

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคจิตเภทร่วม : กรณีศึกษา Nursing care of Diabetes Mellitus Type 2 Including Schizophrenia: Case study

ภัศราพร เจริญศักดิ์ขจร
Passaraporn Chareansakkajon
โรงพยาบาลบ้านไผ่
Banphai Hospital

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หากเกิดร่วมกับโรคทางจิตเวชจะทำให้การดูแลซับซ้อนมากยิ่งขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีโรคเบาหวานร่วมนั้นเกิดมาจากหลายปัจจัย เช่น พันธุกรรม การรับประทานอาหารมากเกินไป การเคลื่อนไหวร่างกายลดลงจากภาวะของโรคและการได้รับยาจิตเวช ที่ใช้รักษาโรคจิตเภท (Schizophrenia) อาการข้างเคียงที่พบคือ ความผิดปกติระบบเผาผลาญ ส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลเป็นไปได้ด้วยความลำบาก พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคจิตเภทร่วม ให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

วิธีการศึกษา : การศึกษาเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคจิตเภทร่วม ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 2 ราย ที่เข้ามาตรวจรักษาในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลบ้านไผ่ ระหว่าง วันที่ 18 มกราคม 2567 – 23 สิงหาคม 2567

ผลการศึกษา : การดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เพื่อแก้ไขปัญหาและความต้องการมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้ 1) มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากขาดความรู้และมีพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน 2) ผู้ป่วยมีภาวะไขมันในเลือดสูง 3) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของเท้าเนื่องจากมีอาการชาบริเวณ ปลายมือและเท้าทั้งสองข้าง 4) เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มเนื่องจากเวียนศีรษะ 5) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและการจัดการความเครียด ยังไม่เหมาะสม 6) มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการดูแลสามารถปรับเปลี่ยนความคิด การรับรู้ หลีกเลี่ยงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรัง

คำสำคัญ : การดูแล, ผู้ป่วยเบาหวาน, โรคจิตเภท

Abstract

Introduction : Diabetes is a chronic non-communicable disease. If it occurs together with a psychiatric disorder, it makes care even more complicated. This is because schizophrenia patients with diabetes are caused by many factors, such as genetics and eating too much. activity is reduced due to disease and psychiatric medication. used to treat schizophrenia (Schizophrenia) Common side effects are: Metabolic disorders As a result, controlling sugar levels is difficult. Nurses have an important role for assist patients to accept and a good quality of life.

Objective : To study the main of Nursing care of Patients with Diabetes Mellitus Type 2 Including Schizophrenia

Method : Case study with 2 cases of Patients diagnosed Diabetes Mellitus Type 2 Including Schizophrenia were assessed and nursing diagnosed. between 18 January 2024 - 23 August 2024

Result : The main of nursing care in these 2 critically ill patients included 1) high blood sugar due to lack of knowledge 2) hyperlipidemia 3) risk of foot complications due to numbness in both hands and feet 4) Risk of falls due to dizziness. 5) Patients are concerned about illness and stress management. Still not appropriate 6) have recurrent psychotic symptoms These patients recovered well and were discharge from the hospital.

