เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการทางเว็บไซต์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

การพยาบาลพระภิกษุอาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
ที่มีภาวะน้ำตาลสะสมสูงวิกฤตร่วมกับแผลที่เท้าแผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลวชิรบารมี: การศึกษาผู้ป่วยรายกรณี

เกษร ภู่พิชิต
โรงพยาบาลวชิรบารมี

การพยาบาลพระภิกษุอาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลสะสมสูงวิกฤตร่วมกับแผลที่เท้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรบารมี: การศึกษาผู้ป่วยรายกรณี

Nursing Care for Buddhist Monk with Type 2 Diabetes Mellitus with Critical Hyperglycemia and Diabetic Foot Ulcers: A Case Study at the Outpatient Department, Wachirabaramee Hospital.

เกษร ภู่พิชิต พย.บ.
โรงพยาบาลวชิรบารมี
Kesorn Phupichit B.N.S.
Wachirabaramee hospital

บทคัดย่อ

ที่มา : ภาวะน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) สูงวิกฤตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่งผลต่อการหายของบาดแผลและเพิ่มอุบัติการณ์การติดเชื้อรุนแรง นำไปสู่การสูญเสียอวัยวะ การจัดการทางการพยาบาลเฉพาะทางที่สอดคล้องกับบริบทเฉพาะของสงฆ์จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาและวางแผนการพยาบาลสำหรับพระภิกษุอาพาธด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงวิกฤตร่วมกับแผลติดเชื้อลุกลามที่เท้า

วิธีการศึกษา : ศึกษากรณีผู้ป่วยพระภิกษุอาพาธ 1 ราย ระหว่างวันที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2569 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย การประเมินตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เวชระเบียน และการสัมภาษณ์เชิงลึก ดำเนินการผ่านกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน

ผลการศึกษา : การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลระยะวิกฤต สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและแก้ไขภาวะสมดุลอิเล็กโทรไลต์ผิดปกติได้สำเร็จ พร้อมประสานส่งผ่าตัดตัดนิ้วหัวแม่เท้าซ้าย (Left Big Toe Amputation) เพื่อระงับการติดเชื้อ ในระยะดูแลต่อเนื่อง ได้บูรณาการการจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่งผลให้แผลหายสนิท (Complete Wound Closure) ภายใน 2 เดือน การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังมีการติดตามภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะเพื่อชะลอไตเสื่อม และส่งคัดกรองภาวะเบาหวานขึ้นจอตา ด้านพฤติกรรมสุขภาพ หลังใช้นวัตกรรมการสอนฉีดยาด้วยเทคนิคเสียงคลิกร่วมกับการสัมภาษณ์ย้อนกลับ (Teach-back) โดยมีพระอนุชาและพระอุปัฏฐากช่วยสนับสนุน พบว่าผู้ป่วยปฏิบัติตัวและบริหารยาได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ HbA1c ลดลงจาก >16% เหลือ 11.6% และไม่เกิดบาดแผลใหม่

สรุปผล : จากการศึกษาพบว่าอุปสรรคสำคัญในการดูแลพระภิกษุสงฆ์คือ ข้อจำกัดด้านโภชนาการตามพระธรรมวินัย การฉันน้ำปานะที่มีน้ำตาลและโซเดียมสูง การย้ายวัดบ่อยทำให้ขาดความต่อเนื่องในการรักษา และภาวะเบาหวานลงประสาทส่วนปลายจากการเดินบิณฑบาตเท้าเปล่า ความสำเร็จในการดูแลจำต้องอาศัย "การพยาบาลที่เข้าใจบริบท" โดยบูรณาการกระบวนการพยาบาลเข้ากับวิถีสมณะ นำเครื่องมือส่งเสริมความต่อเนื่องทางการรักษา เช่น สมุดบันทึกพกพา เทคโนโลยีดิจิทัล และระบบเครือข่ายบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ เพื่อช่วยลดระดับน้ำตาลและป้องกันภาวะพิการในอนาคต

คำสำคัญ : น้ำตาลสะสมสูงวิกฤต, แผลที่เท้าจากเบาหวาน, พระภิกษุ, การพยาบาล

Abstract

Background : Critically high glycated hemoglobin (HbA1c) levels in diabetic patients impair wound healing and increase the risk of severe infections, leading to limb loss. Specialized nursing care tailored to the monastic context is therefore essential.

Objective : To study and develop an effective nursing care plan for a Buddhist monk with Type 2 Diabetes Mellitus presenting with critical hyperglycemia and a spreading diabetic foot ulcer.

Methodology : A case study of a Buddhist monk was conducted from October 29, 2025, to April 29, 2026. Assessment tools included Gordon's 11 Functional Health Patterns, medical record reviews, and in-depth interviews, implemented through the five-step nursing process.

Results : Acute nursing interventions successfully controlled blood glucose and corrected electrolyte imbalances, alongside coordinating a Left Big Toe Amputation to control infection. Continuous integrated case management with the sub-district health promoting hospital achieved complete wound closure within two months. Chronic complication surveillance included monitoring proteinuria to delay renal decline and referring for diabetic retinopathy screening. Regarding health behaviors, implementing an innovative "click-sound" insulin pen technique combined with Teach-Back evaluation and support from brother monks and caregivers enabled proper medication administration and self-care. Consequently, HbA1c decreased from >16% to 11.6% with no new ulcers.

Conclusion : Monastic nutritional constraints, high-sugar and high-sodium Pana consumption, frequent temple relocations, and barefoot alms-walks with peripheral neuropathy were major barriers to care. Success relies on "context-aware nursing"—integrating the nursing process with monastic ways of life, using portable logs, digital tools, and establishing seamless healthcare networks to reduce HbA1c and prevent future disability.

