units in the Roi Et Hospital network. The study was conducted from October 2023 to August 2024. Health status was assessed using Gordon's 11 functional health patterns. Nursing care was based on Creer's six-step self-management concept combined with diabetes self-management education and support (DSMES) according to the ADCES7 Self-Care Behaviors, delivered at the chronic disease clinic and through home visits with family members and village health volunteers. Data were analyzed using content analysis and descriptive statistics.

Main findings : Both patients shared factors contributing to poor glycemic control, including misconceptions about disease control, high consumption of glutinous rice and sweet foods related to lifestyle and merit-making ceremonies, physical inactivity, and lack of self-monitoring. They had four nursing diagnoses in common and two distinct diagnoses each. Case 1 (male, 64 years) had complex conditions, including ischemic heart disease, stage 3 chronic kidney disease, and polypharmacy. Case 2 (female, 61 years) had obesity (BMI 33.3 kg/m²) and numbness of the hands and feet. After nursing care, HbA1c decreased by 1.3 percentage points in both cases (from 8.3% to 7.0% in Case 1 and from 8.1% to 6.8% in Case 2). Blood pressure was below 130/80 mmHg in both cases: Case 2 lost 8.0% of body weight, and neither patient experienced hypoglycemia. However, eGFR continued to decline in both cases (from 50 to 43 and from 65 to 52 mL/min/1.73 m², respectively).

Conclusion and recommendations : Self-management-based nursing care adapted to the cultural context and involving family members helped patients achieve individualized glycemic targets but was insufficient to slow the decline in kidney function. Community nurses should provide continuous self-management support, monitor trends in HbA1c, eGFR, and UACR, and coordinate with the multidisciplinary team to review medications in patients with rapidly declining kidney function.

Keywords : Type 2 diabetes; Glycemic control; Self-management; Community nursing

*, ** Registered Nurse Professional Level, Roi Et Hospital.

*** Registered Nurse Senior Professional Level, Roi Et Hospital.

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก ในปี พ.ศ. 2567 มีผู้ใหญ่เป็นโรคเบาหวานประมาณ 589 ล้านคน หรือประมาณ 1 ใน 9 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 853 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 โดยร้อยละ 90 ขึ้นไปเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2[1] สำหรับประเทศไทย ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567–2568 พบความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 10.6 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.5 ในการสำรวจครั้งที่ 6 และประมาณร้อยละ 27 ของผู้เป็นเบาหวานไม่เคยทราบว่าตนเองป่วยมาก่อน[2] ขณะที่ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2568 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1c ต่ำกว่าร้อยละ 7) มีเพียงร้อยละ 35.69 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ร้อยละ 40[3]

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีเป็นเวลานาน ทำให้เกิดการทำลายหลอดเลือดขนาดเล็กและขนาดใหญ่ทั่วร่างกาย ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวานขึ้นจอประสาทตา โรคไตจากเบาหวาน ปลายประสาทเสื่อม แผลที่เท้า โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง[4] การศึกษา UKPDS พบว่าระดับ HbA1c ที่ลดลงทุกร้อยละ 1 สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็กที่ลดลงประมาณร้อยละ 37[5] และการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องนานถึง 24 ปี หลังสิ้นสุดการทดลองยังพบว่ากลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลอย่างเข้มงวดตั้งแต่ระยะแรกมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็กลดลงร้อยละ 26 กล้ามเนื้อหัวใจตายลดลงร้อยละ 17 และการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุลดลงร้อยละ 10[6] แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2566 ของประเทศไทยจึงกำหนดเป้าหมาย HbA1c ต่ำกว่าร้อยละ 7.0 สำหรับผู้ป่วยทั่วไป และปรับเป้าหมายให้เหมาะสมเป็นรายบุคคลในผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีโรคร่วมหลายโรค[4-7] นอกจากนี้ โรคไตจากเบาหวานยังเป็นสาเหตุหลักของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพอย่างมาก[7]

สาเหตุของการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดีมีความซับซ้อนและเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งปัจจัยด้านพฤติกรรมการจัดการตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การรับประทานยา และการติดตามระดับน้ำตาลด้วยตนเอง ปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อ และการรับรู้ต่อโรค ปัจจัยด้านจิตสังคม ครอบครัว และเศรษฐกิจ รวมทั้งปัจจัยด้านโรคร่วม เช่น โรคไตเรื้อรังและโรคหัวใจ ซึ่งจำกัดทางเลือกในการใช้ยา[8-9] การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวจึงไม่เพียงพอ หลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันว่าการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวาน (Diabetes Self-Management Education and Support: DSMES) ช่วยลดระดับ HbA1c เพิ่มคุณภาพชีวิต และลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้[9–11]

พยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชนเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด จึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินปัญหาและส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่องในบริบทชีวิตจริง การประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon's 11 Functional Health Patterns) ช่วยให้พยาบาลรวบรวมข้อมูลได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ[12] เมื่อนำมาใช้ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ซึ่งมุ่งให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตั้งเป้าหมาย ติดตามและประเมินพฤติกรรม ตัดสินใจลงมือปฏิบัติ และสะท้อนผลด้วยตนเอง[13-14] จะทำให้การพยาบาลมีความเฉพาะเจาะจงกับปัญหาและศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละราย

ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังถูกมองว่าเป็นภารกิจของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด กลุ่มงานการพยาบาลชุมชนจึงจัดคลินิก NCDs แบบเบ็ดเสร็จใน 18 รพ.สต. ในพื้นที่มีผู้ป่วยเบาหวาน 10,536 ราย รับการรักษาต่อเนื่อง 8,728 ราย แต่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 27.56, 30.47 และ 26.59 ในปี พ.ศ.2565–2567 ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยประเทศปี 2568 (ร้อยละ 35.69)[3] และเป้าหมายร้อยละ 40 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่รับประทานข้าวเหนียวเป็นหลัก

บางรายรับประทานทั้ง 3 มื้อ ร่วมกับขนมหวานและผลไม้รสหวานตามฤดูกาล รับประทานยาไม่ต่อเนื่องและขาดการออกกำลังกาย จากการติดตามผู้ป่วยที่ควบคุมไม่ได้ 10 ราย พบระดับน้ำตาลปลายนิ้วครั้งแรก 157–188 มก./ดล. จึงจำเป็นต้องพัฒนาการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองด้านอาหารที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย

แม้หลักฐานเชิงประจักษ์จะยืนยันว่าการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเอง (DSMES) ช่วยลดระดับ HbA1c ได้[10-11] แต่การให้ความรู้แบบกลุ่มในคลินิก NCDs ยังไม่สามารถตอบสนองปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละรายโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรังหรือโรคหัวใจร่วมใช้ยาหลายขนาน และมีบทบาทในครอบครัวแตกต่างกัน การประเมินแบบองค์รวมตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน[12] ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเอง[13] จึงจำเป็นต่อการวางแผนการพยาบาลรายบุคคล ผู้ศึกษาพบผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 2 ราย ที่รับการรักษาต่อเนื่องในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ทั้ง 2 รายมีระดับ HbA1c สูงกว่าเป้าหมายต่อเนื่องหลายปี และมีอัตราการกรองของไต (eGFR) ลดลงอย่างรวดเร็ว แต่มีความแตกต่างกันทั้งเพศ อายุ โรคร่วม แบบแผนการใช้ยา และบริบทครอบครัว จึงเลือกศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 รายที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อทำความเข้าใจปัจจัยที่ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และนำไปพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1) เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี และข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 2 ราย โดยใช้แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

2) เพื่อวางแผนและให้การพยาบาลโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองร่วมกับการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวาน

3) เพื่อประเมินและเปรียบเทียบผลลัพธ์การพยาบาลและเสนอแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดีในชุมชน

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษารายกรณี (Case study)[15] เปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย ทำความเข้าใจปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้งในบริบท ร่วมกับการปฏิบัติการดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแกนหลัก ประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน[12] และให้การพยาบาลตามแนวคิดการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอนของเครียร์[13] ร่วมกับเนื้อหา ADCES7[16]

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาต่อเนื่องที่คลินิกโรคเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ในเครือข่ายโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี จำนวน 2 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ผู้ศึกษาเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหาหลักเหมือนกัน คือ ระดับ HbA1c สูงกว่าเป้าหมายต่อเนื่องและการทำงานของไตลดลง แต่แตกต่างกันด้านเพศ อายุ โรคร่วม และบริบทครอบครัว เพื่อให้เปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลลัพธ์การพยาบาลได้ชัดเจน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และขึ้นทะเบียนรับการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี

2) มีระดับ HbA1c ตั้งแต่ร้อยละ 7.0 ขึ้นไป อย่างน้อย 2 ครั้งติดต่อกัน

3) อายุ 20 ปีขึ้นไป รู้สึกตัวดี สื่อสารภาษาไทยได้

4) อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ และสามารถรับการเยี่ยมบ้านได้

5) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1) เป็นเบาหวานชนิดอื่น เช่น เบาหวานชนิดที่ 1 หรือเบาหวานขณะตั้งครรภ์

2) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ต้องรักษาในโรงพยาบาล

ขณะคัดเลือก หรือเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

3) มีความบกพร่องด้านการรับรู้หรือการสื่อสารจนให้ข้อมูลไม่ได้ และไม่มีผู้ดูแลหลักให้ข้อมูลแทน

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการศึกษา

1) ผู้ป่วยขอถอนตัว

2) ย้ายออกนอกพื้นที่หรือติดตามไม่ได้

3) เจ็บป่วยรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อเนื่อง หรือเสียชีวิตระหว่างการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ สิทธิการรักษา ระยะเวลาการเป็นโรค โรคร่วม ประวัติการแพ้ยา และแผนการรักษาด้วยยา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากเวชระเบียน ได้แก่ FBS, HbA1c, Creatinine, eGFR, LDL-C, Triglyceride, Potassium และผลตรวจปัสสาวะ (2) แบบประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ใช้สัมภาษณ์และสังเกตผู้ป่วยและญาติ (3) แบบบันทึกผลลัพธ์การพยาบาล เปรียบเทียบก่อนและหลังให้การพยาบาล ได้แก่ HbA1c, DTX ความดันโลหิต น้ำหนัก/ดัชนีมวลกาย eGFR และการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ (ให้การพยาบาล) ประกอบด้วย (1) แผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ที่ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของเครียร์ 6 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การติดตามตนเอง การประมวลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนตนเอง (2) เนื้อหาการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเอง (DSMES) ตามพฤติกรรมการดูแลตนเอง 7 ด้าน (ADCES7) (3) สื่อการสอน ได้แก่ โมเดลจานอาหารสุขภาพ รายการอาหารแลกเปลี่ยนในท้องถิ่น (4) สมุดบันทึกการจัดการตนเองของผู้ป่วย สำหรับบันทึกอาหาร เครื่องดื่ม กิจกรรมทางกาย การรับประทานยา น้ำหนัก และอาการผิดปกติ (5) กล่องจัดยาแยกมื้อ

