

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเบาหวานขึ้นจอตา : กรณีศึกษา

โสภณพันธ์ งานจตุรัส, พย.บ.*

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาในระดับต้น ๆ ของประเทศไทย การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้และเกิดโรคแทรกซ้อนทางตา ไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจ เกิดแผลที่เท้าตามมาได้ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยครอบคลุมองค์รวม เพื่อส่งเสริมศักยภาพให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ลดการเกิดโรคแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเบาหวานขึ้นจอตา

วิธีการศึกษา : กรณีศึกษาโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 34 ปี มาด้วยอาการสำคัญ คือ มีอาการตามัว มองไม่ชัด เป็นมา 1 เดือน เข้ารับการรักษาที่คลินิก NCD โรงพยาบาลชัยภูมิ ระหว่างวันที่ 2 พฤษภาคม - 23 สิงหาคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การตรวจร่างกาย การสังเกต ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และเวชระเบียนผู้ป่วย

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นหญิงไทยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเบาหวานขึ้นจอตา ประเมินผู้ป่วยโดยใช้ 11 แบบแผนของกอร์ดอน กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม พบปัญหาทางการพยาบาลดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วยเรื้อรัง 2) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อหมดสติจากการคั่งของสารคีโตนเนื่องจากมีน้ำตาลในเลือดสูง 3) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อคจากน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากใช้อินซูลิน 4) ผู้ป่วยมีโอกาสหัวใจเต้นผิดจังหวะเนื่องจากมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง 5) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง 6) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากมีภาวะโลหิตจาง 7) เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากตามัว มองไม่ชัดเจน และ 8) ผู้ป่วยดูแลตนเองไม่เหมาะสมเนื่องจากบกพร่องความรู้ในการดูแลตนเอง หลังจากให้การพยาบาลตามแผนที่วางไว้ พบว่าปัญหาต่าง ๆ ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น สิ้นหัวใจวิตกกังวลลดลง ค่าน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง ไม่เกิดภาวะภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรัง

สรุป: หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ตามทฤษฎีของกอร์ดอน ทฤษฎีโอเร็ม และรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (chronic care model) แล้วพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น ความวิตกกังวลลดลง ควบคุมระดับน้ำตาลได้ สามารถอยู่กับครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุข

คำสำคัญ : การพยาบาล, เบาหวานชนิดที่ 1, ภาวะแทรกซ้อนเบาหวานขึ้นจอตา

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชัยภูมิ

ส่งเรื่องตีพิมพ์: 10 ธันวาคม 2566

อนุมัติตีพิมพ์: 7 มีนาคม 2567



Nursing care of type 1 diabetes patients with complications of diabetic retinopathy: case study

Sopapan Nganchaturas, RN*

Abstract

Diabetes is a non-communicable disease that is one of the leading problems in Thailand. Improper health behaviors This results in the inability to control sugar levels and eye complications. Chronic kidney failure, heart disease, and foot ulcers can follow. Nurse is an important role in providing holistic nursing care to patients. To encourage patients to change their behaviors, Reduce the occurrence of complications and Reduce health costs.

Objective: To study nursing care for patients with type 1 diabetes who have complications from diabetic retinopathy.

Methods: A case study of type 1 diabetes, 34-year-old Thai female patient who presented at NCD clinic Chaiyaphum Hospital, with the history of blurred vision for 1 month. Between 2 May - 23 August 2023, data were collected from interviews with patients and relatives. Physical examination, observation, laboratory results and patient medical records

Results: Case study patient is a Thai woman with type 1 diabetes who has complications from diabetic retinopathy. Assess patients using Gordon's 11 scales, Formulate nursing diagnosis using Orem's theory. Found nursing problems as follows: 1) The patient is worried about chronic illness. 2) Risk of unconsciousness from the rising of ketones due to high blood sugar. 3) Risk of shock from low blood sugar due to insulin use. 4) Risk of cardiac arrhythmia due to high levels of potassium in the blood. 5) Risk of complications due to high blood pressure. 6) Risk of tissue oxygen depletion due to anemia. 7) Risk of accidents due to blurred vision. Can't see clearly and 8) The patient takes care of himself inappropriately due to lack of knowledge in taking care of himself. After providing nursing care as planned It was found that many problems were resolved. The patient feels better. The worried expression decreased. The sugar level in the blood decreased. There were no acute or chronic complications.

Conclusion: After providing nursing care to this patient according to Gordon's theory, Orem theory, and chronic disease care model, it was found that the patient had better health care behavior. The worried is decrease, sugar levels decreased Able to live happily with family and society.