Keywords : Critical Hyperglycemia, Diabetic Foot Ulcer, Buddhist Monk, Nursing Care

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases: NCDs) ที่ทวีความรุนแรงและเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในระดับโลก ในประเทศไทย จากรายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อกรณีโรคเบาหวาน ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2567 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วยสะสมในระบบบริการสุขภาพรวมกว่า 14,444,451 คน (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2568) สอดคล้องกับอัตราป่วย 3 ปีย้อนหลังที่เพิ่มขึ้นตามลำดับ คือ 7,685.2, 8,104.2 และ 8,543.6 ต่อประชากรแสนคน ในขณะที่สถิติความชุกของโรคเบาหวานจากการสำรวจระดับประเทศระบุไว้ที่ร้อยละ 9.5 (แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566 - 2570)

สถานการณ์ที่น่ากังวลยิ่งกว่าคือ ข้อมูลเชิงระบบบ่งชี้ว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ โดยคิดเป็นร้อยละ 65.85 และร้อยละ 64.74 ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค, 2567, 2568) สะท้อนให้เห็นถึงภาระโรคเรื้อรังที่ยังคงทวีความรุนแรงและคุกคามระบบบริการสุขภาพไทยอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ความรุนแรงของโรคเบาหวานมิได้จำกัดอยู่เพียงสภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเท่านั้น แต่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยเฉพาะภาวะแผลติดเชื้อลุกลามเข้ากระดูก (Osteomyelitis) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญอันนำไปสู่ความพิการและการสูญเสียรยางค์ส่วนปลาย (Amputation) ตลอดจนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และสร้างภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์อย่างมหาศาล

เมื่อพิจารณาในบริบทประชากรเฉพาะกลุ่มเด่นชัด พบว่า "พระภิกษุสงฆ์" จัดเป็นประชากรกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนรุนแรง สูงกว่าฆราวาสทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยขับเคลื่อนหลักมาจากข้อจำกัดทางพระธรรมวินัยที่ไม่เอื้อต่อการเลือกฉันภัตตาหารจำต้องฉันตามที่พุทธศาสนิกชนนำมาตักบาตร ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาหารรสจัด แป้ง และไขมันสูง ประกอบกับพฤติกรรมการฉันน้ำปานะ ที่มีน้ำตาลแฝงในปริมาณสูงช่วงหลังเวลาวิกาล ยิ่งไปกว่านั้น วิถีสมณเพศที่มีคติความเชื่อ ในการเดินทางจาริกธุดงค์ หรือการย้ายสถานที่จำพรรษาข้ามเขตพื้นที่บ่อยครั้ง ส่งผลให้พระภิกษุอาพาธจำนวนมากประสบปัญหาการขาดความต่อเนื่องในการรักษา (Loss to follow-up) ขาดยาฉีดอินซูลิน และพร่องทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองเชิงลึก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสายตา (Diabetic Retinopathy) ร่วมกับภาวะชาปลายประสาท (Diabetic Peripheral Neuropathy) ซึ่งทำให้สูญเสียกลไกการรับความรู้สึก ส่งผลให้ไม่สามารถประเมินแผลที่เกิดจากการเดินเท้าเปล่าปฏิบัติศาสนกิจได้ด้วยตนเอง จนนำไปสู่ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงวิกฤตและการติดเชื้อลุกลามรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการตรวจสุขภาพพระภิกษุสงฆ์และสามเณรในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 โดยกระทรวงสาธารณสุข ที่พบความเจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรค NCDs ในสัดส่วนที่สูงอย่างน่าตกใจ ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 55.4 ภาวะอ้วน ร้อยละ 44.3 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 18.5 ภาวะเสี่ยงอ้วน ร้อยละ 17.3 และระดับน้ำตาลในเลือดสูง ร้อยละ 15.6 ซึ่งเป็นตัวเลขที่ล้อตามสถิติผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลสงฆ์ ที่ระบุว่าพระภิกษุสงฆ์ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาพยาบาลด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2567)

โรงพยาบาลวชิรบารมี เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีบทบาทสำคัญในการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ จากสถิติงานผู้ป่วยนอก (OPD) ระบบคลังข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (HDC) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2566–2568 มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ 2,314 คน, 2,404 คน และ 2,499 คน ตามลำดับ โดยมีสัดส่วนผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สูงถึง ร้อยละ 68.18, ร้อยละ 63.19 และร้อยละ 64.19 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบจำนวนส่งต่อผู้ป่วยด้วยอุบัติการณ์แผลเบาหวานที่เท้ารุนแรง ในปี 2566 จำนวน 7 คน ปี 2567 จำนวน 2 คน ปี2568 จำนวน 6 คน ปี 2569 จำนวน 4 คน ตามลำดับ (รายงานผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกตัดเท้า พ.ศ. 2566–2569) และพบข้อมูลเชิงประจักษ์ว่ามีพระภิกษุสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวาน เข้ามารับการรักษาในสภาวะวิกฤตเฉียบพลันจำนวนหลายรูป ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอก ได้ตระหนักถึงความสำคัญและภาระปัญหาดังกล่าว จึงสนใจศึกษากรณีพระภิกษุสงฆ์อาพาธโรคเบาหวาน ที่มีภาวะน้ำตาลสะสมในเลือดสูงวิกฤต ร่วมกับแผลติดเชื้อลุกลาม ถึงกระดูกรายนี้ ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก มาเป็นกรณีศึกษาในการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลและการจัดการรายกรณี (Case Management) เพื่อประเมิน บำบัดรักษา และ

ช่วยเหลือเชิงรุกอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การจัดการภาวะวิกฤตในระยะเฉียบพลัน การพัฒนานวัตกรรมการสอนฉีดยาอินซูลินสำหรับผู้บกพร่องทางการมองเห็น การปรับโภชนาการภัตตาหารและน้ำปานะตามวิถีสงฆ์ ตลอดจนการประสานเครือข่ายเพื่อส่งต่อการดูแลต่อเนื่องไร้รอยต่อในชุมชน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาล และสร้างรูปแบบการดูแลสุขภาวะพระภิกษุสงฆ์อาพาธในชุมชนอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ สำหรับพระภิกษุอาพาธด้วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลสูงวิกฤตร่วมกับแผลที่เท้า โดยครอบคลุมการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ และสอดคล้องกับหลักพระธรรมวินัย ณ โรงพยาบาลวชิรบารมี

วิธีดำเนินการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องทางการรักษา (Continuity of Care) ดังนี้

1. การประเมินสภาพ (Assessment) รวบรวมข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลสุขภาพโดยละเอียดตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน โดยเน้นการประเมินภาวะโภชนาการ การจัดการตนเองในวิถีสมณะเพศ และการประเมินสภาพร่างกายส่วนปลายที่มีพยาธิสภาพ

2. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) วิเคราะห์ข้อมูลสนับสนุนจากผลทางห้องปฏิบัติการที่ระบุว่า HbA1c > 16% ร่วมกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ เพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ทั้งปัญหาเฉียบพลันจากภาวะน้ำตาลวิกฤต แผลติดเชื้อ และปัญหาเรื้อรังจากการพร่องความรู้ในการดูแลตนเอง

3. การวางแผนการพยาบาล (Planning) กำหนดเป้าหมายและเกณฑ์การประเมินผลที่วัดผลได้ชัดเจน เช่น การลดระดับน้ำตาลสะสมจาก >16% ให้มีทิศทางลดลง และการหายของแผลที่นิ้วหัวแม่เท้าซ้าย โดยวางแผนกิจกรรมพยาบาลเชิงรุกที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตที่ต้องย้ายที่จำพรรษา

4. การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (Implementation) ดำเนินการตามแผนการพยาบาลแบบสหวิชาชีพ เน้นการให้ความรู้เชิงลึกเรื่องภาวะแทรกซ้อน (ตา ไต เท้า) การสอนฉีดยาด้วยเทคนิคเสียงคลิก และการใช้สมาร์ทโฟนจัดการข้อมูลสุขภาพ (Digital Refer Summary) เพื่อส่งต่อข้อมูลระหว่างเครือข่ายโรงพยาบาล

5. การประเมินผล (Evaluation) ติดตามความก้าวหน้าของการรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่าระดับน้ำตาลสะสมลดลงจากระดับวิกฤตสู่ระดับ 11.6% แผลที่เท้ามีสัญญาณการหายที่ดีขึ้น และผู้ป่วยมีความตระหนักในการดูแลตนเองตามหลักศาสนวินัยได้อย่างเหมาะสม

ผลการศึกษา

จากการทบทวนเวชระเบียน และการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยเบาหวานอายุ 54 ปี สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ บวชเป็นพระภิกษุ 2 ครั้ง ครั้งปัจจุบันบวชมา 5 พรรษา จบการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 6 ตั้งแต่วันที่ 29 ตุลาคม 2568 ถึงวันที่ 29 เมษายน 2569 ภายหลังการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง สามารถสรุปผลการดำเนินงานได้ดังนี้

1. การจัดการภาวะติดเชื้อและการสูญเสียอวัยวะส่วนปลาย (Infection Control & Surgical Management) ในระยะแรกผู้ป่วยได้รับการดูแลแผลด้วยเทคนิค Wet Dressing ร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อควบคุมการติดเชื้อลุกลาม เมื่อพบพยาธิสภาพการติดเชื้อลุกลามถึงกระดูก (Osteomyelitis) ได้รับการส่งเพื่อรับการผ่าตัดนิ้ว

หัวแม่เท้าซ้าย (Left Big Toe Amputation)ในวันที่ 31 ตุลาคม 2568 ส่งผลให้สัญญาณชีพคงที่ ระดับความเจ็บปวดลดลง (Pain score = 2 คะแนน) และไม่เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) และป้องกันการสูญเสียอวัยวะส่วนขา

2. การจัดการ Hyperglycemia และ Electrolyte Imbalance (Hyponatremia & Hypochloremia) ในระยะแรกผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงวิกฤต (CBG 333 mg/dL, HbA1c >16%) ร่วมกับภาวะโซเดียมต่ำ (Na = 131 mmol/L) และคลอไรด์ต่ำ (Cl = 95 mmol/L) ทีมพยาบาลได้จัดการเชิงรุก บริหารยาฉีดอินซูลินตามแผนการรักษา พร้อมให้โภชนศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลือกฉันภัตตาหาร จำกัดอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต และงดน้ำปานะที่มีโซเดียมและน้ำตาลสูงควบคู่กับการเฝ้าระวังภาวะสมองบวมจากโซเดียมต่ำ (Hyponatremic Encephalopathy) จนอาการทางคลินิกเป็นปกติอย่างต่อเนื่อง และ HbA1c ลดลงสู่ 11.6%

3. พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิก (Health Behavior & Clinical Outcomes) ภายหลังการสอนด้วยนวัตกรรม เทคนิคเสียงคลิก และการสาธิตย้อนกลับ (Teach-back) การดูแลทำความสะอาด สำรวจ เท้าเบาหวาน โดยมีพระอนุชาและพระอุปัฏฐากเป็นผู้สนับสนุน ผู้ป่วยสามารถบริหารยาอินซูลินได้ถูกต้องสม่ำเสมอแม้ระหว่างมีศาสนกิจนอกสถานที่ และสำรวจและทำความสะอาดเท้าอย่างเคร่งครัด ซึ่งได้รับการยืนยันจากการติดตามเยี่ยม ณ วัดที่จำพรรษาว่าสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องจริง จนระดับ HbA1c ลดลงจาก >16% เหลือ 11.6% ไม่พบแผลใหม่ (New Ulcer) หรือการติดเชื้อซ้ำ

4. ความต่อเนื่องทางการพยาบาลและการหายของแผล (Continuity of Care & Wound Healing) ภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลวชิรบารมีและ รพ.สต. หนองหญ้าปล้อง เป็นเวลาประมาณ 2 เดือน จนแผลหายสนิท (Complete Wound Closure) ภายในเดือนมกราคม พ.ศ. 2569 นอกจากนี้ยังวางแผน ส่งต่อพบจักษุแพทย์เพื่อประเมินภาวะจอประสาทตาเสื่อม (Diabetic Retinopathy) ทันทีที่ระดับน้ำตาลคงที่

5. การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง (Chronic Complications Surveillance)ทีมพยาบาลได้วางแผนการติดตามประเมินผลกระทบของโรคเบาหวานต่ออวัยวะส่วนปลายอย่างเป็นระบบ ดังนี้

5.1 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ประเมิน CVD Risk Score พบความเสี่ยงระดับสูงมาก(CVD Risk Score 20.11%) จึงให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและพระอุปัฏฐาก ในการสังเกตอาการเตือนสำคัญ (Warning Signs) ของโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง พร้อมแนะนำสายด่วน 1669เพื่อลดอัตราความพิการและลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเฉียบพลัน

5.2 ระบบไต ตรวจพบค่า Microalbumin 150 mg/L และ ACR >300 mg/g (Macroalbuminuria) บ่งชี้ภาวะโรคไตจากเบาหวานระยะเริ่มต้น วางแผนติดตาม Creatinine และ eGFR ปีละ 1 ครั้ง พร้อมให้คำแนะนำการจำกัดโซเดียมและควบคุมความดันโลหิตเพื่อชะลอการเสื่อมของไตและป้องกันการเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรัง (CKD) ในอนาคต

5.3 ระบบตาและระบบประสาทส่วนปลาย วางแผนตรวจคัดกรองจอประสาทตาและตรวจเท้าด้วย Monofilament ปีละ 1 ครั้ง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติสมณธรรม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนทางการพยาบาล สามารถนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญ มาวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ดังนี้

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 มีภาวะติดเชื้ออักเสบของกระดูก (Osteomyelitis) บริเวณนิ้วหัวแม่เท้าซ้าย เนื่องจากขาดความต่อเนื่องทางการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม

S : เดินเท้าเปล่าบิณฑบาตร มีไข้และแผลพุพอง
O : แผลมีหนองและเลือดซึม, ชีพจร 112 ครั้ง/นาที, X-Ray พบ Lytic lesion at distal phalanx
กิจกรรมและผลลัพธ์ พยาบาลทำแผล Wet dressing เทคนิคปลอดเชื้อ บริหารยาฆ่าเชื้อ (Augmentin) ประสานส่งต่อผ่าตัดนิ้วหัวแม่เท้าซ้าย (Left Big Toe Amputation) ร่วมกับแนะนำการลดแรงกดทับ (Off-loading) เสริมทักษะการจัดการตนเองและการประสานระบบส่งต่อดูแลต่อเนื่อง ผลพบว่า สัญญาณชีพปกติ ปวดลดลง (Pain Score เหลือ 2) แผลแห้งสนิทภายใน 2 เดือน ไม่เกิดภาวะ Sepsis ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ และปรับพฤติกรรมสวมรองเท้าสวมใส่สบายแทนการเดินเท้าเปล่าบิณฑบาตร

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงอย่างรุนแรง เสี่ยงต่อภาวะเลือดเป็นกรด (DKA/HHS) และมีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เนื่องจากขาดความรู้และมีพฤติกรรมควบคุมโรคไม่เหมาะสม
S : มีข้อจำกัดเรื่องอาหาร/การออกกำลังกาย ขาดการฉีดอินซูลิน 1 เดือน สายตามัว
O : HbA1c > 16%, CBG 333–399 mg/dL, Macroalbuminuria, CVD Risk 20.11%, BP 165/94 mmHg
กิจกรรมและผลลัพธ์ พยาบาลดำเนินการจัดการเชิงรุกผ่านการบริหารยาฉีดอินซูลิน (Mixtard 70/30) ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโภชนาการเฉพาะบริบทสงฆ์ด้วยกลยุทธ์ "คัดออกและเลือกฉัน" ตามหลัก 2:1:1 และอาหารสามสี (Traffic Light Diet) แนะนำน้ำปานะเพื่อสุขภาพ (งดโจ๊กสำเร็จรูปและน้ำปานะรสหวาน) ส่งเสริมการเคลื่อนไหวบำบัดที่ไม่ลงน้ำหนัก (Ankle Pumps/Leg Extension) บูรณาการหลังทำวัตรเช้า-เย็น พร้อมสอนเฝ้าระวังอาการเตือนวิกฤตเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง (ไตเสื่อมระดับ Macroalbuminuria และความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ High Risk) ผลลัพธ์พบว่า ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ลดลงจาก >16% เหลือ 11.6% ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (CBG) เริ่มเข้าสู่เป้าหมาย (96, 115 mg/dL) ความดันโลหิตลดลงอยู่ในเกณฑ์ควบคุม (<140/90 mmHg) สามารถสาธิตย้อนกลับการบริหารยาและระบุประเภทอาหารได้ถูกต้อง ไม่พบอุบัติการณ์ภาวะน้ำตาลสูงหรือต่ำเฉียบพลัน และไม่มีอาการแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 มีภาวะความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย (ภาวะโซเดียมต่ำและการขาดน้ำ) เนื่องจากมีการสูญเสียสารน้ำผ่านทางปัสสาวะจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Osmotic Diuresis)
S : อ่อนเพลีย มึนงง ปวดศีรษะ
O : Na 131 mmol/L, Cl 95 mmol/L, Pulse 112 ครั้ง/นาที, BP 143/93 mmHg
กิจกรรมและผลลัพธ์ พยาบาลตรวจประเมินภาวะขาดน้ำและระดับความรู้สึกตัว (GCS) ร่วมกับสอนพระอุปัฏฐากเฝ้าระวังอาการวิกฤตทางสมอง (Hyponatremic Encephalopathy) และบันทึกปริมาณปัสสาวะ (Intake/Output) ส่งเสริมการฉันน้ำสะอาด 2,000–2,500 มิลลิลิตรต่อวัน ควบคู่กับการปรับเปลี่ยนโภชนาการงดฉันโจ๊กซองที่มีโซเดียมแฝงสูง สอนเทคนิคการฟังเสียงคลิกเพื่อความแม่นยำในการฉีดยาฉีดอินซูลิน และแนะนำให้ถ่ายภาพใบสรุปประวัติการรักษาเก็บในสมาร์ทโฟนเพื่อป้องกันการขาดยาหากต้องย้ายวัด ผลลัพธ์พบว่า อาการขาดน้ำและภาวะโซเดียมต่ำทางคลินิกปรับตัวดีขึ้น ริมฝีปากชุ่มชื้น ความตึงตัวของผิวหนังปกติ ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (CBG) ลดลงสู่เป้าหมายที่ 115 mg/dL ช่วยหยุดภาวะ Osmotic Diuresis ชีพจรมีแนวโน้มลดลง (103 ครั้ง/นาที) ปฏิเสธภาวะหน้ามืดขณะเปลี่ยนท่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวดี (GCS: E4V5M6) สามารถถามตอบตรงคำถาม และเตรียมความพร้อมข้อมูลสุขภาพในสมาร์ทโฟนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 มีการจัดการสุขภาพตนเองไม่มีประสิทธิภาพ (Ineffective Health Self-Management) เนื่องจากขาดความต่อเนื่องในการรักษาเกี่ยวเนื่องกับวิถีชีวิตการย้ายที่จำพรรษาบ่อยครั้ง
S : ขาดการฉีดอินซูลิน 1 เดือนเนื่องจากย้ายสถานที่จำพรรษา

