

การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน
ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรงและมีโรคร่วม: กรณีศึกษา

NURSING CARE FOR SELF-MANAGEMENT PROMOTION OF DIABETES MELLITUS
PATIENTS WITH SEVERE HYPOGLYCEMIA AND CO-MORBIDITIES: A CASE STUDY

ภาวิชัยพร หมอยา¹ และธัญยธรณ์ มงคลสุขภิรมย์^{2*}

Pavisporn Mhoya¹ and Tanyatorn Mongkolsukpirom^{2*}

^{1,2}กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพิจิตร

^{1,2}Nursing Department, Phichit Hospital

Received: May 11, 2025 / Revised: June 11, 2025 / Accepted: June 20, 2025

บทคัดย่อ

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ซึ่งจะเพิ่มโอกาสการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำ และทำให้มีอุบัติการณ์การเสียชีวิตสูง หากเทียบกับระดับน้ำตาลในเลือดสูง ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องมีการจัดการตนเองที่เหมาะสม เพื่อป้องกันหรือชะลอการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การประเมินอาการ และการจัดการตนเองเบื้องต้นให้เกิดความปลอดภัย และผลลัพธ์ที่ดีต่อตนเองในระยะยาว บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะดูแลแรกเริ่ม ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ป้องกันการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ตลอดจนสามารถดูแลตนเองได้

คำสำคัญ: ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การจัดการตนเอง การพยาบาล

Abstract

Hypoglycemia is a major complication for diabetic mellitus patients with eating problems, which increases the chance of re-admission and high incidence of mortality rate compared to hyperglycemia. So, diabetic mellitus patients need to have proper self-management to prevent or delay the re-admission with hypoglycemia. Therefore, the nurse has important roles in promoting self-management of diabetic mellitus patients by providing them the knowledge about the prevention of hypoglycemia, symptom assessment, and initial self-management to ensure safety and long-term positive outcomes. The purpose of this article is to review about self-management, hypoglycemia and the nursing care for diabetic mellitus patients with hypoglycemia in three phases: the initial care phase, the continuous care phase, and the discharge planning phase to

*Corresponding Author

E-mail: Tanyatorn.mong@gmail.com

save the patients from complication, prevent re-admission with hypoglycemia as well as being able to self-care.

Keywords: Hypoglycemia, Self-Management, Nursing Care

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus: T2DM) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลก พบข้อเท็จจริงที่ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 200 ล้านคนในปี ค.ศ. 1990 เป็น 830 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2022 โดยพบว่าอัตราการเกิดโรคอย่างรวดเร็วขึ้นสัมพันธ์กับประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง (World Health Organization, 2024) ตลอดจนประเทศที่มีรายได้สูง ดังเช่นประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าในปี ค.ศ. 2021 ประชากร 38.4 ล้านคนป่วยเป็นโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 11.6 ซึ่งการเกิดโรคเบาหวานนั้นจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยพบสูงถึงร้อยละ 29.2 ในกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป (Centers for Disease Control and Prevention, 2024) สำหรับประเทศไทย กรมอนามัยรายงานว่าปี พ.ศ. 2565-2567 มีอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานเท่ากับ 528.26, 570.40 และ 604.69 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และในเขตสุขภาพที่ 3 มีอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานสูงขึ้นตามไปด้วยเท่ากับ 598.78, 652.32 และ 666.37 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (Department of Health, Ministry of Public Health, 2025) นอกจากนี้โรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (Sudden Cardiac Death: SCD) ในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 36 ปี อยู่ที่ 21.9 ต่อ 100,000 คนต่อปี และตั้งแต่ 36 ปีขึ้นไป อยู่ที่ 119.8 ต่อ 100,000 คนต่อปี (Lynge et al., 2019) จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เป็นเหตุให้เสียชีวิตตามมา

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคเบาหวานคือ

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคม ทั้งนี้อาจเพราะปัจจัยที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย เป็นต้น และ 2) ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ ระดับดัชนีมวลกาย ระดับไขมัน HDL (Poolsanguan, 2022) แรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Srijompon & Muktabhant, 2018; Paoweingkam & Kehanak, 2022) และการจัดการตนเองเป็นเรื่องสำคัญที่ผู้ป่วยเบาหวานสามารถออกแบบกิจกรรมได้ด้วยตนเอง (Pahn et al., 2025) ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องมีการจัดการตนเองเบื้องต้น (Casegas, 2024) และได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยในการดำเนินชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

หลักการรักษาเบาหวานมุ่งเน้นการดูแลรักษาแบบองค์รวม ประกอบด้วยหลักการ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินทางคลินิก (Comprehensive Medical Evaluation) เป็นการซักประวัติให้รับรู้ถึงความเสี่ยง อาการแสดงและความรุนแรงจากการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ตรวจร่างกาย การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ Plasma Glucose, HbA1c, Lipid Profile, Serum Creatinine, Urine Analysis and Urine Albumin Creatinine Ratio, AST (SGOT), ALT (SGPT) ประเมินโรคร่วมอื่น เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน Fatty Liver, Sleep Apnea และ Periodontitis เป็นต้น และประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาหารเสริม

