

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานระยะก่อนเข้าสู่ภาวะสงบที่บ้าน กรณีศึกษา 2 ราย

Home-based Nursing Care for Patients with Diabetes

Pre-Remission Stage: Two Case Studies

งามชื่น ทองลิ้ม

Ngamchuen Thonglim RN

โรงพยาบาลท่ายเหมืองชัยพัฒน์ อำเภอท่ายเหมือง จังหวัดพังงา

ThaimuangChaipat Hospital, Thaimuang, Phangnga Province

E-mail: tan_opd@hotmail.com

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากพฤติกรรมการบริโภค และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลง ภาวะดังกล่าวส่งผลให้เกิดภาระต่อระบบบริการสุขภาพจากภาวะแทรกซ้อนและการรักษาระยะยาว ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนเข้าสู่ภาวะสงบจึงมีความสำคัญต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดการกลับมารักษา

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 2 ราย ให้เข้าสู่ระยะสงบ โดยพิจารณาจากการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) การลดยา และการหยุดยารักษาโรคเบาหวาน

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบกรณีศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 2 ราย ที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนน้ำตาลในเลือดลดลง สามารถหยุดใช้ยารักษาเบาหวานได้

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยหญิงไทย 2 ราย เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แต่แตกต่างกันในด้านอายุ โรคประจำตัว ความต่อเนื่องในการรักษาและภาวะเครียด หลังจากได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตอย่างเข้มข้น ทั้งคู่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและเข้าสู่ภาวะเบาหวานสงบภายใน 6 เดือน ปัจจัยสำเร็จหลัก ได้แก่ แรงจูงใจสูง การสนับสนุนจากครอบครัว และการติดตามต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ

สรุปผลการศึกษา: การปรับเปลี่ยนมุมมองการรักษาโรคเบาหวานที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากกว่าการรักษาด้วยยา ทำให้พยาบาลสามารถเข้าใจผู้ป่วยและผู้ดูแลในการตัดสินใจ และช่วยผลักดันให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมให้ได้ตามเป้าหมาย

คำสำคัญ: กรณีศึกษา, ภาวะสงบของโรคเบาหวานชนิดที่ 2, DM remission

Abstract

Introduction: The prevalence of diabetes mellitus is increasing due to changes in dietary habits and lifestyle. This condition places a significant burden on healthcare systems due to long-term treatment and diabetes-related complications. Therefore, early management to achieve remission is essential for preventing complications and reducing hospital readmissions.

Objective: To compare the nursing care process for 2 patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) aimed at achieving remission, based on glycated hemoglobin (HbA1c) control, medication reduction, and discontinuation of antidiabetic drugs.

Methods: This article presents a descriptive comparative case study of two patients with T2DM who underwent behavioral modification until their blood glucose levels decreased sufficiently to discontinue antidiabetic medication.

Results: The two Thai female patients with type 2 diabetes differed in age, comorbidities, continuity of treatment, and levels of psychological stress. After receiving an intensive lifestyle modification program, both patients were able to control their blood glucose levels and achieve diabetes remission within six months. The key success factors included high motivation, strong family support, and continuous follow-up by a multidisciplinary healthcare team.

Conclusion: Changing the perspective of diabetes treatment to focus on behavior modification rather than medication allows nurses to understand patients and caregivers in making decisions and helping push patients to change their behavior to achieve their goals.

Keywords: Case study, Type 2 diabetes remission, DM remission

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคและรูปแบบการดำเนินชีวิต ส่งผลให้ประชาชนจำนวนมากเผชิญความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2565 พบว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 9.5 โดยภาคใต้มีอัตราสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศเล็กน้อย อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 70 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และนำไปสู่การเสียชีวิต จากสถิติของโรงพยาบาลท้ายเหมืองชัยพัฒน์ตั้งแต่ปี 2566-2567 พบผู้ป่วยเบาหวานเป็นจำนวน 3,283 และ 3,357 รายตามลำดับ โดยมีอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีร้อยละ 46.88 และ 50.58 ตามลำดับ แม้จะมีระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่หลากหลายแต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยบริบทด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคและข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังคงเป็นปัญหาสำคัญ

ปัจจุบันมีการรักษาที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับ

ต่ำกว่าเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวานโดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลได้ โดยเรียกภาวะนี้ว่า diabetes remission หรือโรคเบาหวานระยะสงบ ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดภาระทางเศรษฐกิจได้อย่างมาก กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าหมายดังนี้ อัตราผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบต่อผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วม NCDs remission clinic $\geq 10\%$ และอัตราผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบต่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมดในพื้นที่ $\geq 1\%$ (ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2565) ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจนเกิดผลลัพธ์ที่ดีได้พยาบาลจึงต้องทำความเข้าใจปัจจัยอย่างรอบด้าน จากการทบทวนวรรณกรรม เรื่องปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมเพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ได้แก่ ระยะเวลาการเป็นโรคที่ยาวนาน ภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย อายุที่เพิ่มขึ้น การมีโรคร่วม ความเครียด การนอนไม่หลับ ตลอดจนแรงสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ ซึ่งล้วนส่งผลต่อภาวะดื้อต่ออินซูลินและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2566; อาริสมย์ และคณะ, 2567; American Diabetes Association, 2024) นอกจากนี้จากหลักฐานทางวิชาการพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนมากมีภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกิน การลดน้ำหนักร้อยละ 10-15 ของน้ำหนักตัว จะช่วยให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้ ซึ่งการลดน้ำหนักจะลดปริมาณไขมันในตับและตับอ่อนส่งผลให้ลดการดื้ออินซูลินของตับลดลง และฟื้นคืนการทำงานของเบต้าเซลล์ในตับอ่อน จึงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้กลับมาอยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติได้ โดยหากลดน้ำหนักได้มากจะมีโอกาสเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้มากขึ้น (Diabetes Australia National Office, 2022) ดังนั้นการทำความเข้าใจปัจจัยเหล่านี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้พยาบาลสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ลดข้อจำกัดในการควบคุมโรค และเพิ่มโอกาสในการเข้าสู่ภาวะสงบอย่างยั่งยืน

โดยการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เลือกกรณีศึกษา 2 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 2 ราย ระยะก่อนเข้าสู่ภาวะสงบที่บ้าน ในด้านความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด การลดยา และการหยุดยารักษาโรคเบาหวาน เปรียบเทียบกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย ทั้งนี้เพื่อนำมาบูรณาการการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพตรงตามมาตรฐานวิชาชีพ และระบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทจริง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบผลของกระบวนการพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 2 ราย ให้เข้าสู่ภาวะสงบ โดยประเมินการควบคุมระดับ HbA1c การลดยา และการหยุดยารักษาเบาหวาน

วิธีการศึกษา

การวิจัยแบบกรณีศึกษา เลือกผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 2 รายที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาล ท่ายเหมืองชัยพัฒนา เก็บข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ ทีมสหวิชาชีพ เวชระเบียน และระบบ Hos OS พร้อมทบทวนวรรณกรรม การศึกษาผ่านการรับรองจริยธรรมแบบ expedited review หมายเลข PNPH 2025/052.0809 วันที่อนุมัติ 17 ตุลาคม พ.ศ. 2568 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพังงา ข้อมูลส่วนบุคคลถูกปกปิดทั้งหมดและจะถูกทำลายภายใน 1 ปีภายหลังการตีพิมพ์

โรคเบาหวานระยะสงบ (Diabetes remission)

คือ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุม น้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับที่ใช้เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน ($HbA1c < 6.5\%$) และคงอยู่ อย่างน้อย 3 เดือน โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567).

การเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบสามารถทำได้ 3 วิธี (ซึ่ง 3 วิธี อาจใช้ร่วมกันได้) คือ

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด (intensive lifestyle modification)
2. การผ่าตัดลดน้ำหนัก (bariatric surgery)
3. การใช้ยาเพื่อรักษาเบาหวานและลดน้ำหนัก

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานระยะก่อนเข้าสู่ภาวะสงบ (pre-remission)

มุ่งเน้นไปที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และป้องกันการลุกลามของโรค โดยมีเป้าหมายเพื่อเข้าสู่ภาวะสงบ (remission) ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้โดยไม่ต้องใช้ยารักษาเบาหวานประกอบด้วย:

1. แนวคิดการจัดการบูรณาการร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ในการสร้างรูปแบบการดูแลร่วมกันกับบุคคลและครอบครัว ประกอบด้วยแนวปฏิบัติ 5 ขั้นตอน (Slev VN., Pasman HRW, Eeltink CM, et al., 2017) ได้แก่

สัปดาห์ที่ 1

1. การประเมิน (A-ssess): ชักประวัติ ตรวจร่างกาย และบันทึกข้อมูลลงแบบบันทึกการดูแล กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทวนสอบผลการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานใน 10 ปี ชำรงหน้า โดยใช้ผลการประเมินจากการประเมินความเสี่ยงและคัดกรองโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (ราชวิทยาลัย อายุรแพทย์ฯ และคณะ, 2566) แบบประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 ด้าน และแบบประเมิน กิจกรรมทางกายจากคู่มือกิจกรรมทางกายประจำบ้าน (ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม สุขภาพ (สสส.), 2563) เนื้อหาประกอบด้วยการบันทึกลักษณะของกิจกรรมทางกายจำแนกเป็นหมวด ระยะเวลา ความถี่ต่อสัปดาห์ และผลรวมกิจกรรมทางกาย (นาที)

2. การให้คำแนะนำ ให้ความรู้ (A-dvise) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามปัญหาที่ประเมินได้

3. การตกลงร่วมกัน (A-gree) ตั้งเป้าหมายในการปรับพฤติกรรมร่วมกัน

4. การให้ความช่วยเหลือ (A-ssist) ค้นหา ระบุปัญหาอุปสรรค แนะนำแหล่งประโยชน์ เสริมพลังอำนาจ ให้ช่องทางติดต่อสอบถาม เช่น เบอร์โทรศัพท์ Line official ของหน่วยงาน บันทึกผลการตรวจสุขภาพ และ เป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลงสมุดบันทึกประจำตัวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แนะนำให้ พกมาด้วยทุกครั้ง เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทราบถึงสถานะสุขภาพและเป้าหมายของตนเอง

5. การติดตามประเมินผล (A-rrange) เพื่อประเมินภาวะสุขภาพและเป้าหมายในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมที่ได้ตั้งไว้ นัดติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ถัดไป

สัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 1 เดือน และ 3 เดือน

1. การประเมิน (A-ssess)

1.1) ตรวจร่างกาย ได้แก่ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ปลายนิ้วขณะอดอาหาร และบันทึกลงแบบบันทึกการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2

1.2) ชักประวัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายโดยใช้แบบประเมินกิจกรรมทางกาย

1.3) ชักประวัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยใช้แบบบันทึกการบริโภค อาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง อาจพิจารณาร่วมกับรายการอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน ที่กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 บันทึกด้วยตนเองร่วมด้วย

1.4) ประเมินเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ในสัปดาห์ก่อน เพื่อประเมินความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปัญหาอุปสรรคในการทำตามเป้าหมายที่วางไว้

2. การให้คำแนะนำ ให้ความรู้ (A-dvise) ที่สอดคล้องกับปัญหาความต้องการและเป้าหมาย

3. การตกลงร่วมกัน (A-gree) ตั้งเป้าหมายในการปรับพฤติกรรมร่วมกันกับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประเมินจากความสามารถในการทำตามเป้าหมาย อาจคงเป้าหมายเดิมหรือเป็นเป้าหมายเดิมแต่มีความท้าทายขึ้น หรือตั้งเป้าหมายใหม่ตามปัญหาที่ประเมินได้

4. ให้ความช่วยเหลือ ในการค้นหาและระบุปัญหาอุปสรรคที่พบจากการทำตามเป้าหมาย เสริมพลังอำนาจและให้กำลังใจในพฤติกรรมที่ดีขึ้น ผ่านทาง telehealth ในกลุ่มไลน์ “เบาหวานระยะสงบ

5. นัดติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินภาวะสุขภาพ และเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้ตั้งไว้

6 เดือน

1) การประเมิน (A-ssess)

1.1) ตรวจร่างกาย ได้แก่ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ปลายนิ้วขณะอดอาหาร และบันทึกลงแบบบันทึกการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2

1.2) ชักประวัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย โดยใช้แบบประเมินกิจกรรมทางกาย

1.3) ชักประวัติพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยใช้แบบบันทึกการบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง อาจพิจารณาร่วมกับรายการอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน ที่กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 บันทึกด้วยตนเองร่วมด้วย

1.4) ประเมินเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ในครั้งก่อน เพื่อประเมินความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และปัญหาอุปสรรคในการทำตามเป้าหมายที่วางไว้

1.5) ประเมินผลการบรรลุเป้าหมายการให้การรักษาแต่ละราย โดยให้กลุ่มเสี่ยงโรค เบาหวานชนิดที่ 2 ประเมินตนเอง พิจารณาร่วมกับผลการตรวจสุขภาพโดยเฉพาะระดับน้ำตาลปลายนิ้วและความสามารถในการทำตามเป้าหมาย หลังจบการรักษาแต่ละราย และสรุปผล

2. การให้คำแนะนำ (A-dvise) ให้ความรู้และคำแนะนำ โดยเน้นให้สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการ และเป้าหมายของแต่ละราย แนะนำเข้ารับการคัดกรองโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ปีละ 1 ครั้ง

3. การตกลงร่วมกัน (A-gree) ตั้งเป้าหมายในการปรับพฤติกรรมร่วมกันกับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยครั้งนี้อาจตั้งเป้าหมายระยะยาวมากขึ้น และสามารถทำได้ต่อเนื่อง

4. การให้ความช่วยเหลือ (A-ssist) เสริมพลังอำนาจและให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง รวมถึงให้ช่องทางที่สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือได้เมื่อต้องการหลังจบการดูแล

5. การติดตามประเมินผล (A-rrange)

5.1) นัดติดตามตรวจคัดกรองโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ปีละ 1 ครั้ง

5.2) นัดหมายประธานชุมชนและอาสาสมัครสุขภาพมาประชุมร่วมกัน เพื่อคืนข้อมูลและวางแผนการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เช่น การรวมกลุ่มจัดกิจกรรมออกกำลังกาย การรณรงค์ร้านอาหารลดเค็ม การรวมกลุ่มของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นต้น

2. ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock IM, 1974) เพื่อประเมินและค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรค การให้ความรู้ คำแนะนำด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการให้คำปรึกษาครอบครัว ร่วมกับกระบวนการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1

หญิงไทย อายุ 73 ปี สถานภาพสมรส ศาสนาพุทธ อาชีพทำสวนปาล์ม จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 **อาการสำคัญ** ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต้องการเข้าร่วมโครงการการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานระยะก่อนเข้าสู่ภาวะสงบที่บ้าน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มา 8 ปี ขาดน้ำตาลรักษา 2 ปี ตรวจน้ำตาลและความดันโลหิตเดือนละครั้ง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง แรงจูงใจในการสมัครเข้าร่วมโครงการคือ เพื่อควบคุมโรคด้วยการปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหารโดยไม่ใช้ยา

การวินิจฉัย non-insulin-dependent diabetes mellitus (NIDDM) type 2 with hypertension with dyslipidemia

ประวัติโรคร่วมและปัจจัยเสี่ยง ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง 8 ปี ขาดน้ำตาลรักษาเนื่องจากไม่ต้องการรับประทานยา ไม่แพ้ยา อาหารหรือสารเคมี

ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว ไม่มีประวัติญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวานและโรคทางกรรมพันธุ์ต่าง ๆ

สมาชิกในครอบครัว / ผู้ดูแล อาศัยในบ้านตนเองกับสามี ทำอาหารเอง บางครั้งบุตรนำอาหารมาให้

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Hematology: hemoglobin: (Hb) 12.8 gm/dL, hematocrit 39 %

กรณีศึกษาที่ 2 หญิงไทย อายุ 58 ปี สถานภาพสมรส ศาสนาพุทธ อาชีพรับราชการ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี

อาการสำคัญ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต้องการเข้าร่วมโครงการการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานระยะก่อนเข้าสู่ภาวะสงบที่บ้าน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มา 2 ปี ไม่เคยขาดนัดรักษา ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง แรงจูงใจในการสมัครเข้าร่วมโครงการคือ ต้องการลดการใช้ยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่จะกระทบต่อการทำงานและการใช้ชีวิตในวัยเกษียณ โดยก่อนหน้านี้เคยเข้าร่วมโครงการควบคุมเบาหวานแต่ไม่สำเร็จ เนื่องจากยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

การวินิจฉัย non-insulin-dependent diabetes mellitus (NIDDM) type 2 with dyslipidemia

ประวัติโรคร่วมและปัจจัยเสี่ยง ไขมันในเลือดสูง 2 ปี ไม่แพ้ยา อาหาร หรือสารเคมี

ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว มารดาเป็นโรคเบาหวาน

สมาชิกในครอบครัว / ผู้ดูแล อาศัยในบ้านตนเองกับสามีและลูก ทำอาหารเอง ทานอาหารนอกบ้านเป็นครั้งคราว

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Hematology: hemoglobin: (Hb) 12.4 gm/dl, hematocrit 37.8 %

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการติดตามสุขภาพระหว่างกรณีศึกษาที่ 1 และกรณีศึกษาที่ 2

	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
สัปดาห์ที่ 1 (การประเมินและคัดกรองความเสี่ยง)	น้ำหนัก 55.7 kg รอบเอว 95 cm FBS 140 mg/dL, HbA1c 5.4% TC 221 %, TG 61 mg/dl HDL-C 69 mg/dl, LDL-C 140 mg/dl	น้ำหนัก 66 kg รอบเอว 85 cm FBS 158 mg/dL, HbA1c 7.8% TC 229 %, TG 285 mg/dl HDL-C 48 mg/dl, LDL-C 124 mg/dl
ปัญหาหลักเริ่มต้น	ขาดความรู้เรื่องโรค พฤติกรรมโภชนาการไม่เหมาะสม กิจกรรมทางกายน้อย ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม	ความเครียดจากการทำงาน เลือกรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ทานมื้อดึก ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ
แรงจูงใจ/ทัศนคติเริ่มต้น	แรงจูงใจปานกลาง ต้องอาศัยแรงสนับสนุนจากครอบครัว	แรงจูงใจภายในสูง ทัศนคติเชิงบวก คาดหวังผลลัพธ์สูง
การรักษาด้วยยาเริ่มต้น	metformin (850 mg) / amlodipine (5 mg) 1 เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น simvastatin (20 mg) 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า	metformin (850 mg) 1 เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น simvastatin (20 mg) 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า
สัปดาห์ที่ 2-4 การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมโภชนาการ	ลดคาร์โบไฮเดรต เพิ่มโปรตีน ทำได้ต่อเนื่อง	ลดข้าว-แป้ง ลดอาหารหวาน ใช้ IF ช่วงแรก

	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
กิจกรรมทางกายช่วงต้น	ต่ำกว่าเกณฑ์ WHO แต่แรงจูงใจเพิ่มจากการสนับสนุนของสามี	เริ่มออกกำลังกายสม่ำเสมอ (แกว่งแขน) แต่ยังต่ำกว่าเกณฑ์ WHO
อุปสรรคสำคัญ	การปรับกิจกรรมทางกายยังไม่สม่ำเสมอ	งานมาก เครียด ทำให้ทานมื้อดึก
ผลลัพธ์ระยะ 1 เดือน	น้ำหนัก 52.8 kg รอบเอว 86 cm FBS 145 mg/dL, HbA1c 5.4% ความมั่นใจ 9/10	น้ำหนัก 64 kg รอบเอว 83.5 cm FBS 103 mg/dL, HbA1c 5.4% ความมั่นใจ 9/10
การปรับยา	สัปดาห์ที่ 3 ลด metformin เหลือวันละครั้ง	คงยา metformin จนถึง 3 เดือน
ผลลัพธ์ระยะ 3 เดือน	น้ำหนัก 48 kg รอบเอว 86 cm FBS 103 mg/dL, HbA1c 5.1% หยุดยา metformin	น้ำหนัก 63 kg รอบเอว 74 cm FBS 113 mg/dL, HbA1c 5.1% หยุดยา metformin
ผลลัพธ์ระยะ 6 เดือน	น้ำหนัก 48 kg รอบเอว 80 cm FBS 110 mg/dL, HbA1c 5.3% TC 187 %, TG 64 mg/dl HDL-C 75 mg/dl, LDL-C 112 mg/dl ทำงานในสวนกับสามี ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	น้ำหนัก 60 kg รอบเอว 71 cm FBS 118 mg/dL, HbA1c 5.9% TC 187 %, TG 184 mg/dl HDL-C 64 mg/dl, LDL-C 97 mg/dl จัดการความเครียดได้ กิจกรรมทางกายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต
ภาวะแทรกซ้อน	ไม่พบ	ไม่พบ
บทบาทแรงสนับสนุนทางสังคม	ได้รับการสนับสนุนจากสามี และ ทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และ ทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
ภาพรวมผลลัพธ์	เข้าสู่ภาวะเบาหวานสงบจากการเสริมความรู้ และแรงสนับสนุน	เข้าสู่ภาวะเบาหวานสงบจากแรงจูงใจภายในร่วมกับการจัดการความเครียด

ตารางที่ 2 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพ อาการ/ภาวะแทรกซ้อน การรักษา

	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ปัจจัยเสี่ยง	- อายุมากกว่า 35 ปี - ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง 8 ปี - ขาดยา 2 ปี - อ้วน (BMI 24.76 kg/m²) รอบเอว 95 cm - กิจกรรมทางกาย < 150 นาที/สัปดาห์ - FBS 140 %, HbA1c 5.4 mg/d	- อายุมากกว่า 35 ปี - ไขมันในเลือดสูงมา 2 ปีรักษาต่อเนื่อง - มีความเครียดจากการทำงาน นอนไม่หลับ - อ้วน (BMI 26.44 kg/m²) รอบเอว 85 cm - กิจกรรมทางกาย < 150 นาที/สัปดาห์ - FBS 158 %, HbA1c 7.8 mg/d

	• พฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรตสูงของหวานและน้ำตาล • จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4	• พฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรตสูงของหวานและน้ำตาล • จบการศึกษาระดับปริญญาตรี
วิเคราะห์และอภิปรายผล ปัจจัยเสี่ยงที่เหมือนกันคือ 1) ผู้ป่วยทั้งสองรายอายุมากกว่า 35 ปี ซึ่งความเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะเพิ่มขึ้นตามอายุเนื่องจากความไวต่ออินซูลินลดลง และเซลล์เบตาในตับอ่อนเสื่อมสภาพตามวัย งานวิจัยพบว่า ผู้ที่อายุเกิน 35 ปีมีความชุกของโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Aekplakorn et al, 2011) 2) การมีโรคร่วม เช่น ความดันและไขมันสูงทำให้ร่างกายมีภาวะดื้อต่ออินซูลินมากขึ้นส่งผลต่อการเผาผลาญพลังงานและไขมันในร่างกายอย่างมีนัยสำคัญ (ADA, 2024) 3) ภาวะอ้วน โดยเฉพาะไขมันสะสมบริเวณช่องท้องเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของเบาหวานชนิดที่ 2 ไขมันส่วนเกินส่งผลต่อการดื้อต่ออินซูลินและการเผาผลาญกลูโคสผิดปกติ (Alberti KGM, Zimmet P, Shaw J, 2006) 4) พฤติกรรมการบริโภคคาร์โบไฮเดรตสูง ของหวานและน้ำตาล เป็นสาเหตุสำคัญทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างต่อเนื่อง (กรมอนามัย, 2566) และ 5) การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (<150 นาที/สัปดาห์) ทำให้การใช้กลูโคสในกล้ามเนื้อลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (WHO, 2020) ปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกันคือ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีประวัติขาดความต่อเนื่องในการรักษา สอดคล้องกับระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำกว่า ทำให้ไม่สามารถทำความเข้าใจแผนการรักษา การปรับพฤติกรรม และการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หรือหยุดยาเอง ทำให้โอกาสควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Peerawat L, Niti A, Tatree B, ๒๐๒๑) ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะเครียดจากการทำงานและนอนไม่หลับ จากการศึกษาพบว่า อายุที่มากขึ้นและภาวะเครียดเรื้อรังมีผลต่อการเพิ่มระดับคอร์ติซอล และการดื้อต่ออินซูลิน เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะน้ำตาลสูงเรื้อรัง (Saeedi et al., 2022)		
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
พยาธิสภาพ	มีการเสื่อมของระบบหลอดเลือด และอวัยวะเป้าหมายจากโรคเรื้อรังและการขาดยา	มีการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติและต่อมไร้ท่อจากความเครียดและการนอนไม่หลับ ส่งผลให้น้ำตาลสูงแบบผันผวน
วิเคราะห์และอภิปรายผล ผู้ป่วยทั้งสองรายมีพยาธิสภาพหลักเหมือนกันคือ ภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) และความผิดปกติของการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อน ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แม้ว่าผู้ป่วยทั้งสองรายจะมีโรคหลักเหมือนกัน แต่ความแตกต่างสำคัญอยู่ที่ระยะของโรคและปัจจัยกระตุ้นพยาธิสภาพคือ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีการเสื่อมของระบบหลอดเลือดและอวัยวะเป้าหมายจากโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวาน-ความดัน-ไขมันสูง) และการขาดยา ผู้ป่วยรายที่ 2 โรคเบาหวาน-ไขมันสูง มีการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติและต่อมไร้ท่อจากความเครียดและการนอนไม่หลับ ส่งผลให้น้ำตาลสูงแบบผันผวน (ADA, 2024) กล่าวได้ว่าผู้ป่วยรายที่ 1 อยู่ในระยะเสื่อม (degenerative stage) ผู้ป่วยรายที่ 2 อยู่ในระยะฟื้นฟูได้ (reversible stage)		