Keywords: Nursing care, Type 1 diabetes, Diabetic retinopathy complications

*Expert professional nurse Outpatient Nursing Group nursing group Chaiyaphum Hospital

Submission: 10 December 2023

Publication: 7 March 2024



บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาในระดับต้นๆของประเทศไทย โดยสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี 2566 มีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคนและคาดว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิต สูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุก ๆ 5 วินาที ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสม 3.3 ล้านคน ในปี 2563 ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี⁽¹⁾ นอกจากนี้โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง โรคแผลเบาหวานที่เท้า และเบาหวานขึ้นจอตา⁽⁴⁾ทำให้เกิดการทุพพลภาพและเสียชีวิต จึงจำเป็นต้องวางแผนให้การพยาบาลอย่างองค์รวมครอบคลุมมิติกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้

โรคเป็นเบาหวานชนิดที่ 1 มีสาเหตุจากตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้ ต้องฉีดอินซูลินไปตลอดชีวิตโรคเป็นเบาหวานชนิดที่ 1 มีความชุกเพิ่มขึ้นทั่วโลกโดยในปัจจุบันความชุกประมาณ 15 ต่อแสน-ปี⁽³⁾ การดูแลรักษาที่พัฒนาดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีอายุยืนมากขึ้นกว่าในอดีต ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 โดยส่วนใหญ่ คุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตามเป้าหมาย จากสถิติของประเทศไทย พบว่าผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมาย

เพียง ร้อยละ 12-16 เนื่องจากการดูแลผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 มีความซับซ้อน^(2,3) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉินจากน้ำตาลในเลือดสูง น้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง จึงต้องมีการดูแลร่วมกันระหว่างผู้เป็นเบาหวาน ผู้ดูแลและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งต้องให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการจัดระบบการสนับสนุนในการดูแลรักษา (Diabetes self-management education and supports; DSMES)^(3,4) จึงจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการได้ และข้อมูลจากการศึกษาของผู้เชี่ยวชาญ ในการรักษาเบาหวานชนิดที่ 1 ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ยืนยันว่าการนำไปสู่การดูแลตนเองที่ดีมีผลการรักษา ที่ดีขึ้น และโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการดูแลต่อเนื่อง เพื่อสร้างต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (chronic care model; CCM)⁽⁵⁾ โดยมีขั้นตอนและกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมสุขภาพทั้งกายและจิตใจ การป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน การฟื้นฟู⁽⁴⁾ พบว่าผู้ป่วยมีผลการดูแลรักษา ที่ดีขึ้นกว่าเดิม ซึ่งมี 6 องค์ประกอบคือ 1) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-care) และสามารถประเมินสภาวะสุขภาพตนเอง 2) ทีมรักษาจะต้องมีการออกแบบระบบบริการในสถานบริการทั้งภาวะเรื้อรัง หรือภาวะเร่งด่วน 3) การสนับสนุนการดูแลรักษา (Decision support) 4) มีระบบฐานข้อมูลทางคลินิกที่ดี (clinical Information system) 5) มีการวางแผนแนวทางการปฏิบัติงาน 6) การร่วมมือระหว่างชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพ (Community resource linkages)

แนวคิดที่ใช้ในการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยรายนี้ คือแบบแผนการทำหน้าที่ด้านสุขภาพ

(Functional Health Pattern) เป็นกรอบแนวคิดของ (Marjory Gordon)⁽⁶⁾ ประกอบด้วย 11 แบบแผน ได้แก่ 1) การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ 2) ภาวะโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร 3) การขับถ่าย 4) กิจกรรมและการออกกำลังกาย 5) การพักผ่อนนอนหลับ 6) สติปัญญาและการรับรู้ 7) การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ 8) บทบาทและสัมพันธภาพ 9) เพศและการเจริญพันธุ์ 10) การปรับตัวและความทนต่อความเครียด 11) คุณค่าและความเชื่อ และแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม⁽⁷⁾ ได้แก่ 1) ความสามารถในการดูแลตนเอง 2) ความพร้อมในการดูแลตนเอง 3) ทฤษฎีระบบพยาบาล จะช่วยให้พยาบาลสามารถวินิจฉัยความต้องการในการดูแลตนเองและจัดการระบบการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยได้

จากข้อมูลการให้บริการคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลชัยภูมิ พ.ศ. 2563 – 2565 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน 11,318 คน, 11,303 คน, 11,558 คน ตามลำดับ โรคเบาหวานชนิดที่ 1 มีจำนวนผู้ป่วย 90 คน, 98 คน และ 138 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเบาหวานขึ้นจอตา มีจำนวน 466 คน, 395 คน, และ 410 คน ตามลำดับ⁽⁸⁾ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเบาหวานขึ้นจอตา จำนวน 3 คน, 3 คน, และ 8 คน ตามลำดับ⁽⁸⁾ ปัญหาและความสำคัญดังกล่าว จึงทำให้เห็นความสำคัญของการศึกษาผู้ป่วยรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเบาหวานขึ้นจอตา ผู้ป่วยมีประวัติโรคเบาหวานมานานและควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี

มีการเจ็บป่วยด้วยภาวะน้ำตาลสูงและต่ำชนิดเฉียบพลันและรุนแรง ร่างกายอ่อนแอ ท้อแท้สิ้นหวัง ไม่มีกำลังใจในการดูแลตนเอง จนเกิดภาวะแทรกซ้อนเบาหวานขึ้นจอประสาทตา⁽⁹⁾ ต้องได้รับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน และเพื่อให้บริการแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง สามารถดูแลตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข จึงได้จัดทำกรณีศึกษานี้ขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีภาวะแทรกซ้อนเบาหวานขึ้นจอตา

วิธีการศึกษา

1. เลือกรณีศึกษา รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ อาการ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประเมินแบบแผนสุขภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
2. ศึกษาค้นคว้าความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับ โรคเบาหวานชนิดที่ 1 และภาวะแทรกซ้อนเบาหวานขึ้นจอตา ศึกษาทฤษฎีทางการพยาบาล กระบวนการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางกำหนดปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษา (Case study)

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 34 ปี วันที่รับไว้ใน
ความดูแล 26 กรกฎาคม 2566

การวินิจฉัยโรค : 1. Type 1 diabetes mellitus with
Diabetic retinopathy 2. hypertension 3. Anemia
in chronic disease

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล : ตามัว มองไม่ชัด
เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 เดือน และติดตาม
อาการหลังนอนรักษาในโรงพยาบาลด้วย DKA

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน :

ผู้ป่วยเริ่มเป็นโรคเบาหวานเมื่ออายุ 19 ปี
ผู้ป่วยมีอาการปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำบ่อย
เหนื่อย มารดาพามารักษาที่โรงพยาบาลชัยภูมิ
ตรวจพบน้ำตาลในเลือดสูง ได้รับการรักษาด้วย
การฉีดอินซูลิน ผลการรักษาควบคุมระดับน้ำตาล
ไม่ดี มีประวัติ Admit ด้วย DKA (Diabetic
Ketoacidosis) 2 ครั้ง เป็นโรคความดันโลหิตสูง
เมื่ออายุ 25 ปี

3 เดือนก่อนมา มีอาการตาขามัว
มองเห็นเงาสีแดง จักษุแพทย์ตรวจพบเบาหวาน
ขึ้นจอตา PDR BE with TRD RE แพทย์นัดผ่าตัด
17 มกราคม 2567 ผู้ป่วยขอส่งตัวไปผ่าตัดที่
โรงพยาบาลศรีนครินทร์

2 เดือนก่อน มีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ
บ่อยครั้ง ช่วงเวลา 02.00 น. แพทย์พิจารณา ติด
เครื่อง Continuous Glucose Monitoring (CGM)

1 เดือนก่อน มีอาการวิงเวียนศีรษะ
อาเจียน เหนื่อยหอบ มาโรงพยาบาล Admit ด้วย
DKA (Diabetic Ketoacidosis) และ Hypertension
emergency

25 วันก่อน ผู้ป่วยได้ทำการผ่าตัด
Tractional retinal detachment left eye ที่
โรงพยาบาลศรีนครินทร์

3 สัปดาห์ก่อน มีอาการ อาเจียน เหนื่อย
เพลีย หายใจหอบ Admit ด้วยเรื่อง DKA (Diabetic
Ketoacidosis) หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
แพทย์นัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ปฏิเสธการเจ็บป่วย
ด้วยโรคอื่น ๆ

ประวัติการผ่าตัด : ผ่าตัดคลอดบุตร พ.ศ.2565,
ผ่าตัดจอประสาทตาซ้าย เมื่อ 1 กรกฎาคม 2566