และยาสมุนไพร เป็นต้น 2) การตั้งเป้าหมายการรักษา โดยมีวัตถุประสงค์คือ ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 3) การวางแผนการรักษา โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Lifestyle Modification) เช่น โภชนาการที่ดี มีการออกกำลังกาย ทางไกลบุหรืหรือไม่ดื่มสุรา และนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ร่วมกับการใช้ยาที่ต้องคำนึงถึงปัจจัยที่จะส่งเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากน้ำตาลในเลือดต่ำได้ เช่น ผู้สูงอายุ มีโรคไตเรื้อรัง และรับประทานอาหารได้น้อยลงหรือไม่เป็นเวลา ทำให้เกิดอาการในกลุ่ม Neuroglycopenic หมดสติ หรือไม่รู้สีกตัว เป็นต้น (Boonyarit, 2020; McCall et al., 2023) และ 4) การตรวจติดตาม ต้องมีการตรวจระดับ HbA1c ทุก 3 เดือนถึง 6 เดือน เพื่อควบคุมโรค (Rattarasarn, 2025) ดังนั้นการมีการจัดการตนเองที่ดี (Piasupun & Methakanjanasak, 2012) อาจช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ใช้กลยุทธ์ในการป้องกันและรักษาสุขภาพที่ออกแบบด้วยตนเองได้ต่อเนื่อง

พฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจะเกิดได้หรือไม่นั้นต้องอาศัยการสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง เพื่อค้นหาวิธีการ รูปแบบหรือแนวทาง โดยมีกลยุทธ์ที่จะลดโอกาสเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากน้ำตาลในเลือดต่ำ (American Diabetes Association Professional Practice Committee, 2025) ตามแบบแผนการดำเนินชีวิตทั้ง 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) การออกกำลังกาย (Physical Activity) โภชนาการ (Nutrition) สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Interpersonal Relations) การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) และการจัดการความเครียด (Stress Management) (Danyuthasilpe, 2018) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.68$, $SD = 0.24$) (Sripum et al., 2021) ที่เป็นเช่นนี้เพราะผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุ (Centers

for Disease Control and Prevention, 2024) ดังนั้นการมีอายุ 60 ปีขึ้นไปทำให้ขาดความกระตือรือร้นในการจัดการตนเอง ยังคงการรับประทานอาหารที่มีรสหวาน รับประทานยารักษาโรคเบาหวานมาเป็นเวลานาน ไม่ค่อยเห็นความเปลี่ยนแปลงของอาการ ทำให้ไม่เคร่งครัดในเรื่องการรับประทานยา การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เหมาะสมส่งผลต่อตำแหน่งฉีดยารักษาโรคเบาหวานมักมีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาเป็นสำคัญ

ตามแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) ของแคนเฟอร์และกาลิก บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) เป็นความรับผิดชอบของบุคคลในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพที่ออกแบบด้วยตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมาย เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพดี ซึ่งเจอฮาร์ด (Gerhardt, 2010) ได้อธิบายมโนทัศน์หลักของการจัดการตนเองไว้ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินตนเอง (Self-Assessment) ให้เข้าใจตนเองตามความเป็นจริง โดยคำนึงถึงปัจจัยที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคของความสำเร็จ 2) การตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) จากการเปิดมุมมองใหม่ที่เป็นไปได้ให้บรรลุผลตามความต้องการ 3) การกำกับตนเอง (Self-Monitoring) ด้วยกระบวนสังเกตและควบคุมตนเองโดยการบันทึกพฤติกรรม และ 4) การประมาณตนเอง (Self-Evaluation) บนพื้นฐานของความพอดีในการดูแลตนเองที่เหมาะสม ดังนั้นหากผู้ป่วยเบาหวานมีการจัดการตนเองที่ถูกต้อง จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อยกระดับสุขภาพของตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพิจิตร เป็นสถานที่รองรับผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. 2565-2567 มีผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษา 78, 79 และ 79 ราย ตามลำดับ ซึ่งในจำนวนนี้พบว่า มีอัตราการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรงเท่ากับ 15.39, 2.53 และ 1.27 ตามลำดับ (Information Technology & Communication Centre, 2025)

แม้ว่าภาวะดังกล่าวจะพบเป็นส่วนน้อย แต่กลับมีโอกาสดังกล่าวในเลือดต่ำกลับเป็นซ้ำ จากการรับประทานอาหารน้อยลง การออกกำลังกาย และการใช้ยาไม่ถูกต้อง การดื่มแอลกอฮอล์ การมีโรคร่วมที่ติดตามการรักษาไม่สม่ำเสมอ การดูแลสุขภาพอนามัยร่างกายและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ไม่เพียงพอ (Elghobashy et al., 2023) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ต่อเนื่อง จึงทำให้เกิดภาวะดังกล่าวได้ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็นสาเหตุที่ปรับเปลี่ยนได้โดยพยาบาล ดังนั้นการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานจึงเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็น

ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาผลของการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรงและมีโรคร่วม โดยนำแนวคิดการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ด้วยตนเอง ลดความรุนแรง และชะลอโอกาสกลับเข้ามารับการรักษาย้ำภายใน 28 วัน อันจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสืบไป

วิธีดำเนินการศึกษา

1. คัดเลือกผู้ป่วยกรณีศึกษาที่น่าสนใจ และศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากการซักประวัติและเวชระเบียน
2. ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล
4. สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงอายุ 67 ปี 2 เดือน น้ำหนัก 92 กิโลกรัม ส่วนสูง 159 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 36.39 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

การวินิจฉัยโรค DM type 2 with symptomatic

hypoglycemia with infection wound right calf

อาการสำคัญ ซึม 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 สัปดาห์ก่อนมา มีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย รับประทานยารักษาโรคเบาหวานตามปกติ