	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
อาการ / ภาวะแทรกซ้อน เฉียบพลัน	ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) ในช่วงปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ได้แก่ มือสั่น ใจสั่น หิวบ่อย อ่อนเพลีย และง่วงซึม	ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) ในช่วงปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ได้แก่ มือสั่น ใจสั่น อ่อนเพลีย ง่วง และวิตกกังวล
วิเคราะห์และอภิปรายผล ผู้ป่วยทั้งสองรายมีอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) ที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในช่วงเริ่มต้นการดูแลแบบเข้มข้น มักเกิดจากระดับกลูโคสในเลือดลดลงต่ำกว่า 70 mg/dL ส่งผลให้ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นเกิดอาการมือสั่น ใจสั่น เหงื่อออกมาก หิวบ่อย อ่อนเพลีย และหัวใจเต้นเร็ว (ADA, 2024) ผู้ป่วยรายที่ 1 ในผู้สูงอายุมีแนวโน้มอาการอ่อนแรงและง่วงซึมมากกว่าซึ่งสัมพันธ์กับวัยสูงอายุที่มีกลไกชดเชยช้ากว่า ส่วนรายที่ 2 มีอาการเพิ่มเติมคือหงุดหงิดและวิตกกังวล สะท้อนถึงผลกระทบของภาวะน้ำตาลต่ำต่อระบบประสาทส่วนกลางและจิตใจ (Seaquist ER et al., 2013)		
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การรักษา	- metformin (850 mg) 1 เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น - amlodipine (5 mg) 1 เม็ด หลังอาหาร เช้า-เย็น - simvastatin 20 mg 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า	- metformin 850 mg 1 เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น - simvastatin 20 mg 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า
	สัปดาห์ที่ 3 ปรับ metformin 1 เม็ด หลังอาหารเช้า	ไม่มีการปรับยาในช่วงกลางการรักษา
ผลลัพธ์หลัง 12 สัปดาห์	หยุดยา metformin - FBS: 140 → 103 mg/dL - HbA1c: 5.4 → 5.1 % - ความดันโลหิต 130/75 mmHg - น้ำหนักและรอบเอวลดลง	หยุดยา metformin - FBS: 158 → 113 mg/dL - HbA1c: 7.8 → 5.1 % - ความดันโลหิต 112/60 mmHg - น้ำหนักและรอบเอวลดลง
วิเคราะห์และอภิปรายผล 1) metformin (850 mg) 2 ครั้ง/วัน ช่วยลด hepatic glucose production และเพิ่ม insulin sensitivity; 2) simvastatin ลดไขมันชนิดที่ไม่ดี 3) amlodipine ควบคุมความดันโลหิต จากผลการรักษาในระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยทั้งสองรายมีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS และ HbA1c) ลดลงจนเข้าสู่เกณฑ์ปกติ และสามารถหยุดยา metformin ได้ทั้งคู่ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีโรคร่วมหลายโรค และใช้ยาหลายชนิดแต่สามารถลดขนาดยาได้ภายใน 3 สัปดาห์ และหยุดยาได้ภายใน 12 สัปดาห์ ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีระดับน้ำตาลเริ่มต้นสูงกว่า (FBS 158 mg/dL, HbA1c 7.8 %) แต่สามารถลดลงได้เทียบเท่าผู้ป่วยรายที่ 1 ภายใน 3 เดือน เนื่องจากการจัดการความเครียดและการนอนหลับดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของภาวะโรคเบาหวานระยะสงบ (diabetes remission) ที่สามารถเกิดขึ้นได้เมื่อผู้ป่วยควบคุมอาหาร ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และลดภาวะเครียดได้อย่างต่อเนื่อง (ADA, 2024) และการศึกษาที่ระบุว่า การลดความเครียดสามารถลดการหลั่งคอร์ติซอลและอะดรีนาลีน ซึ่งช่วยเพิ่มความไวต่ออินซูลินในเนื้อเยื่อรอบข้าง (Davies MJ et al., 2022)		

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 พฤติกรรมรับประทานอาหารไม่เหมาะสม เนื่องจากขาดความรู้ และทักษะเชิงปฏิบัติในการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้อง ข้อมูลสนับสนุน 1. ชอบรับประทานขนมสด ต้มชาร้อนในตอนเช้า และของหวานในตอนบ่าย 2. จากการประเมินโภชนาการย้อนหลัง 24 ชั่วโมง พบว่า รับประทานวันละ 5 มื้อ คาร์โบไฮเดรตต่อมื้อเกินจำนวนที่เหมาะสม (ข้าวมี้อละ 3 ทัพพี) อาหารประเภทโปรตีนน้อย 3. เมื่อเริ่มปรับพฤติกรรมรับประทานอาหาร มีอาการอ่อนเพลีย กลับไปรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น 4. ดัชนีมวลกาย 24.76 kg/m^2 - ภาวะน้ำหนักเกิน	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 พฤติกรรมรับประทานอาหารไม่เหมาะสม เนื่องจากขาดทักษะและความมั่นใจในการนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยยอมรับว่าดูแลสุขภาพตนเองได้ไม่ถูกต้อง และไม่มั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน 2. “ยังชอบกินผลไม้หวานกับขนมจุบจิบ” ต้มชาเย็น และกาแฟใส่น้ำตาลเป็นประจำ 3. จากการประเมินโภชนาการย้อนหลัง 24 ชั่วโมง พบว่า รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ และคาร์โบไฮเดรตเกินความเหมาะสม (ข้าว 4 ทัพพี/มี้อ) อาหารประเภทโปรตีนน้อย 4. เมื่อเริ่มปรับพฤติกรรมรับประทานอาหาร มีอาการอ่อนเพลีย กลับไปรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น 5. ดัชนีมวลกาย 26.44 kg/m^2 - ภาวะน้ำหนักเกิน
วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับภาวะเบาหวาน ได้อย่างถูกต้อง และสามารถปรับพฤติกรรมรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยสามารถอธิบายหลักการเลือกอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานได้ถูกต้อง $\geq 80 \%$ ของคำถาม 2. ผู้ป่วยสามารถวางแผนเมนูอาหารในแต่ละมื้อได้เหมาะสมตามหลักโภชนาการ 3. ผู้ป่วยลดการบริโภคอาหารรสหวานและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลได้อย่างต่อเนื่อง 4. ค่า FBS / HbA1c ลดลงในระดับที่ดีขึ้น (FBS $< 130 \text{ mg/dL}$, HbA1c $< 6.5 \%$) กิจกรรมการพยาบาล 1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว 2. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมบริโภคอาหารในปัจจุบัน เพื่อทราบพื้นฐานความรู้และพฤติกรรมที่แท้จริงของผู้ป่วยใช้เป็นข้อมูลวางแผนการสอน 3. ให้ความรู้เรื่องหลักโภชนาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ที่เข้าใจง่ายและสอดคล้องกับชีวิตประจำวันจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมได้จริง เช่น อธิบายการเลือกชนิดอาหาร คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน โปรตีนที่เหมาะสม ไขมันดี แนะนำหลัก อาหารแลกเปลี่ยน (exchange list) และให้จำกัดข้าว 3-4 ทัพพี/มี้อ เลี่ยงของหวาน เครื่องดื่มน้ำตาลสูง	