3) อุปกรณ์ที่ใช้ตรวจวัดทางคลินิก ประกอบด้วย เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ เครื่องชั่งน้ำหนักและที่วัดส่วนสูง เครื่องตรวจระดับน้ำตาลจากปลายนิ้ว (DTX) โดยอุปกรณ์ได้รับการสอบเทียบตามมาตรฐานของหน่วยบริการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเข้า ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอม

2) ทบทวนเวชระเบียน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาด้วยยาย้อนหลัง

3) สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ตรวจร่างกายและสังเกตพฤติกรรมที่คลินิก ประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

4) วิเคราะห์ข้อมูลและกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล

5) วางแผนและให้การพยาบาลโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอนร่วมกับ DSMES การเยี่ยมบ้านรายละ 3 ครั้งร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

6) ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกและพฤติกรรม ทบทวนสมุดบันทึกการจัดการตนเองเมื่อมาตามนัด ผลลัพธ์ที่ประเมิน ได้แก่ HbA1c ระดับน้ำตาลจากปลายนิ้ว (DTX) ความดันโลหิต น้ำหนักตัว eGFR ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และพฤติกรรมการจัดการตนเอง

7) ทบทวนผลตรวจและแผนการรักษาภายหลังสิ้นสุดการศึกษา เปรียบเทียบผลการศึกษาระหว่างผู้ป่วยทั้ง 2 ราย สรุปผล และจัดทำข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา จัดกลุ่มตามแบบแผนสุขภาพ วิเคราะห์ภายในแต่ละกรณีและเปรียบเทียบระหว่างกรณี[15] และตรวจสอบสามเส้าด้านแหล่งข้อมูล (ผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียน) ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าที่วัดได้ ผลต่าง และร้อยละของการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังให้การพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม

การวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE132/2566 ลงวันที่ 14 กันยายน 2566 ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการชี้แจงและลงนามยินยอมเข้าร่วมและให้เผยแพร่ข้อมูล สามารถถอนตัวได้โดยไม่มีผลต่อการรักษา

ผลการศึกษา

นำเสนอตามวัตถุประสงค์ 3 ข้อ ได้แก่ 1) ภาวะสุขภาพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีและข้อวินิจฉัยการพยาบาล 2) การวางแผนและการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง และ 3) ผลลัพธ์การพยาบาลและแนวทางการพยาบาลที่ได้จากการศึกษา ดังนี้

ส่วนที่ 1 ภาวะสุขภาพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และข้อวินิจฉัยการพยาบาล (วัตถุประสงค์ข้อที่ 1)

1.1 ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกเมื่อเริ่มการศึกษาของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

ข้อมูล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
เพศ / อายุ	ชาย / 64 ปี	หญิง / 61 ปี
ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน	มากกว่า 5 ปี	ประมาณ 12 ปี
โรคร่วม	HT, DLP, โรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง, CKD ระยะ 3	HT, DLP
ประวัติแพ้ยา	Penicillin	ไม่มี
น้ำหนัก / BMI	65 กก. / 23.0 กก./ตร.ม.	75 กก. / 33.3 กก./ตร.ม.
ความดันโลหิต	141/70 มม.ปรอท	136/72 มม.ปรอท
DTX	160 มก./ดล.	122 มก./ดล.
อาการ	ไม่มีอาการผิดปกติ มีประวัติเจ็บหน้าอก	ชาปลายมือปลายเท้า
ยาเบาหวาน	Metformin 1,000–2,000 มก./วัน Glipizide 10–15 มก./วัน	Metformin 1,000 มก./วัน Glipizide 5 มก./วัน
ยาอื่นๆ	Enalapril, Bisoprolol, ISDN, Aspirin, Atorvastatin, Fenofibrate	Amlodipine, Enalapril → Losartan, Simvastatin

HT = hypertension; DLP = dyslipidemia; CKD = chronic kidney disease; ISDN = isosorbide dinitrate

1.2 แนวโน้มผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจย้อนหลังพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมี HbA1c สูงกว่าเป้าหมายมาตั้งแต่ก่อนเริ่มการศึกษา และมีการทำงานของไตลดลงต่อเนื่อง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย จำแนกตามช่วงเวลา

ช่วงเวลา	FBS	HbA1c (%)	Cr	eGFR	LDL-C	TG	UA glu/alb
ผู้ป่วยรายที่ 1							
พ.ย. 2565 (ก่อนศึกษา)	178	8.3	1.46	50	104	218	2+ / trace
ก.พ. 2567 (ระหว่างศึกษา)	99	7.1	1.49	49	100	181	1+ / neg
ผู้ป่วยรายที่ 2							
เม.ย. 2566 (ก่อนศึกษา)	136	8.1	0.95	65	96	91	neg / neg
ม.ค. 2567 (ระหว่างศึกษา)	112	7.1	1.10	54	85	128	neg / neg

หน่วย: FBS, Cr, LDL-C, TG = มก./ดล.; eGFR = มล./นาที/1.73 ตร.ม.