3 วันก่อนมา มีไข้ อึดแน่นท้อง รับประทานอาหารได้น้อยลง ไม่ได้รับการรักษา

4 ชั่วโมงก่อนมา มีอาการท้องเสีย 1 ครั้ง ไม่ได้รับประทานอาหารมือเทียงและมือเย็น

1 ชั่วโมงก่อนมา ญาติพบผู้ป่วยมีอาการซึมลง โทรแจ้ง 1669 เพื่อมารับไปโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

มีประวัติโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวานมา 20 ปี รับประทาน Metformin (500) 2 x 3 ๐ pc, Glipizide (5) 2 x 2 ๐ ac, Simvastatin (20) 1/2 x 1 ๐ hs, Vitamin B co 1 x 3 ๐ pc, Aspirin (81) 1 x 1 ๐ pc, Enalapril (20) 1 x 1 ๐ pc, Pioglitazone (15) 2 x 1 ๐ ac ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เคยมีประวัติภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจนต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล 2 ครั้ง และ 7 ปีก่อนมีประวัติอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ล้ม มีแผลที่เท้าขวาเล็กน้อย

ปฏิเสธการแพ้ยา หรือแพ้อาหาร

ปฏิเสธการผ่าตัด

อาการแรกเริ่ม

ซึมหลับ E1M4V2 หายใจเหนื่อยหอบ ไม่มีเหงื่อออก ตัวเย็น สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 144/77 มิลลิเมตรปรอท วัดความอิ่มตัวของออกซิเจน 93% (Room Air) มีระดับน้ำตาลในเลือด 37 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้ 50% Glucose 50 ml IV push ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดซ้ำ 97 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ดูแลให้สารน้ำ 10% DN/2 1,000 ml IV rate 60 ml/hr ฟังปอดพบ Clear, Equal breath sound both lungs Chest x-ray พบ Cardiomegaly ดูแล

ให้ O₂ Cannula 3 ลิตรต่อนาที Extremity พบแผลบริเวณน่องข้างขวา ขนาด 3x2 เซนติเมตร มีเนื้อตายขอบแผลซีด เก็บ Pus ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การรักษาและอาการเปลี่ยนแปลง

วันที่ 1 ผู้ป่วยซึม ปลุกตื่น E3M5V5 หายใจเหนื่อยง่าย ให้ O₂ Cannula 3 ลิตรต่อนาที อ่อนเพลีย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/82 มิลลิเมตรปรอท วัดความอิ่มตัวของออกซิเจน 97% ติดตาม DTX q 1 hr x 2 ครั้ง, DTX q 2 hr x 2 ครั้ง (Keep 100-250 mg%) then premeal, hs (Keep 80-250 mg%) if DTX > 250 mg% ลด IV เหลือ 40 ml/hr ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 112-136 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เจาะเลือดส่งตรวจ CBC, BUN, Cr, Electrolyte พบ Potassium 2.82 มิลลิโมลต่อลิตร ดูแลให้ KCL tab (500) 4 tabs $\odot$ stat

วันที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง E4M6V5 หายใจเหนื่อยไม่หอบ ให้ O₂ Cannula 3 ลิตรต่อนาที ยังอ่อนเพลีย อึดแน่นท้องเล็กน้อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 104/53 มิลลิเมตรปรอท วัดความอิ่มตัวของออกซิเจน 98% ติดตาม DTX premeal, hs (Keep 80-250 mg%) ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 131-207 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร, Off IV ฟังปอดพบ Creptitation ให้ Furosemide 40 mg IV stat then q 8 hr, พรงนี้เจาะเลือดส่งตรวจ BUN, Cr, Electrolyte, CXR, ดูแลให้ Elixir KCL 30 ml $\odot$ x 1 dose และ Dicloxacillin (250) 1 x 4 $\odot$ ac

วันที่ 3 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง E4M6V5 หายใจเหนื่อยง่าย Room Air ทุเลาอ่อนเพลีย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 139/66 มิลลิเมตรปรอท วัดความอิ่มตัวของออกซิเจน 98% ให้ Furosemide 40 mg IV q 8 hr, พบ Potassium 2.93

มิลลิโมลต่อลิตร ดูแลให้ Elixir KCL 30 ml $\odot$ q 4 hr x 2 dose, พรงนี้เจาะเลือดส่งตรวจ Electrolyte, CXR, ติดตาม DTX premeal, hs (Keep 80-250 mg%)

วันที่ 4 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง E4M6V5 หายใจเหนื่อยง่าย Room Air ทุเลาอ่อนเพลีย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/64 มิลลิเมตรปรอท วัดความอิ่มตัวของออกซิเจน 96% ติดตาม DTX premeal bid, (Keep 80-200 mg%), On RI scale if DTX 201-220 mg% ให้ RI 4 unit sc, 221-260 mg% ให้ RI 6 unit sc, 261-300 mg% ให้ RI 8 unit sc, 301-350 mg% ให้ RI 10 unit sc, if DTX < 80, > 350 p/s notify, ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 154-228 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ได้รับ RI 6 unit sc, Off Foley's cath, พบ Potassium 3.10 มิลลิโมลต่อลิตร ดูแลให้ Elixir KCL 30 ml $\odot$ q 4 hr x 2 dose, พรงนี้เจาะเลือดส่งตรวจ Electrolyte, Mg, ฟังปอดพบ creptitation ให้ Furosemide (40) 1x2 $\odot$ pc เข้า-เที่ยง

