

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 : กรณีศึกษา 2 ราย

นิตรกร สอนภริมย์, พย.บ.*

บทคัดย่อ

ความเป็นมาและความสำคัญ: โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาล ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษากรณี (Case study) จำนวน 2 ราย เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้กับควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 19 กันยายน 2566 ถึง 20 กุมภาพันธ์ 2568 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลตามกระบวนการพยาบาล แบบบันทึกภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนของ Gordon และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย การติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง และศึกษาตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาที่ 1 ชาย อายุ 47 ปี HbA1C 5.4%-5.6% BMI 28.3 ควบคุมอาหาร 2 คาร์บ/มื้อ ออกกำลังกาย >150 นาที/สัปดาห์ มีภรรยาเป็นผู้ดูแล เชื่อว่าโรคควบคุมได้ด้วยตนเอง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ต้องการการส่งเสริมให้ดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง กรณีศึกษาที่ 2 หญิง อายุ 48 ปี HbA1C 14.7%-12.5% BMI 35.1 รับประทานอาหาร 4 คาร์บ/มื้อ ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว เชื่อว่าโรคเป็นเรื่องของโชคชะตา มีเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ระดับรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนทางไต ต้องการการสนับสนุนด้านแรงจูงใจ ดังนั้น ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย จัดกิจกรรม MBBI 4 ครั้ง ประกอบด้วย สมาธิและจัดการความเครียด สติการกิน สติในการเคลื่อนไหว และการฝึกสมาธิและสติในชีวิตประจำวัน หลังการพยาบาล 1 ปี 5 เดือน กรณีที่ 1 เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ กรณีที่ 2 ระดับน้ำตาลสะสมลดลง เบาหวานขึ้นจอประสาทตาดีขึ้นเป็นปกติทั้งสองรายการทำงานของไตและระดับไขมันในเลือดดีขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ: ระบบบริการทางการพยาบาลตามทฤษฎีของโอเร็มจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการเรียนรู้และตัดสินใจลงมือปฏิบัติในการควบคุมโรค พยาบาลควรมีการประเมินและติดตามอย่างต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วยครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลตนเอง โดยการชี้แนะ สอน สนับสนุน และส่งเสริม เพื่อรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

คำสำคัญ: โรคเบาหวานชนิดที่ 2, กระบวนการพยาบาล, ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม, MBBI

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลน้ำพอง

Nursing Care for Type 2 Diabetes Mellitus Patients: A Two-Case Study

Nitakorn Sonpirom, B.N.S.*

Abstract

Background and Significance: Type 2 diabetes mellitus is a major public health concern. Poor glycemic control can lead to complications and reduced quality of life. Effective nursing care is crucial for ensuring patient safety and improving overall quality of life

Objective: To compare the application of the nursing process in caring for patients with type 2 diabetes mellitus

Methods: This study employed a two-case study design, comparing patients with good and poor glycemic control at the Diabetes Clinic, Nam Phong Hospital, Khon Kaen Province, from September 19, 2023, to February 20, 2025. Data collection instruments included a nursing process record form, Gordon's 11 functional health patterns assessment, and the Barthel Index for activities of daily living (ADL). Data were collected through interviews, physical examinations, continuous follow-up, and application of the five-step nursing process.

Results: Case 1 was a 47-year-old man with HbA1c 5.4%-5.6%, BMI 28.3, consuming 2 carbohydrate portions per meal, and exercising >150 minutes per week. He was cared for by his wife, perceived his disease as manageable, had no complications, and required ongoing self-care support. Case 2 was a 48-year-old woman with HbA1c 14.7%-12.5%, BMI 35.1, consuming 4 carbohydrate portions per meal, exercising irregularly, and lacking family support. She believed the disease was a matter of fate, had severe diabetic retinopathy and kidney complications, and required motivational support. Both patients participated in four MBBI sessions, including meditation and stress management, mindful eating, mindful movement, and daily mindfulness practice. After 1 year and 5 months, Case 1 achieved disease remission, while Case 2 showed improved glycemic control, normalization of retinopathy, and improved kidney function and blood lipid levels.