O : ประวัติขาดการรักษา 3 ช่วงเวลา นานครั้งละ 6–9 เดือน, DTX แรกรับ 339 mg/dL

กิจกรรมและผลลัพธ์ พยาบาลสร้างความตระหนักผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจและการสอนย้อนกลับ (Teach-back Method) ฝึกทักษะการใช้ปากกาอินซูลิน (Insulin Pen) ด้วย "เทคนิคการฟังเสียงคลิกและการสัมผัส" สาธิตย้อนกลับจนชำนาญ สอนการจัดการภาวะน้ำตาลต่ำด้วยกฎ "Rule of 15" และจัดทำข้อมูลสุขภาพดิจิทัลสำรองในสมาร์ทโฟนเพื่อเตรียมพร้อมในการส่งต่อเปลี่ยนผ่านสะพานเชื่อมโยงความต่อเนื่องข้ามพื้นที่ (Proactive Continuity of Care) ผลลัพธ์พบว่า ผู้ป่วยมีความต่อเนื่องในการรักษา (ขาดยาเป็นศูนย์) สามารถสาธิตการตั้งหน่วยยาและปฏิบัติตามกฎ Rule of 15 ได้ถูกต้องร้อยละ 100 ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ลดลงจาก >16% เหลือ 11.6% เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการศึกษา 6 เดือน แผลหลังผ่าตัดนิ้วหัวแม่เท้าซ้ายสมานหายสนิทดีภายในระยะเวลา 2 เดือนโดยไม่พบการติดเชื้อลุกลามหรือเกิดบาดแผลใหม่

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 ผู้ป่วยพร่องความรู้ในการดูแลตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวาน (ตา ไต เท้า และระบบหัวใจ) เนื่องจากขาดการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดำเนินโรคและการจัดการตนเองตามวิถีชีวิตที่ต้องย้ายที่จำพรรษา

S : เข้าใจว่าหยุดฉีดยาชั่วคราวได้ ฉันโจ๊กซองช่วงเย็น เดินบิณฑบาตเท้าเปล่าแม้มีอาการชา

O : HbA1c > 16%, CBG 333–379 mg/dL, V/A ตาขวา Hand movement, Macroalbuminuria, Osteomyelitis นิ้วเท้าซ้าย, CVD Risk 20.11%

กิจกรรมและผลลัพธ์ พยาบาลสร้างความตระหนักรู้เชิงลึกด้านโรค (Disease Literacy) เพื่อปรับแนวคิดห้ามหยุดบริหารยาเอง ดำเนินการโภชนบำบัดถนอมไตงดฉันโจ๊กซองที่มีโซเดียมสูง ปรับพฤติกรรมการสวมรองเท้ามิดชิดขณะบิณฑบาตและตรวจเช็กเท้าทุกวันเพื่อป้องกันแผลใหม่ร่วมกับพระอุปัฏฐาก สอนการเฝ้าระวังระบบหัวใจและหลอดเลือดสมอง (Cardiovascular & Cerebrovascular Surveillance) จากระดับความเสี่ยงสูง (CVD Risk 20.11%) โดยสอนการสังเกตอาการเตือนวิกฤต (Warning Signs) ร่วมกับการประสานสายด่วน 1669 และฝึกการจัดการข้อมูลสุขภาพเคลื่อนที่ (Proactive Health Data) ในสมาร์ทโฟน ผลลัพธ์พบว่า ผู้ป่วยและพระอุปัฏฐากมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ปฏิเสธการหยุดยาเอง งดฉันโจ๊กซองและเปลี่ยนมาฉันนมจืดแทน ปฏิบัติทักษะการสวมรองเท้าและตรวจเช็กเท้าได้ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดเนื้อเยื่อใหม่ (Granulation Tissue) แผลเดิมสมานตัวดี ไม่พบแผลใหม่ สามารถระบุสัญญาณอันตรายของโรคหัวใจ/โรคสมองขาดเลือดและเบอร์ 1669 ได้ถูกต้อง พร้อมแสดงระบบข้อมูลสุขภาพสำรองในสมาร์ทโฟนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 6 ผู้ป่วยวิตกกังวล (Anxiety) เกี่ยวเนื่องกับความกลัวต่อการสูญเสียการมองเห็น (Visual impairment) และการสูญเสียบทบาทหน้าที่ในวิถีสมณะและงานด้านการศึกษา (Monastic and educator roles)