วันที่ 5 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4M6V5 หายใจสม่ำเสมอ Room air สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 126/60 มิลลิเมตรปรอท วัดความอิ่มตัวของออกซิเจน 98% พบ Potassium 3.20 มิลลิโมลต่อลิตร ดูแลให้ Elixir KCL 30 ml $\odot$ q 4 hr x 1 dose, ระดับน้ำตาลในเลือดคงที่ แพทย์พิจารณาให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลาเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 5 วัน

จากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา Recurrent Hypoglycemia เนื่องจากยาที่ได้รับมียากลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งอินซูลินจากเบต้าเซลล์ของตับอ่อน (Insulin Secretagogues) ประเภท Sulfonylureas ออกฤทธิ์โดยการจับกับ Sulfonylurea Receptor ที่เบต้าเซลล์ของตับอ่อนรวมอยู่ด้วย และผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาดังกล่าว

การพยาบาลกรณีศึกษา

จากการศึกษาข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยได้มีการวางแผนการพยาบาลตามแนวคิดการจัดการตนเอง ร่วมกับกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) แบ่งการดูแลเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะดูแลแรกเริ่ม เป็นการพยาบาลตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จนผ่านพ้นระยะวิกฤต 2) ระยะดูแลต่อเนื่อง เป็นการพยาบาลหลังพ้นระยะวิกฤตจนถึงก่อนจำหน่าย และ 3) ระยะวางแผนจำหน่าย เป็นการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ระยะดูแลแรกเริ่ม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1

มีโอกาสดังอันตรายจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

“ซึม 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล”

E1M4V2 อ่อนเพลีย ไม่มีเหงื่อออก ตัวเย็น
ระดับน้ำตาลในเลือด 37 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

มีประวัติโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน
เคยมีประวัติภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจนต้องเข้ารับ
การรักษาที่โรงพยาบาล 2 ครั้ง

การวินิจฉัยโรค Symptomatic hypoglycemia
with infection wound right calf

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
และมีระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสมตามแผนการ
รักษา

เกณฑ์การประเมินผล

ไม่มีอาการกระสับกระส่าย สั่น หรืออ่อนเพลีย
ไม่มีเหงื่อออก หรือตัวเย็น

ระดับความรู้สึกตัวปกติ (Glasgow Coma Score
13-15 คะแนน)

ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ อยู่ระหว่าง 80-250
มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

กิจกรรมการพยาบาล

1. ซักประวัติ ประเมินอาการและอาการแสดง
ของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น กระสับกระส่าย
เหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น คลื่นไส้ เวียนศีรษะ ระดับ
ความรู้สึกตัวลดลงหรือซึมลง เป็นต้น

2. ประเมินและติดตามสัญญาณชีพทุก 2-4
ชั่วโมง จนอาการคงที่

3. ดูแลให้ 50% Glucose 50 ml IV push
และสารน้ำ 10% DN/2 1,000 ml IV rate 60 ml/hr
ทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง และเฝ้าระวังภาวะ
หลอดเลือดดำอักเสบ

4. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดบริเวณปลายนิ้ว
หลังให้ 50% Glucose 50 ml IV push 15 นาที ให้
ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
(McCall et al., 2023) และทุก 1 ชั่วโมง 2 ครั้ง ทุก
2 ชั่วโมง 2 ครั้ง ก่อนมื้ออาหารทุกมื้อ และก่อนนอน
ให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 80-250 มิลลิกรัม
ต่อเดซิลิตร

5. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเบาหวาน
ที่เน้นอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต (McCall et al.,
2023) และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสชาติหวาน มัน
โดยให้รับประทานอาหารในปริมาณที่เหมาะสม คงที่
และตรงเวลา เพื่อป้องกันระดับน้ำตาลในเลือดต่ำแบบ
ลูกกลาม

6. ดูแลให้ยาอินซูลินชนิดออกฤทธิ์เร็ว
(Short-Acting Insulin) คือ Regular Insulin ตาม
แผนการรักษา หากพบระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า
200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร รายงานแพทย์ และดูแลให้
Regular Insulin ตาม Scale

7. ส่งเสริมทักษะให้ผู้ป่วยและครอบครัวใน
การสังเกตระดับความรู้สึกตัว อาการแสดงของภาวะ
น้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ เวียนศีรษะ ใจสั่น และหน้ามืด
 เป็นต้น และแจ้งพยาบาลทันที

8. ติดตามอาการเปลี่ยนแปลง ความเสี่ยงทาง
คลินิก (Clinical Risk) ของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
และรายงานแพทย์

การประเมินผล

ซึมหลับ ปลุกตื่น E3M5V5 หายใจเหนื่อยง่าย
ทุเลาอ่อนเพลีย ไม่มีเหงื่อออก หรือตัวเย็น ระดับน้ำตาล
ในเลือดอยู่ระหว่าง 112-207 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2

มีภาวะน้ำเกินจากภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน

ข้อมูลสนับสนุน

อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อยไม่หอบให้ O₂ Cannula
3 ลิตรต่อนาที

อึดแน่นท้องเล็กน้อย

CXR พบ Cardiomegaly

ฟังปอดพบ Crepitation

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินที่รุนแรงจนต้องให้
การรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ

เกณฑ์การประเมินผล

ไม่มีอาการเหนื่อยหรือหายใจไม่สะดวกขณะ
นอนราบ อัตราการหายใจปกติ อยู่ระหว่าง 18-20 ครั้ง
ต่อนาที

ไม่มีอาการไอขณะนอนราบ ไม่มีอาการบวม
กดบวม ไม่มีอาการแน่นท้องหรือท้องอืด ไม่มีเส้นเลือด
ดำที่คอโป่งพอง

เสียงปอดปกติ ไม่พบ Crepitation เสียงหัวใจ
ปกติ ไม่พบ Murmur CXR ไม่พบ Cephalization

กิจกรรมการพยาบาล (The Heart Association
of Thailand under the Royal Patronage of H.M.
the King, 2019)

1. ชักประวัติ ประเมินอาการและอาการแสดง
ของภาวะน้ำเกิน เช่น น้ำหนักเพิ่มอย่างรวดเร็ว อาการ
บวมที่แขน ขา เท้า ข้อเท้า ข้อมือ ใบหน้า และใน
ช่องท้อง ตะคริว ความดันโลหิตสูง และปวดศีรษะ
เป็นต้น

2. ประเมินและติดตามสัญญาณชีพทุก 2-4
ชั่วโมง จนอาการคงที่

3. ฟังเสียงปอดและเสียงหัวใจทุก 2-4 ชั่วโมง
เพื่อประเมินเสียงที่ผิดปกติ เช่น Murmur Crepitation

4. แนะนำการจำกัดน้ำและอธิบายให้ผู้ป่วย
เข้าใจถึงความสำคัญของการจำกัดน้ำ 1,000 มิลลิตร
ต่อวัน

5. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกของ
ร่างกายทุกเวอร์

6. ดูแลให้ยา Furosemide 40 mg IV stat then
q 8 hr ตามแผนการรักษา และติดตามผลข้างเคียง
ของยา เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ เหน็บชา และกระหายน้ำ
เป็นต้น หากมีอาการการเต้นของหัวใจต่ำกว่า 60 ครั้ง
ต่อนาที หลีกเลี่ยงการให้ยา

7. ดูแลให้ยาชนิดออกฤทธิ์โดยการปิดกั้น
RAAS กลุ่ม Angiotensin-Converting Enzyme
Inhibitor (ACEI) คือ Enalapril (20) 1x1 ๐ pc เพื่อ
ควบคุมระดับความดันโลหิต

8. ส่งเสริมให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วย
และครอบครัวในการจำกัดอาหารที่มีโซเดียมสูง โดย
ให้รับประทานอาหารที่โซเดียมต่ำหรือต้องมีการ
จำกัดอาหารเค็ม เช่น น้ำพริก ของหมักดอง บะหมี่
กึ่งสำเร็จรูป โจ๊กสำเร็จรูป อาหารที่ปรุงรสด้วยซุบก้อน
หรือผงชูรส เป็นต้น (Promwong & Meenongwah,
2019)

9. ส่งเสริมให้ความรู้และฝึกทักษะในการ
ติดตามอาการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง โดยการสังเกต
อาการที่ผิดปกติ ชั่งน้ำหนักประจำวัน และประเมิน
ความดันโลหิต (Promwong & Meenongwah,
2019)

10. ติดตามอาการเปลี่ยนแปลง ความเสี่ยงทาง
คลินิก (Clinical Risk) ของภาวะน้ำเกิน และรายงาน
แพทย์

การประเมินผล

หายใจเหนื่อยง่าย ไม่มีอาการไอ นอนราบได้
แน่นท้องเล็กน้อย Pitting Edema 1+ ฟังไม่พบ
Crepitation และไม่พบ Murmur ชีพจร 72 ครั้ง
ต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต
139/66 มิลลิเมตรปรอท วัดความอิ่มตัวของออกซิเจน
98% ปริมาณปัสสาวะ 500-7,200 มิลลิตรต่อวัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3

เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (Hypokalemia)

ข้อมูลสนับสนุน

“ซึม 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล”

E1M4V2 อ่อนเพลีย

ระดับโพแทสเซียมในเลือด 2.82 มิลลิโมลต่อลิตร

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อรักษาสมดุลของระดับโพแทสเซียมในเลือด และป้องกันอันตรายจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล

ไม่มีอาการสับสน

ระดับความรู้สึกรู้ตัวปกติ (Glasgow Coma Score 13-15 คะแนน)

ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือตะคริว

ไม่พบ EKG 12 lead ผิดปกติ เช่น PVC, Short Run หรือ ST Segment เปลี่ยนแปลง

ระดับโพแทสเซียมในเลือดปกติอยู่ระหว่าง 3.40-4.50 มิลลิโมลต่อลิตร

กิจกรรมการพยาบาล

1. ซักประวัติ ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง อ่อนเพลีย ตะคริว หัวใจเต้นผิดจังหวะ และท้องผูก เป็นต้น

2. ประเมินและติดตามสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง จนอาการคงที่

3. ประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และติดตามการเต้นของหัวใจอย่างต่อเนื่อง หากพบผิดปกติรายงานแพทย์ทันที

4. ประเมินกำลังของกล้ามเนื้อ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางกายบนเตียง

5. ดูแลให้ยา Elixir KCL 30 ml ⊙ และ KCL tab (500) 4 tabs ⊙ ตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา เช่น คลื่นไส้อาเจียน และท้องเสีย เป็นต้น

6. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกของร่างกายทุกเวอร์

7. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อติดตามระดับโพแทสเซียมในเลือด และค่าการทำงานของไต