Conclusion and Recommendations: Nursing care guided by Orem's self-care theory helps patients with type 2 diabetes mellitus learn and make informed decisions to manage their condition. Nurses should provide continuous assessment and follow-up, involving patients and families in self-care planning through guidance, education, support, and encouragement to maintain health and quality of life.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, nursing process, Orem's self-care theory, MBBI

* Registered Nurse, Professional Level, Nam Phong Hospital

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตามรายงานของ International Diabetes Federation (IDF) Atlas Edition¹ พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกในกลุ่มอายุ 20-79 ปี จำนวน 537 ล้านคน คิดเป็นอัตราความชุก 10.5% ของประชากรโลก และมีการคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคนในปี 2030 คิดเป็นอัตราความชุก 11.3% และ 783 ล้านคนในปี 2045 คิดเป็นอัตราความชุก 12.2%² สำหรับประเทศไทย ตามข้อมูลจากสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 4.8 ล้านคน จากประชากรทั้งหมด 66 ล้านคน คิดเป็นอัตราป่วยเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 3.4 แสนคนต่อปี หรือเฉลี่ย 928 คนต่อวัน³ อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลระดับประเทศพบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานเพียงร้อยละ 36.4 เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ได้ตามเป้าหมาย ส่วนอำเภอน้ำพอง จากข้อมูลระบบ Health Data Center (HDC) และรายงานผลการดำเนินงานโรงพยาบาลน้ำพอง ประจำปี 2565-2566 พบว่า จากประชากรทั้งหมด 109,874 คน มีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป 89,245 คน และมีผู้ป่วยเบาหวานทั้งสิ้น 8,160 คน คิดเป็นอัตราป่วย ร้อยละ 9.1⁴ ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานนี้มีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมีเพียง 2,351 คน (ร้อยละ 28.81) ซึ่งยังคงต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ได้ตามเป้าหมายจะนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตจากเบาหวาน โรคตาจากเบาหวาน และโรคประสาทจากเบาหวาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและเพิ่มภาระทางเศรษฐกิจของประเทศ

กระบวนการพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้บรรลุเป้าหมายการรักษา การศึกษาของ ศิริพรและคณะ⁵ พบว่าพยาบาลสามารถเป็นผู้ประสานงานหลักในการติดตามและประเมินผลรวมทั้งให้การสนับสนุนผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่ภาวะเบาหวานสงบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Taylor และคณะ⁶ ที่พบว่าทีมพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างเหมาะสมสามารถเพิ่มอัตราความสำเร็จในการทำให้อำเภอน้ำพองเข้าสู่ภาวะเบาหวานสงบได้ถึงร้อยละ 52

จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย พบกรณีที่น่าสนใจของผู้ป่วยเบาหวาน 2 ราย ที่มีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน แต่มีผลลัพธ์การรักษาที่แตกต่างกันอย่าง

ชัดเจน โดยผู้ป่วยรายแรกสามารถควบคุมระดับ HbA1c ได้ต่ำกว่า 6% อย่างต่อเนื่องจนเข้าสู่ภาวะ diabetes remission และสามารถหยุดยาเบาหวานได้ ในขณะที่รายที่สองมีระดับ HbA1c สูงถึง 9.7% และมีภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการพยาบาลและทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีดำเนินการศึกษา เป็นการศึกษากรณีศึกษา (Case study) เลือกผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจง ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาอย่างน้อย 3 ปี อายุระหว่าง 40-60 ปี จำนวน 2 ราย ที่มีความแตกต่างในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยกรณีศึกษาที่ 1 เป็นผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ดำเนินการศึกษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 19 กันยายน 2566 ถึง 20 กุมภาพันธ์ 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ศึกษาโดยใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาล⁷ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม⁸ และแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน³ เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย เครื่องมือ 5 ชุด ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน 2) แบบบันทึกภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนของ Gordon 3) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index)⁹ 4) แบบประเมิน Self-Care Agency ตามทฤษฎีโอเร็ม และ 5) แบบบันทึกผลการดำเนิน Mind-Body-Based Intervention (MBBI)¹⁰ วิเคราะห์เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา

1. การประเมินภาวะสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา ศึกษาข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วยของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา

อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาเป็นโรค ระดับ HbA1C และ ค่า BMI ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา 2 ราย

รายการ	กรณีศึกษาที่ 1 (ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี)	กรณีศึกษาที่ 2 (ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้)
เพศ/อายุ	ชาย วัย 47 ปี	หญิง วัย 48 ปี
การศึกษา	มัธยมศึกษาปีที่ 6	มัธยมศึกษาปีที่ 6
อาชีพ	รับจ้าง	เกษตรกร
สถานภาพสมรส	สมรส	สมรส
ระยะเวลาเป็นโรค	4 ปี	4 ปี
HbA1C เริ่มต้น	5.4%	14.7%
BMI	28.3 kg/m ²	35.1 kg/m ²

จากตารางที่ 1 พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีลักษณะทางประชากรศาสตร์พื้นฐานที่คล้ายคลึงกัน คือ มีอายุใกล้เคียงกัน (47 ปี และ 48 ปี) มีระดับการศึกษาไม่แตกต่างกัน (มัธยมศึกษาปีที่ 6) มีสถานภาพสมรสทั้งคู่ และมีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน (4 ปี) อย่างไรก็ตาม พบความแตกต่างที่สำคัญในด้านการควบคุมโรค โดยกรณีศึกษาที่ 1 มีระดับ HbA1C เริ่มต้นที่ 5.4% ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้ดีมาก ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 มีระดับ HbA1C เริ่มต้นสูงถึง 14.7% ซึ่งบ่งชี้ถึงการควบคุมโรคที่ไม่ดี นอกจากนี้ กรณีศึกษาที่ 2 ยังมีค่า BMI

สูงกว่า (35.1 kg/m²) ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรคอ้วนระดับ 2 เมื่อเทียบกับกรณีศึกษาที่ 1 ที่มี BMI 28.3 kg/m² ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มน้ำหนักเกิน ความแตกต่างเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงระดับความรุนแรงของโรคและความซับซ้อนในการดูแลรักษาที่แตกต่างกันระหว่างกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

1.2 การประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนสุขภาพกอร์ดอน รวบรวมผลการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ และเวชระเบียน สรุปประเด็นปัญหาที่พบแต่ละแบบแผนสุขภาพของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ของกรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ	มีความเสี่ยงต่อการขาดความรู้ในระยะยาว	ขาดความรู้และการตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ
2. โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	มีภาวะน้ำหนักเกิน (โรคอ้วนระดับ 1) และระดับไขมันในเลือดผิดปกติ	มีภาวะโรคอ้วนระดับ 2 และพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม
3. การขับถ่ายของเสีย	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา
4. การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม	ขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม	ขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสมและรู้สึกเหนื่อยง่าย
5. การพักผ่อนและการนอนหลับ	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา
6. การรับรู้สติปัญญาและความน่าเชื่อถือ	ไม่พบปัญหา	มีข้อจำกัดในการเข้าใจและจดจำข้อมูล
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ไม่พบปัญหา	ขาดความมั่นใจในการควบคุมโรค
8. บทบาทและความสัมพันธ์ภายในครอบครัว	ไม่พบปัญหา	มีภาระหนักในครอบครัวและขาดการสนับสนุน
9. เพศและการเจริญพันธุ์	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
10. การเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด	ไม่พบปัญหา	มีความเครียดและขาดกลไกการจัดการที่เหมาะสม
11. คุณค่าและความเชื่อ	ไม่พบปัญหา	ไม่พบปัญหา