1.3 ภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีแบบแผนที่ผิดปกติเหมือนกัน 4 แบบแผน และมีแบบแผนที่แตกต่างกัน 5 แบบแผน ส่วนแบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ และเพศและการเจริญพันธุ์ไม่พบปัญหาที่ส่งผลต่อการควบคุมโรค ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	การเปรียบเทียบ
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	มารับยาตามนัด เชื่อว่ารับประทานยาครบจะควบคุมน้ำตาลได้เอง ไม่เคยติดตามน้ำตาลด้วยตนเอง	มาก่อนนัดบางครั้ง รับรู้ว่าน้ำตาลสูงจากของหวาน แต่ยังปรับพฤติกรรมไม่ได้	ผิดปกติเหมือนกัน
2. โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	HbA1c 8.3% TG 218 มก./ดล. รับประทานข้าวเหนียวมื้อละ 2–3 ปั้น ผลไม้หวานตามฤดูกาล	BMI 33.3 กก./ตร.ม. HbA1c 8.1% ดื่มกาแฟสำเร็จรูปและน้ำหวานวันละ 2–3 แก้ว	ผิดปกติเหมือนกัน
3. การขับถ่าย	eGFR 50 พบน้ำตาลและอัลบูมินในปัสสาวะ ปัสสาวะกลางคืน 2–3 ครั้ง	eGFR ลดลงต่อเนื่อง ยังไม่เคยตรวจ UACR	ผิดปกติเหมือนกัน
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย	ไม่ออกกำลังกายเพราะกลัวเจ็บหน้าอก	ไม่ออกกำลังกาย เหนื่อยง่าย ปวดเข่า	ผิดปกติเหมือนกัน
5. การพักผ่อนนอนหลับ	ตื่นปัสสาวะกลางดึก	นอนกรน	ไม่พบปัญหาสำคัญ

ตารางที่ 3 (ต่อ)

แบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	การเปรียบเทียบ
6. สติปัญญาและการรับรู้	ไม่มีอาการชา ยังไม่ได้ตรวจตาและเท้าประจำปี	ชาปลายมือปลายเท้า	แตกต่าง
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	รู้สึกเป็นภาระของครอบครัว	กังวลเรื่องน้ำหนักและรูปร่าง	แตกต่าง
8. บทบาทและสัมพันธภาพ	ภรรยาเป็นผู้ดูแลหลักและประกอบอาหาร	เป็นผู้ประกอบอาหารและดูแลหลาน	แตกต่าง
9. เพศและการเจริญพันธุ์	ไม่มีปัญหา	หมดประจำเดือนแล้ว ไม่มีปัญหา	ไม่พบปัญหา
10. การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	เครียดเรื่องค่าใช้จ่ายและการเดินทาง	หลีกเลี่ยงการตรวจเมื่อน้ำตาลสูง	แตกต่าง
11. คุณค่าและความเชื่อ	ร่วมงานบุญบ่อย รับประทานอาหารตามงานบุญ	เชื่อว่าน้ำตาลขึ้นลงตามโชคชะตา	แตกต่าง

1.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี

ปัจจัยที่เหมือนกัน ได้แก่ 1) การรับรู้และความเชื่อที่ไม่ถูกต้องต่อการควบคุมโรค 2) การบริโภคข้าวเหนียวปริมาณมาก ผลไม้และเครื่องดื่มรสหวาน ซึ่งสัมพันธ์กับวิถีชีวิตและงานบุญประเพณีในชุมชน 3) การขาดกิจกรรมทางกาย และ 4) การไม่ติดตามระดับน้ำตาลและพฤติกรรมของตนเอง

ปัจจัยที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยรายที่ 1 มีปัจจัยด้านความซับซ้อนทางคลินิก ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือดและโรคไตเรื้อรังที่จำกัดการใช้ยาและการออกกำลังกาย การใช้ยาหลายขนาน และการพึ่งพาภรรยาในการจัดอาหาร ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีปัจจัยด้านภาวะอ้วนและภาวะดื้อต่ออินซูลิน การดื่มเครื่องดื่มหวาน ความเชื่อเรื่องโชคชะตาและการหลีกเลี่ยงการตรวจ ภาระการดูแลครอบครัว และการได้รับยาเบาหวานขนาดเดิมโดยไม่มีการปรับการรักษา

1.5 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เหมือนกัน 4 ข้อ และแตกต่างกันรายละ 2 ข้อ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย[17]

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
1. การจัดการสุขภาพตนเองไม่มีประสิทธิภาพ (Ineffective health self-management) สัมพันธ์กับความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับแผนการรักษาและความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับระดับน้ำตาล และแผนการรักษาไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวัน	✓	✓

