

การพยาบาลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ร่วมกับภาวะสมองเสื่อม: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Older Adults with Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus and Dementia: A Two-Case Study.

(Received: July 12,2026 ; Revised: July 15,2026 ; Accepted: July 17,2026)

ภารดี อุบลพันธุ์¹

Pharadee Ubonphan¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษากรณีศึกษาเปรียบเทียบผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ร่วมกับภาวะสมองเสื่อม จำนวน 2 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้การประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย เวชระเบียน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินภาวะสุขภาพด้วยแบบประเมิน Mini-Mental State Examination Thai 2002 (TMSE) แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) แบบประเมินกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (IADL) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q และ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหา กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาล และประเมินผลตามกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง และมีโรคร่วม ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ส่งผลให้มีความบกพร่องในการจัดการตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ กรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย (2Q positive และ TGDS 15 คะแนน) ภายหลังได้รับการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลร่วมกับการประเมินแบบองค์รวม การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การติดตามต่อเนื่อง และการดูแลแบบสหวิชาชีพ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี โดยค่า HbA1c ลดลงจาก 8.1% เหลือ 5.5% และสามารถยุติการใช้อินซูลินได้ ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ค่า HbA1c ยังสูงกว่าค่าเป้าหมาย เนื่องจากยังมีข้อจำกัดด้านพฤติกรรมจัดการตนเองและการควบคุมอาหาร

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, ภาวะสมองเสื่อม, กระบวนการพยาบาล, การดูแลแบบสหวิชาชีพ

Abstract

This comparative case study aimed to examine the nursing process in older adults with uncontrolled type 2 diabetes mellitus and dementia by applying Gordon's 11 Functional Health Patterns in conjunction with evidence-based nursing practice. The study was conducted at the Geriatric Clinic, Phon Hospital, Khon Kaen Province, Thailand, between October 2024 and June 2025. Two older adults diagnosed with uncontrolled type 2 diabetes mellitus and moderate dementia were included. Data were collected from patient records, medical charts, laboratory investigations, direct observation, and interviews with patients and their caregivers. Standardized assessment tools included the Mini-Mental State Examination Thai 2002 (TMSE), Activities of Daily Living (ADL), Instrumental Activities of Daily Living (IADL), the Two-Question Depression Screening Test (2Q), and the Thai Geriatric Depression Scale (TGDS). The collected data were used to identify nursing diagnoses, develop individualized nursing care plans, implement nursing interventions, and evaluate nursing outcomes.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น

The findings revealed that both patients had uncontrolled type 2 diabetes mellitus with moderate dementia and multiple comorbidities, including hypertension, dyslipidemia, and stage 3 chronic kidney disease, resulting in impaired self-management and poor glycemic control. Case 1 also presented with depressive symptoms (positive 2Q screening and a TGDS score of 15). Following the implementation of the nursing process, comprehensive health assessment based on Gordon's Functional Health Patterns, evidence-based nursing interventions, continuous follow-up, caregiver education, and multidisciplinary care, Case 1 achieved substantial improvement in glycemic control, with HbA1c decreasing from 8.1% to 5.5%, allowing discontinuation of insulin therapy. In Case 2, fasting blood glucose levels progressively improved; however, HbA1c remained above the target level because of persistent limitations in self-management and dietary adherence.

Keywords: older adults, type 2 diabetes mellitus, dementia, nursing process, evidence-based nursing practice; multidisciplinary care.

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุทั่วโลก โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหลายชนิด ซึ่งส่งผลให้การดูแลรักษามีความซับซ้อนมากขึ้น ปัจจุบันโรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพทั่วโลก โดยข้อมูลจาก International Diabetes Federation (IDF) รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2567 มีผู้ใหญ่ทั่วโลกที่เป็นโรคเบาหวานประมาณ 589 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในอนาคต¹ ขณะเดียวกันภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการและภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่ามีผู้ป่วยสมองเสื่อมทั่วโลกประมาณ 57 ล้านคน และพบผู้ป่วยรายใหม่เกือบ 10 ล้านคนต่อปี² สำหรับประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ผ่านนโยบายการพัฒนาบริการสุขภาพผู้สูงอายุและคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมการคัดกรองภาวะเสี่ยง การค้นหาภาวะสมองเสื่อม และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน³ จากแนวโน้มดังกล่าว ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานร่วมกับภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นกลุ่มเปราะบางที่ต้องได้รับการดูแลเฉพาะรายอย่างเป็นระบบ⁴

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน โดยเฉพาะความสามารถในการจัดการโรคด้วยตนเอง เช่น การรับประทานยา การฉีดอินซูลิน การควบคุมอาหาร การตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และการมาตรวจตามนัด ภาวะบกพร่องด้านการรู้คิดทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้เกิดภาวะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ได้แก่ โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด และภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท⁴ นอกจากนี้ยังเพิ่มภาระของครอบครัวและผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นในการจัดการสุขภาพประจำวัน การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการดูแลผู้สูงอายุเบาหวานที่มีภาวะสมองเสื่อมจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนผู้ดูแล และการจัดระบบบริการแบบต่อเนื่อง เพื่อช่วยลดความเสี่ยงและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁵

ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับปัญหาดังกล่าว ได้แก่ ความบกพร่องด้านการรู้คิด พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ความรู้ในการจัดการโรคของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงข้อจำกัดในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ แนวทางการแก้ไขที่ผ่านมาได้แก่ การจัดบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การ

ปรับยาและอินซูลิน การให้สุขศึกษา การส่งเสริม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการดูแล ต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพตามแนวคิด Chronic Care Model⁶ อย่างไรก็ตาม วิธีการดังกล่าวยังมี ข้อจำกัดในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจาก ผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านความจำ การเรียนรู้ และการ ตัดสินใจ ทำให้ไม่สามารถจัดการโรคได้ด้วยตนเอง จำเป็นต้องเพิ่มบทบาทของครอบครัว ผู้ดูแล และ ระบบติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้เกิดการดูแลที่ ต่อเนื่องและเหมาะสมกับศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละ ราย^{4,5,6,15}

โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น เป็น โรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุในพื้นที่ จากข้อมูลการดำเนินงาน พบว่า จำนวนผู้รับบริการคลินิกผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่องจากปี พ.ศ.2565-2568 จำนวน 30, 103, 145, 266 ราย ในปี พ.ศ.2568 สะท้อนถึง การเข้าถึงระบบบริการผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น และพบ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2565-2568 จำนวน 3, 28, 52, 89 ราย ตามลำดับ โดยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและ มีโรคประจำตัวคือโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คิดเป็น ร้อยละ 36 ในปี พ.ศ.2568⁷ นอกจากนี้ ในกลุ่ม ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และมีความบกพร่องด้านการรู้คิด พบปัญหาการใช้ ยาไม่ถูกต้อง การลืมฉีดอินซูลิน การควบคุมอาหาร ไม่ได้ และต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการจัดการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดด้านองค์ความรู้และ แนวทางการพยาบาลเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ เบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ร่วมกับภาวะ สมองเสื่อมในบริบทโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้น ผู้ ศึกษาจึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้สูงอายุป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไม่ได้ร่วมกับภาวะสมองเสื่อม: กรณีศึกษา 2 ราย เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสม ส่งเสริม ความสามารถในการดูแลตนเอง ลดความเสี่ยงต่อ ภาวะแทรกซ้อน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับ

ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิและ โรงพยาบาลชุมชนต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกรณีศึกษา (Case study) เลือกแบบเจาะจง เปรียบเทียบ กรณีศึกษา 2 ราย โดยศึกษาข้อมูลผู้ป่วย การ ดำเนินของโรค การรักษา การใช้กระบวนการ พยาบาล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล ของการพยาบาลผู้สูงอายุน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไม่ได้ร่วมกับภาวะสมองเสื่อม: กรณีศึกษา 2 ราย เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่ โรงพยาบาลพล ผู้ป่วยรายที่ 1 เข้าสู่กระบวนการดูแลตั้งแต่เดือน 1 เมษายน พ.ศ. 2568 ถึงเดือน 31 มกราคม พ.ศ. 2569 โดยได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องจำนวน 4 ครั้ง ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 เข้าสู่กระบวนการดูแล ตั้งแต่เดือน 1 เมษายน พ.ศ. 2568 ถึงเดือน 1 ธันวาคม พ.ศ. 2568 โดยได้รับการติดตามจำนวน 4 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบบันทึก อาการสำคัญ ข้อมูลจากเวชระเบียน ผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ การสังเกต การซักประวัติผู้ป่วย และญาติ นำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์เนื้อหา การใช้ กระบวนการพยาบาลกำหนดข้อวินิจฉัยทางการ พยาบาล และการประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอน⁸

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมเป็นกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ ศึกษาได้ให้ข้อมูลอธิบายวัตถุประสงค์การศึกษา โดยให้ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจโดยปราศจากความ กดดัน มีอิสรภาพในการตัดสินใจ แสดงความ คิดเห็นได้อย่างอิสระ โดยขอความยินยอมด้วย วาจา พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิค่านึงถึง 3 ประเด็นคือ 1) ความเป็นเอกสิทธิ์ 2) การลดความเสี่ยงและเพิ่ม ผลประโยชน์ 3) หลักความยุติธรรม และได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 63 ปี มีประวัติโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3a ได้รับการรักษาโรคเบาหวานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ต่อมาพบว่าควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (FBS 250–285 mg/dL, HbA1c 8.1%) ร่วมกับมีอาการหลงลืมเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 เช่น ลืมรับประทานยา ลืมรับประทานยา และต้องได้รับการกระตุ้นในการทำกิจวัตรประจำวัน จึงได้รับการส่งต่อเพื่อประเมินที่คลินิกผู้สูงอายุผู้ป่วย โดยมีบุตรชายและลูกสะใภ้ เป็นผู้ช่วยดูแลและเตรียมยาให้ทุกวัน ผลการประเมินพบว่า TMSE เท่ากับ 12/30 คะแนน แสดงถึงภาวะบกพร่องด้านการรู้คิดระดับปานกลาง แม้ว่าจะสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรพื้นฐานได้ (ADL 100 คะแนน) แต่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมที่ซับซ้อน