Keywords : Nursing care , Diabetes Mellitus Type 2, Schizophrenia

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อที่เพิ่มมากขึ้นทุกๆปี จากสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี 2566 มีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคนและคาดว่าปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น เป็น 643 ล้านคนและโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิตสูงถึง 67 ล้านคนหรือเสียชีวิต 1 รายในทุกๆ 5 วินาที (โสภภาพันธุ์ งานจัตุรัส, 2566) สาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานเนื่องมาจาก 1) ลักษณะแบบแผนในการดำเนินชีวิตของประชากร ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไป ขาดการออกกำลังกาย ขาดการพักผ่อนและขาดการจัดการกับ ความเครียด 2) บริบททางสังคมและวัฒนธรรมเป็นสาเหตุที่สำคัญและมีผลกระทบ เช่น ลักษณะทางสังคมและ วัฒนธรรมในการจัดการกับความเครียดไม่เหมาะสมพบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีภาวะเครียดเรื้อรัง จากการปรับตัวต่อโรคที่เป็นอยู่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเอง แผนการรักษาตลอดจนสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมีเรื่องที่ต้องคิดตลอดเวลา ก่อให้เกิดความเครียดซึ่งทำให้ร่างกายหลั่งสารแคทีโกลามีนออกมาทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น (Srion, Rojanasangreang, & Sawawiboon, 2018) และมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยและมารับการรักษาแต่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากโรคต่างๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมองโรคเบาหวาน สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคเบาหวาน (Aekplakprn, 2014) และในผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ป่วยที่มีความแปรปรวนทางอารมณ์ เมื่อเป็นเบาหวาน นอกจากจะให้การพยาบาลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลที่ยากแล้ว ยังมีโอกาสเกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน เกิดมาจากหลายปัจจัย เช่น พันธุกรรม การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกายลดลงจากภาวะของโรค การได้รับยาจิตเวช เช่น ยาปรับอารมณ์ Sodium valproateอาการข้างเคียงที่พบได้ คือ ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบเผาผลาญจะส่งผลให้เกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (metabolic syndrome) (Wei Xin Chong, Hsien-Jie Tan, Chong, Ng & Wijesinghe, 2016) ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญ ต้องใช้การบำบัดทางจิตเวชเข้าร่วม เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สงบ ส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Khamchata, Dumrongpakapakorn & Theeranut, 2018)

จากสถิติโรงพยาบาลบ้านไผ่ในปี 2565-2566 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านไผ่ 4,526ราย (ร้อยละ 76.82) และ 5,700ราย (ร้อยละ 88.26) ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น และผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคจิตเภทร่วม 17ราย และ 22 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลบ้านไผ่, 2566) และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ เนื่องจากมีความแปรปรวนทางอารมณ์ ซึมเศร้า และได้รับยาจิตเวชส่งผลให้เกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (metabolic syndrome) และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะใช้กระบวนการพยาบาลและการให้คำปรึกษา จิตบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคจิตเภทร่วม

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษาก่อนศึกษา แบบเฉพาะเจาะจงเลือกผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคจิตเภทร่วมไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 2 ราย จากวิธีการ การตัดเข้าและการคัดออกในจำนวนกลุ่มเป้าหมาย 17ราย ที่เข้ามาตรวจรักษาในคลินิก NCD ในกลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรวม และกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลบ้านไผ่ ระหว่างวันที่ 29 มกราคม 2567 – 23 สิงหาคม 2567 ศึกษาเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคจิตเภทร่วม 2 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา : แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูล ได้แก่ 1) แบบประเมินภาวะสุขภาพ 2) แบบบันทึกทางการแพทย์ และการประเมินผลการพยาบาล 3) แบบบันทึกจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ และการสังเกตผู้ป่วยและญาติ ดำเนินการศึกษาค้นคว้าจากตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรัง โรคตาและเท้าของโรคเบาหวานและโรคจิตเภท ภาวะแทรกซ้อนทางยาและพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพ โดยการประเมินสติปัญญาและการรับรู้ของผู้ป่วย ตลอดจนการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและพยาบาลเฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การวางแผนทางการแพทย์และนักโภชนาการในการให้ความรู้เรื่องการจัดการอาหารเฉพาะโรครวมทั้งการให้คำปรึกษาและการบำบัดอาการทางจิตวิทยา CBT(cognitive behavior therapy) 3 ครั้งทุก 2 เดือนเพื่อให้ตระหนักรู้พฤติกรรมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ รายละเอียด ดังนี้ 1. ประเมินภาวะสุขภาพ (Assess) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความรู้สึกต่อการเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้อันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน พฤติกรรมจัดการตนเอง ในด้านอาหาร อารมณ์ การออกกำลังกาย การใช้ยา และการจัดการ ความเครียด รวมทั้งการลดละเลิก สุรา และ สูบบุหรี่ และผลลัพธ์ทางคลินิกจากการรักษาที่ผ่านมาเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการ ระบุข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ และวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล ผลของการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติและการสังเกต นำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบและวางแผนการพยาบาล โดยให้คำปรึกษาทางการแพทย์

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย นำเสนอรายละเอียดประกอบด้วย ประวัติการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค การรักษาที่ได้รับ การบำบัดทางความคิดและการรับรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกรณีศึกษา

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	ชาย	หญิง
อายุ	53 ปี	55 ปี
น้ำหนัก/ส่วนสูง	69 /175 เซนติเมตร	70/145 เซนติเมตร
ประวัติโรคประจำตัว	จิตเภท/เบาหวาน	จิตเภท/เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธโรคประจำตัวในครอบครัว	ปฏิเสธโรคประจำตัวในครอบครัว
ประวัติครอบครัว	อาศัยอยู่ 2 คนกับภรรยาที่ป่วยเป็นอัมพาตครึ่งซีกช่วยเหลือตัวเองไม่ได้แต่พูดคุยโต้ตอบได้ตามปกติ	อาศัยอยู่ 2 คนกับบิดาสูงอายุที่ป่วยติดเตียงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้พูดคุยโต้ตอบไม่ได้

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ประวัติการแพ้ยาและอาหาร ประวัติการสูบบุหรี่และสารเสพติด	ปฏิเสธการแพ้ยา และอาหาร ปฏิเสธการสูบบุหรี่(หยุดสูบบุหรี่มา 1 ปี) และปฏิเสธการใช้สารเสพติด	ปฏิเสธการแพ้ยา และอาหาร ปฏิเสธการดื่มสุรา/บุหรี่และสารเสพติด
ประวัติการดื่มสุรา ข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	ปฏิเสธการดื่มสุรา(มา 3 เดือน) -ผู้ป่วยชายไทย อายุ 53 ปี รูปร่างสันทัด ผิวสีคล้ำ ส่วนสูง 175 เซนติเมตร น้ำหนัก 69 กิโลกรัม BMI 22.53 สถานภาพ คู่ อาชีพว่างงาน นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีอาการสั่น แขนหน้าออกจุกแน่นใต้ลิ้นปี่นอนไม่ได้ เป็นมา 11 ชม 3วันก่อนมาบุตรชายเสียชีวิต เสียใจจึงดื่มสุราทุกวัน 11ชม.ก่อนมามีอาการสั่นแน่นหน้าอกจุกเสียดใต้ลิ้นปี่ราวไปกลางหลัง	-ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 56 ปี รูปร่างท้วม ผิวขาว ส่วนสูง 145 เซนติเมตร น้ำหนัก 70 กิโลกรัม BMI 33.29 สถานภาพ โสด อาชีพค้าขาย นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ 2วันก่อนมา ผู้ป่วยบ่นเวียนหัว หน้ามืดรู้สึกเหนื่อยอ่อนเพลียกินได้น้อย นั่งพัก อาการดีขึ้นจึงไม่ได้มารับการรักษาในโรงพยาบาล. 20นาที่ก่อนมา ได้ยินเสียงเหมือนมีคนมาเรียกมีอาการหน้ามืดและไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึกตัวจำเหตุการณ์ไม่ได้
การวินิจฉัยโรค	1.Schizophrenia 2.DM type 2 3.Alcoholdependent	1.DM type 2 2.HT 3. Schizophrenia
ผลการตรวจร่างกาย	GCS=E4V5M6, pupil 3 mm RTLBE., fully consciousness Heart: regular rhythm, EKG: show normal sinus rhythm, lung: clear motor power ด้านขวา grade 5 power ด้านซ้าย grade 5	GCS=E4V5M6, pupil 3 mm RTLBE., fully consciousness Heart: irregular rhythm, EKG: show normal sinus rhythm, lung: clear Left facial palsy motor power ด้านขวา grade 5 power ด้านซ้าย grade 5
การตรวจร่างกายตามระบบ General appearance : HEENT Heart : Lungs : Abdomen :	BT 36.7 C, HR 88 /min, RR 18 /min, BP 138/80 mmHg A male , Alert ,normal contour Not pale, No jaundice Normal S1S2, no murmur clear, equal breath sound Soft , not tender,	BT 36.4 C, HR 72/min, RR 18 /min, BP 152/80 mmHg A female , Alert ,normal contour Not pale, No jaundice Normal S1S2, no murmur clear, equal breath sound Soft , not tender,