ประวัติการแพ้ยา/อาหาร : แพ้ยา Aspirin

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ลักษณะทั่วไป : ผู้ป่วยหญิงไทย ระดับความ
รู้สึกตัวดี รูปร่างผอมสูง ผิวขาวเหลือง น้ำหนัก 45
กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร BMI 17.58
kg/m² ท่าทางอ่อนเพลีย มีตามัว มองไม่ชัดเจน สี
หน้าวิตกกังวล การรับรู้ปกติ ตอบคำถามได้ เยื่อ
บุตาซีดเล็กน้อย ตาขาวไม่เหลือง ตามัว มองไม่ชัด
ผลการตรวจตา 26 เม.ย. 66: VA. ตาขวา : 10/200,
PH 20/100, ตาซ้าย : 20/70, PH 20/30 Fundus :
PDR BE with TRD BE, 3 พ.ค. 66: ตาขวา :
20/200, PH NI ตาซ้าย: 10/200, PH20/20 ตรวจ
อกรูปร่างปกติ ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ อัตราการ
หายใจ 20 ครั้งต่อนาที หัวใจและหลอดเลือด เสียง
หัวใจไม่มีเสียง Murmur จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ
อัตรา 127 ครั้ง/นาที เส้นเลือดดำที่คอไม่โป่งพอง
ความดันโลหิต 100/67 มิลลิเมตรปรอท หน้าท้อง
ไม่มี Lipohypertrophy ตรวจเท้า ไม่มีแผล เท้าไม่
ผิดปกติ คลำชีพจรปกติ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการ	วันที่ตรวจ	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
1. FBS	26 ก.ค.66	310 mg% (70-130 mg%)
	23 ส.ค.66	156 mg% (70-130 mg%)
2. HbA1c	2 พ.ค.66	9.29 % (< 7%)
	23 ส.ค.66	8.71% (< 7%)
3. Creatinine	26 ก.ค.66	Cr 0.3 (0.6-1.2), eGFR 141
	23 ส.ค.66	Cr 0.42 (0.6-1.2), eGFR 134
4. Electrolyte	26 ก.ค.66	Sodium 140 mmol/L (136-146), Potassium 5.4 mmol/L (3.5-5.1) Chloride 140 mmol/L (101-109), Serum bicarbonate 21.5 (22-29)
	23 ส.ค.66	Sodium 140 mmol/L (136-146), Potassium 4.6 mmol/L (3.5-5.1) Chloride 140 mmol/L (101-109), Serum bicarbonate 21.5 (22-29)
		26 ก.ค.66
5. CBC	26 ก.ค.66	

การประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผน
สุขภาพของกอร์ดอน⁽⁶⁾

ประเมินพบความพร่อง จากการ
สัมภาษณ์และข้อมูลเวชระเบียน การรับรู้สุขภาพ
และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็น
โรคเบาหวานชนิดที่ 1 และมีภาวะแทรกซ้อนทาง
ตามีเบาหวานขึ้นจอตา ซึ่งเป็นผลจากการปฏิบัติ
ตัวไม่ถูกต้องทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี
กังวลกลัวตาบอด มองไม่เห็นหน้าลูก กลัวเลี้ยง
ลูกไม่ได้ และเป็นภาระแก่ครอบครัว ด้าน
โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร
รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ รับประทานข้าว
เหนียว ข้าวหอมมะลิ ชอบรับประทานขนมหวาน
น้ำหวาน รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา และฉีด
อินซูลินไม่ตรงเวลา บางมื้อไม่ได้ฉีดอินซูลินก่อน
อาหาร ไม่เคยออกกำลังกาย ไม่มาตรวจตามนัด
แสดงสีหน้าวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

การวินิจฉัยของแพทย์ (Final diagnosis)

1. Type 1 diabetes mellitus with Diabetic
retinopathy 2. Hypertension 3. Anemia in chronic
disease

การรักษาของแพทย์

2 พฤษภาคม 2566: Toujeo 12 unit sc. วัน
ละ 1 ครั้ง ก่อนอาหาร เช้า ครึ่งชั่วโมง, Novorapid
8 unit sc. ก่อนอาหารเช้า ทันที, 6 unit sc. ก่อน
อาหารเที่ยง ทันที และ 2 unit sc. ก่อนอาหารเย็น
ทันที, Mutivitamin 1 เม็ด หลังอาหารเช้า,
Hydralazine (25 mg) 1 x 3 pc, ติด
CGB(Continuous Glucose Monitoring) 1 สัปดาห์

10 พฤษภาคม 2566: Toujeo 12 unit sc.
วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหาร เช้า ครึ่งชั่วโมง,
Novorapid ฉีดตาม Auto scale insulin ก่อนอาหาร
เย็น ทันที (ฉีด TTD 30 ICR 3 CF 60), Hydralazine
(25 mg) 1 x 3 pc

9 กรกฎาคม 2566 : Discharge ยาที่ได้รับ Toujeo 16 unit sc. ก่อนอาหารเย็น 30 นาที, Novorapid sc. ก่อนอาหารทันที ตาม insulin scale ถ้าระดับน้ำตาล >140 นิด 4 unit, >180 นิด 6 unit, > 220 นิด 8 unit, > 260 นิด 10 unit, >300 นิด 12 unit, Hydralazine (25 mg) 1 x 4 pc

26 กรกฎาคม 2566 : Toujeo 16 unit sc. วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเย็น ครึ่งชั่วโมง , Novorapid sc. 3 เวลา ก่อนอาหารทันที ตาม scale insulin ถ้าระดับน้ำตาล >140 นิด 4 unit, >180 นิด 6 unit, > 220 นิด 8 unit, >260 นิด 10 unit, >300 นิด 12 unit แพทย์สั่งยา Hydralazine (25 mg) เนื่องจากมีหัวใจเต้นเร็ว เปลี่ยน Carvedilol (12.5 mg) 1/4 x 2 pc