8. ติดตามอาการเปลี่ยนแปลง ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk) ของภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ และรายงานแพทย์

การประเมินผล

ซึมหลับ ปลุกตื่น E3M5V5 ไม่มีอาการสับสน ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือตะคริว ไม่พบ PVC, Short Run หรือ ST Segment เปลี่ยนแปลง ระดับโพแทสเซียมในเลือด

10/02/2568 3.26 มิลลิโมลต่อลิตร

11/02/2568 2.93 มิลลิโมลต่อลิตร

12/02/2568 3.10 มิลลิโมลต่อลิตร

13/02/2568 3.21 มิลลิโมลต่อลิตร

2. ระยะดูแลต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนบริเวณแผล

ข้อมูลสนับสนุน

แผลบริเวณน่อง ขนาด 3x2 เซนติเมตร

มีเนื้อตาย ขอบแผลซีด

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนบริเวณแผล

เกณฑ์การประเมินผล

แผลแดงดี ไม่ปวด

ไม่มีหนองซึม ไม่มีกลิ่นเหม็น

อุณหภูมิร่างกายปกติ อยู่ระหว่าง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. ซักประวัติ ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อ เช่น มีไข้ ปวดแผล มีหนองซึม บริเวณแผลบวม แดง และร้อน เป็นต้น

2. ประเมินและติดตามสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลง

3. ดูแลให้ยา Dicloxacillin (250) 1 x 4 ๐ ac ตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน และท้องเสีย เป็นต้น

4. เก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อเพาะเชื้อและติดตามผล เช่น หนอง หรือสารคัดหลั่ง

5. สาธิตและให้ทำการสาธิตย้อนกลับในการทำ ความสะอาดแผลโดยเทคนิคปราศจากเชื้อ เวลาเข้าและเย็นเป็นประจำทุกวัน เพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะ

6. แนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสังเกตอาการติดเชื้อ เช่น มีไข้ ปวดแผล มีหนองซึม บริเวณแผลบวมแดง และร้อน เป็นต้น เพื่อส่งเสริมทักษะให้ผู้ป่วยและครอบครัวในการสังเกตอาการติดเชื้อ

7. แนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวในการเลือกรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ อาหารมีโปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ ปลา ถั่ว นม ร่วมกับ ผักและผลไม้รสเปรี้ยวที่มีวิตามินซีสูง เพื่อส่งเสริมการหายของบาดแผล

8. แนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวดูแลบาดแผลด้วยตัวเอง เช่น ห้ามแผลถูกน้ำ ไม่ควรแกะเกาผิวหนังรอบแผล และให้ทำแผลสถานพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อส่งเสริมการหายของบาดแผล

9. ติดตามอาการเปลี่ยนแปลง ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk) ของภาวะติดเชื้อ และรายงานแพทย์

การประเมินผล

แผลมีเนื้อตายเล็กน้อย ขอบแผลชัดเจน ไม่มีหนองซึม ไม่มีกลิ่นเหม็น Pain Score 0 ใน 10 คะแนน อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.1-37.8 องศาเซลเซียส

3. ระยะวางแผนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำกลับเป็นซ้ำ

ข้อมูลสนับสนุน

มักรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา และรับประทานอาหารในปริมาณที่ไม่คงที่หรือได้น้อย

เคยมีประวัติภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจนต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล 2 ครั้ง

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

ไม่มีอาการกระสับกระส่าย สั่น อ่อนเพลีย หรือระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ให้ระดับความรู้สึกตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ (Glasgow Coma Score 13-15 คะแนน)

ไม่มีเหงื่อออก หรือตัวเย็น

ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ อยู่ระหว่าง 80-250 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินประสบการณ์มีอาการ และการจัดการเกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น ตื่นน้ำหวานทันทีเมื่อมีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น เป็นต้น

2. กำหนดเป้าหมายร่วมกัน รวมถึงความสามารถของตนที่มีผลต่ออารมณ์และความคิด ขณะเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เพื่อให้สามารถจัดการอาการด้วยตนเองได้

3. ประเมินและติดตามสัญญาณชีพทุกครั้งเมื่อเกิดอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลง

4. แนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสังเกตระดับความรู้สึกตัว อาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้แก่ เวียนศีรษะ ใจสั่น และหน้ามืด เป็นต้น และแจ้งพยาบาลทันที เพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเองที่บ้าน

5. แนะนำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างใกล้ชิด ให้กำลังใจ และเสริมพลังเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง

6. แนะนำให้ผู้ป่วยตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (Self-Monitoring of Blood Glucose, SMBG) โดยตรวจระดับน้ำตาลก่อนอาหารเข้าทุกวัน

หรืออย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และตรวจก่อนและหลังออกกำลังกาย หรือช่วงเวลาทำกิจกรรมที่มีความเสี่ยง เช่น การขับรถ

7. แนะนำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดเมนูอาหารสุขภาพสำหรับโรคเบาหวาน และกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารครบ 3 มื้อให้คงที่ และฉีดยา NPH 4 ยูนิต ทางใต้ผิวหนัง ก่อนอาหารมื้อเช้า 1 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา

8. แนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ห้ามปรับลดหรือดยาเอง หากมีอาการผิดปกติควรมาพบแพทย์ก่อนนัด เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้คงที่

9. แนะนำให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด เพื่อติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และพิจารณาปรับยาตามแผนการรักษา

10. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดบริเวณปลายนิ้ว ก่อนมื้ออาหาร ให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 80-200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

การประเมินผล

รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง E4M6V5 หูเลื้อยไม่มีเหมื่อออกหรือตัวเย็น ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 131-228 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ได้อินซูลินชนิด Regular Insulin 6 ยูนิต ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6

วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การดูแลตนเอง เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

สอบถามถึงการดูแลแผล “ทำอะไรให้แผลหายเร็วขึ้น” และถ้ากลับบ้านไป “จะเกิดอาการแบบนี้อีกหรือไม่”

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้มีความรู้และทักษะในการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำกลับเป็นซ้ำ และส่งเสริมการหายของแผลบริเวณช่อง

เกณฑ์การประเมินผล

มีสีหน้าสดชื่น แจ่มใส ไม่มีหน้ามืด คิวขมวด

ปฏิบัติตามแผนการรักษา

ตอบคำถามการปฏิบัติตัวได้ 3 ข้อใน 5 ข้อ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยการแนะนำตัว พูดคุยให้กำลังใจ

2. ประเมินความวิตกกังวลโดยการสังเกตสีหน้า พฤติกรรม การพูดและการเคลื่อนไหวร่างกาย พร้อมทั้งเปิดโอกาสและกระตุ้นให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน

3. ประเมินการรับรู้ ความรู้และทักษะ ประสิทธิภาพการปฏิบัติตัว เพื่อค้นหาข้อบกพร่องในการนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกัน

4. กำหนดเป้าหมายร่วมกัน โดยมีวัตถุประสงค์ คือ ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และการติดเชื้อของแผลเบาหวาน

5. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อติดตามโรคร่วมอื่น เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน Fatty Liver, Sleep Apnea และ Periodontitis เป็นต้น

6. แนะนำการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค และประเมินพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง โดยการงดสูบบุหรี่ เนื่องจากสารนิโคตินลดการทำงานของอินซูลิน งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อควบคุมน้ำหนักตัว งดอาหารเสริมและยาสมุนไพร ออกกำลังกายแบบแอโรบิกในระดับปานกลาง 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือระดับหนัก 75 นาทีต่อสัปดาห์ อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ และไม่ดื่มน้ำตาลติดต่อกันเกิน 2 วัน เลี่ยงพฤติกรรมเนือยนิ่ง และลดความเครียดด้วยเทคนิคผ่อนคลาย เช่น อ่านหนังสือ ทำสวน สวดมนต์ เป็นต้น เพื่อส่งเสริมความรู้และสร้างทักษะในการดูแลตนเองที่บ้าน (Diabetes Association of Thailand Under the Patronage of H.M. the King & Endocrine Society of Thailand, 2023)

7. แนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเลือกบริโภคอาหารครบ 5 หมู่ อาหารมีโปรตีนสูง เช่น ปลา ถั่ว

เมล็ดแห้ง ผัก และผลไม้ งดอาหารที่มีรสชาติหวาน อาหารสุขภาพแบบคาร์โบไฮเดรตต่ำ และอาหาร คีโตเจนิครบ 3 มื้อ ปริมาณคงที่ เพื่อควบคุมน้ำหนัก และให้การใช้ยาในระดับคงที่

8. ส่งเสริมทักษะให้ผู้ป่วยและครอบครัวในการ ประเมินตนเอง ได้แก่ การคลำชีพจร การเจาะน้ำตาล ปลายนิ้ว

9. สอนทักษะและให้สาธิตย้อนกลับในการ ฉีดยา NPH 4 ยูนิตทางใต้ผิวหนังก่อนอาหารมื้อเช้า ตามแผนการรักษา และหลังฉีดยา 1 ชั่วโมงให้ รับประทานอาหารทันที

10. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเรียกใช้ หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล โดยใช้หมายเลขฉุกเฉิน 1669

การประเมินผล

สื่อน้าสดชื่น แจ่มใส ตอบคำถามเกี่ยวกับการ ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องทุกข้อ และให้ความร่วมมือดีตลอด เข้ารับการรักษา

บทสรุป

จากการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเอง สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ รุนแรงและมีโรคร่วม: กรณีศึกษา โดยประยุกต์แนวคิด การจัดการตนเองร่วมกับกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่ ระยะดูแลแรกเริ่มที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะอาการของ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และการประเมินตนเองจาก ภาวะดังกล่าว กำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเองให้ ปลอดภัย สำหรับระยะดูแลต่อเนื่องนั้นมุ่งเน้นการ การกำกับตนเองและความสามารถในการควบคุม ตนเอง หมั่นสังเกตและบันทึกพฤติกรรม เพื่อนำ ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายในการ

จัดการกับภาวะวิกฤติที่บ้านได้ด้วยตนเอง ส่วนระยะ วางแผนจำหน่ายสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ต่อเนื่องนั้นทำให้เกิดภาวะ น้ำตาลในเลือดต่ำกลับเป็นซ้ำได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้อง รู้จักประมาณตนเอง กำกับพฤติกรรมสุขภาพให้ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานอย่าง สม่าเสมอ ซึ่งภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำถือว่าเป็นภาวะ แทรกซ้อนที่สำคัญ การที่ผู้ป่วยเบาหวานมีการจัดการ ตนเองที่ดีจะช่วยลดความเสี่ยงของการเสียชีวิตได้ ตลอดจนสามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะ น้ำตาลในเลือดต่ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อติดตาม ต่อเนื่องพบว่าผู้ป่วยเบาหวานรายนี้ไม่กลับเข้ามา รับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน ด้วยภาวะน้ำตาลใน เลือดต่ำ