S : กังวลตาขวามองไม่เห็น ตาซ้ายเริ่มมัว กลัวตาบอดแล้วดำเนินชีวิตและสอนหนังสือไม่ได้

O : V/A RE: Hand Movement, LE: 20/50-1, แสดงสีหน้าเคร่งเครียด ซักถามการรักษาซ้ำๆ

กิจกรรมและผลลัพธ์ พยาบาลให้การประคับประคองด้านจิตใจและจิตวิญญาณบำบัด (Psychological & Spiritual Support) ผ่านการฟังอย่างตั้งใจ (Active Listening) และน้อมนำหลักธรรมยอมรับความเปลี่ยนแปลงของสังขาร เสริมสร้างความมั่นใจในการบริหารยาด้วยตนเองผ่านปากกาอินซูลิน (Insulin Pen) ด้วย "เทคนิคการฟังเสียงคลิก" พร้อมสนับสนุนการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ (Role Adaptation) ในการคงคุณค่าความเป็น "ครูพระ" โดยปรับรูปแบบการสอนหนังสือจากการเขียนกระดานเป็นการบรรยาย ใช้สื่อเสียง และปรับกิจวัตรสงฆ์ร่วมกับการจัดการสิ่งแวดล้อมกุฏิให้ปลอดภัย ผลลัพธ์พบว่า ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย พฤติกรรมความเครียดและความวิตกกังวลลดลงทางคลินิก (ไม่มีพฤติกรรมตื่นตระหนก ไม่ซักถามซ้ำๆ)

สามารถปรับตัวและเรียนรู้วิถีการดำเนินชีวิตสอดคล้องกับระดับการมองเห็นปัจจุบัน ตลอดจนให้ความร่วมมือในแผนการรักษาเพื่อชะลอความเสื่อมของดวงตา และได้รับการประสานส่งต่อพบจักษุแพทย์ ณ โรงพยาบาลระดับจังหวัด เพื่อตรวจประเมินจอประสาทตาและวางแผนการรักษาเฉพาะทางต่อไป

บทสรุป

การพยาบาลผู้ป่วยพระภิกษุสงฆ์ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ (HbA1c > 16%) และพบภาวะแทรกซ้อนลุกลามหลายระบบ (ตา, ไต, เท้า และระบบหัวใจ) สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยเชิงโครงสร้างทางสังคมและ "วิถีชีวิตสงฆ์ที่ต้องย้ายที่จำพรรษาบ่อยครั้ง" เป็นอุปสรรคสำคัญ (Barriers to Care) ที่ส่งผลให้เกิดการขาดความต่อเนื่องในการรักษา (Fragmentation of Care)

การจัดการทางการพยาบาลในกรณีศึกษานี้ จึงมุ่งเน้นการบูรณาการระหว่าง "การจัดการภาวะวิกฤตระยะเฉียบพลัน" ได้แก่ การแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดสูงวิกฤต การดูแลแผลติดเชื้อลุกลามถึงกระดูก (Osteomyelitis) และการปรับสมดุลอิเล็กโทรไลต์ ควบคู่ไปกับ "การวางแผนการพยาบาลเชิงรุก" โดยใช้นวัตกรรมที่ปรับให้สอดคล้องกับข้อจำกัดเฉพาะบุคคล (Individualized Care) เช่น เทคนิค "Auditory & Tactile Feedback" (การใช้เสียงคลิกและสัมผัส) เพื่อทำลายอุปสรรคด้านพยาธิสภาพทางสายตาในการบริหารยาอินซูลิน

ผลลัพธ์เชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่า ความต่อเนื่องในการรักษา (Continuity of Care) คือหัวใจสำคัญของการพยาบาลโรคเรื้อรัง การใช้เครื่องมือเชิงระบบ อาทิ สมุดบันทึกเบาหวานฉบับพกพา และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (สมาร์ทโฟน) ในการจัดการข้อมูลสุขภาพสำหรับการเคลื่อนย้ายที่จำพรรษา ร่วมกับระบบส่งต่อเครือข่ายบริการสุขภาพที่ไร้รอยต่อ (Seamless Care) ส่งผลให้แผลที่นิ้วหัวแม่เท้าซ้ายหายดี ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญจาก >16% เหลือ 11.6% แม้จะยังไม่บรรลุเกณฑ์มาตรฐานแต่สามารถลดความเสี่ยงต่อการสูญเสียอวัยวะและภาวะทุพพลภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ท้ายที่สุด การพยาบาลรายนี้คือผลสำเร็จของการบูรณาการระหว่าง "มิติจิตวิญญาณ (Spiritual Care)" และ "การปรับตัวตามสภาพจริง (Practical Adaptation)" เพื่อประคับประคองให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีและบทบาทตามวิถีแห่งสมณะเพศได้อย่างยั่งยืน แม้ภายใต้ข้อจำกัดทางกายภาพที่รุนแรง

ปัญหาอุปสรรคในการพยาบาล

ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยคือข้อจำกัดด้านการมองเห็นและอาการชาปลายประสาทที่ส่งผลต่อการบริหารยาฉีด ร่วมกับวิถีสมณะเพศที่ต้องเดินทางบ่อยและข้อจำกัดในการเลือกฉันภัตตาหารตามพระธรรมวินัย ซึ่งส่งผลต่อความต่อเนื่องในการรักษาและการควบคุมระดับน้ำตาล

อภิปรายผล

จากการดำเนินกระบวนการพยาบาลในผู้ป่วยรายนี้ พบประเด็นสำคัญที่ควรนำมาอภิปรายผล 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. ความสัมพันธ์ระหว่างความต่อเนื่องทางการรักษาและภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลสะสม HbA1c สูงกว่า 16% และพบภาวะแทรกซ้อนรุนแรง (ตา ไต เท้า) ซึ่งสอดคล้องกับประวัติการขาดการรักษาต่อเนื่องรวม 3 ช่วงเวลาในรอบ 7 ปี (ปี 2562, 2564, 2568) สะท้อนให้เห็นว่าการขาดความร่วมมือในการรักษา (Non-adherence) ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงวิกฤต (Hyperglycemia) อย่างเรื้อรัง จนกระตุ้นให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดขนาดเล็ก (Microvascular complications) ลุกลามเป็นภาวะติดเชื้อเข้ากระดูก (Osteomyelitis) ซึ่งเป็นความเสี่ยงสูงสุดต่อการสูญเสียอวัยวะ ในประเด็นนี้ผู้ศึกษาเห็นว่า