จากตารางที่ 2 พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 และกรณีศึกษาที่ 2 มีความแตกต่างอย่างชัดเจนในหลายแบบแผนสุขภาพ โดยกรณีศึกษาที่ 1 มีปัญหาเพียง 3 แบบแผน ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ (มีความเสี่ยงต่อการขาดความรู้ในระยะยาว) โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร (มีภาวะน้ำหนักเกินและระดับไขมันในเลือดผิดปกติ) และการออกกำลังกายและการทำกิจกรรม (ขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม) ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 มีปัญหามากถึง 6 แบบแผน ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ (ขาดความรู้และการตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ) โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร (มีภาวะโรคอ้วนระดับ 2 และพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม) การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม (ขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสมและรู้สึกเหนื่อยง่าย) การรับรู้สติปัญญาและความน่าเชื่อถือ (มีข้อจำกัดในการ

เข้าใจและจดจำข้อมูล) การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (ขาดความมั่นใจในการควบคุมโรค) บทบาทและความสัมพันธ์ในครอบครัว (มีภาระหนักในครอบครัวและขาดการสนับสนุน) และการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด (มีความเครียดและขาดกลไกการจัดการที่เหมาะสม) ความแตกต่างนี้สะท้อนให้เห็นว่า กรณีศึกษาที่ 2 มีปัญหาที่ซับซ้อนและครอบคลุมหลายมิติมากกว่า โดยเฉพาะในด้านจิตสังคม ความรู้ ความเข้าใจ และการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการควบคุมโรคเบาหวาน

1.3 ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รวบรวมข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจระดับน้ำตาล LDL eGFR รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของกรณีศึกษา 2 ราย

รายการตรวจ	ค่าปกติ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของกรณีศึกษาในระยะเริ่มต้นการศึกษา			
FBS (mg/dL)	70 - 100	107	398
HbA1C (%)	< 7	5.4	14.7
Total Cholesterol (mg/dL)	< 200	243	166
LDL (mg/dL)	< 100	166	88
eGFR (mL/min/1.73m ²)	≥ 60	76.7	83.62
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของกรณีศึกษาในระยะสิ้นสุดการศึกษา			
FBS (mg/dL)	70 - 100	114	140
HbA1C (%)	< 7	5.6	12.5
Total Cholesterol (mg/dL)	< 200	126	153
LDL (mg/dL)	< 100	70	81
eGFR (mL/min/1.73m ²)	≥ 60	80.4	94.6

จากตารางที่ 3 พบว่า ในระยะเริ่มต้นการศึกษา กรณีศึกษาที่ 1 มีผลการตรวจส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดี โดยมี HbA1C อยู่ที่ 5.4% ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมาย (<7%) และ FBS เกินค่าปกติเพียงเล็กน้อย (107 mg/dL) แต่มีปัญหา

กว่าปกติ ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 มีการควบคุมโรคที่ไม่ดีอย่างชัดเจน โดยมี HbA1C สูงมากถึง 14.7% และ FBS สูงถึง 398 mg/dL ซึ่งเกินค่าปกติมากกว่า 3 เท่า แต่กลับมีระดับไขมันในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพ การตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ นำมาวิเคราะห์

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลของกรณีศึกษา 2 ราย

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. เสี่ยงต่อการมีโภชนาการไม่สมดุล เนื่องจากรับประทานมากกว่าความต้องการของร่างกาย 2. เสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ 3. ศักยภาพในการเพิ่มพูนสุขภาพ สัมพันธ์กับการมีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง	1. อาจเกิดการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองและขาดการสนับสนุน 2. มีความไม่สมดุลของโภชนาการ เนื่องจากรับประทานมากกว่าความต้องการของร่างกาย 3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เนื่องจากการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในระยะยาว 4. มีความเครียดและความวิตกกังวล จากการมีภาวะแทรกซ้อนและภาระครอบครัว

จากตารางที่ 4 พบว่า ข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนทั้งในจำนวนและลักษณะของปัญหา ดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1 มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพียง 3 ข้อ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัญหาระดับ "ความเสี่ยง" (Risk for) และมี 1 ข้อที่เป็น "ศักยภาพในการส่งเสริม" (Health Promotion) ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการขาดสมดุลทางโภชนาการ ความเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และศักยภาพในการเสริมสร้างสุขภาพ ลักษณะของข้อวินิจฉัยเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีพื้นฐานการดูแลตนเองที่ดี มีแรงจูงใจ และต้องการการสนับสนุนเพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