ข้อเสนอแนะ

การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเอง สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มี ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้อย่างเหมาะสม โดยมีหลัก การสำคัญเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ รุนแรง บริหารจัดการภาวะสุขภาพให้ผู้ป่วยเบาหวาน มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จะช่วยชะลอโอกาส เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นพยาบาล ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมจำเป็นต้องได้รับการพัฒนา ความรู้และทักษะในการจัดการตนเอง เพื่อนำไปสู่ การวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ให้ครอบคลุมมิติการรักษาพยาบาล การส่งเสริม สุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟู สมรรถภาพ ตลอดจนสามารถนำมาประยุกต์ใช้ใ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ เป็นต้น

References

- American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2025). Introduction and methodology: Standards of care in diabetes—2025. *Diabetes Care*, 48(1), S1-S5.
- Boonyarit, C. (2020). Factors affecting hypoglycemia in patients with diabetes mellitus at Singburi Hospital. *Singburi Hospital Journal*, 29(1), 63-72. [in Thai]
- Casegas, J. (2024). Self care management of diabetes an integrative literature review to understand challenges faced by the elderly. *International Healthcare Review (online)*. <https://doi.org/10.56226/70>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *National diabetes statistics report*. <https://www.cdc.gov/diabetes/php/data-research/index.html>
- Danyuthasilpe, C. (2018). Pender's health promotion model and its applications in nursing practice. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(2), 132-141. [in Thai]
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2025). *DoH dashboard department of health*. <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/dm?year=2024> [in Thai]
- Diabetes Association of Thailand under the Patronage of H.M. the King & Endocrine Society of Thailand. (2023). *Clinical practice guideline for diabetes 2023*. Srimuang Printing.
- Elghobashy, M., Gama, R., & Sulaiman, R. A. (2023). Investigation and causes of spontaneous (non-diabetic) hypoglycaemia in adults: Pitfalls to avoid. *Diagnostics*, 13, 3275.
- Gerhardt, M. W. (2010). *Self-management tutorials individual self-management training in management education*. https://www.researchgate.net/publication/268425764_Self-Management_Tutorials_Individual_Self-Management_Training_in_Management_Education
- Harnyoot, O. (2014). Nursing process and implications. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 137-143. [in Thai]
- Information Technology & Communication Centre. (2025). *In patient admission for hypoglycemia of statistical data*. Phichit Hospital. [in Thai]
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Bays, L. (1991). Self management method. In F.H. Kanfer, & A. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (pp. 305-360). Pergamon Press.
- Lynge, T. H., Svane, J., Pedersen-Bjergaard, U., Gislason, G., Torp-Pedersen, C., Banner, J., Risgaard, B., Winkel, B. G., & Tfelt-Hansen, J. (2019). Sudden cardiac death among persons with diabetes aged 1-49 years: A 10-year nationwide study of 14 294 deaths in Denmark. *European Heart Journal*, 41, 2699-2706. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz891>
- McCall, A. L., Lieb, D. C., Gianchandani, R., MacMaster, H., Maynard, G. A., Murad, M. H., Seaquist, E., Wolfsdorf, J. I., Wright, R. F., & Wiercioch, W. (2023). Management of individuals with diabetes at high risk for hypoglycemia: An endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 108(3), 529-562.

- Pahn, J., Yang, Y., & Kim, S. H. (2025). Factors influencing self-management and health-related quality of life in low-income patients with diabetes: A predictive model. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 8, 100349.
- Paoweingkam, P., & Kehanak, S. (2022). Factors associated with diabetes mellitus management service of village health volunteers in Samchuk District, Suphanburi Province. *Lanna Public Health Journal*, 18(2), 116-128. [in Thai]
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.). Appleton & Lange.
- Poolsanguan, M. (2022). Factors related to blood sugar control among diabetes type 2 patients, Kohyaochaipat Hospital, Kohyao District, Phangnga Province. *Journal of Health Science of Thailand*, 31(2), 299-306. [in Thai]
- Poomsanguan, K. (2014). Health and health promotion: Nurses' important role. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 15(2), 10-14. [in Thai]
- Promwong, W., & Meenongwah, J. (2019). Fluid self-management in heart failure patients. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine*, 63(4), 297-304. [in Thai]
- Punthasee, P. (2024). *Nursing process & functional health pattern: Application in clinical practice* (32th ed.). Pimaksorn. [in Thai]
- Rattarasam, C. (2568). Holistic diabetes management. *Thai Diabetes Bulletin*, 57(1), 10-25. [in Thai]
- Srijompon, J., & Muktabhant, B. (2018). Association between knowledge and attitude and practice of village health volunteer in capillary blood glucose checking for diabetic patients living in Wiangkum Subdistrict, Kumpawapi District, Udonthani Province. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, 21(2), 79-87. [in Thai]
- Sripum, N., Poum, A., & Tongsook, C. (2021). Self-care behaviors of patients with uncontrolled diabetes mellitus in Prachantakam District, Prachinburi Province. *Science and Technology Northern Journal*, 2(3), 17-29. [in Thai]
- The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M. the King. (2019). *Heart Failure Council of Thailand (HFCT) 2019 heart failure guideline*. Nextstep D-sign.
- World Health Organization. (2024). *Diabetes*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>