(IADL 2 คะแนน) ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบุตรชายและลูกสะใภ้ ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 67 ปี มีโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3a เดิมรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต่อมาภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และพบว่ามีการใช้ยาไม่ถูกต้องจากการประเมินของเภสัชกร จึงได้รับการส่งต่อเข้าคลินิกผู้สูงอายุ ผลการประเมินพบว่า FBS อยู่ระหว่าง 385–501 mg/dL และ HbA1c สูงถึง 11.2% มีคะแนน TMSE 18/30 คะแนน แสดงถึงภาวะบกพร่องด้านการรู้คิดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรพื้นฐานได้ (ADL 100 คะแนน) แต่ยังคงได้รับการกำกับเรื่องการใช้ยาและการฉีดอินซูลิน (IADL 3/8) ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับสามีซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

รายการ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อายุ / เพศ	หญิง อายุ 63 ปี	หญิง อายุ 67 ปี
สถานภาพ	หม้าย	สมรส
การศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 4	ประถมศึกษาปีที่ 4
ผู้ดูแลหลัก	บุตรชายและลูกสะใภ้	สามี
โรคร่วม	DM, HT, Dyslipidemia, CKD stage 3a	DM, HT, Dyslipidemia, CKD stage 3a
FBS	285 mg/dL	385 mg/dL (สูงสุด 501 mg/dL)
HbA1c	8.1%	11.2%
eGFR	47.8 mL/min/1.73 m ²	46.9–58 mL/min/1.73 m ²
TMSE	12/30 คะแนน	18/30 คะแนน
ADL	100 คะแนน	100 คะแนน
IADL	2–3/8 คะแนน	3/8 คะแนน
การรักษา	Metformin 1x2 o pc, Amlodipine 1x1o pc, Simvastatin 1x1 o hs. Insulin Mixtard 70/30 20-0-16 u Sc.	Metformin 1x2 o pc. Insulin Mixtard 70/30 22-0-14 u Sc. Amlodipine 1x1o pc
ผล ส ล พ ธ์ ห ล ึ่ง ตีตาม	HbA1c ลดเหลือ 5.5% จนสามารถหยุดอินซูลินได้	FBS ลดลงต่อเนื่อง แต่ HbA1c ยังสูง (11.2%) ต้องติดตามอย่างใกล้ชิด

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนสุขภาพตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอนกับกรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	รับรู้ว่าเป็นเบาหวาน แต่ลืมรับประทานยา ลืมฉีดอินซูลิน และจัดการตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งบุตรชายและลูกสะใภ้ดูแล	รับรู้โรคในระดับจำกัด ใช้ยาไม่ถูกต้อง ควบคุมโรคไม่ได้ ต้องอาศัยสามีช่วยจัดยาและดูแล

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนสุขภาพตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอนกับกรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	น้ำหนัก 51 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร BMI 22.67 รับประทานอาหารไม่เหมาะสม ชอบอาหารหวาน ของทอด และรับประทานไม่เป็นเวลา	น้ำหนัก 43 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร BMI 19.11 ควบคุมอาหารไม่ได้ รับประทานข้าวและผลไม้หวานเกินปริมาณที่แนะนำ
3. การขับถ่าย	ขับถ่ายปกติ ไม่มีปัญหาปัสสาวะหรืออุจจาระ	ขับถ่ายปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของระบบขับถ่าย
4. กิจกรรมประจำวัน	ADL 100 คะแนน, IADL 2/8 ออกกำลังกายน้อย เนื่องจากอ่อนเพลียและข้อเข่าเสื่อม	ADL 100 คะแนน, IADL 3/8 ช่วยเหลือตนเองได้ แต่ไม่ออกกำลังกายเป็นประจำ
5. การพักผ่อนนอนหลับ	นอนหลับไม่สนิท ตื่นกลางดึกจากความกังวลและอาการของโรค	นอนหลับยาก ตื่นเช้า คุณภาพการนอนลดลง
6. สถิติปัญหาและการรับรู้	TMSE 12/30 มีภาวะบกพร่องด้านการรู้คิดระดับปานกลาง สัมยาและสัมนัด	TMSE 18/30 มีภาวะบกพร่องด้านการรู้คิดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ใช้ยาไม่ถูกต้อง
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ขาดความมั่นใจในการดูแลตนเอง รู้สึกเป็นภาระของครอบครัว	มีความกังวลต่อโรค แต่ยังยอมรับการรักษาและให้ความร่วมมือ
8. บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	บุตรชายและลูกสะใภ้เป็นผู้ดูแลหลัก ครอบครัวให้ความร่วมมือดี	สามีเป็นผู้ดูแลหลัก แต่ระยะแรกยังขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย
9. เพศและการเจริญพันธุ์	อยู่ในวัยสูงอายุ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์	อยู่ในวัยสูงอายุ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์
10. การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	มีความเครียดจากการพึ่งพาผู้อื่นและการควบคุมโรคไม่ได้ 2Q+, TGDS 15	มีความกังวลเกี่ยวกับโรค ใช้การพักผ่อนและการยอมรับโรคในการเผชิญปัญหา
11. ค่านิยมและความเชื่อ	เชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องของวัยและกรรมเก่า จึงละเลยการดูแลสุขภาพบางส่วน	เชื่อว่าการรักษาตามคำแนะนำของแพทย์ช่วยควบคุมโรคได้ แต่ยังไม่มีความเข้าใจกลไกการเคลื่อนไหวของอาหาร