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
Extremities: Neuro :	Soft ,not tender,no distention,Liver and spleen impalpable no pitting edema, no deformity E4V5M6 pupil 3 mim RTLBE stiffneck negative Motor power grade 5 all	no distention,L iver and spleen impalpable no pitting dema ,no deformity E4V5M6 pupil 2,5 mmRTLBE stiffneck negative Motor power grade 5 all	
การตรวจสภาพจิต	ลักษณะที่ปรากฏ:แต่งกายมิดชิดสะอาด ท่าทางการเคลื่อนไหว: ขยับตัวปกติแต่บางครั้งดูเหมือนเร่งรีบ สีหน้าและแววตา: สีหน้าเคร่งเครียดดูวิตกกังวลอยู่ตลอดเวลา สบตาเวลาสนทนาสื่อสาร ความคิดและการรับรู้ พุดคุยเข้าใจ มีความคิดต่อเนื่องดีมีเหตุผล ปฏิเสธอาการทางจิต รับรู้เรื่องการเจ็บป่วยของตนเอง	ลักษณะที่ปรากฏ : แต่งกายมิดชิดสะอาด ท่าทางการเคลื่อนไหว: การเคลื่อนไหวช้า ขยับตัวปกติแต่สีหน้าและแววตา : สีหน้าเรียบเฉยยิ้มบ้าง สบตาเวลาสนทนา ความคิดและการรับรู้ พุดคุยเข้าใจ มีความคิดต่อเนื่องดีมีเหตุผล ปฏิเสธอาการทางจิต รับรู้เรื่องการเจ็บป่วยของตนเอง	
การรักษา	ยาดังนี้ 1. Glipizide (5mg) 1x2ac 2.Metformin(500mg) 1x2pc 3.clonazepam 2 mg 1x1 hs 4.sodium valproate(200mg) 1x2pc 5.risperidone(2mg) 1x1 hs 6.trazodone (50mg) 1x1 hs 7. benzhexol(2mg) 1x2 pc,hs 8.lorazepam(2mg) 1x1 hs 9.propranolol(10mg) 1x2 pc	ยาดังนี้1. Glipizide (5mg)1x2ac 1.Metformin(500mg) 1x2pc 2.Dilantin (100mg) 3x1hs 3.atorvastain (40 mg) 1x1 hs 4.Bco 1x2pc 5.risperidone(2mg) 1x1 hs 6.trazodone (50mg) 1x1 hs 7.Clopidogrel(75mg) 1x1pc 8. folic acid (5mg) 1x1 pc 9.ASA(81mg) 1x1 pc 10.Amlodopine(10mg)1x1 pc	
ผล CBC, BUN ,Cr	ปกติ (ครั้งที่ 1)	ปกติ (ครั้งที่ 2)	ปกติ (ครั้งที่ 1) ปกติ (ครั้งที่ 2)
Lipid profiles,	ปกติ (ครั้งที่ 1)	ปกติ (ครั้งที่ 2)	สูง -

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2		
Total bilirubin	} สูง ผิดปกติ }	} ปกติ }		
Direct bilirubin				
AST, ALT				
FBS,	204 (ครั้งที่ 1)	133 (ครั้งที่ 2)	195 (ครั้งที่ 1)	165 (ครั้งที่ 2)
HbA1c%	8.32 (ครั้งที่ 1)	7.36 (ครั้งที่ 2)	7.2	7.06 (ครั้งที่ 2)

2. การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามกรอบแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามกรอบแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ข้อมูลเปรียบเทียบ แบบแผนสุขภาพ	รายที่ 1	รายที่ 2
1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ	-รับรู้ปัญหาของสุขภาพตนเอง โรคเบาหวานและจิตเวช รับรู้ว่าการดื่มสุราและบุหรี่ มีผลกระทบต่อสุขภาพเคยเลิกแล้วกลับมาดื่มอีกเพราะเครียดพยายามที่จะดูแลสุขภาพของตนเองและหลีกเลี่ยงสิ่งที่มีผลกระทบจากการดื่มสุราและสูบบุหรี่	-รับรู้ปัญหาของสุขภาพตนเอง โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงและจิตเวช กินยาทุกวันตามแผนการรักษาของแพทย์
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	-ประกอบอาหารกินเองครบ 3 มื้อ ตรงเวลา เคยดื่มสุราทุกวันตอนเย็น (ขณะนี้เลิกดื่ม เลิกสูบ)	-ประกอบอาหารกินเองเป็นบางมื้อ ส่วนใหญ่ซื้อกินครบ 3 มื้อ ตรงเวลา
3. การขับถ่าย	-ขับถ่ายได้เอง ปัสสาวะวันละ 5-6 ครั้ง อุจจาระวันละ 1 ครั้ง	ขับถ่ายได้เอง ปัสสาวะวันละ 5-6 ครั้ง อุจจาระวันละ 1 ครั้ง
4. กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	-ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นกิจจะลักษณะ ต้องดูแลภรรยาที่ป่วยติดเตียง	-ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นกิจจะลักษณะ ต้องดูแลบิดาสูงอายุที่ป่วยติดเตียง