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยขาดความต่อเนื่องทางการรักษา เกิดจากการขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคเบาหวานและการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสมร่วมด้วย ส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลล้มเหลวจนเกิดพยาธิสภาพลุกลามที่ยากต่อการควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์แนวทางการ ตรวจคัดกรองและดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน (กรมควบคุมโรค และกรมการแพทย์, 2558) ที่ระบุว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่เหนียวแน่นและการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นหัวใจสำคัญในการชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภารัตน์ ตั้งสกุล (2566) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีพฤติกรรมการขาดการรักษาและการดูแลตนเองที่ไม่ต่อเนื่อง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เท้าจนนำไปสู่การสูญเสียอวัยวะในที่สุด และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพิศ ประดู่ (2567) ที่ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมรุนแรงและขาดการดูแลแผลที่เท้าอย่างต่อเนื่องเชิงรุก มีอัตราความเสี่ยงสูงมากต่อการถูกผ่าตัดตัดกระดูกหรือตัดเท้าเพื่อควบคุมการติดเชื้อลุกลาม

2. ประสิทธิภาพของการสอนด้วยเทคนิคเสียงคลิก (Click-count) และ Teach-back เนื่องจากผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านสายตา (ตาขวาเห็นเพียง Hand movement) การสอนฉีดยาแบบดั้งเดิมที่เน้นการดูขีดตัวเลขจึงไม่ได้ผล การปรับเปลี่ยนมาใช้ทักษะการชดเชยประสาทสัมผัสด้วย 'การฟังเสียงคลิก' และ 'การสัมผัส' ช่วยทลายข้อจำกัดด้านการมองเห็น ทำให้เกิดความมั่นใจในสมรรถนะของตนเอง (Self-efficacy) ร่วมกับการให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ (Redemonstration) ช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและบริหารยาได้แม่นยำขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แม้จะมีข้อจำกัดทางกายภาพ ในประเด็นนี้ผู้ศึกษาเห็นว่า การปรับเปลี่ยนรูปแบบการสอนจากวิธีมาตรฐานมาเป็นการประยุกต์ใช้ประสาทสัมผัสส่วนที่ยังดีอยู่ของผู้ป่วย ร่วมกับการประเมินผลผ่านการสาธิตย้อนกลับทันที เป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล และช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในการบริหารยาด้วยตนเองอย่างปลอดภัย ซึ่งเป็นการส่งเสริมการพึ่งพาตนเองในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางกายภาพอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566) ที่เน้นย้ำว่าการให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องยืดหยุ่นและสอดคล้องกับบริบทหรือข้อจำกัดเฉพาะบุคคล และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิพนธ์ แก้วสินทรัพย์ (2567) ที่ระบุว่าการจัดโปรแกรมการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงและการเสริมสร้างความมั่นใจในสมรรถนะของตนเอง มีผลลัพธ์ช่วยเพิ่มความถูกต้องแม่นยำในการทำหัตถการและลดอัตราความล้มเหลวในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างชัดเจน

3. ความสำคัญของการประสานงานระหว่างสถานพยาบาลและการดูแลแบบสหวิชาชีพ (Seamless Care & Multidisciplinary Approach) การประสานงานอย่างเป็นระบบระหว่างสถานพยาบาลระดับต่างๆ ตั้งแต่โรงพยาบาลแม่ข่ายที่ให้การรักษาเฉพาะทางด้านศัลยกรรมผ่าตัดหัวแม่เท้าซ้าย มาจนถึงโรงพยาบาลวชิรบารมี และ รพ.สต. ในพื้นที่ ที่ทำหน้าที่ติดตามการทำแผลและประเมินอาการรายวัน ประกอบกับการวางแผนส่งต่อเพื่อตรวจทางจักษุวิทยา มีความสอดคล้องกับมาตรฐานและการประเมินคุณภาพการจัดการพยาบาลผู้ป่วยนอก (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2568) ที่มุ่งเน้นการจัดระบบบริการพยาบาลแบบไร้รอยต่อและการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพเพื่อความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วย และสอดคล้องกับแนวทางการดูแลแผลผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง (กรมการแพทย์, สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระอุปถัมภ์ฯ, และโรงพยาบาลสงฆ์, 2566) ที่เน้นย้ำถึงการสร้างมาตรฐานเครือข่ายสถานพยาบาลเพื่อติดตามประเมินอาการแผลเบาหวานเป็นประจำทุกวันในกลุ่มประชากรสงฆ์อาพาธ ความสำเร็จในการรักษาแผลติดเชื้อลุกลามถึงกระดูก (Osteomyelitis) และการดูแลคงสภาพการมองเห็นของผู้ป่วยในกรณีศึกษานี้ เป็นผลโดยตรงจากการเชื่อมต่อข้อมูลผ่านสมุดบันทึกเบาหวานและระบบเครือข่าย ซึ่ง

ช่วยลดปัญหาความล่าช้าในการรักษา (Delayed treatment) แม้ผู้ป่วยจะเป็นประชากรกลุ่มเปราะบาง (Vulnerable population) ที่เข้าถึงบริการได้ยากจากวิถีชีวิตสงฆ์ก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพที่เน้นการเข้าถึงบริการอย่างไร้รอยต่อเพื่อลดความเสี่ยงในการสูญเสียอวัยวะสำคัญ ในประเด็นนี้ผู้ศึกษาเห็นว่า การสร้างเครือข่ายการดูแลที่เข้มแข็งและการใช้เครื่องมือสื่อสารที่เข้าถึงง่ายอย่างสมุดบันทึกเบาหวาน เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยปิดช่องว่างในการสื่อสารระหว่างสถานพยาบาล ทำให้ประชากรกลุ่มสงฆ์ซึ่งมีข้อจำกัดในการเดินทางและการใช้ชีวิต สามารถได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและมีคุณภาพในชุมชนเสมือนได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (กรมโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2566) ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางและการเชื่อมโยงบริการทุกระดับเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