กรณีศึกษาที่ 2 มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลถึง 4 ข้อ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว (Actual problems) ได้แก่ การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา การขาดสมดุลทางโภชนาการ ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และความเครียดและความวิตกกังวล ข้อวินิจฉัยเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนของปัญหาที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะปัญหาการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาซึ่งเป็นปัญหาหลักที่ส่งผลต่อการควบคุมโรค

ความแตกต่างสำคัญ ระหว่างกรณีศึกษาทั้งสองคือ กรณีศึกษาที่ 1 มุ่งเน้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 ต้องแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วและจัดการกับภาวะแทรกซ้อนที่มีอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับระดับความรุนแรงของโรคและความซับซ้อนของสภาพการณ์ของผู้ป่วยแต่ละราย การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แตกต่างกันนี้จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลและการเลือกใช้ระบบการพยาบาลตามทฤษฎีโอเร็มที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย

และกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล รายละเอียดดังตารางที่ 4

3. การพยาบาล

การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม และการจัดกิจกรรม Mind-Body-Based Intervention (MBBI)⁵ จำนวน 4 ครั้ง ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 รากฐานของการมีสติและการจัดการความเครียด ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) การสอนเทคนิคการหายใจลึกแบบ 4-7-8 2) การฝึกสมาธิสั้นๆ 10 นาที และ 3) การอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับระดับน้ำตาลในเลือด

ครั้งที่ 2 การฝึกสติในการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) การสอน Mindful walking 2) การฝึกโยคะเบาๆ ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน และ 3) การสร้างความตระหนักรู้ในการเคลื่อนไหวร่างกาย

ครั้งที่ 3 การฝึกสติในการกินและการจัดการอาหาร ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) การสอน Mindful eating 2) การฝึกสังเกตรสชาติ กลิ่น เนื้อสัมผัสของอาหาร และ 3) การให้ความรู้เรื่องการนับคาร์โบไฮเดรต

ครั้งที่ 4 การบูรณาการและการสร้างแผนส่วนตัว ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) การทบทวนเทคนิคทั้งหมดที่ได้เรียนรู้ 2) การวางแผนการนำเทคนิคไปใช้ในชีวิตประจำวัน และ 3) การกำหนดเป้าหมายระยะยาวและแผนการติดตาม

การเลือกใช้ระบบการพยาบาลตามทฤษฎีของโอเร็ม ในกรณีศึกษา 2 ราย ดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1 ใช้ระบบ Supportive-Educative System ตลอดการศึกษา มีหลักการในการให้การพยาบาล ได้แก่ 1) พยาบาลเป็นที่ปรึกษา ผู้ให้

คำแนะนำ และผู้สนับสนุน 2) ผู้ป่วยเป็นผู้นำในการดูแลตนเอง และ 3) Method of Helping ได้แก่ Teaching, Guiding, Supporting, Providing environment for development

กรณีศึกษารายที่ 2 ใช้ระบบ Partly Compensatory System ในระยะแรก จากนั้นปรับเป็นระบบ Supportive-Educative System โดยหลักการในการให้การพยาบาล ได้แก่ 1) ระยะแรก พยาบาลช่วยเหลือในกิจกรรมที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถทำได้เอง 2) ระยะหลัง เมื่อผู้ป่วยมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น และ 3)

Method of Helping ได้แก่ Acting or doing for, Teaching, Guiding, Supporting, Providing environment for development

4. ผลลัพธ์การพยาบาล

ภายหลังให้การพยาบาลตามหลักกระบวนการพยาบาล พร้อมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเร็มในการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ศึกษาติดตามผลลัพธ์การพยาบาล ได้แก่ ผลลัพธ์การควบคุมระดับน้ำตาล ภาวะแทรกซ้อน ระดับไขมันในเลือด พฤติกรรมสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบผลลัพธ์การพยาบาลของกรณีศึกษา 2 ราย