ตารางที่ 3 การติดตามผลทางคลินิกของผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ระยะติดตาม	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ครั้งที่ 1 25 เมษายน 2568	FBS 135 mg/dL HbA1c 8.1% TMSE 12/30 ADL 100 คะแนน IADL 2/8 เริ่มประเมินภาวะสมองเสื่อม พบลิ้มรับประทานยาและลิ้มฉืดอินซูลิน วางแผนให้บุตรชายและลูกสะใภ้มีส่วนร่วมในการดูแล	FBS 179 mg/dL HbA1c 8.5% TMSE 18/30 ADL 100 คะแนน IADL 3/8 พบใช้ยาไม่ถูกต้อง มีความเข้าใจโรคจำกัด เริ่มให้สุศึกษาและวางแผนติดตามผู้ดูแล
ครั้งที่ 2 พฤษภาคม 2568 (เยี่ยมบ้าน)	เยี่ยมบ้านร่วมทีม COC พบสภาพบ้านเหมาะสม ผู้ดูแลสามารถจัดยาและฉืดอินซูลินให้ได้ แต่ผู้ป่วยยังต้องได้รับการกระตุ้นในการทำกิจวัตรประจำวัน จึงเน้นการฝึกผู้ดูแล การจัดกล่องยา และการควบคุมอาหาร	เยี่ยมบ้านพบผู้ป่วยอยู่ลำพังช่วงกลางวัน สามีออกไปทำงาน ญาติให้ข้อมูลว่าผู้ป่วยรับประทานกล้วยและอาหารหวานโดยไม่ตระหนักถึงผลกระทบ จึงให้คำแนะนำด้านโภชนาการแก่ผู้ดูแลและครอบครัว
ครั้งที่ 3 กรกฎาคม-สิงหาคม 2568	FBS 201 mg/dL ADL 100 คะแนน IADL 3/8 ยังมีปัญหาลิ้มรับประทานยาและยา จึงทบทวนการใช้ยา การฉืดอินซูลิน และเพิ่มการติดตามโดยทีมสหวิชาชีพ	FBS 280 mg/dL HbA1c 12.7% ยังควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ แพทย์ส่งพบเภสัชกรเพื่อทบทวนการใช้ยา และกำชับให้นำผู้ดูแลมาร่วมรับคำแนะนำ

ตารางที่ 3 การติดตามผลทางคลินิกของผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ระยะติดตาม	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ครั้งที่ 4 ตุลาคม-พฤศจิกายน 2568	FBS 105 mg/dL HbA1c 5.5% TMSE 11/30 ADL 100 คะแนน IADL 3/8 ระดับน้ำตาลควบคุมได้ดีขึ้น แพทย์พิจารณา หยุดอินซูลิน คงการรักษาด้วยยาปรับปรน พร้อมติดตามต่อเนื่อง	FBS 135 mg/dL HbA1c 11.2% TMSE 17/30 ADL 100 คะแนน IADL 3/8 ระดับน้ำตาลดีขึ้นเมื่อเทียบกับระยะแรก แต่ HbA1c ยังสูง ต้องคงการรักษา ติดตามผู้ดูแล และเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง
ผลลัพธ์ทางคลินิกหลังการติดตาม		
FBS	285 → 105 mg/dL	501 → 135 mg/d
HbA1c	8.1 → 5.5%	11.2 → 11.2% (แม้ FBS ดีขึ้น แต่ยังสะท้อนการ ควบคุมระยะยาวไม่ดี)
TMSE	12 → 11 คะแนน (คงที่ในระดับบกพร่องปานกลาง)	18 → 17 คะแนน(คงที่ในระดับบกพร่องเล็กน้อยถึง ปานกลาง)
ADL	100 → 100 คะแนน	100 → 100 คะแนน
IADL	2 → 3 คะแนน	3 → 3 คะแนน
ผู้ดูแล	บุตรชายและลูกสะใภ้มีส่วนร่วมต่อเนื่อง	สามีมีบทบาทในการดูแลเพิ่มขึ้นหลังได้รับคำแนะนำ
ผลลัพธ์สำคัญ	ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีจนสามารถหยุด อินซูลิน	ระดับน้ำตาลดีขึ้น แต่ยังคงติดตามอย่างใกล้ชิดและ ปรับพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

จากการรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพนำสู่การวิเคราะห์และระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามมาตรฐาน
การพยาบาลผู้ป่วยนอก 3 ระยะ ระยะก่อนตรวจ ระยะขณะตรวจ และระยะหลังตรวจ ดังนี้

ตารางที่ 4 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะการ พยาบาล	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะก่อน ตรวจ	1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลผิดปกติเนื่องจาก มีความบกพร่องในการดูแลตนเองเนื่องจากภาวะ สมองเสื่อมระดับปานกลาง 2. มีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรค เรื้อรัง	1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ เนื่องจากมีความบกพร่องในการดูแลตนเองเนื่องจาก ภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง 2. มีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
ระยะขณะ ตรวจ	1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำตาลใน เลือดสูง เนื่องจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ มีประสิทธิภาพร่วมกับภาวะสมองเสื่อม 2.เสี่ยงต่อได้รับอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูง 3.เสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดทกกลับเนื่องจากความสูงอายุ ร่วมกับพยาธิสภาพของโรคเบาหวานและไขมันใน เลือดสูง 4.เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเนื่องจากการสูญเสีย ความสามารถในการควบคุมตนเองจากพยาธิสภาพ ของโรคสมองเสื่อม	1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำตาลใน เลือดสูง เนื่องจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่มี ประสิทธิภาพร่วมกับภาวะสมองเสื่อม 2. เสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดทกกลับเนื่องจากความสูงอายุ ร่วมกับพยาธิสภาพของโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง

ตารางที่ 4 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะการพยาบาล	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะหลังตรวจ	1.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานและโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคร่วมกับมีความบกพร่องในการดูแลตนเองเนื่องจากภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง 2.เสี่ยงต่อการจัดการภาระของผู้ดูแลไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจาก ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานร่วมกับภาวะสมองเสื่อม	1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypo-Hyperglycemia เนื่องจากการปรับเพิ่มยาในขณะที่ผู้ป่วยอาจยังมีทักษะการจัดการตนเองไม่เพียงพอ 2. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานและโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคร่วมกับมีความบกพร่องในการดูแลตนเองเนื่องจากภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง 3. เสี่ยงต่อการจัดการภาระของผู้ดูแลไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจาก ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานร่วมกับภาวะสมองเสื่อม

ตารางที่ 5 ตารางกิจกรรมกิจกรรมทางการพยาบาล

ระยะการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
ระยะก่อนตรวจ	1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลผิดปกติเนื่องจากมีความบกพร่องในการดูแลตนเองเนื่องจากภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง 2. มีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง วัตถุประสงค์ 1. ประเมินปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลได้ครบถ้วน 2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจแผนการรักษาและให้ความร่วมมือในการดูแล 3. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงและพร้อมเข้าสู่กระบวนการรักษา กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินอาการ Hyperglycemia และ Hypoglycemia พร้อมทบทวนผล FBS และ HbA1c ทุกครั้งก่อนพบแพทย์⁴ 2. ประเมิน ADL, IADL และ TMSE⁴ 3. คัดกรองภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลด้วย 2Q/9Q หรือ TGDS^{9,10} 4. ประเมินการใช้ยา การฉีดอินซูลิน และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร 5. ประเมินศักยภาพของผู้ดูแลและภาระการดูแล 6. สร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลซักถาม และร่วมกำหนดเป้าหมายการรักษา
ระยะขณะตรวจ	1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่มีประสิทธิภาพร่วมกับภาวะสมองเสื่อม 2.เสี่ยงต่อได้รับอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูง (กรณีศึกษาที่ 1) 3.เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มเนื่องจากความสูงอายุร่วมกับพยาธิสภาพของโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง 4.เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเนื่องจากการสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเองจากพยาธิสภาพของโรคสมองเสื่อม (กรณีศึกษาที่ 1) วัตถุประสงค์ 1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง 3. ผู้ป่วยปลอดภัยจากการพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลด้านสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม กิจกรรมการพยาบาล 1. ตรวจระดับน้ำตาล ความดันโลหิต น้ำหนักตัว และสัญญาณชีพ 2. เฝ้าระวังอาการ Hyperglycemia และ Hypoglycemia 3. ประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มและจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย

ตารางที่ 5 ตารางกิจกรรมกิจกรรมทางการแพทย์พยาบาล

ระยะการพยาบาล	กิจกรรมทางการแพทย์พยาบาล
	4. ให้ความรู้เรื่องยา การฉีดอินซูลิน อาหาร และการออกกำลังกาย 5. ฝึกผู้ดูแลในการจัดยา การฉีดอินซูลิน และการสังเกตอาการผิดปกติ 6. ใช้การสื่อสารเชิงบำบัด ประเมินภาวะซึมเศร้า และส่งต่อข้อมูลให้กับทีมสหวิชาชีพ 7. ปรับแผนการรักษาให้เหมาะสมกับระดับการรู้คิดของผู้ป่วย ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มและภาวะซึมเศร้าเป็นประจำ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและการใช้ยาผิดพลาด^{4,9}
ระยะหลังตรวจ	1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypo-Hyperglycemia เนื่องจากการปรับเพิ่มยาในขณะที่ผู้ป่วยอาจยังมีทักษะการจัดการตนเองไม่เพียงพอ (กรณีศึกษาที่ 2) 2. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานและโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคร่วมกับมีความบกพร่องในการดูแลตนเองเนื่องจากภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง 3. เสี่ยงต่อการจัดการภาระของผู้ดูแลไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจาก ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานร่วมกับภาวะสมองเสื่อม วัตถุประสงค์ 1. ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย 2. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรัง 3. ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีภาระการดูแลลดลง กิจกรรมการพยาบาล 1. ติดตาม FBS, HbA1c และ eGFR ตามนัด 2. โทรศัพท์ติดตามหรือเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาล ลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ ลดภาวะแทรกซ้อน และชะลอการเสื่อมของไตในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะสมองเสื่อม ^{4,10} 3. ทบทวนการรับประทานยา อาหาร และการออกกำลังกาย 4. จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Individualized Care Plan) 5. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและประเมินภาระของผู้ดูแล พร้อมประสานเครือข่ายสุขภาพเมื่อจำเป็น

ประเมินผลทางการแพทย์พยาบาล

ภายหลังการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับการดูแลแบบสหวิชาชีพ พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีผลลัพธ์ทางการแพทย์พยาบาลดีขึ้นในหลายด้าน ทั้งด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดความสามารถในการจัดการตนเอง ความร่วมมือในการรักษา และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล อย่างไรก็ตาม ระดับความสำเร็จของผลลัพธ์แตกต่างกันตามความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง และบริบทของครอบครัว

ในระยะก่อนตรวจ ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม ได้แก่ การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL, IADL) การประเมินการรู้คิด (TMSE) การคัด

กรองภาวะซึมเศร้า (2Q และ TGDS) รวมถึงการประเมินการใช้ยา พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และศักยภาพของผู้ดูแล ส่งผลให้สามารถระบุปัจจัยเสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่ ความวิตกกังวล และข้อจำกัดในการดูแลตนเองได้อย่างครอบคลุม ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาเพิ่มขึ้น มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการรักษา และมีความวิตกกังวลลดลงหลังได้รับการให้ข้อมูลและการสื่อสารเชิงบำบัด

ในระยะขณะตรวจ ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต น้ำหนักตัว และสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งได้รับการประเมิน ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การพลัดตกหกล้ม และภาวะ

ซีมีเคร้า รวมถึงได้รับการให้ความรู้เรื่องการใช้อาหาร การฉีดอินซูลิน การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายโดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ผลการประเมินพบว่าไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงอย่างรุนแรง ไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง และไม่พบเหตุการณ์พลัดตกหกล้มระหว่างการติดตามรักษา ผู้ดูแลสามารถจัดยา เตรียมอินซูลิน และสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยได้ถูกต้องมากขึ้น ส่งผลให้การดูแลมีความต่อเนื่องและปลอดภัย

ในระยะหลังตรวจ ผลลัพธ์ทางการพยาบาลแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยทั้งสองรายอย่างชัดเจน กรณีศึกษา รายที่ 1 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย โดยค่า FBS ลดลงจาก 285 mg/dL เหลือ 105 mg/dL และค่า HbA1c ลดลงจาก 8.1% เหลือ 5.5% จนแพทย์สามารถยุติการรักษาด้วยอินซูลินและคงการรักษาด้วยยาปรับปรนทานได้ นอกจากนี้ ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สามารถจัดยา กำกับการรับประทานยา และควบคุมอาหารได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานหรือโรคไตเรื้อรังระหว่างการติดตาม

ส่วนกรณีศึกษา รายที่ 2 แม้วาระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารจะลดลงจากระดับสูงมากจนอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น แต่ค่า HbA1c ยังคงอยู่ในระดับสูง สะท้อนว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระยะยาวยังไม่บรรลุเป้าหมาย ทั้งนี้ ผู้ป่วยยังมีข้อจำกัดด้านการจัดการตนเองและพฤติกรรมกรมการบริโภค แม้ว่าผู้ดูแลจะมีความรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลเพิ่มขึ้นหลังได้รับการสอนและติดตามอย่างต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องได้รับการติดตามโดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว

เมื่อเปรียบเทียบผลการพยาบาลทั้งสองกรณีพบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ขึ้นอยู่กับระดับ

ความบกพร่องด้านการรู้คิดเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับความพร้อมและศักยภาพของผู้ดูแล ความร่วมมือของครอบครัว การติดตามอย่างต่อเนื่อง และการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยเฉพาะการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม การจัดการรายกรณี การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาโดยทีมสหวิชาชีพ และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ซึ่งช่วยให้สามารถลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานร่วมกับภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษากรณีผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ร่วมกับภาวะสมองเสื่อม จำนวน 2 ราย พบว่าผู้ป่วยทั้งสองรายมีลักษณะร่วม ได้แก่ การเป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคเรื้อรังหลายโรค ประกอบด้วย ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ร่วมกับภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง ส่งผลให้ความสามารถในการจัดการตนเองลดลง ทั้งด้านการรับประทานยา การฉีดอินซูลิน การควบคุมอาหาร และการมาตรวจตามนัด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน สอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้สูงอายุของ American Diabetes Association (ADA) ที่แนะนำให้ประเมินด้านการรู้คิดความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะซีมีเคร้า และบทบาทของผู้ดูแล เพื่อกำหนดเป้าหมายการรักษาเฉพาะรายและลดภาวะแทรกซ้อน⁴

แม้ว่าผู้ป่วยทั้งสองรายจะมีโรคร่วมคล้ายคลึงกัน แต่ผลลัพธ์ของการรักษาแตกต่างกันอย่างชัดเจน กรณีศึกษา รายที่ 1 มีภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง (TMSE 12/30 คะแนน) ร่วมกับผลคัดกรองภาวะซีมีเคร้า (2Q positive และ TGDS 15 คะแนน) ซึ่งส่งผลต่อความจำและ

ความสามารถในการจัดการตนเอง อย่างไรก็ตาม ภายหลังการดูแลตามกระบวนการพยาบาล การประเมินแบบองค์รวม การให้ความรู้แก่ผู้ดูแล การติดตามเยี่ยมบ้าน และการดูแลแบบสหวิชาชีพ ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี โดยค่า HbA1c ลดลงจาก 8.1% เหลือ 5.5% และสามารถยุติการใช้อินซูลินได้ ในขณะที่กรณีศึกษา รายที่ 2 แม้จะมีคะแนน TMSE สูงกว่า (18/30 คะแนน) แต่ยังมีข้อจำกัดด้านการใช้ยา การควบคุมอาหาร และการจัดการตนเอง ทำให้ค่า HbA1c ยังคงอยู่ในระดับสูง แม้ว่าค่า FBS จะลดลงหลังได้รับการรักษาและติดตามอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สะท้อนว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระยะยาวไม่ได้ขึ้นอยู่กับระดับความบกพร่องด้านการรู้คิดเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมในการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และการติดตามอย่างต่อเนื่องร่วมด้วย⁴

ความสำคัญของการศึกษาครั้งนี้ คือ บทบาทของผู้ดูแล (Caregiver) ซึ่งมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างชัดเจน ผู้ป่วยรายที่ 1 มีบุตรชายและลูกสะใภ้ที่มีส่วนร่วมในการจัดยา การฉีดอินซูลิน การควบคุมอาหาร และการพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้สามารถลดความผิดพลาดจากการลืมรับประทานยาและลืมฉีดอินซูลินได้ ในขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 แม้จะมีผู้ดูแลหลัก แต่ในระยะแรกยังขาดความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของศรีจันทร์ทอง และคณะ ที่พบว่าการจัดการรายกรณีร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยเพิ่มพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพและทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้สูงอายุโรคเบาหวานดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ¹¹ และยังสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งรายงานว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยเพิ่มความต่อเนื่องในการรักษาและการควบคุมโรค¹²

ด้านภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้าต่อการจัดการโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่าแม้ผู้ป่วยรายที่ 1 จะมีคะแนน TMSE ต่ำและมีภาวะซึมเศร้า แต่กลับสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่ารายที่ 2 สะท้อนให้เห็นว่าความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมเพียงอย่างเดียวไม่ได้เป็นตัวกำหนดผลลัพธ์ของการรักษา หากแต่การสนับสนุนจากครอบครัวและระบบบริการสุขภาพสามารถชดเชยข้อจำกัดดังกล่าวได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลและฟื้นฟูความจำผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนช่วยคงไว้ซึ่งความสามารถในการดำเนินชีวิตและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ¹³ นอกจากนี้ การศึกษาของ กันต์ธิ อนันตพงศ์และคณะ ยังพบว่าความรู้ของผู้ดูแล การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ¹⁴