ข้อมูลเปรียบเทียบ แบบแผนสุขภาพ	รายชื่อ 1	รายชื่อ 2
5.การพักผ่อนนอนหลับ	นอนไม่ค่อยหลับๆตื่นๆต้องกินยาทุกวัน	นอนไม่ค่อยหลับๆตื่นๆคิดมาก รายได้ลดลง มีอาการไต้ยีนเสียง แหว่ ตอนกลางคืน
6. เพศ และการเจริญพันธุ์	-เป็นชายวัยกลางคน การมีเพศสัมพันธ์ นานๆครั้ง	เป็นหญิงวัยกลางคน สถานภาพ โสดวัยวะสืบพันธุ์ปกติ ไม่มี ประวัติการ เป็นโรคติดเชื้อทาง เพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยอยู่ในวัยสูงอายุ ความรู้สึกต้องการ มีเพศสัมพันธ์ ลดน้อยลงตามวัย
7. สติปัญญาและการรับรู้	-มีการรับรู้ที่ดี ความคิดการตอบสนองยัง ช้า ความคิดช้าๆคิดช้าๆ การเรียนรู้ พอใช้	มีการรับรู้ที่ดี ความคิดการ ตอบสนองยังช้า ความคิดช้าๆ คิดช้าๆ การเรียนรู้พอใช้
8. การรับรู้ ตนเองและ อัตรโม ทัศน์	รับรู้ว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพและมี ภาระหน้าที่ที่ต้องดูแลผู้ป่วยติดเตียงและ ต้องหาเงินเป็นค่าใช้จ่ายในครอบครัว ทำ ให้เครียดและมีอารมณ์เศร้าเป็นบางครั้ง	รับรู้ว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพและ มีภาระหน้าที่ที่ต้องดูแลผู้ป่วยติด เตียงและต้องหาเงินเป็นค่าใช้จ่าย ในครอบครัว ทำให้เครียด
9.บทบาทและสัมพันธ์ภาพใน ครอบครัว	-เป็นผู้นำครอบครัว สมาชิกใน ครอบครัว มีทั้งหมด 2 คน ผู้ป่วยต้องทำหน้าที่ดูแล ภรรยาที่ป่วยเป็นอัมพาตครึ่งซีก จะมี อาการหงุดหงิดบ่นต่อผู้ป่วยเมื่อทำไม่ ถูกใจทำให้เครียด จึงเป็นปัจจัยส่วนหนึ่ง ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคเบา หวาได้ สัมพันธ์ภาพในครอบครัวดีพอใช้	เป็นบุ ตรสาว คนเดียว ดูแล ครอบครัว สมาชิกใน ครอบครัวมี ทั้งหมด 2 คน ผู้ป่วยเป็นคนสุขุม ใจดี เวลามีปัญหาความเครียดใน ครอบครัวหรือปัญหาด้านสุขภาพ จะปรึกษาญาติและจนท.สาธารณสุข สุขใกล้บ้าน
10.การปรับตัวและการเผชิญ ความเครียด	เวลามีปัญหาความเครียดในครอบครัว จะปรึกษาญาติได้เป็นบางครั้งแต่บางครั้ง เครียดมากไม่มีทางออกจะดื่มสุรา	ผู้ป่วยเป็นคนสุขุม ใจดี เวลา มีปัญหาความเครียดในครอบครัว หรือปัญหาด้านสุขภาพจะปรึกษา ญาติและจนท.สาธารณสุขใกล้ บ้าน
11. ค่านิยมและความเชื่อ	-นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อวิถีพุทธ	-นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อวิถี พุทธ

3. นำผลการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ทั้ง 11 แบบแผน มาตั้งข้อ
วินิจฉัยทางการแพทย์ และวางแผนการพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลตามกรอบแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	รายที่1	รายที่2
วินิจฉัยการพยาบาลที่1. มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากขาดความรู้และมีพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน	มี	มี
ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลข้อที่2 ผู้ป่วยมีภาวะไขมันในเลือดสูง	ไม่มี	มี
ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลข้อที่3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของเท้า เนื่องจากมีอาการชาบริเวณ ปลายมือและเท้าทั้งสองข้าง	ไม่มี	มี
ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่4.เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มเนื่องจาก เวียนศีรษะ	ไม่มี	มี
ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลข้อที่ 5 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย และการจัดการความเครียด ยังไม่เหมาะสม	มี	มี
ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลข้อที่ 6 มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำ	มี	มี

4. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบตามประเด็นการศึกษาของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 วิเคราะห์เปรียบเทียบตามประเด็นการศึกษากรณีศึกษา

ประเด็น	รายที่1	รายที่2	การวิเคราะห์
1.ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้	-ควบคุมอาหารไม่ได้ -มีความเครียด -ขาดการออกกำลังกายหรือกิจกรรม -ใช้สุราและบุหรี่	-ควบคุมอาหารไม่ได้ -มีความเครียด -ขาดการออกกำลังกายหรือกิจกรรม -น้ำหนักเกิน	ภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดสูง ในเบาหวานชนิดที่ 2 (NIDDM) จะมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยไม่มีภาวะกรดมักเกิดในผู้สูงอายุที่ไม่ทราบ ว่าตนเองเป็นเบาหวาน แต่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบต่างๆ การหมดสติเนื่องจากน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia Coma) เกิดจากการฉีดยา อินซูลินที่มากเกินไป การออกกำลังกาย

ประเด็น	รายชื่อ1	รายชื่อ2	การวิเคราะห์
			<p>กายมากเกินไป ทำให้ร่างกายใช้น้ำตาลมากขึ้น หรือได้รับยาตามปกติแต่รับประทานอาหารได้น้อยลงหรือเข้าเกินไปจนเกิดน้ำตาลต่ำ</p>
<p>2.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานไต ตา เท้า</p>	<p>- การมองเห็นไม่ชัดเจน</p>	<p>มีผลเรื่องเท้า -การมองเห็นไม่ชัดเจน</p>	<p>- โรคจอประสาทตา (Retina) ผู้ป่วยเบาหวานจะมีโอกาสตาบอดจากจอประสาทตาเสื่อม มากกว่าคนทั่วไปประมาณ 20 เท่า การดำเนินของโรคค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 อาจไม่มี อาการใดๆเลยจนมีอาการมองเห็น การเกิดภาวะแทรกซ้อนมักพบในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานเกิน 10 ปีขึ้นไป แต่ในเบาหวานชนิดที่ 2 อาจพบได้ในช่วง 2 ปีแรกที่เป็เบาหวาน ในผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นความดันโลหิตสูงร่วมด้วยจะมีโอกาสจอประสาทตาเสื่อมได้เร็วกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย</p> <p>- ผลเบาหวานที่เท้ามีสาเหตุจากภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ปลายประสาทเสื่อมหรือถูกทำลาย โดยมักเริ่มที่ปลายเท้าก่อน ทั้งยังมีภาวะเลือดไปเลี้ยงเท้าไม่เพียงพอจากอาการปลายหลอดเลือดแดงตีบ และด้วยผิวหนังที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานมักจะแห้งมากและเกิดรอยแตกได้ง่ายจึงนำไปสู่การเกิดแผล ทั้งนี้ผู้ป่วยเบาหวานมักไม่รู้ตัวว่าเกิดแผลที่เท้าเพราะไม่รู้สึเจ็บ ทำให้ผู้ป่วยใช้เท้าเดินลงน้ำหนักตามปกติต่อไป แผลจึงถูกกดเหยียบหรือได้รับการกระทบเมื่อแผลลุกลามหรือมีการติดเชื้อถึงกระดูก แพทย์จะพิจารณาการรักษาด้วยการตัดเซลล์ที่ตายแล้วออกซึ่งอาจต้องตัดอวัยวะที่เสียหายหรือตัดเท้าออกด้วย เพื่อรักษาอวัยวะในส่วนที่ยังดีอยู่ไว้</p>