ผลลัพธ์การพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ผลลัพธ์การควบคุมระดับน้ำตาล		
HbA1C เปลี่ยนแปลง	5.4% → 5.6% (คงที่ในเกณฑ์ดี)	14.7% → 12.5% (ลดลง 15%)
สถานะ Diabetes Remission	เข้าสู่ระยะสงบ 10 เดือน	ไม่บรรลุ
ภาวะแทรกซ้อน		
การตรวจตา	ปกติ (ไม่มีการเปลี่ยนแปลง)	ดีขึ้นจากระดับรุนแรงเป็นปกติ
การทำงานของไต	eGFR เพิ่มขึ้น 4.8%	eGFR เพิ่มขึ้น 13%
อาการชาเท้า	ไม่มี	ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ
ระดับไขมันในเลือด		
Total Cholesterol	ลดลง 48% (243→126 mg/dL)	ปรับปรุงเล็กน้อย
LDL Cholesterol	ลดลง 58% (166→70 mg/dL)	คงที่ในเกณฑ์ปกติ
พฤติกรรมสุขภาพ		
การใช้เทคนิค MBBI	นำไปใช้เป็นวิถีชีวิต	ใช้ได้แต่ต้องการการสนับสนุนต่อเนื่อง
การออกกำลังกาย	เพิ่มขึ้นเป็น 180+ นาที/สัปดาห์	เริ่มเดินหลังอาหารเย็น 20 นาที
การควบคุมอาหาร	คงที่ 2 คาร์บ/มื้อ	ลดลงจาก 4 เป็น 2-3 คาร์บ/มื้อ
การเปลี่ยนแปลงความเชื่อ		
ทัศนคติต่อโรค	คงความเชื่อเดิม "ควบคุมได้"	เปลี่ยนจาก "โชคชะตา" เป็น "ควบคุมได้"
ความมั่นใจในการดูแลตนเอง	สูงขึ้นและเป็นแบบอย่าง	เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

จากตารางที่ 5 พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 สามารถรักษาระดับการควบคุมโรคได้อย่างต่อเนื่อง โดย HbA1C เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยจาก 5.4% เป็น 5.6% และเข้าสู่ภาวะ Diabetes Remission นาน 10 เดือน พร้อมทั้งมีการปรับปรุงระดับไขมันในเลือดอย่างมีนัยสำคัญ (Total Cholesterol ลดลง 48%, LDL ลดลง 58%) กรณีศึกษาที่ 2 แม้เริ่มต้นด้วย HbA1C สูงมาก (14.7%) แต่มีการปรับปรุงอย่างชัดเจน โดยลดลงเป็น 12.5% (ลดลง 15%) และมีการฟื้นฟูการมองเห็นจากเบาหวานขึ้นจอประสาท

ตา ระดับรุนแรงเป็นปกติ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีการปรับปรุงการทำงานของไต การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และความเชื่อต่อการควบคุมโรค โดยเฉพาะกรณีศึกษาที่ 2 ที่เปลี่ยนจากความเชื่อว่าเป็น "โชคชะตา" มาเป็น "ควบคุมได้" ซึ่งสะท้อนให้เห็นประสิทธิภาพของการพยาบาลแบบบูรณาการที่ปรับแนวทางตามความซับซ้อนของปัญหาแต่ละราย

ส่วนการประเมินผลการใช้เทคนิค MBBI ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบการประเมินผลการใช้เทคนิค MBI ของกรณีศึกษา 2 ราย