4. สาธิตและฝึกปฏิบัติร่วมกับผู้ป่วย เพื่อช่วยเพิ่มความมั่นใจและสร้างทักษะเชิงปฏิบัติ เช่น ฝึกการคำนวณสัดส่วนอาหาร (carb counting) และช่วยวางแผนเมนูในแต่ละมื้อร่วมกับผู้ป่วยครอบครัว
5. ให้แผ่นพับ/สื่อการสอน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเองที่บ้าน
6. ให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องและติดตามผลการบริโภคอาหารทุกสัปดาห์ เพื่อช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน เช่น ให้ผู้ป่วยบันทึกอาหารย้อนหลัง 3 วัน/สัปดาห์ การทบทวนปัญหา อุปสรรค และให้คำแนะนำปรับพฤติกรรมรายสัปดาห์
7. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ให้บุตรหรือสามีช่วยเตรียมอาหารที่เหมาะสม เพราะการสนับสนุนจากครอบครัวเพิ่มโอกาสความสำเร็จในการปรับพฤติกรรม

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถอธิบายหลักการเลือกอาหารและสัดส่วนที่เหมาะสมได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยลดการรับประทานของหวานและเครื่องดื่มน้ำตาลลงได้อย่างต่อเนื่อง
3. บันทึกอาหารย้อนหลังพบว่าการรับประทานคาร์โบไฮเดรตในปริมาณเหมาะสม
4. ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีและมั่นใจในการปรับพฤติกรรมการกินของตนเอง
5. ค่า FBS และ HbA1c ลดลงในการติดตาม 6 เดือน ผู้ป่วยรายที่ 1 FBS 140 → 110 mg/dL และ HbA1c 5.4 → 5.1 % ผู้ป่วยรายที่ ๒ FBS 158 → 118 mg/dL และ HbA1c 7.8 → 5.9 %

สรุปผล เป้าหมายการพยาบาลบรรลุบางส่วน ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น เริ่มปรับพฤติกรรมได้จริง แต่ยังต้องการการติดตามและสนับสนุนต่อเนื่อง

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตน้อยลง ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยเริ่มควบคุมอาหาร โดยลดการบริโภคคาร์โบไฮเดรตลงในบางมื้อ 2. “ตรวจน้ำตาลด้วยตนเองแล้วพบระดับน้ำตาลเกือบต่ำ และมีอาการอ่อนเพลีย มือสั่น เวียนหัว” 3. ยังรับประทานยา metformin (850 mg) เข้า-เย็นตามเดิมในช่วงแรกของการปรับอาหาร 4. มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายจากการลดปริมาณอาหาร 5. เป็นผู้สูงอายุ มีความเสี่ยงเพิ่มต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากการเปลี่ยนแปลงเมตาบอลิซึมของร่างกาย	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตน้อยลง และจากการอดอาหารแบบเป็นช่วงๆ (Intermittent Fasting: IF) ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยกล่าวว่า “พอเริ่มอดอาหารแบบเป็นช่วงๆ รู้สึกอ่อนเพลีย มือสั่น บางวันเวียนหัว” 2. “ช่วงบ่ายบางวันหิวมากแต่ไม่กล้าทาน เพราะกลัวน้ำตาลขึ้น” 3. ผู้ป่วยอยู่ระหว่างปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยลดปริมาณคาร์โบไฮเดรตลงมาก 4. มีการใช้วิธีอดอาหารแบบเป็นช่วง ๆ 5. ยังคงรับประทานยาลดน้ำตาลในขนาดเท่าเดิม metformin (850mg) 1 เม็ดหลังอาหารเข้า-เย็น 6. เคยมีอาการอ่อนเพลีย เหงื่อออกมากขณะทำงาน เจาะเลือดพบระดับน้ำตาลใกล้เคียงค่าปกติ

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สามารถปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหารได้อย่างปลอดภัย เหมาะสมกับการใช้ยา และวิถีชีวิตประจำวัน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระบุอาการเตือนของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ถูกต้อง $\geq 80\%$
2. ปรับรูปแบบการรับประทานอาหารได้อย่างเหมาะสม ไม่เกิดอาการอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ หรือเหงื่อออกมาก
3. มีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) อยู่ในช่วงปลอดภัย 80–130 mg/dL
4. ไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (FBS < 70 mg/dL)
5. เข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยา และการสังเกตอาการผิดปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและติดตามอาการ
 - ประเมินอาการทางคลินิกของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น มือสั่น เหงื่อออกมาก หัวใจเต้นเร็ว เวียนศีรษะ
 - ตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้วก่อนอาหารเช้า เย็น และเมื่อมีอาการผิดปกติ
 - ประเมินการรับประทานอาหารเช้าแต่ละมื้อโดยเฉพาะสัดส่วนคาร์โบไฮเดรตต่อวัน
2. ให้ความรู้เรื่องภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
 - การลดคาร์โบไฮเดรตมากเกินไป โดยยังใช้ยาเท่าเดิม” อาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ เพราะยาเบาหวานจะลดน้ำตาลที่เกิดจากคาร์โบไฮเดรต และเมื่อคาร์โบไฮเดรตที่กินน้อยลงอย่างมาก แต่ยายังทำงานเต็มที่ จึงเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าปกติได้ง่าย
 - สอนสังเกตอาการเตือน เช่น เหงื่อออก ตัวสั่น ใจสั่น เวียนศีรษะ หิวจัด สับสน
 - แนะนำวิธีแก้ไขเบื้องต้น เช่น ดื่มน้ำหวาน ½ แก้ว แล้วตรวจระดับน้ำตาลซ้ำใน 15 นาที
 - ให้อาหารว่างที่มีน้ำตาล เช่น ขนมปังหรือผลไม้ ไข่เสมอ
3. ประสานทีมสหสาขา แพทย์เพื่อพิจารณาปรับขนาดยาลดน้ำตาล เช่น metformin ให้เหมาะสมกับระดับคาร์โบไฮเดรตที่รับประทาน พรีกษานักโภชนาการเพื่อจัดแผนการกินที่เหมาะสม โดยคงคาร์โบไฮเดรตขั้นต่ำวันละ 45–60% ของพลังงานทั้งหมด
4. บันทึกอาการและระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อใช้ประเมินแนวโน้มการตอบสนองของร่างกายต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

กิจกรรมการพยาบาลกรณีศึกษาที่ 1 (ต่อ)	กิจกรรมการพยาบาลกรณีศึกษาที่ 2 (ต่อ)
5. แนะนำให้ลดคาร์โบไฮเดรตอย่างค่อยเป็นค่อยไป ไม่ลดรวดเดียว 6. ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนมื้ออาหาร เพื่อให้เหมาะกับพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน และการสังเกตอาการผิดปกติ 7. ให้กำลังใจและชื่นชมเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างปลอดภัย	5. ให้คำแนะนำการทำ IF อย่างปลอดภัย • เริ่มจากช่วงเวลาอดสั้น (12–14 ชั่วโมง) ก่อนค่อยเพิ่มระยะเวลา • ให้รับประทานอาหารเช้าหรือมื้อแรกภายใน 1 ชั่วโมงหลังตื่น • หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหนักในช่วงอดอาหาร เพื่อป้องกันการลดลงของน้ำตาลในเลือดอย่างรวดเร็ว 6. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อช่วยลดความเครียด และเพิ่มความปลอดภัยในการปรับพฤติกรรมเรื่องอาหาร