23 สิงหาคม 2566: Toujeo 16 unit sc. วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเย็น ครึ่งชั่วโมง, Novorapid sc. 3 เวลา ก่อนอาหารทันที ปรับตาม Auto scale insulin, Carvedilol (12.5 mg) 1/4 x2 pc

การวางแผนการพยาบาล : การวางแผนการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ

ระยะก่อนตรวจ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบอกว่าป่วยเป็นเบาหวานตั้งแต่อายุ 19 ปี ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีตามัว มองไม่ชัด มาตรวจที่โรงพยาบาลแพทย์แจ้งเป็นภาวะเบาหวานขึ้นจอตาทั้ง 2 ข้าง หลังจากรักษาโดยการยิงเลเซอร์และผ่าตัดจอประสาทตาซ้าย ยังมีอาการตามัว ผู้ป่วยกลัวตาบอด กลัวไม่เห็นหน้าลูก มีสีหน้าวิตกกังวล

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่เคร่งเครียดหรือวิตกกังวล ประเมินภาวะสุขภาพจิต 2Q ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล พยาบาลสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ รวบรวมข้อมูล วัตถุประสงค์ค้นหาปัญหา ประเมินสุขภาพจิต ประสานส่งต่อจิตแพทย์ อธิบายถึงขั้นตอนการรักษา และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึก รับฟังด้วยความตั้งใจ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย

การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ยิ้มแย้มแจ่มใสขึ้น ประเมินสุขภาพจิต 2Q ปกติ

ระยะขณะตรวจ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อหมดสติจากการกึ่งของสารคีโตน เนื่องจากมีน้ำตาลในเลือดสูง

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยเล่าว่า ลืมฉีดอินซูลินมือเที่ยงบ่อย 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ FBS 310 mg% Hba1c 9.29 % มีประวัติ 1 เดือนก่อน Admit ด้วย DKA 2 ครั้ง

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะเฉียบพลันเนื่องจากน้ำตาลในเลือดสูง

เกณฑ์การประเมินผล ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.4°C ชีพจร 80-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ สังเกตอาการภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ให้การพยาบาลเบื้องต้น

และประสานส่งต่อห้องฉุกเฉิน ตรวจเยี่ยมและประเมินอาการเป็นระยะ ๆ เพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงขณะรอตรวจ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพ แผนการรักษา เป้าหมายการรักษา การดูแลตนเองเมื่อมีระดับน้ำตาลสูงมากกว่า 250 mg% แนะนำดื่มน้ำเปล่ามาก ๆ ดื่มน้ำหวาน น้ำตาล และรับประทานอาหารที่มีดัชนีน้ำตาลต่ำ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สอนทักษะการตรวจ SMBG การแปลค่าน้ำตาล ทักษะทำ Auto Scale insulin โดยการ เจาะ-นับ-ฉีด-กิน⁽⁴⁾ ส่งปรึกษานักโภชนาการ เพื่อคำนวณพลังงาน สัดส่วนคาร์โบไฮเดรต โปรตีนและไขมันที่ร่างกายต้องการต่อวัน และการนับคาร์โบไฮเดรตในอาหารและเครื่องดื่ม (การนับคาร์บ)⁽¹⁰⁾ จัดตั้งไลน์กลุ่ม แนะนำอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ช่องทางติดต่อกรณีฉุกเฉิน ติดตามเยี่ยมบ้าน

การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีเหนื่อยหอบ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน สัญญาณชีพ T=36.5°C, ชีพจร 127 ครั้ง/นาที, หายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 100/67 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อคจากน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจากใช้อินซูลิน รักษาด้วยอินซูลิน

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยเล่าว่า มีใจหวิว น้ำตาลต่ำตอนบ่ายและกลางคืน ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา รับประทานอาหารได้น้อย จากผลการตรวจตรวจน้ำตาลในเลือดแบบต่อเนื่อง (CGM) เป็นเวลา 1 สัปดาห์ พบมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ 55 mg% ช่วงเวลา 13.00 น. และ 68 mg% เวลา 02.00 น. ใช้อินซูลินที่ออกฤทธิ์เร็วและออกฤทธิ์

ยาว คือ Novorapid (Insulin Aspart) และ Toujeo (Insulin glargine)

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล ระดับความรู้สึกตัว ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 70-180 mg%