ประเด็น	รายที่1	รายที่2	การวิเคราะห์
3.พยาธิสภาพ อาการและ แสดง	มีอาการสั้น แน่น หน้าอกจุกแน่นได้ ลื่นป็นอนไม่ได้ เป็นมา 11 ชม	20นาทีก่อนมา ได้ยิน เสียงเหมือนมีคนมา เรียกมีอาการหน้ามืด และไม่รู้สีกตัว จำเหตุการณ์ไม่ได้มี ชักเกร็ง2 ครั้ง	โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีพฤติกรรมการดูแล สุขภาพที่ไม่เหมาะสมจากสภาวะการรับรู้ ทางความคิด ที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจาก การจัดการดูแลด้านอาหาร อารมณ์ การ ออกกำลังกาย การลดละเลิกการดื่มสุรา และสูบบุหรี่ การใช้สุราร่วมทำในผู้ป่วย เบาหวานเป็นระยะเวลานานทำให้เกิด Alcoholic induce psychosis ร่วมด้วย จึงจำเป็นต้องอธิบายแผนการบำบัดรักษา แก่ผู้ป่วย อย่างต่อเนื่อง การให้จิตบำบัด รูปแบบ Cognitive Behavior Therapy (CBT) เพื่อให้ตระหนักรู้ และสามารถ ปรับเปลี่ยนความคิด การรับรู้ หลีกเลียง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ ถูกต้อง
4.ปัญหาการ วินิจฉัยทางการ พยาบาล	ได้รับการดูแล ตาม แผนการพยาบาล ทั้งหมด 6 แผน สามารถแก้ไข ให้ดี ขึ้นตามแผนการ พยาบาล	ได้รับการดูแล ตาม แผนการพยาบาล ทั้งหมด 6 แผน สามารถแก้ไขให้ดีขึ้น ตามแผนการ พยาบาล	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการดูแล ตาม กระบวนการ ทางพยาบาลตั้งแต่แรก และติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

สรุป

รายที่1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 53 ปี มาตรวจตามนัด ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ เรื่องการปฏิบัติตัว
ความรู้เรื่องโรค เบาหวาน การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนและการติดตามผลการดูแลตั้งแต่วันที่ 19 มกราคม
2567-26 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 190 วัน วางแผนการพยาบาลเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง
ตามแนวคิดการจัดการตนเองด้วย เทคนิค 5A (Glasgow et al., 2002) โดยติดตามที่คลินิก 12 ครั้ง เยี่ยมที่
บ้าน 1 ครั้ง ประเมินระดับน้ำตาลในเลือด ทุกครั้งที่มาตามนัดและประเมิน ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ทุก
3เดือน จำนวน 2 ครั้ง intervention การทำจิตบำบัด CBT(cognitive behavior therapy) 3 ครั้งทุก 2
สัปดาห์ 2 ครั้ง และ2 เดือนอีก 1 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วย ขาดความรู้ในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนมีพฤติกรรมที่
ไม่เหมาะสมด้านอาหาร ด้านจัดการอารมณ์ ขาดการออกกำลังกาย ดื่มสุรา และสูบบุหรี่ สมาชิกในครอบครัว
มี ภาวะพึ่งพิงสูงทำให้ขาดแรงจูงใจแต่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและชุมชน หลังจากได้รับการวาง
แผนการพยาบาลโดยการทำจิตบำบัดแบบ CBT 2 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยรับรู้และรู้คิดถึง
ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามเกณฑ์

การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางอารมณ์ ให้ข้อมูลเรื่องอาหาร การจัดการกับความเครียด ลด ละ เลิก สุรา และบุหรี่
สอนการออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้วยตนเอง การดูแลเท้าและแนะนำผู้ป่วยและญาติเข้ารับ
บริการปรับพฤติกรรมทันที ดังนี้ 1. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง
เพราะจะส่งผลให้เกิดภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง รวมถึงอาหารที่มีรสเค็มจัด ที่เป็นสาเหตุของโรคความดัน
โลหิตสูง 2. ควบคุมน้ำหนัก โรคอ้วนเป็นสาเหตุของโรคภัยร้ายแรงต่างๆ รวมทั้งโรคหลอดเลือดสมอง การควบคุม
น้ำหนักจะช่วยลดความเสี่ยงลงได้ 3. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยระยะเวลาในการออกกำลังกายที่
เหมาะสมคือ 2.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยควรออกกำลังกาย 4. งดสูบบุหรี่ นอกจากนี้ควรรับการตรวจรักษา
ต่อเนื่องกับแพทย์อย่างสม่ำเสมอเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆโดยการใช้ ยาร่วมกัน ได้แก่ ยาต้านอาการทาง
จิต 5. การให้ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยควรได้รับการตรวจวัดระดับFBS อย่างน้อยทุก1เดือน หรือทุก
ครั้งที่มาตามนัด หากเป็นผู้ที่มีความเสี่ยง หรือมีภาวะคอเลสเตอรอลสูงอยู่แล้ว ควรไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ
เพื่อ ติดตามอาการ 6. ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท

รายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 55 ปี วินิจฉัยเป็น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ส่งมา
ตรวจอาการทางจิต มีเสียงแว่ว นอนไม่หลับ หวาดระแวงเป็นมา 1 เดือน ระดับน้ำตาลแรกรับ FBS เท่ากับ
195 mg% HbA1c เท่ากับ 7.2 ได้รับการวินิจฉัย เป็นโรคจิตเภทร่วม รับการรักษาอาการทางจิต โดยได้รับ
ยาต้านอาการทางจิต และนัดเข้าคลินิกจิตเวช ตาม ระบบ ส่งกลับเข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน ผลการ
ควบคุมอาการทางจิตทุเลา ส่วนปัญหาที่ยังคงอยู่ คือ ผู้ป่วยยังมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเกินค่าเป้าหมาย มี
ความเสี่ยง ต่อการเกิดแผลที่เท้า ตาการมองเห็นมัวเล็กน้อยและเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากไตวายเรื้อรัง จึงต้อง
มีการทบทวนความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติเพื่อให้ปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมให้ถูกต้องและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้ดีขึ้นเพื่อป้องกันและชะลอภาวะแทรกซ้อนของ
โรคเบาหวาน ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะเวลา 6 เดือนถึง 1 ปี เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน
2. ควรนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะโภชนาการเกินกลุ่มที่ยังไม่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการทางเมตาบอลิก

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพฯ : ศรีเมืองการพิมพ์.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2559). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับแพทย์). กรุงเทพฯ : บริษัท วิศทอเรียอิมเมจ จำกัด
- เฉลาศรี เสงี่ยม. (2558). การพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวาน. ใน ศิริอร สีนุ และพิเชต วงรอด (บ.ก.), การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (พิมพ์ครั้งที่ 3) (น. 9-46) กรุงเทพฯ: สมาคมผู้จัดการรายกรณีประเทศไทย.
- มณฑิรา มณีรัตน์, นัฐพล ฤทธิชัยมัย, และศรีสกุล จิรกาญจนกร. (2560). อายุรศาสตร์ทันใจ. กรุงเทพฯ: พรินท์เอเบิล.

- โรงพยาบาลบ้านไผ่.(2567).รายงานประจำปี โรงพยาบาลบ้านไผ่ 2567. โรงพยาบาลบ้านไผ่,
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมารี
สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวง สาธารณสุข, และสำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ.(2560).แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566 .กรุงเทพมหานคร:
ศรีเมืองการพิมพ์
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2560). แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและ ควบคุมโรค
ไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564). กรุงเทพฯ: อีโมชั่น อาร์ต.
- สุรรัตน์ ปิงสุทธีวงศ์. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลใน
เลือดได้ในชุมชน: Nursing Care for Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus Patients in
Community. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 2(3), 59–73.
- โสภณพันธ์ งานจัตุรัส. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่1 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเบาหวานขึ้นจอตา.
ชัยภูมิเวช สาร, 43(พิเศษ):74-86.
- Aekplakorn, W. (2014). The Report of Population Survey by Physical Examination. (5nd ed.).
Nonthaburi: Aksorn Graphic and Design Publication.
- Khamchata, L., Dumrongpakapakorn, P, & Theeranut, A. (2018). Metabolic syndrome:
dangerous signs required management.*Srinagarind Medical Journal*, 33(4), 386- 395.
- Srion, J., Rojanasangreang, R., & Sawawiboon, C. (2018) Geriatric emergency. Bangkok :
Sam Lada.
- Wei Xin Chong, J., Hsien-Jie Tan, E., Chong, C.E., Ng, Y., Wijesinghe,R. (2016). Atypical
antipsychotics: A review on the prevalence, monitoring, and management of their
metabolic and cardiovascular side effects. *Ment Health Clin*, 6(4), 178-184.