การประเมินผล 1. ผู้ป่วยไม่มีอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 2. ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย (FBS 103 – 145 mg/dL) 3. ผู้ป่วยสามารถบอกอาการเตือนและวิธีแก้ไขเมื่อมีภาวะน้ำตาลต่ำได้ถูกต้อง 4. รายงานว่ารับประทานอาหารครบทุกมื้อ และเพิ่มคาร์บเล็กน้อยตามคำแนะนำของพยาบาล 5. มีความมั่นใจในการปรับอาหารให้เหมาะสมกับการใช้ยา	การประเมินผล 1. ผู้ป่วยไม่มีอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 2. ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย (FBS 103 -149 mg/dL) 3. ผู้ป่วยสามารถบอกอาการเตือนและวิธีแก้ไขเมื่อมีภาวะน้ำตาลต่ำได้ถูกต้อง 4. ผู้ป่วยมีการปรับรูปแบบการทำ IF ให้เหมาะสมกับตนเอง และไม่พบอาการอ่อนเพลีย มือสั่น หรือเหงื่อออกมาก 5. ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีและมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น
สรุปผล: บรรลุวัตถุประสงค์ของการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมและเลือกรับประทานอาหารได้อย่างปลอดภัยโดยไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ แต่ยังคงต้องติดตามอย่างต่อเนื่องเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงวิถีการรับประทานอาหารหรือการใช้ยา	
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ เนื่องจากมีอาการอ่อนเพลียจากการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และขาดแรงจูงใจในการออกกำลังกาย”	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ เนื่องจากมีอาการอ่อนเพลียจากการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และขาดแรงจูงใจในการออกกำลังกาย”
ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยกล่าวว่า “ไม่ได้ออกกำลังกาย เพราะรู้สึกเหนื่อยและอ่อนเพลียหลังทำงานบ้าน 2. ทำงานบ้านวันละ 15 นาที: 7 วัน/สัปดาห์ 3. รวมเวลาออกกำลังกาย < 150 นาทีต่อสัปดาห์ ซึ่งต่ำกว่าคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2020) 4. ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียจากการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร 5. ผลการประเมินรอบเอว 95 cm และ BMI 24.76 kg/m² ยังคงเกินเกณฑ์	ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยกล่าวว่า “ไม่มีเวลาออกกำลังกาย เพราะทำงานนอกบ้านทุกวันพอกลับบ้านก็เหนื่อย 2. “รู้ว่าต้องออกกำลังกายแต่ทำไม่ค่อยได้” 3. เวลารวมกิจกรรมทางกาย < 150 นาทีต่อสัปดาห์ ซึ่งต่ำกว่าคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2020) 4. ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียจากการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร 5. ผลการประเมินรอบเอว 85 cm และ BMI 26.44 kg/m² ยังคงเกินเกณฑ์
วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเพิ่มกิจกรรมทางกายได้เพียงพอตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (≥ 150 นาที/สัปดาห์) โดยไม่เกิดอาการอ่อนเพลีย และสามารถปรับการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตประจำวัน	

เกณฑ์การประเมินผล

ระยะสั้น (ภายใน 1–2 สัปดาห์)

- ผู้ป่วยสามารถอธิบายประโยชน์ของการออกกำลังกายต่อโรคเบาหวานได้ถูกต้อง $\geq 80\%$
- เริ่มมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นอย่างน้อยวันละ 20–30 นาที 3 วัน/สัปดาห์
- รายงานว่าอาการอ่อนเพลียลดลง

ระยะยาว (ภายใน 1–3 เดือน)

- ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางกายสะสม ≥ 150 นาที/สัปดาห์
- ระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต มีแนวโน้มลดลงหรือคงที่ในเกณฑ์ปลอดภัย
- รอบเอวลดลงหรือคงที่ในเกณฑ์มาตรฐาน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินพฤติกรรมการทำงานและตารางชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เพื่อหาเวลาที่เหมาะสมในการแทรกกิจกรรมทางกายเข้าไปในชีวิตประจำวันโดยไม่รบกวนการพักผ่อน
2. ประเมินระดับความอ่อนเพลียและความพร้อม เพื่อวางแผนกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการมีกิจกรรมทางกาย เช่น การช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และไขมันในเลือด เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย
4. แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานวัยสูงอายุ เช่น การเดินเร็ว แกว่งแขน แอโรบิกเบา ๆ เริ่มจากวันละ 10–15 นาที แล้วค่อยเพิ่มจนถึง 30 นาทีต่อวัน เพื่อป้องกันอาการอ่อนเพลีย
5. ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายการออกกำลังกายที่เป็นไปได้ เช่น “เดินรอบบ้านวันละ 15 นาที” หรือ “แกว่งแขนในที่ทำงานวันละ 10 นาที” เพราะการตั้งเป้าหมายเล็กและทำได้จริง ช่วยเพิ่มแรงจูงใจและความสำเร็จระยะยาว
6. ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วม เพราะการสนับสนุนทางสังคมช่วยเพิ่มการยึดมั่นในพฤติกรรมสุขภาพ
7. ใช้วิธีบันทึกจำนวนก้าวต่อวันผ่านนาฬิกาหรือโทรศัพท์ เพื่อสร้างแรงจูงใจ
8. ชื่นชมเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น เช่น แกว่งแขน วันละ 30 นาที 4–5 วัน/สัปดาห์ รวม ≥ 150 นาที/สัปดาห์
2. รายงานว่า “รู้สึกแข็งแรงขึ้น เหนื่อยน้อยลง”
3. ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ดีขึ้น (FBS จาก 140 $\rightarrow$ 110 mg/dL)
4. มีความมั่นใจในการออกกำลังกายมากขึ้น
5. ครอบครัวสนับสนุนการออกกำลังกาย

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่องวันละ 15–30 นาที รวม ≥ 150 นาที/สัปดาห์
2. รายงานว่า “รู้สึกแข็งแรงขึ้น เหนื่อยน้อยลง”
3. ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ดีขึ้น (FBS จาก 158 $\rightarrow$ 110 mg/dL)
4. มีความมั่นใจในการออกกำลังกายมากขึ้น และมีทัศนคติที่ดี ต้องการทำต่อเนื่องระยะยาว
5. ครอบครัวสนับสนุนการออกกำลังกาย

สรุปผล: บรรลุวัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยสามารถปรับรูปแบบกิจกรรมทางกาย ให้เหมาะสมกับเวลาว่าง และสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น ลดความอ่อนเพลีย และมีแนวโน้มการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น

กรณีศึกษาที่ 2

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4

เกิดความเครียดและอ่อนเพลียทางกาย เนื่องจากพักผ่อนไม่เพียงพอ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยกล่าวว่า “นอนหลับไม่สนิท ตื่นบ่อยช่วงตีสาม” รู้สึกเหนื่อยง่าย ขาดสมาธิระหว่างวัน
2. “ช่วงหลังเครียดเรื่องสุขภาพ กลัวเบาหวานจะเป็นมากขึ้น”
3. สีหน้าผู้ป่วยดูอ่อนเพลีย
4. ระดับน้ำตาลในเลือดยังมีความผันผวน

