บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง โทร.๐๗๕-๒๐๕๖๑๕-๒๒
ที่ ตง ๐๐๓๓.๑๐/๖๕๖ **วันที่** ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๙
เรื่อง ขออนุมัติเผยแพร่บทความวิชาการทางเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตรัง

๑. เรื่องเดิม

นางสาวบุศรินทร์ ชูแก้ว ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลปะเหลียน แจ้งความประสงค์ขอส่งบทความเพื่อเผยแพร่ในเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ประเภท รายงานกรณีศึกษา เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา ตามหนังสือโรงพยาบาลปะเหลียน ที่ ตง ๐๐๓๓.๓๓๐๕/๘๔๑ ลงวันที่ ๒๙ เมษายน ๒๕๖๙ (เอกสารหมายเลข ๑)

๒. ข้อเท็จจริง

๒.๑ คณะทำงานตรวจสอบ แก้ไข บทความ หรือข้อเขียน ในการลงเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง (สายงานพยาบาล) ได้ประชุมพิจารณาผลงานฯ ครั้งที่ ๑ /๒๕๖๙ เมื่อวันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๖๙ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง โดยที่ประชุมมีมติให้มีการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของคณะทำงานฯ (เอกสารหมายเลข ๒)

๒.๒ คณะทำงานฯ ได้รับเอกสารบทความวิชาการ ฉบับแก้ไขสมบูรณ์ เมื่อวันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๙ และมีมติให้เผยแพร่ทางเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังได้ (เอกสารหมายเลข ๓)

๓. ระเบียบและข้อกฎหมาย

คำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ที่ ๑๒๔/๒๕๖๙ ลงวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๙ เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานตรวจสอบ แก้ไข บทความหรือข้อเขียน ในการลงเว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง (เอกสารหมายเลข ๔)

๔. ข้อพิจารณา

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล พิจารณาแล้วเห็นว่าคณะทำงานฯ ได้มีมติ ให้ผลงานของนางสาวบุศรินทร์ ชูแก้ว ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลปะเหลียน ประเภท รายงานกรณีศึกษา เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา เป็นผลงานมีความเหมาะสม และเห็นควรให้เผยแพร่บทความวิชาการทางเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

๕. ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดลงนามในหนังสือรับรองผลงานวิชาการที่เสนอมาพร้อมนี้

เห็นชอบ

(นายบุญฤทธิ์ ปราบรัตน์)
หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
28 ส.ค. 2569

(นายสงกรานต์ ไหมชุม)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตรัง
28 ส.ค. 2569



ที่ ตง ๐๐๓๓/

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง
๑๘๑ หมู่ ๔ ตำบลบ้านควน
อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง ๙๒๐๐๐

หนังสือรับรองผลงานวิชาการ

หนังสือรับรองฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า นางสาวบุศรินทร์ ชูแก้ว ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ได้จัดทำผลงานวิชาการ เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา เพื่อขอประเมินแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ ๑๓๔๓๒๖ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลปะเหลียน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ส่วนราชการโรงพยาบาลปะเหลียน **โดยผลงานวิชาการของข้าราชการเผยแพร่ทาง Website ของ** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง เมื่อวันที่.....โดยสามารถสืบค้นได้จาก www.tro.moph.go.th และผลงานวิชาการดังกล่าวไม่ใช่ผลงานวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ ที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเพื่อขอรับปริญญาหรือประกาศนียบัตร หรือเป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม

๑. คำรับรองของผู้ขอรับการประเมิน

ลงชื่อ.....
(นางสาวบุศรินทร์ ชูแก้ว)
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วันที่.....

๒. คำรับรองของผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแลการปฏิบัติงาน

ความเห็น.....

ลงชื่อ.....
(นายสุภพงษ์ หาญวัฒนกุล)
ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลปะเหลียน
วันที่.....

๓. คำรับรองของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป ๑ ระดับ

ความเห็น.....

ลงชื่อ.....
(นายแพทย์สงกรานต์ ไหมชุม)
ตำแหน่งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตรัง
วันที่.....28 ส.ค. 2569.....