4. นวัตกรรมการจัดการข้อมูลและระบบสนับสนุน (Social & Digital Support) การใช้สมาร์ทโฟนเป็นเครื่องมือจัดเก็บข้อมูลสุขภาพเคลื่อนที่ (Mobile Health Record) ร่วมกับการเสริมพลังให้พระอุปัฏฐาก (Caregiver Empowerment) เป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความต่อเนื่องทางการรักษา ในประเด็นนี้ผู้ศึกษาเห็นว่า การผสานเทคโนโลยีดิจิทัลที่เข้าถึงง่ายเข้ากับระบบการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการพัฒนาศักยภาพและการเสริมพลังให้แก่พระอุปัฏฐากซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักในบริบทของสงฆ์ เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพสูงในการช่วยเสริมพลังด้านการจัดการตนเอง ทำให้เกิดการเฝ้าระวังอาการและการส่งต่อข้อมูลสุขภาพที่รวดเร็ว แม่นยำ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและป้องกันการเกิดอุบัติการณ์แผลลุกลามซ้ำได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งสอดคล้องกับรายงานผลตรวจสุขภาพพระสงฆ์ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2567) ที่ระบุถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบกลไกการดูแลสุขภาพพระสงฆ์และการสนับสนุนบทบาทของพระอุปัฏฐากในการดูแลพระสงฆ์อาพาธในชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของอรัญญา ตังตระกูล (2566) ที่พบว่าการจัดโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการสร้างระบบสนับสนุนและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลอย่างเข้มแข็ง มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเพิ่มศักยภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้

ข้อจำกัดของการศึกษา : กรณีศึกษานี้มีข้อจำกัดด้านการติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะระดับโซเดียม (Na) และคลอไรด์ (Cl) ในระยะหลังการปรับพฤติกรรม เนื่องจากทีมผู้รักษาพิจารณาจากสภาวะทางคลินิกและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเป็นหลัก ทั้งนี้ หากมีการตรวจติดตามระดับอิเล็กโทรไลต์เพิ่มเติมจะช่วยให้ข้อมูลการสมดุลเกลือแร่มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วย

ควรจัดทำแผนการนัดหมายเชิงรุกเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่ไต และจอประสาทตาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ควบคู่กับการเสริมพลังผู้ดูแลในการเฝ้าระวังอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง (B.E.F.A.S.T.) เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตฉับพลัน นอกจากนี้ควรขยายผลสู่การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในรูปแบบ “วัดส่งเสริมสุขภาพ” โดยเน้นโภชนศึกษาในกลุ่มโยมอุปัฏฐาก และพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลผ่านกลไกพระคิลานุปัฏฐากและคณะสงฆ์ฝ่ายปกครอง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามและส่งต่อข้อมูลเชิงรุกระหว่างพื้นที่ ซึ่งจะช่วยลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการและสร้างความยั่งยืนในการดูแลพระสงฆ์อาพาธในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์, สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระอุปถัมภ์ฯ, และโรงพยาบาลสงฆ์. (2566). *แนวทางการดูแลแผลผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2566*. โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์.

กรมควบคุมโรค และกรมการแพทย์. (2558). *แนวทางการตรวจคัดกรองและดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน* (พิมพ์ครั้งที่ 1). โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กรมโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2566). *แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566–2570)*. กองโรคไม่ติดต่อ.

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2568). *มาตรฐานและการประเมินคุณภาพการจัดการพยาบาลผู้ป่วยนอก* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กองการพยาบาล.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค. (2567). *รายงานผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค. (2568). *รายงานผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2568, 19 พฤศจิกายน). *รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อ: โรคเบาหวาน (E10 - E14) ปีงบประมาณ 2565-2567* [แดชบอร์ด]. Health System Intelligent Unit. https://hsiu.moph.go.th

นิพนธ์ แก้วสินทรัพย์. (2567). การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2: กรณีศึกษา. *วารสารวิชาการศิริราชสัมพันธ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*, *8*(1), e266451.

ประภารัตน์ ตั้งสกุล. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า: กรณีศึกษา. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา*, *8*(1), 324–332.

โรงพยาบาลวชิรบารมี. (2566–2568). *รายงานผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกตัดเท้า พ.ศ. 2566–2568* โปรแกรม HOSxP.

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2566). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566*. ศรีเมืองการพิมพ์.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2567). *ผลตรวจสุขภาพพระสงฆ์ ปี 2566*. คลังสื่อสาระออนไลน์ระบบสร้างเสริมสุขภาพ. https://dol.thaihealth.or.th

สุพิศ ประดู่. (2567). การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการผ่าตัดเท้าและมีโรคร่วม: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย. *วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้*, *38*(3), 42–53.

อรัญญา ตังตระกูล. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในคลินิกโรคเรื้อรัง: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย. *วารสารวิชาการสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, *5*(2), 955–961.

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ-สกุล	นางเกษร ภู่พิชิต
วัน เดือน ปีเกิด	20 เมษายน พ.ศ. 2513
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	7 หมู่ 7 ต. บ้านนา อ. วชิรบารมี จ. พิจิตร 66140
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน	งานผู้ป่วยนอก
	โรงพยาบาลวชิรบารมี อ.วชิรบารมี จ.พิจิตร 66140
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2535 การพยาบาลและผดุงครรภ์
	พ.ศ. 2539 พยาบาลศาสตร์บัณฑิต
	พ.ศ. 2545 อาชีวอนามัยและความปลอดภัย