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินระดับความรู้สึกรู้ตัว สัญญาณชีพ ประเมินอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ รู้สึกคล้ายจะเป็นลม เหงื่อแตก ตัวเย็น มือสั่น ใจสั่น มึนงง สับสน เชื่องซึมหรือหมดสติ ถ้าผู้ป่วยมีอาการให้ตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้วทันที ให้การพยาบาลเบื้องต้น รายงานแพทย์ และประสานส่งต่อไปห้องฉุกเฉิน จัดให้อยู่ในบริเวณสังเกตอาการ ใกล้ชิด ตรวจเยี่ยมและประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ ทุก 30 นาที เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงและอาการทรุดลงขณะรอตรวจ ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สาเหตุ การดูแลตนเอง การป้องกันการเกิดซ้ำ และวิธีการขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน

การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ, FBS 156 mg%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ เนื่องจากมีโพแทสเซียมในเลือดสูง

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยเล่าว่า รับประทานผลไม้กล้วยหอม และแคนตาลูปมาก ค่า Potassium 5.4 mmol/L (ค่าปกติ 3.5-5.1 mmol/L)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง

เกณฑ์การประเมินผล ไม่เหนื่อยเพลีย ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ค่าโพแทสเซียมในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3.5 – 5.1 mmol/L

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินสัญญาณชีพและอาการภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยเพลีย ท้องผูก เป็นตะคริว กล้ามเนื้อกระตุก กล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นผิดจังหวะ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Kalimate 15 กรัม ผสมน้ำ 50 มิลลิลิตรรับประทานทันที ตามแผนการรักษาของแพทย์ แนะนำดื่มน้ำ 6- 8 แก้วต่อวัน หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง เช่น ถั่ว เมล็ดแห้ง มะละกอ กว๊าย ส้ม ลำไย ลูกเกด ลูกพรุน แครอท มะเขือเทศ หน่อไม้ฝรั่ง คะนากวางตุ้ง บล็อกเคอรี่ เป็นต้น และแนะนำการมาตรวจตามนัด เพื่อติดตามค่า Electrolyte ในการนัดครั้งต่อไป

การประเมินผลการพยาบาล ไม่มีเหนื่อย ไม่มีใจสั่น ค่าโพแทสเซียมในเลือด 4.6 mmol/L จากการมาติดตามอาการตามนัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนจากภาวะโลหิตจาง

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ตรวจร่างกายเปลือกตาล่างซีดเล็กน้อย Hct 32.4% (ค่าปกติ 34 -45%), MCV 69.4 (ค่าปกติ 80-100)

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล ระดับความรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ T 36.5-37.4 °C, ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท ค่าระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนจากปลายนิ้ว (SpO₂) อยู่ในเกณฑ์ปกติ 96-99%

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินสัญญาณชีพ, ค่าระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนจากปลายนิ้ว (SpO₂) และสังเกตอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อในร่างกายพร่องออกซิเจน อธิบายพยาธิสภาพ และแผนการรักษา การดูแลตนเองที่จำเป็น สังเกตอาการผิดปกติ เช่น วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม เหนื่อยหอบ แนะนำเลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก วิตามิน และสารอาหาร เช่น เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ปลา นม ไข่ ตับหมู เลือดหมู รัชพูพืช⁽¹¹⁾ ดื่มน้ำให้เพียงพอต่อวันอย่างน้อยวันละ 6 - 8 แก้ว แนะนำการป้องกันการติดเชื้อ และการรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล ไม่ไปในสถานที่ชุมชนแออัด สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อย ๆ

การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี, ค่าระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนจากปลายนิ้ว (SpO₂) 97% สัญญาณชีพ T 36.5 °C, ชีพจร 127 ครั้ง/นาที, หายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 100/67 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ มีเรื่องวิตกกังวล, ความดันโลหิต 170/100 mmHg (25 มิ.ย. 2566)

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล
ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง

เกณฑ์การประเมินผล ระดับความรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ T 36.5-37.4°C, ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ เป้าหมายการรักษา ภาวะแทรกซ้อน แนะนำการปฏิบัติตัว หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง รสเค็ม อาหารหมักดอง เครื่องปรุงรสต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ วันละ 6-8 ชั่วโมง และการคลายเครียด⁽¹²⁾ รับประทานยาลดความดันโลหิตตามที่แพทย์ปรับใหม่อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และแนะนำอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น ปวดศีรษะรุนแรง ปากเปื่อย พุงไม่ซัด อ่อนแรง ครึ่งซีก แขนหน้าอก ใจสั่น วิงเวียนศีรษะหรือหน้ามืด เป็นต้น

การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ความดันโลหิต 100/67 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มเนื่องจากตามัว มองเห็นไม่ชัดเจน

ข้อมูลสนับสนุน มีอาการตามัว มองเห็นไม่ชัดเจน ผลการวัดสายตา RE 10/200 LE 20/70 แพทย์วินิจฉัย เป็น เบาหวานขึ้นจอประสาทตา