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ข้อมูลสนับสนุน: ไม่นำแผนการรักษาด้านอาหารและการออกกำลังกายไปใช้ในชีวิตประจำวัน ไม่ติดตามตนเอง และ HbA1c สูงกว่าเป้าหมาย		
2. เสี่ยงต่อการกำซาบเนื้อเยื่อไตไม่มีประสิทธิภาพ (Risk for ineffective renal perfusion) โดยมีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยการชะลอไตเสื่อมไม่เพียงพอ การควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตไม่มีประสิทธิภาพ ข้อมูลสนับสนุน: เป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูง	✓	✓
3. เสี่ยงต่อการจัดการรูปแบบระดับน้ำตาลในเลือดไม่มีประสิทธิภาพ (Risk for ineffective blood glucose pattern self-management) โดยมีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ รับประทานอาหารไม่ตรงเวลาหรือลดปริมาณอาหารหลังรับประทานยาลดระดับน้ำตาล และความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ข้อมูลสนับสนุน: มีการรักษาด้วยยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย โรคไตเรื้อรัง	✓	✓
4. ความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (Inadequate health knowledge) สัมพันธ์กับการไม่ได้ฝึกทักษะภายใต้การดูแล ข้อมูลสนับสนุน: ไม่สามารถอธิบายและสาธิตการติดตามระดับน้ำตาลและการดูแลเท้าได้ถูกต้อง	✓	✓
5. เสี่ยงต่อการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดบกพร่อง (Risk for impaired cardiovascular function) ตามปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ วิถีชีวิตที่มีกิจกรรมทางกายน้อย และความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ ข้อมูลสนับสนุน: โรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง ไขมันในเลือดสูงผิดปกติ	✓	–
6. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ของยา (Risk for adverse druy reactions) ตามปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การใช้ยายหลายขนาน และมีการปรับยาบ่อยตามการทำงานของไต ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคร่วม มีการใช้ยาหลายขนาน	✓	–
7. การจัดการภาวะน้ำหนักเกินของตนเองไม่มีประสิทธิภาพ (Ineffective overweight self-management) สัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ปริมาณอาหารต่อมื้อมากกว่าที่แนะนำ และกิจกรรมทางกายน้อยกว่าที่แนะนำ ข้อมูลสนับสนุน: BMI 33.3 กก./ตร.ม.	–	✓
8. เสี่ยงต่อความสมบูรณ์ของผิวหนังบกพร่อง (Risk for impaired skin integrity) ตามปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การดูแลเท้าไม่เพียงพอ และความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการป้องกันแผลที่เท้า ข้อมูลสนับสนุน: ปลายประสาทเสื่อมจากเบาหวาน	–	✓

ส่วนที่ 2 การวางแผนและการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (วัตถุประสงค์ข้อที่ 2) ผู้ศึกษาให้การพยาบาลที่คลินิกโรคเรื้อรังเมื่อผู้ป่วยมาตามนัด และเยี่ยมบ้านรายละ 3 ครั้งร่วมกับ อสม. โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอนของเครียร์เป็นแกนหลัก[13] ร่วมกับเนื้อหา DSMES ตามพฤติกรรมการดูแลตนเอง 7 ด้าน (ADCES7)[10,16] และการมีส่วนร่วมของครอบครัว[14] ลักษณะสำคัญของการพยาบาลคือให้ผู้ป่วยเลือกเป้าหมายย่อยด้วยตนเอง และใช้หลักลดปริมาณแทนการห้ามรับประทาน กิจกรรมการพยาบาลสำหรับข้อวินิจฉัยหลักแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 กิจกรรมการพยาบาลตามขั้นตอนการจัดการตนเองของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

ขั้นตอน	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
1. การตั้งเป้าหมาย	ร่วมกับผู้ป่วยและภรรยากำหนด HbA1c ต่ำกว่าร้อยละ 7.5–8.0 DTX เช้า 80–150 มก./ดล. และไม่เกิดภาวะน้ำตาลต่ำ	HbA1c ต่ำกว่าร้อยละ 7.0 DTX เช้า 80–130 มก./ดล. และลดน้ำหนักร้อยละ 5 ใน 6 เดือน
2. การติดตามตนเอง	บันทึกอาหารและอาการผิดปกติ ภรรยาสังเกตอาการน้ำตาลต่ำและเจ็บหน้าอก ชั่งน้ำหนักสัปดาห์ละครั้ง	บันทึกอาหาร เครื่องดื่ม และกิจกรรมทางกาย ชั่งน้ำหนักทุกสัปดาห์ ตรวจเท้าทุกวัน
3. การประมวลและประเมินข้อมูล	ทบทวนสมุดบันทึกร่วมกัน ชี้ความสัมพันธ์ระหว่างอาหารในงานบุญกับค่า DTX ที่สูง	ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของเครื่องดื่มหวานและข้าวเหนียวกับน้ำตาลและน้ำหนัก
4. การตัดสินใจ	ลดข้าวเหนียวเหลือมื้อละ 1 ปั้น เลือกผลไม้หวานน้อย รับประทานอาหารตรงเวลาหลังรับประทานยา	เปลี่ยนกาแฟสำเร็จรูปเป็นกาแฟดำ ใช้จานอาหาร 2:1:1 และเดินเร็ว
5. การลงมือปฏิบัติ	จัดยาใส่กล่องแยกมื้อ เดินช้า ๆ วันละ 15–20 นาทีเมื่อไม่มีอาการเจ็บหน้าอก พกลูกอมติดตัว	เดินเร็ววันละ 30 นาที 5 วัน/สัปดาห์ ทำอาหารแยกสำหรับตนเอง ดูแลเท้าและสวมรองเท้าที่เหมาะสม
6. การสะท้อนตนเอง	ประเมินผลการปฏิบัติของตนเอง ชื่นชมเมื่อทำได้ ร่วมหาทางแก้เมื่อทำไม่ได้	ให้รางวัลตนเองเมื่อบรรลุเป้าหมายย่อย ครอบครัวและ อสม. เสริมแรงทางบวก