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยลดความเครียดและมีการพักผ่อนเพียงพออย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ร่างกายฟื้นตัว ลดอาการอ่อนเพลีย และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. รายงานว่ารู้สึกผ่อนคลายและเครียดลดลง
2. มีเวลานอนหลับเฉลี่ย $\geq 6-8$ ชั่วโมงต่อคืน
3. ตื่นขึ้นมาแล้วรู้สึกสดชื่น ไม่อ่อนเพลีย
4. สามารถใช้เทคนิคผ่อนคลายเพื่อลดความเครียดได้ด้วยตนเอง
5. ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์คงที่มากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินรูปแบบการนอนหลับ พฤติกรรมก่อนนอน และปัจจัยรบกวนการนอน เพื่อระบุสาเหตุของการพักผ่อนไม่เพียงพอ เช่น ความเครียด คาเฟอีน แสง หรือกิจกรรมก่อนนอน
2. ประเมินระดับความเครียดและปัจจัยก่อความวิตกกังวลของผู้ป่วย เพื่อเข้าใจแหล่งที่มาของความเครียด และวางแผนการดูแลเฉพาะบุคคลได้อย่างเหมาะสม
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการนอนหลับที่เพียงพอ: ช่วยลดระดับฮอร์โมน ความเครียด (คอร์ติซอล) ซึ่งมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
4. แนะนำแนวทางการส่งเสริมการนอนหลับ (sleep hygiene) เช่น เข้านอนและตื่นในเวลาเดียวกันทุกวัน หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหลัง 14.00 น. ปรับห้องนอนให้เงียบ มืด อุณหภูมิเหมาะสม และหลีกเลี่ยงการดูโทรศัพท์หรือทีวีก่อนนอน 30 นาที เพื่อสร้างสภาวะที่เหมาะสมต่อการหลับลึกและลดการตื่นระหว่างคืน
5. สอนเทคนิคการผ่อนคลายก่อนนอน เช่น การฝึกหายใจลึก ๆ ซ้ำ ๆ (deep breathing) การทำสมาธิ ฟังเพลงบรรเลงเบา ๆ เพื่อช่วยลดความเครียดทางจิตใจ และทำให้ร่างกายเข้าสู่สภาวะผ่อนคลายก่อนหลับ
6. แนะนำให้เพิ่มกิจกรรมทางกายเบา ๆ ตอนเย็น เช่น เดินช้า ๆ หรือยืดกล้ามเนื้อเพราะ การออกกำลังกายระดับปานกลางช่วยให้หลับง่ายขึ้นและหลับลึกขึ้น
7. สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมพูดคุยให้กำลังใจ และช่วยลดภาระงานบ้านในช่วงเย็น เพราะการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ช่วยลดความเครียดและส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี
8. ประเมินผลการนอนหลับและอาการอ่อนเพลียทุกสัปดาห์ เพื่อปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมต่อไป

การประเมินผล หลังดำเนินการพยาบาล 4 สัปดาห์ • ผู้ป่วยกล่าวว่า นอนหลับเฉลี่ยคืนละ 6–7 ชั่วโมง ตื่นแล้วรู้สึกสดชื่นขึ้น ไม่เครียดเหมือนก่อน • ลดการดื่มกาแฟช่วงบ่ายและทำสมาธิก่อนนอนทุกวัน • ระดับน้ำตาลในเลือดมีแนวโน้มคงที่ (FBS จาก 149 → 103 mg/dL) สรุปผล: บรรลุวัตถุประสงค์ของการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถลดความเครียดและมีการพักผ่อนเพียงพออย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ร่างกายฟื้นตัว ลดอาการอ่อนเพลีย และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น	
กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มีโอกากลับมามีพฤติกรรมเดิม เนื่องจากขาดสมดุลระหว่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปรับแผนการรักษา	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 มีโอกากลับมามีพฤติกรรมเดิม เนื่องจากขาดสมดุลระหว่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปรับแผนการรักษา
ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยกล่าวว่า “กลัวจะกลับมากินขนมเหมือนเดิม” 2. “บางครั้งไม่ได้ออกกำลังกาย เพราะไม่มีเวลา” 3. “กลัวว่าน้ำตาลจะขึ้นอีกถ้าหยุดยา” 4. มีประวัติการขาดนัดรักษาและหยุดยาเองในอดีต 5. พบว่าผู้ป่วยยังมีบางวันกินคาร์โบไฮเดรตเกินเป้าหมาย 6. ผลติดตามระดับน้ำตาลในเลือดบางสัปดาห์เพิ่มขึ้น (FBS 103–145 mg/dL) 7. ผู้ป่วยอยู่ในช่วงปรับลดขนาดยา/หยุดยา (metformin หยุดในเดือนที่ 3) 8. ยังต้องพึ่งการติดตามและคำแนะนำจากพยาบาลเพื่อคงพฤติกรรมใหม่	ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยกล่าวว่า “บางวันก็ทานอาหารไม่ตรงตามแผน เพราะต้องออกไปทำงาน” 2. “กลัวว่าน้ำตาลจะสูงอีกถ้ากลับไปใช้ชีวิตแบบเดิม” 3. ผลติดตามระดับน้ำตาลในเลือดบางสัปดาห์เพิ่มขึ้น (FBS จาก 103 → 149 mg/dL) 4. พฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ 5. ผู้ป่วยยังต้องอาศัยคำแนะนำจากพยาบาลในการปรับแผนพฤติกรรม 6. เคยเข้าร่วมโครงการเบาหวานระยะก่อนสงบ แต่ไม่ประสบความสำเร็จจากการปรับพฤติกรรมกับการปรับแผนการรักษาอย่างเหมาะสมกับวิถีชีวิต
เกณฑ์การประเมินผล 1. มีสมดุลระหว่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปรับแผนการรักษา 2. มีความรู้ ความเข้าใจ และแรงจูงใจในการดูแลตนเองระยะยาว 3. สามารถจัดการตนเองเมื่อเผชิญอุปสรรคได้อย่างเหมาะสม กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความเข้าใจและแรงจูงใจของผู้ป่วยต่อการปรับพฤติกรรม เพื่อระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตัว และวางแผนสนับสนุนได้ตรงจุด 2. ทบทวนแผนการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายร่วมกับผู้ป่วย เพื่อปรับให้เหมาะสมกับตารางชีวิตจริง ลดความรู้สึกกดดัน และเพิ่มความเป็นไปได้ในการทำต่อเนื่อง	

3. ใช้เทคนิคการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment): ช่วยให้ผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดเป้าหมายของตนเอง เช่น “ควบคุมข้าวมือละไม่เกิน 4 ทักพี” หรือ “เดินวันละ 15 นาที” เพราะการมีส่วนร่วมตัดสินใจช่วยเพิ่มความรับผิดชอบและความต่อเนื่องในการดูแลตนเอง
4. ใช้หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ให้บันทึกอาหารและการออกกำลังกาย ชื่นชมเมื่อผู้ป่วยทำได้ตามแผน หรือหาสาเหตุเมื่อมีการกลับไปทำพฤติกรรมเดิม เพราะการสะท้อนพฤติกรรมช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ และปรับปรุงตนเองได้ดีขึ้น
5. ให้คำแนะนำการปรับสมดุลระหว่าง “การรักษา” และ “การใช้ชีวิตจริง”
 - เน้นความยืดหยุ่น เช่น หากวันใดออกกำลังกายไม่ได้ ให้ปรับลดปริมาณอาหารแทน
 - แนะนำการจัดการเวลา เช่น เดินหลังอาหาร 10 นาที 3 ครั้งต่อวัน เพื่อให้การดูแลสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ไม่สร้างภาระทางจิตใจ
6. ประสานทีมสหวิชาชีพ เพื่อปรับแผนการรักษาให้เหมาะสมกับพฤติกรรมของผู้ป่วย และลดโอกาสการกลับไปทำพฤติกรรมเดิม
7. สนับสนุนการติดตามต่อเนื่องหลังสิ้นสุดโครงการ โดยนัดติดตามผลที่ 1, 3 และ 6 เดือน และให้ช่องทางติดต่อสอบถามเมื่อมีปัญหา เพื่อช่วยเสริมแรงใจและลดโอกาสหลุดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

การประเมินผล

หลังดำเนินการพยาบาลครบ 3 เดือน

- ผู้ป่วยรายงานว่าสามารถจัดสมดุลระหว่างการทำงานและการดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น
- ปฏิบัติตามแผนการรับประทานอาหารและออกกำลังกายได้ต่อเนื่อง > 80 %
- ระดับน้ำตาลในเลือดและ HbA1c อยู่ในเกณฑ์คงที่ ผู้ป่วยรายที่ 1 (FBS 103 mg/dL, HbA1c 5.1%) ผู้ป่วยรายที่ 2 (FBS 118 mg/dL, HbA1c 5.9 %)
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการอ่อนเพลียจากการควบคุมอาหาร
- ผู้ป่วยแสดงความมั่นใจและกล่าวว่า “ตอนนี้รู้วิธีจัดการชีวิตกับโรคได้ดีขึ้น ไม่กังวลเหมือนก่อน”
- **สรุปผล:** บรรลุวัตถุประสงค์ของการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถรักษาพฤติกรรมสุขภาพใหม่ได้อย่างต่อเนื่อง มีสมดุลระหว่างการปรับพฤติกรรมและแผนการรักษา ลดความเสี่ยงต่อการกลับไปมีพฤติกรรมเดิม