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล
เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเบาหวานขึ้นจอตา

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มเนื่องจากการมองเห็นไม่ชัดเจน

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาความต้องการและการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประเมินระดับความสามารถการมองเห็น และกิจวัตรประจำวัน เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดอุบัติเหตุจากการมองเห็นไม่ชัดเจน อธิบายพยาธิสภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานขึ้นจอตา และแผนการรักษา การดูแลตนเองที่จำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง แนะนำปฏิบัติตัว การจัดสิ่งแวดล้อม จัดแสงสว่างให้เพียงพอ ระวังการใช้ของมีคม ไม่ขับขีเยี่ยวพาหนะ ปรับขนาดตัวอักษรใหญ่ขึ้น เพื่อสื่อสารแผนการรักษาของแพทย์ได้แก่ ตารางปรับอินซูลิน (Auto scale insulin) สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น ปวดบวม แดงที่ตา ตามัวมากขึ้นและตามีคอบอด การมาตรวจและมารับการผ่าตัดจอตาข้างขวา ตามที่จักษุแพทย์นัด

การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

ระยะหลังตรวจ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสมเนื่องจากบกพร่องความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยนับคาร์บ (คาร์โบไฮเดรต) ไม่ถูกต้อง, รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา, ไม่มีอินซูลินบางมื้อ, รับประทานขนม

หวานและน้ำตาลในเลือด, HbA1C 9.29 %, FBS 310 mg%, มีโรคแทรกซ้อนเบาหวานขึ้นจอตา

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ควบคุมโรคได้ดีขึ้น ไม่มาอนโรงพยาบาลด้วย ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน

เกณฑ์การประเมินผล HbA1C

ลดลงจากเดิม และระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล ประเมิน

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป้าหมาย การรักษา ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและ ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง อาหารและการนับ คาร์โบไฮเดรต การฉีดอินซูลิน เทคนิคการฉีด การเก็บอินซูลิน ให้ความรู้ เสริมพลัง สร้าง แรงจูงใจและสนับสนุนการจัดการตนเอง เพื่อการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ให้สามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ป้องกันและชะลอการ เกิดภาวะแทรกซ้อน สอนทักษะเพื่อการดูแล ตนเองตามหลัก DSMES^(3,4) ได้แก่ ความรู้เบื้องต้น โรคเบาหวาน โภชนบำบัด การออกกำลังกาย ยา รักษาเบาหวาน การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ด้วยตนเอง ภาวะน้ำตาลต่ำและสูง และวิธีป้องกัน แก้ไข โรคแทรกซ้อนจากเบาหวานและโรคร่วม การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป การดูแลเท้า การดูแลสุขภาพช่องปาก และการดูแลในภาวะพิเศษเช่น ตั้งครรภ์ ขึ้นเครื่องบิน เป็นต้น และการวางแผน จำหน่ายตามหลัก D-METHOD จัดการให้ได้รับการ สนับสนุนเครื่องตรวจน้ำตาลแบบพกพาและ แผ่นตรวจน้ำตาลฟรีตามสิทธิการรักษา⁽¹³⁾ เชื่อม ข้อมูลเครื่องตรวจน้ำตาลกับแอปพลิเคชันใน

โทรศัพท์มือถือ เพื่อให้ทีมผู้รักษาและสหวิชาชีพ ประเมินผลการรักษาได้ ให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มไลน์ เบาหวาน เพื่อติดต่อปรึกษาและเรียนรู้การปฏิบัติ ตัวด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ติดตามเยี่ยมบ้าน และ แนะนำการมาตรวจตามนัด

การประเมินผลการพยาบาล

HbA1C 8.71 %, FBS 156 mg%

สรุปกรณีศึกษา (Conclusion of case report)

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 34 ปี มีประวัติป่วย ด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และมีภาวะแทรกซ้อน เบาหวานขึ้นจอตา ร่วมกับความดันโลหิตสูงและ ภาวะซีด จากการประเมินสุขภาพตามกรอบ แนวคิดของกอร์ดอน และทฤษฎีของโอเร็ม พบ ภาวะวิตกกังวลเป็นหลัก นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังมี ภาวะเสี่ยงต่อการหมดสติจากภาวะคั่งสารคีโตน และเสี่ยงต่อภาวะช็อกต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ รวมถึงเสี่ยงต่อ ภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน และการเกิด อุบัติเหตุหกล้มเนื่องจากตาพร่ามัว