สำหรับข้อวินิจฉัยอื่น ผู้ศึกษาให้การพยาบาล ดังนี้ 1) การชะลอไตเสื่อม แนะนำหลีกเลี่ยงยากลุ่ม NSAIDs และสมุนไพรที่ไม่ทราบส่วนประกอบ จำกัดโซเดียมไม่เกิน 2,000 มก./วัน ควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 130/80 มม.ปรอท และประสานแพทย์พิจารณายาที่ชะลอไตเสื่อมตามข้อบ่งชี้ 2) การป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สอนอาการและการแก้ไขตามหลัก 15–15 3) ผู้ป่วยรายที่ 1 สอนอาการเตือนของภาวะหัวใจขาดเลือดและการใช้ยาอมใต้ลิ้น และ

ทบทวนยาร่วมกับเภสัชกร และ 4) ผู้ป่วยรายที่ 2 สอนการดูแลเท้า การเลือกรองเท้า และส่งตรวจจอประสาทตาประจำปี การเยี่ยมบ้านใช้ประเมินอาหารในครัวเรือน การเก็บยา และยาเหลือใช้ในผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ศึกษาสอนภรรยาให้จัดอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับโรคไต และจัดยาใส่กล่อง ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ซึ่งประกอบอาหารเอง ผู้ศึกษาให้วางแผนเมนูที่ทั้งครอบครัวรับประทานร่วมกันได้ และชวนครอบครัวเดินออกกำลังกายในตอนเย็น

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์การพยาบาลและแนวทางการพยาบาล

3.1 ผลลัพธ์ทางคลินิก เมื่อสิ้นสุดการศึกษา HbA1c ของผู้ป่วยทั้ง 2 รายลดลงรายละ 1.3 หน่วย ผู้ป่วยรายที่ 1 ลดลงจากร้อยละ 8.3 เป็น 7.1 ระหว่างการศึกษา และเป็น 7.0 เมื่อสิ้นสุดการศึกษา ซึ่งบรรลุเป้าหมายรายบุคคล ผู้ป่วยรายที่ 2 ลดลงจากร้อยละ 8.1 เป็น 7.1 และ 6.8 ตามลำดับ ซึ่งบรรลุเป้าหมายทั่วไป ระดับ DTX ลดลงทั้ง 2 ราย ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่า 130/80 มม.ปรอท ผู้ป่วยรายที่ 2 น้ำหนักลดลง 6 กิโลกรัม (ร้อยละ 8.0) เกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ และทั้ง 2 รายไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อย่างไรก็ตาม eGFR ของทั้ง 2 รายยังคงลดลง โดยผู้ป่วยรายที่ 1 ลดลงจาก 50 เป็น 43 และผู้ป่วยรายที่ 2 ลดลงจาก 65 เป็น 52 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังให้การพยาบาล

ตัวชี้วัด	ผู้ป่วยรายที่ 1			ผู้ป่วยรายที่ 2		
	ก่อน	หลัง	เปลี่ยนแปลง	ก่อน	หลัง	เปลี่ยนแปลง
HbA1c (%)	8.3	7.0	−1.3	8.1	6.8	−1.3
DTX (มก./ดล.)	160	123	−37	122	108	−14
ความดันโลหิต (มม.ปรอท)	141/70	127/72	−14/+2	136/72	123/75	−13/+3
น้ำหนัก (กก.)	65.0	63.8	−1.2 (1.8%)	75.0	69.0	−6.0 (8.0%)
BMI (กก./ตร.ม.)	23.0	22.6	−0.4	33.3	30.7	−2.6
eGFR (มล./นาที/1.73 ตร.ม.)	50	43	−7	65	52	−13
ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	ไม่มีข้อมูล	ไม่เกิด	–	ไม่มีข้อมูล	ไม่เกิด	–
การบันทึกการจัดการตนเอง	ไม่เคย	บันทึกได้	–	ไม่เคย	บันทึกได้	–

3.2 ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย บอกเป้าหมายการควบคุมโรคของตนเองได้ บันทึกอาหาร กิจกรรมทางกาย และการรับประทานยาในสมุดประจำตัวได้ และปฏิบัติตามเป้าหมายย่อยที่เลือกเอง ผู้ป่วยรายที่ 1 ลดปริมาณข้าวเหนียว รับประทานยาตรงเวลาโดยใช้กล่องจัดยา และเดินออกกำลังกายเบา ๆ ได้โดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งเกิดขึ้นได้เมื่อภรรยาเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดอาหารและจัดยา ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ลดเครื่องดื่มหวาน ใช้สัดส่วนจานอาหาร 2:1:1 และเดินเร็วร่วมกับครอบครัว โดยมีแรงจูงใจหลักจากการลดน้ำหนัก

3.3 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีผลลัพธ์ด้านระดับน้ำตาลใกล้เคียงกัน คือ HbA1c ลดลงรายละ 1.3 หน่วยและบรรลุเป้าหมายของตนเอง แต่กลไกที่นำไปสู่ผลลัพธ์แตกต่างกัน ผู้ป่วยรายที่ 1 ซึ่งมีความซับซ้อนทางคลินิกได้ผลจากการจัดการยาและอาหารโดยมีครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนหลัก ขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้ผลจากการลดน้ำหนักและการปรับเครื่องดื่ม ซึ่งเป็นการจัดการตนเองที่ผู้ป่วยเป็นผู้ริเริ่มเอง ส่วนผลลัพธ์ที่เหมือนกันและยังไม่บรรลุ คือ eGFR ที่ยังลดลงในทั้ง 2 ราย