การติดตามประเมินผล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ครั้งที่ 1 การจัดการความเครียด	สามารถใช้เทคนิคการหายใจลึกได้ทันที มีความมั่นใจสูง	ต้องการการฝึกซ้ำหลายครั้ง แต่รู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น
ครั้งที่ 2 การเคลื่อนไหวอย่างมีสติ	นำ Mindful walking ไปใช้ใน ชีวิตประจำวันได้ทันที	เริ่มเดินหลังอาหารเย็น ออกกำลังกาย เพิ่มขึ้น
ครั้งที่ 3 การกินอย่างมีสติ	ปรับปรุงการควบคุมปริมาณอาหารได้ดีขึ้น	ลดการดื่มน้ำหวานได้เกือบทั้งหมด ควบคุมความเร็วในการกินได้
ครั้งที่ 4 การบูรณาการ	สามารถสอนเทคนิคให้ผู้ป่วยรายอื่นได้	มีแผนการดูแลตนเองที่ชัดเจนและเป็นไปได้

จากตารางที่ 6 การประเมินผลการใช้เทคนิค MBI แสดงให้เห็นความแตกต่างในการเรียนรู้และการนำไปใช้ระหว่างกรณีศึกษา 2 ราย พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 สามารถนำเทคนิคทั้ง 4 ครั้งไปใช้ได้ทันทีและมีความมั่นใจสูง โดยเฉพาะ Mindful walking ที่สามารถปรับใช้ใน ชีวิตประจำวันได้ทันที และสุดท้ายสามารถสอนเทคนิคให้ผู้ป่วยรายอื่นได้ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ต้องการการฝึกซ้ำหลายครั้งในเทคนิคการจัดการความเครียด แต่มีการปรับปรุงพฤติกรรมอย่างชัดเจน โดยเริ่มเดินหลังอาหารเย็น ลดการดื่มน้ำหวานได้เกือบทั้งหมด ควบคุมความเร็วในการกินได้ และมีแผนการดูแลตนเองที่ชัดเจน ความแตกต่างนี้สะท้อนให้เห็นว่าเทคนิค MBI มีประสิทธิภาพกับผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม แต่ระยะเวลาและวิธีการเรียนรู้แตกต่างกันตามความพร้อมและความซับซ้อนของปัญหาเริ่มต้น

สรุปผลการศึกษา

การศึกษากกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 2 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มและเทคนิค Mind – Body - Based Intervention สรุปผลการศึกษาดังนี้

1. การใช้แบบแผนสุขภาพ 11 ด้านของ Gordon เป็นกรอบในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ช่วยให้เห็นภาพรวมของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ส่งผลให้สามารถให้การพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

2. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยมีการปรับระบบการพยาบาลตามระดับ Self-care agency ของผู้ป่วยช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การพยาบาลดีขึ้น

3. การใช้เทคนิคการฝึกสติช่วยเสริมสร้างการตระหนักรู้และการควบคุมตนเองในผู้ป่วย

4. การสนับสนุนจากครอบครัวและความเชื่อของผู้ป่วยมีผลกระทบสำคัญต่อผลลัพธ์การรักษา

5. หากได้รับการดูแลที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถเข้าสู่ภาวะสงบ Diabetes Remission ได้

สรุปได้ว่า ระบบบริการทางการพยาบาลตามทฤษฎีของโอเร็มจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการเรียนรู้และตัดสินใจลงมือปฏิบัติในการควบคุมโรค โดยการชี้แนะ สอน สนับสนุน และส่งเสริม เพื่อรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

การอภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างอย่างชัดเจนในผลลัพธ์การพยาบาลระหว่างผู้ป่วย 2 ราย แม้จะมีลักษณะทางประชากรศาสตร์ที่คล้ายคลึงกัน ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ได้แก่:

1. ความเชื่อและทัศนคติต่อโรค กรณีศึกษาที่ 1 มีความเชื่อว่าโรคสามารถควบคุมได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้มีแรงจูงใจสูงในการดูแลตนเอง ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 เริ่มต้นด้วยความเชื่อว่าโรคเป็นเรื่องของโชคชะตา แต่หลังจากได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีโอเร็มและเทคนิค MBI สามารถเปลี่ยนความเชื่อได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bandura¹¹ ที่พบว่า Self-efficacy เป็นปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

2. การสนับสนุนจากครอบครัว กรณีศึกษาที่ 1 มีการสนับสนุนจากภรรยาอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 ขาดการสนับสนุนจากสามี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rosland และคณะ¹² ที่พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน

3. ระดับความรุนแรงของโรคเริ่มต้น กรณีศึกษาที่ 1 เริ่มต้นด้วยระดับ HbA1C ที่ควบคุมได้ดีอยู่แล้ว (5.4%) และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทำให้สามารถเข้าสู่ภาวะ

Diabetes Remission ได้ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 เริ่มต้นด้วยระดับ HbA1C สูงมาก (14.7%) และมีภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ แต่ก็ยังคงมีการปรับปรุงผลลัพธ์

เมื่อพิจารณาประสิทธิภาพของการใช้ทฤษฎีโอเริ่มร่วมกับเทคนิค MBBI ในด้านการปรับปรุงผลลัพธ์สุขภาพ จะเห็นว่า

1. การเพิ่ม Self-care agency ทั้งสองรายการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น แต่ในระดับที่แตกต่างกัน กรณีศึกษาที่ 1 พัฒนาจนสามารถเป็นแบบอย่างและช่วยเหลือผู้อื่นได้ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 พัฒนาจากระดับ Partly compensatory เป็น Supportive-educative

2. การลดความเครียดและปรับปรุงคุณภาพชีวิตเทคนิค MBBI มีประสิทธิภาพในการช่วยให้ผู้ป่วยจัดการความเครียดได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Goyal และคณะ¹³ ที่พบว่าการศึกษาการฝึกสมาธิมีผลดีต่อการลดความเครียดและปรับปรุงระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน

3. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน การใช้เทคนิค Mindful eating และ Mindful movement ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้และควบคุมพฤติกรรมการกินและการออกกำลังกายได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sangprasert¹⁴ ที่พบว่าการศึกษาการฝึกสมาธิมีผลดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติงาน ได้แก่

1.1 พยาบาลควรมีการประเมินและติดตามอย่างต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลตนเอง

1.2 ควรพัฒนาทักษะการใช้เทคนิค MBBI ให้กับพยาบาลในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1.3 ควรสร้างระบบ Peer support โดยใช้ผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จเป็นแบบอย่างและที่ปรึกษา

1.4 นำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับนโยบาย ได้แก่

2.1 ควรจัดให้มีการฝึกอบรมบุคลากรอย่างเป็นระบบ

2.2 ควรพัฒนาระบบสนับสนุนและติดตามผลการปฏิบัติการพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 10th Edition. Brussels: International Diabetes Federation; 2021.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2565.
3. โรงพยาบาลน้ำพอง. รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2566-2567. ขอนแก่น: โรงพยาบาลน้ำพอง; 2567.
4. ศิริพร วิไลรัตน์ และคณะ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อเข้าสู่ภาวะสงบ. วารสารเวชศาสตร์ครอบครัว 2566;29(2):45-58.
5. Taylor R, et al. Remission of human type 2 diabetes requires decrease in liver and pancreas fat content but is dependent upon capacity for β cell recovery. Cell Metabolism 2019;28(4):547-556.
6. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. Health Education & Behavior 2004;31(2):143-164.
7. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
8. สุดารัตน์ ศิริชัยสมบัติ. การวินิจฉัยการพยาบาลในการปฏิบัติ. เชียงใหม่: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2564.
9. สมิตรา ธรรมลิขิต. การประเมินความสามารถในกิจกรรมประจำวันด้วย Barthel Index. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2563;37(3):78-85.
10. ยงยุทธ ไพรัชวิทย. คู่มือการแทรกแซงแบบสั้นเพื่อการดูแลสุขภาพจิต (MBBI). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2565.
11. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. Health Education & Behavior 2004;31(2):143-164.
12. Rosland AM, et al. Family influences on self-management among functionally independent adults with diabetes or

- heart failure. *Family Medicine* 2012;44(2):97-101.
13. Goyal M, et al. Meditation programs for psychological stress and well-being: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine* 2014;174(3):357-368.
14. Sangprasert P. The effects of mindfulness meditation on glucose control in people with diabetes: A systematic review. *Complementary Therapies in Medicine* 2018;41:53-61.