สรุปและอภิปรายผล

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานระยะก่อนเข้าสู่ภาวะสงบที่บ้าน แม้ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะสงบ (ควบคุมระดับน้ำตาลได้โดยไม่ใช้ยา หรือใช้ยาน้อยมาก) แต่ยังมีความเสี่ยงกลับเป็นเบาหวานซ้ำ และความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่ยังคงอยู่หากควบคุมปัจจัยเสี่ยงไม่ดี พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการสร้างความเข้มแข็งให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างยั่งยืนเพื่อป้องกันจากภาวะดังกล่าว จากกรณีศึกษาทั้งสองราย ด้านข้อมูลพื้นฐาน พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองรายมีโรคร่วม เช่น ความดันโลหิตสูง หรือไขมันในเลือดสูง ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลยากขึ้น เนื่องจากรบกวนกระบวนการเผาผลาญกลูโคสและการตอบสนองต่อการรักษา (ADA, 2024) นอกจากนี้ยังมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Lean et al., 2018; Hallberg et al., 2019) ข้อมูลพื้นฐานที่แตกต่างกัน คือ ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคนาน และรักษาไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ควบคุมระดับ HbA1c ได้ไม่ดี เนื่องจากการเสื่อมของการทำงานของเบต้าเซลล์

และภาวะดื้อต่ออินซูลินที่เพิ่มขึ้น (Saeedi et al., 2019; Zheng et al., 2018) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งสองราย มีความคล้ายคลึงกัน พบว่า (1) โภชนาการ: มีพฤติกรรมชอบรับประทานอาหารหวาน และคาร์โบไฮเดรตสูง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงต่อเนื่อง ไม่อยู่ในเกณฑ์ควบคุม (Evert et al., 2019) (2) การขาดกิจกรรมทางกายสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลที่ไม่ดี (Parada Flores et al., 2023) (3) การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ป่วยรายที่ 2 มีความเครียดและนอนไม่หลับ ส่งผลต่อการหลั่งฮอร์โมนความเครียด เช่น คอร์ติซอล ซึ่งเพิ่มการสร้างน้ำตาลจากตับและทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ยาก (Saeedi et al., 2022) ด้านความรู้และการเข้าถึงบริการสุขภาพ รายที่ 1 มีความรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำกว่า ทำให้ไม่สามารถทำความเข้าใจแผนการรักษา การปรับพฤติกรรม และการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หรือหยุดยาเอง ทำให้โอกาสควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Peerawat L, Aromchuen N, Bosittipichet T, 2021) ด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพหลังเข้าร่วมการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานก่อนเข้าสู่ระยะสงบที่บ้าน ทั้งสองรายมีผลลัพธ์ในทิศทางเดียวกัน คือ มีค่า HbA1C < 6.5% หรือ FBS < 130 มก./ดล. ต่อเนื่องอย่างน้อย 3-6 เดือน โดยไม่ใช้ยาเบาหวาน

ดังนั้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่ภาวะโรคเบาหวานระยะสงบ สามารถวางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นแนวทางก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวังในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ ผู้ป่วยสามารถคงภาวะโรคเบาหวานระยะสงบได้อย่างต่อเนื่อง และลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. การติดตามต่อเนื่องหลังสิ้นสุดโครงการควรวางระบบการติดตามผู้ป่วยระยะยาว (อย่างน้อย 6–12 เดือน) ผ่านการเยี่ยมบ้าน โทรศัพท์ หรือระบบติดตามออนไลน์ เพื่อป้องกันการกลับไปมีพฤติกรรมเดิม และช่วยเสริมแรงในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่

2. การบูรณาการทีมสหสาขาวิชาชีพ ควรมีความร่วมมือระหว่างพยาบาล แพทย์ นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด เพื่อวางแผนการดูแลรายบุคคล (individualized care plan) ที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย

3. การวิจัยเพิ่มเติมควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของภาวะสงบของโรคเบาหวาน (diabetes remission) และสำรวจปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุไทย

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. ธรรมนูญเบาหวานโลก 2567 มุ่งเน้นให้ความรู้ประชาชนถึงความเสี่ยงโรคเบาหวาน และ
การลดภาวะแทรกซ้อน. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2567.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในประเทศไทย.
กรุงเทพฯ: กรมอนามัย; 2566.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2563. การประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวาน. แนวทางเวชปฏิบัติ
สำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย; 2560.

- ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย; 2565.
- ศรียรรณ ทองแพง. รายการอาหารแลกเปลี่ยน. กรุงเทพฯ: ศูนย์เบาหวานศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
- ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลท้ายเหมืองชัยพัฒน์. กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม. รายงานประจำปี 2567 โรงพยาบาลท้ายเหมืองชัยพัฒน์; 2567.
- สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ (DM remission). กรุงเทพฯ; 2567.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2565.
- อารีรมย์ จ, สิทธิมิ่งกล ย, วรณชลี ท, ตั้งกุ่มพวน ท. อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2567;42(1):43–57.
- Aekplakorn W, Chariyalertsak S, Kessomboon P, et al. Prevalence and management of diabetes and metabolic risk factors in Thai adults. *Diabetes Care*. 2011;34(9):1980–5.
- Alberti KGMM, Zimmet P, Shaw J. Metabolic syndrome—a worldwide definition. *Diabet Med*. 2006;23(5):469–80.
- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2024. *Diabetes Care*. 2024;47(Suppl 1):S1–S167.
- Davies MJ, Aroda VR, Collins BS, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2022. *Diabetes Care*. 2022;45(11):2753–86.
- Diabetes Australia National Office [Internet]. Canberra: *Position statements type 2 diabetes remission*. 2021 [cited 2022 May 18]. Available from: <https://www.diabetesaustralia.com.au/>
- Evert AB, Dennison M, Gardner CD, et al. Nutrition therapy for adults with diabetes. *Diabetes Care*. 2019;42(5):731–754.
- Glasgow RE, Davis CL, Funnell MM, et al. Implementing Practical Interventions to Support Chronic Illness Self-Management. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2003[cited 2021 Jul 25]; 9(11): 563-74.
- Gordon M. *Manual of nursing diagnosis*. 13th ed. Burlington (MA): Jones & Bartlett Learning; 1994.
- Hallberg SJ, McKenzie AL, Williams PT, et al. Effectiveness and safety of a novel intervention for type 2 diabetes. *Diabetes Ther*. 2019;10(1):1–20.

- Lean MEJ, Leslie WS, Barnes AC, et al. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT). *Lancet*. 2018;391(10120):541–51.
- Parada Flores B, Luna-Villouta P, Martínez Salazar C, Flández Valderrama J, Valenzuela Contreras L, Flores-Rivera C, Vargas-Vitoria R. Physical exercise methods and their effects on glycemic control and body composition in adults with type 2 diabetes mellitus (T2DM): a systematic review. *Eur J Investig Health Psychol Educ*. 2023;13(11):2529–45.
- Peerawat L, Aromchuen N, Bosittipichet T. Factors associated with health literacy in type 2 diabetic patients and glycemic control. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*. 2021;11(2):1–12.
- Rosenstock IM. *Historical Origins of the Health Belief Model* [Internet]. 1974 [cited 2025 Jul 28]. Available from: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers>
- Seaquist ER, Anderson J, Childs B, Cryer P, Dagogo-Jack S, Fish L, et al. Hypoglycemia and diabetes: a report of a workgroup of the ADA and the Endocrine Society. *Diabetes Care*. 2013;36(5):1384–95.
- Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, Malanda B, Karuranga S, Unwin N, et al. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045: Results from the IDF Diabetes Atlas, 10th edition. *Diabetes Res Clin Pract*. 2022;183:109119
- Slev VN., Pasman HRW, Eeltink CM, et al. Self-management support and eHealth for patients and informal caregivers confronted with advanced cancer: an online focus group study among nurses. *BMC Palliative Care* [Internet]. 2017[cited 2021 Jul 25]. Available from: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/>
- World Health Organization. *Decade of Healthy Ageing: Baseline Report*. Geneva: WHO; 2020.
- Zheng Y, Ley SH, Hu FB. Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus. *Nat Rev Endocrinol*. 2018;14(2):88–98.