3.4 แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดีในชุมชน จากผลการศึกษา

ผู้ศึกษาเสนอแนวทางการพยาบาล 7 ขั้นตอน ดังนี้

1) ประเมินแบบองค์รวม ด้วยแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ร่วมกับการทบทวนแนวโน้ม HbA1c และ eGFR ย้อนหลังอย่างน้อย 3 ปี และรายการยาทั้งหมด

2) กำหนดเป้าหมายรายบุคคล ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยปรับเป้าหมาย HbA1c ตามอายุ โรคร่วม และความเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

3) สนับสนุนการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอน ด้วยสมุดบันทึก เน้นเป้าหมายย่อยที่ผู้ป่วยเลือกเอง และใช้หลักลดปริมาณแทนการห้าม ให้สอดคล้องกับการบริโภคข้าวเหนียวและงานบุญในชุมชน

4) จัดเนื้อหา DSMES ตามปัญหาเด่นของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมซับซ้อนเน้นการใช้ยา การป้องกันน้ำตาลต่ำ และอาการเตือนโรคหัวใจ ผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนเน้นอาหาร การลดน้ำหนัก และการดูแลเท้า

5) เยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม. เพื่อประเมินอาหารในครัวเรือน ยาเหลือใช้ และผู้ดูแลหลัก และให้ครอบครัวมีส่วนร่วม

6) เฝ้าระวังการเสื่อมของไต ตรวจ UACR และ eGFR อย่างน้อยปีละครั้ง หลีกเลี่ยงยาที่เป็นพิษต่อไต และส่งข้อมูลให้ทีมสหวิชาชีพพิจารณาปรับยาเมื่อ eGFR ลดลงเร็ว

7) ติดตามต่อเนื่องหลังบรรลุเป้าหมาย จัด DSMES ซ้ำทุก 6–12 เดือนหรือทันทีเมื่อ HbA1c กลับสูงขึ้น เพื่อป้องกันการย้อนกลับของพฤติกรรม

วิจารณ์

1. ปัจจัยที่ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีปัญหาร่วมกันในแบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ โภชนาการ และกิจกรรมการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของวิไลวรรณ วงศ์ทิมากร[18] ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสูงมีปัญหาเหมือนกันในด้านการรับประทานอาหาร ผลไม้รสหวาน และการไม่ออกกำลังกาย การบริโภคข้าวเหนียวและอาหารในงานบุญเป็นบริบทเฉพาะของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การพยาบาลจึงใช้หลักลดปริมาณแทนการห้ามและให้ผู้ป่วยเลือกเป้าหมายย่อยเอง ตามหลัก DSMES ที่ต้องสอดคล้องกับวัฒนธรรม[10]

2. ผลของการพยาบาลและความคงอยู่ของพฤติกรรม การติดตามและสะท้อนตนเองช่วยให้ผู้ป่วยเห็นผลของพฤติกรรม และความสำเร็จในเป้าหมายย่อยเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน[13,19] สอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบที่พบว่าการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองลด HbA1c ได้[11] อย่างไรก็ตาม กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีโอกาสที่จะเกิดการย้อนกลับของพฤติกรรม (Relapse) ตามแนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม[20] และสนับสนุนข้อเสนอให้จัด DSMES ซ้ำทุกปีหรือเมื่อไม่บรรลุเป้าหมาย[9] การจัดการตนเองจึงต้องได้รับการสนับสนุนต่อเนื่อง

3. ความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคหัวใจขาดเลือดและโรคไตเรื้อรัง จึงกำหนดเป้าหมาย HbA1c เป็นรายบุคคลเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ[4,7] การปรับยาภายหลังสิ้นสุดการศึกษาที่เพิ่มกลิพิไซด์ (Glipizide) ร่วมกับไพโอกลิทาโซน (Pioglitazone) เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะบวมน้ำ และหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการพิจารณายาที่ชะลอไตเสื่อมและลดเหตุการณ์ทางหัวใจ เช่น ยากลุ่ม SGLT2 inhibitor ตามข้อบ่งชี้[21] ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ปัญหาหลักคือภาวะอ้วน การลดน้ำหนักร้อยละ 5–10 ช่วยลดระดับน้ำตาลได้อย่างมีนัยสำคัญ[22]

4. การเสื่อมของไตอย่างรวดเร็ว แม้ HbA1c ลดลงระหว่างการศึกษา แต่ eGFR ของทั้ง 2 รายยังคงลดลง แสดงว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในระยะสั้นเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ ต้องควบคุมความดันโลหิต ใช้ยาที่ปกป้องไตตามข้อบ่งชี้ และหลีกเลี่ยงยาที่เป็นพิษต่อไตร่วมด้วย[21,23] การที่ผู้ป่วยรายที่ 2 ยังไม่ได้ลงรหัสโรคไตเรื้อรัง ชี้ว่าพยาบาลชุมชนควรติดตามแนวโน้มผลตรวจมากกว่าค่าครั้งล่าสุด และควรตรวจ UACR อย่างน้อยปีละครั้ง[21]