จึงได้กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและ ให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลในระยะ ก่อนตรวจ ขณะตรวจและหลังตรวจ มีการติดตาม เยี่ยมบ้าน ส่งต่อชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ภายหลังการดำเนินการ ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความ วิตกกังวล ช่วยเหลือตัวเองได้ การมองเห็นชัด มากขึ้น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเรื่องการ ควบคุมอาหาร การตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว การฉีด อินซูลิน (เจาะ-นับ-ฉีด-กิน) ได้ถูกต้องและตรง เวลา ค่าระดับน้ำตาลลดลง ไม่มีอาการน้ำตาลใน เลือดสูงหรือต่ำ

วิจารณ์

จากการศึกษารายกรณีผู้ป่วยรายนี้ซึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และมีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังคือเบาหวานขึ้นจอตา เกิดภาวะเฉียบพลันภาวะเลือดเป็นกรดจากน้ำตาลในเลือดสูง (DKA) เนื่องจากที่ผ่านมาผู้ป่วยขาดความตระหนัก มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ไม่ควบคุมการรับประทานอาหาร นิดอินซูลินไม่สม่ำเสมอและไม่มาตรวจตามนัด ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเป้าหมาย ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง จนเกือบจะสูญเสียการมองเห็น ดังนั้นพยาบาลผู้ให้การดูแลต้องมีทักษะความรู้ ความสามารถใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ เพื่อจัดการส่งเสริมพลังอำนาจ สร้างแรงจูงใจ ให้ความรู้ตามหลัก DSMES แก่ผู้ป่วยเพื่อช่วยให้สามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น⁽¹⁴⁾ วางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมทุกมิติ การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน รวมทั้งการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเพื่อสร้างความไว้วางใจ สนับสนุน ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁵⁾ เพื่อไม่ให้ได้รับผลกระทบที่รุนแรง และชะลอภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้น และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการได้ทั้งการพยาบาลในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิ

ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริมการจัดตั้งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทัศนคติ ประสบการณ์ สร้างแรงจูงใจโดยมี

ผู้ป่วยหรือบุคคลตัวอย่าง มีการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและเผชิญกับโรคที่เป็นอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรจัดอบรมส่งเสริมความรู้แก่ทีมสุขภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างสม่ำเสมอและควรจัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1

3. สนับสนุนการจัดการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ควรมีการทบทวนความรู้ DSMES ทุก 1 ปี และจัดหาสนับสนุนแผ่นตรวจสารคีโตนในปัสสาวะ

4. ควรมีการประสานทีมงานจักษุ เพื่อให้ความรู้และตรวจคัดกรองจอประสาทตาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคเบาหวาน ปี 2565. [อินเทอร์เน็ต]. [วันที่เข้าถึง 1 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/181256>.
- วีระศักดิ์ ศรีนนทการ, [บรรณาธิการ]. การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ยากต่อการรักษา. กรุงเทพฯ : กลุ่มงานอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557.
- ทิพาพร ธาระวานิช. แนวทางใหม่ของเวชปฏิบัติในการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 1. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://cimjournal.com/conference/update/guideline-t1dm/>

4. สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพฯ: สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. 2566.
5. จิตสุดา บัวขาว. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. นนทบุรี: สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์. 2559.
6. Gordon M. Nursing diagnosis: process and application. St.Louis: Mosby. 1994.
7. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. Nursing: Concepts of practice. (6th ed.). St. Louis : Mosby. 2001.
8. โรงพยาบาลชัยภูมิ. รายงานสถิติห้องตรวจคลินิก NCD โรงพยาบาลชัยภูมิ ประจำปี 2563 – 2565. ชัยภูมิ : โรงพยาบาลชัยภูมิ. 2565.
9. โสมนัส อุดสุวรรณ. เบาหวานขึ้นจอตา (Diabetic Retinopathy). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=919>.
10. สุภาวดี ลิขิตมาศกุล และคณะ, [บรรณาธิการ]. รู้จักคาร์บ รู้จักนับ ปรับสมดุล ควบคุมเบาหวาน. กรุงเทพฯ : สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. 2560.
11. กิตติ ต่อจรัส, พิมพ์ลักษณ์ เจริญขวัญ, [บรรณาธิการ]. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการรักษาภาวะโลหิตจางและธาลัสซีเมีย. กรุงเทพฯ : สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย. 2563.
12. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2562.
13. เครือข่ายบริหารและการลงทะเบียนเบาหวานชนิดที่ 1 และเบาหวานวินิจฉัยก่อนอายุ 30 ปี ประเทศไทย (T1DDAR CN). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.dmthai.org/new>.
14. กฤษฎา จีระวงศ์พานิช, จามจรี เวียงนาค, หยาดฝน ดิชบงค์, อุดลย์ ครัวมสมบูรณ์. การศึกษาเบื้องต้นการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ในผู้ใหญ่ตอนต้น ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา. บูรพาเวชสาร 2564;8(1): 41-55.