ผลการศึกษา ยังสะท้อนบทบาทสำคัญของพยาบาลคลินิกผู้สูงอายุในการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน ได้แก่ TMSE, ADL, IADL, 2Q และ TGDS ร่วมกับการประเมินตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เพื่อวิเคราะห์ปัญหา วางแผนการพยาบาลเฉพาะราย และประสานการทำงานร่วมกับแพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ และทีมเยี่ยมบ้าน การดำเนินงานดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดความผิดพลาดในการใช้ยา เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ขนิษฐา พิศผลาดและคณะ ที่รายงานว่า HOME Model ซึ่งประกอบด้วย การเยี่ยมบ้าน การติดตามต่อเนื่อง และการดูแลแบบสหวิชาชีพ สามารถเพิ่มพฤติกรรมในการจัดการตนเอง ลดระดับน้ำตาลในเลือด และเพิ่มความพึงพอใจของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ¹⁵

ดังนั้นเมื่อพิจารณาภาพรวมของผล การศึกษาร่วมกับวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ความสำเร็จของการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ร่วมกับภาวะสมองเสื่อมไม่ได้ขึ้นอยู่กับ การรักษา ด้วยยาเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการบูรณาการ หลายองค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินแบบองค์ รวม การกำหนดแผนการดูแลเฉพาะราย การ ประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การติดตาม ต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพ ผลการศึกษาครั้งนี้จึงสนับสนุน แนวคิดการดูแลแบบ Person-centered care และ Multidisciplinary care ซึ่งมุ่งเน้นการดูแลที่ สอดคล้องกับความต้องการและศักยภาพของผู้ป่วย แต่ละราย พร้อมทั้งส่งเสริมบทบาทของครอบครัว ในการดูแลอย่างต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่การควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน ลด การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และส่งเสริมคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะสมองเสื่อม ในระยะยาว ^{4,9,10,15}

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดทำ แนวทางการดูแลผู้ป่วย เบาหวานร่วมภาวะสมองเสื่อมแบบองค์รวม ที่ ครอบคลุมการประเมิน การวางแผนการพยาบาล การติดตามผล และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำไปใช้เป็น มาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมี ประสิทธิภาพในบริบทชุมชน

2. ควรพัฒนาโครงการอบรมหรือเสริม ทักษะสำหรับผู้ดูแลและอาสาสมัคร เพื่อเพิ่ม ความรู้ ความเข้าใจเรื่องภาวะสมองเสื่อม และ ทักษะในการจัดการยาและ อาหาร การสังเกต อาการผิดปกติที่ต้องเฝ้าระวังในผู้ป่วยเบาหวาน และการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 11th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2025.
2. World Health Organization. Dementia [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [cited 2026 Jul 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสำหรับระบบบริการสุขภาพประเทศ ไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 13. Older Adults: Standards of Care in Diabetes—2025. Diabetes Care. 2025;48(Suppl 1):S1-S282.
5. Chatterjee S, Peters SAE, Harris SB, et al. Diabetes and cognitive impairment in older adults: clinical implications and management approaches. Lancet Diabetes Endocrinol. 2022;10(6):405-417.
6. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. Geneva: WHO; 2021.
7. หน่วยงานเวชระเบียน โรงพยาบาลพล. ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. 2568.
8. Gordon M. Manual of Nursing Diagnosis. 13th ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2021.
9. World Health Organization. Mental health of older adults. Geneva: World Health Organization; 2023.
10. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2024;105(Suppl 4):S1-S150.
11. ดรุณี ศรีจันทร์ทอง, วรรัตน์ ทิพย์รัตน์, ไพจิตร พุทธรอด. ผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีและการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีโรคร่วมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2025;48(2):147-162.

12. ปิยะ อภิบาลศรี, เอื้อมพร เชื้อนาข้า, วราภรณ์ โภคสมบัติ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดตราด. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2025;10(3):508-520.
13. Opas P, Arunsirot N, Pattarawongthana J, Boonyarittanon N. The development of healthcare model and memory rehabilitation of elderly with dementia by using community-based participation. Community Soc Dev J. 2025;26(1):166-176.
14. Kanthee Anantapong, Nahathai Wongpakaran, Suwanna Setthawatcharawanich, et al. Family carers' knowledge and practices in dementia care for hospitalized older adults: a multi-center cross-sectional study in Thailand. Front Med (Lausanne). 2025;12:1710146.
15. Khanittha Pitchalard, Pawadee Wimolphon, Onnalinn Singhorn, Eva Purkey, Katemanee Moonpanane. Feasibility and acceptability of the HOME model to promote self-management among ethnic minority elderly with type 2 diabetes mellitus in rural Thailand: a pilot study. Health Equity. 2022;6(1):629-637.