5. บทบาทของพยาบาลชุมชนและเครือข่าย แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนช่วยค้นพบปัญหาที่ไม่ปรากฏในเวชระเบียน เช่น ความเชื่อว่าน้ำตาลขึ้นลงตามโชคชะตาและการหลีกเลี่ยงการตรวจ ขณะที่แนวคิดการจัดการ

ตนเองเปลี่ยนผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจ สอดคล้องกับแนวคิดการเสริมพลังอำนาจ[24] การมีส่วนร่วมของครอบครัว[14] และการที่พยาบาลชุมชนนำข้อมูลจากบ้านไปสู่ทีมรักษาเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของวิไลวรรณ วงศ์ทิมากร[18]

ข้อจำกัด

การศึกษามีเพียง 2 ราย ใช้ข้อมูลย้อนหลังบางส่วน และไม่ได้ตรวจ UACR จึงสรุปเชิงเหตุผลหรืออ้างอิงสู่ประชากรกลุ่มใหญ่ไม่ได้

ข้อเสนอแนะ

1) ด้านการปฏิบัติ ใช้แบบประเมินตามแบบแผนสุขภาพร่วมกับสมุดบันทึกการจัดการตนเอง และติดตามแนวโน้ม HbA1c และ eGFR อย่างเป็นระบบ

2) ด้านระบบบริการ จัดระบบส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับ รพ.สต. เพื่อทบทวนยาในผู้ป่วยที่ไตเสื่อมเร็ว และจัด DSMES ซ้ำอย่างน้อยปีละครั้ง

3) ด้านการวิจัย ศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองที่ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม โดยติดตามผลอย่างน้อย 12 เดือน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบคุณผู้ป่วยทั้ง 2 รายและครอบครัวที่ให้ความร่วมมือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น ตำบลแก่นทราย ทีมสหวิชาชีพ และกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่สนับสนุนการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas. 11th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2025.
2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. บทสรุปผู้บริหาร การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567–2568. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2568.
3. ธนนันทน์ จิวระโมไนย์กุล. รายงานสถานการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565–2568. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 2569;57(5):e7899.
4. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 6. Glycemic goals, hypoglycemia, and hyperglycemic crises: standards of care in diabetes-2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S132-49. doi:10.2337/dc26-S006.
5. Stratton I M, Adler A I, Neil H A, Matthews D R, Manley S E, Cull C A, et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. BMJ. 2000;321(7258):405-12.
6. Adler A I, Coleman R L, Leal J, Whiteley W N, Clarke P, Holman R R. Post-trial monitoring of a randomised controlled trial of intensive glycaemic control in type 2 diabetes extended from 10 years to 24 years (UKPDS 91). Lancet. 2024;404(10448):145-55.
7. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ; 2566.
8. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of care in diabetes-2025. Diabetes Care. 2025;48(Suppl 1):S1-352.
9. Powers M A, Bardsley J K, Cypress M, Funnell M M, Harms D, Hess-Fischl A, et al. Diabetes self-

management education and support in adults with type 2 diabetes: a consensus report of the American Diabetes Association, the Association of Diabetes Care & Education Specialists, the Academy of Nutrition and Dietetics, the American Academy of Family Physicians, the American Academy of PAs, the American Association of Nurse Practitioners, and the American Pharmacists Association. Diabetes Care. 2020;43(7):1636-49.

10. Davis J, Fischl A H, Beck J, Browning L, Carter A, Condon J E, et al. 2022 National standards for diabetes self-management education and support. Diabetes Care. 2022;45(2):484-94.
11. Chrvala C A, Sherr D, Lipman R D. Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes mellitus: a systematic review of the effect on glycemic control. Patient Educ Couns. 2016;99(6):926-43.
12. Gordon M. Manual of nursing diagnosis. 12th ed. Sudbury (MA): Jones & Bartlett Learning; 2010.
13. Creer T L. Self-management of chronic illness. In: Boekaerts M, Pintrich P R, Zeidner M, editors. Handbook of self-regulation. San Diego (CA): Academic Press; 2000. p. 601-29.
14. Ryan P, Sawin K J. The individual and family self-management theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. Nurs Outlook. 2009;57(4):217-25.
15. Yin R K. Case study research and applications: design and methods. 6th ed. Thousand Oaks (CA): SAGE Publications; 2018.
16. Association of Diabetes Care & Education Specialists, Kolb L. An effective model of diabetes care and education: the ADCES7 Self-Care Behaviors. Sci Diabetes Self Manag Care. 2021;47(1):30-53.
17. Herdman T H, Kamitsuru S, Lopes C T, editors. NANDA International nursing diagnoses: definitions and classification 2024–2026. 13th ed. New York: Thieme; 2024.
18. วิไลวรรณ วงศ์ทิมากร. กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงที่มีภาวะซึมเศร้า และหอบหืดร่วม. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2566;38(1):247-57.
19. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977;84(2):191-215.
20. Prochaska J O, DiClemente C C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol. 1983;51(3):390-5.
21. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group. KDIGO 2022 clinical practice guideline for diabetes management in chronic kidney disease. Kidney Int. 2022;102(5S):S1-127.
22. Lean M E, Leslie W S, Barnes A C, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, et al. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. Lancet. 2018;391(10120):541-51.
23. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Kidney Int. 2024;105(4S):S117-314.
24. Anderson R M, Funnell M M. Patient empowerment: myths and misconceptions. Patient Educ Couns. 2010;79(3):277-82.