*** หมายเหตุ** : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อย ๒ ระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีก ๑ ระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรอง ๑ ระดับได้

ชื่อบทความภาษาไทย :

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ :

Nursing Care for Patients with Diabetes Mellitus and Diabetic Retinopathy

ชื่อผู้เขียนบทความ (ภาษาไทย) : บุศรินทร์ ชูแก้ว
ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปะเหลียน
Email : Bussarin.24062519@gmail.com

บทคัดย่อ

ภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่อาจทำให้เกิดตาบอดได้ หากผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตาอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี โดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการถ่ายภาพและอ่านผลจอประสาทตา ซึ่งมีทักษะ ความเชี่ยวชาญในการอ่านผลการตรวจ และหากพบสงสัยภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา มีการส่งต่อพบจักษุแพทย์เพื่อเข้าสู่การวินิจฉัยและการรักษาจะสามารถยับยั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่ให้รุนแรงขึ้น และป้องกันการสูญเสียการมองเห็นของผู้ป่วยได้

รายงานนี้เป็นกรณีศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษา ณ คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลปะเหลียน ที่ตรวจพบมีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาระดับปานกลาง และได้รับการส่งต่อพบจักษุแพทย์ที่โรงพยาบาลตรัง จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้งสองรายแตกต่างกันในลักษณะการดูแลตนเองเฉพาะตัว และสาเหตุของการเกิดโรค แนวทางการรักษาของแพทย์และการปฏิบัติการพยาบาลจึงต้องมีลักษณะเจาะจงตามสภาวะของผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี สามารถรักษาสภาพของการมองเห็นและระยะของโรคให้คงอยู่ได้ แต่ยังคงมีภาวะของตาที่มองเห็นไม่ชัดจากความรุนแรงของโรคเบาหวาน ในทางกลับกันหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี อาจทำให้ภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตารุนแรงขึ้นถึงขั้นตาบอด และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

คำสำคัญ: การพยาบาล, ผู้ป่วยเบาหวาน, ภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา

Abstract

Diabetic retinopathy is a complication of diabetes that can cause blindness. Regular annual eye complication screening conducted by professional nurses trained in fundus photography and retinal image interpretation who possess the skills and expertise to read test results—ensures that suspected cases of diabetic retinopathy are promptly referred to ophthalmologists for diagnosis and treatment. This early intervention can halt the progression of complications and prevent vision loss.

This report presents a comparative case study on nursing care for two type 2 diabetic patients receiving treatment at the Diabetes Clinic, Palian Hospital, who were detected with moderate diabetic retinopathy and referred to ophthalmologists at Trang Hospital. The study reveals that the two patients differed in their individual self-care behaviors and disease etiologies; therefore, medical treatment approaches and nursing interventions had to be tailored to each patient's specific condition.

The findings indicate that diabetic patients with good glycemic control can maintain their visual acuity and stabilize the stage of the disease, though mild blurred vision may persist due to the severity of diabetes. Conversely, failure to maintain glycemic control may exacerbate diabetic retinopathy to the point of blindness, significantly impacting the patient's quality of life.

Keywords: Nursing care, Diabetic patients, Diabetic retinopathy

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่สำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2015 พบผู้ป่วยเบาหวาน 415 ล้านคน 1 ใน 11 คน เป็นเบาหวานโดยไม่รู้ตัว และในปี ค.ศ. 2040 จะเพิ่มขึ้นกว่า 642 ล้านคน สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2557 พบ 4.8 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เบาหวานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับหลอดเลือดทั่วร่างกายจึงเป็นสาเหตุการสูญเสียอวัยวะและสาเหตุการตายที่สำคัญ หนึ่งในห้าอันดับแรก ของโรคไม่ติดต่อ โดยพบว่ามีคนตายจากโรคเบาหวาน ทุก 6 วินาที จากภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยได้แก่ หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ ตา ไต และเท้า เป็นต้น [1]

ภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา (Diabetic Retinopathy) เป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ที่พบได้บ่อยและอาจทำให้เกิดภาวะตาบอดได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี 2030 จะมีประชากรที่มีปัญหาโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 360 ล้านคน ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานทุกรายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตา (Diabetic Retinopathy) การค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกและการได้รับการรักษาที่เหมาะสมโดยจักษุแพทย์ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะลดอัตราการมองไม่เห็นได้มากกว่าร้อยละ 90 ภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาเกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยเป็นเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดขนาดเล็กที่ไปเลี้ยงจอประสาทตาซึ่งหากไม่ได้รับการตรวจพบ และรักษาตั้งแต่ระยะแรก ๆ จะมีความเสี่ยงสูงต่อการสูญเสียสายตา โดยเป็นสาเหตุที่ทำให้ตาบอด [2]

ความชุกของภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาในประเทศไทยพบได้ร้อยละ 21.6 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (DM Type 2) และพบอัตราการเกิดตาบอดร้อยละ 2 ในจังหวัดตรังพบภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา ปี 2566-2568 จำนวน 962 ราย 908 ราย และ 921 ราย ตามลำดับ [3]

จากสถิติข้อมูลของคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลปะเหลียน อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง พบผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาโดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการถ่ายภาพและอ่านผลจอประสาทตา ย้อนหลังจากปี 2566-2568 จำนวน 1,664 ราย 1,512 ราย และ 1,407 ราย ตามลำดับ พบว่า มีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาที่ต้องได้รับการรักษาส่งต่อพบจักษุแพทย์โรงพยาบาลตรัง จำนวน 75 ราย 66 ราย และ 58 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.51, 4.36, 4.12 ตามลำดับ [4]

กลไกการเกิดภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดที่เพิ่มสูงขึ้นเป็นเวลานาน ส่งผลให้เส้นเลือดฝอยที่ไปเลี้ยงจอประสาทตาอุดตันเกิดจอประสาทตาขาดเลือดกระตุ้นทำให้เกิดการสร้างหลอดเลือดใหม่ (Neovascularization) ซึ่งหลอดเลือดใหม่เหล่านี้มีลักษณะเปราะและแตกง่ายทำให้เลือดหรือสารน้ำอื่น ๆ รั่วไหลเข้าจอประสาทตาทำให้เกิดเลือดออกในจอประสาทตาและเกิดพังผืดดึงรั้งจอประสาทตาหลุดลอกได้ นอกจากนี้ ระดับน้ำตาลที่สูงยังสามารถทำให้เกิดเลนส์ตาบวม ส่งผลให้การมองเห็นไม่ชัดเจนคล้ายคนสายตาสั้น หากระดับน้ำตาลขึ้น ๆ ลง ๆ ไม่คงที่ ก็จะเป็นสาเหตุให้คนที่เป็นเบาหวานนั้น มองเห็นไม่ชัด หรือมีค่าสายตาเปลี่ยนบ่อยได้ ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมานานเกิน 10-15 ปี จะมีความเสี่ยงเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาสูงถึง 60% โดยเฉพาะหากคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ยิ่งระยะเวลาการเป็นโรคยาวนานและระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) สูง โอกาสเกิดการทำลายหลอดเลือดในดวงตาก็จะยิ่งเพิ่มขึ้นอย่างมาก ความเชื่อมโยงของระยะเวลาโรคและโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน [5] แบ่งได้ตามความเสี่ยงดังนี้:

ระยะเริ่มแรก (น้อยกว่า 5 ปี): โอกาสเกิดภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตายังพบได้น้อย ยกเว้นในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่อาจพบการเปลี่ยนแปลงได้บ้าง

ระยะปานกลาง (5-10 ปี): เริ่มพบความผิดปกติของหลอดเลือดขนาดเล็กในจอประสาทตา ผู้ป่วยควรตรวจตากับจักษุแพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

ระยะยาว (มากกว่า 10-15 ปีขึ้นไป): ความเสี่ยงจะพุ่งสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะหากคุมระดับน้ำตาลและโรคความดันโลหิตร่วมด้วยได้ไม่ดี

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1: ควรเริ่มตรวจตาภายใน 5 ปีแรกหลังจากเริ่มป่วย

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: ควรได้รับการตรวจจอประสาทตาตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรค

การตรวจติดตาม: หากยังไม่พบภาวะแทรกซ้อน ควรตรวจซ้ำทุกปี แต่หากเริ่มพบจุดเลือดออกหรือการเปลี่ยนแปลงแล้ว อาจต้องตรวจถี่ขึ้นทุก 3-6 เดือน ตามดุลพินิจของจักษุแพทย์

การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา [5]

No Diabetic Retinopathy (No DR) หมายถึง จอประสาทตาปกติ ไม่มีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา

1. ระยะที่ยังไม่มีการสร้างหลอดเลือดใหม่ (Non-Proliferative Diabetic Retinopathy - NPDR เป็นระยะที่ผนังเส้นเลือดในจอประสาทตาเริ่มอ่อนแอลง ทำให้เกิดการรั่วซึมของสารน้ำ โปรตีน หรือไขมัน แบ่งย่อยได้ 3 ระดับ

1.1 ระดับเล็กน้อย (Mild NPDR): พบจุดเลือดออกเล็กน้อย (Microaneurysms) หรือหลอดเลือดโป่งพองเพียงเล็กน้อย

1.2 ระดับปานกลาง (Moderate NPDR): มีเลือดออกและจุดบวมมากขึ้น เริ่มพบเส้นเลือดฝอยตีบตัน

1.3 ระดับรุนแรง (Severe NPDR): เส้นเลือดฝอยอุดตันมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ทำให้เลือดไปเลี้ยงจอประสาทตาไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดสารเคมีกระตุ้นให้ร่างกายสร้างเส้นเลือดใหม่ในเวลาต่อมา

2. ระยะที่มีการสร้างหลอดเลือดใหม่ (Proliferative Diabetic Retinopathy - PDR) เป็นระยะที่รุนแรงมาก เกิดจากจอประสาทตาขาดเลือดอย่างหนัก ร่างกายจึงพยายามสร้างหลอดเลือดใหม่ขึ้นมาทดแทน แต่หลอดเลือดเหล่านี้เปราะบางและแตกง่าย นำไปสู่ภาวะเลือดออกในวุ้นตา จอประสาทตาลอก หรือต้อหิน ซึ่งเสี่ยงต่อการสูญเสียการมองเห็นถาวร

แนวทางวิธีรักษาภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา แบ่งเป็น 3 วิธีหลัก ๆ ได้แก่ [5]

1. การยิงเลเซอร์ที่จอประสาทตา (Laser Photocoagulation)

เป็นวิธีมาตรฐานในการรักษาโดยมีข้อบ่งชี้คือเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระยะที่มีการสร้างหลอดเลือดใหม่และที่มีจุดรับภาพชัดบวม เลเซอร์จะทำให้หลอดเลือดงอกใหม่ที่ผิดปกติฝ่อลง ส่งผลให้จอประสาทตายุบบวมและป้องกันการเกิดเลือดออกในจอตา การรักษาด้วยเลเซอร์นั้นต้องแบ่งยิงหลายครั้งเพื่อป้องกันภาวะจอประสาทตาบวมจากเลเซอร์

2. การฉีดยาเข้าในน้ำวุ้นตา (Anti-VEGF)

เป็นวิธีใหม่โดยการฉีดยาที่มีคุณสมบัติลดการรั่วของหลอดเลือดและทำให้หลอดเลือดเกิดใหม่ฝ่อลง ยาที่ใช้ปัจจุบันมี 2 กลุ่มคือ ยาสเตียรอยด์และยาต้านการสร้างหลอดเลือดใหม่ (anti vascular endothelial growth factor) การรักษาด้วยวิธีนี้ได้ผลค่อนข้างดีแต่ฤทธิ์ของยาอยู่ได้ไม่นานและมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดต้อกระจกและต้อหินได้

3. การผ่าตัดจอประสาทตา (Vitrectomy)

ใช้ในกรณีที่เป็นเบาหวานเข้าจอประสาทตาระยะรุนแรง เช่น มีพังผืดดึงจอประสาทตาให้หลุดลอก หรือมีเลือดออกในน้ำวุ้นตาผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในระยะรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยเลเซอร์และการฉีดยาเข้าน้ำวุ้นตา เพื่อหยุดการเจริญเติบโตของหลอดเลือดงอกใหม่ (Neovascularization) และลดการบวมของจุดรับภาพ (Diabetic Macular Edema) การรักษาโดยการผ่าตัด ทำในรายที่มีจอตาหลุดลอก (Retinal Detachment) เพื่อช่วยให้การมองเห็นดีขึ้น

ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา เข้าใจพยาธิสภาพของโรค สามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนติดตามอาการให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน (Thailand Diabetes Guideline) และเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานเข้าตรวจจอประสาทตา ตามมาตรฐานราชวิทยาลัยจักษุแพทย์ รวมทั้งให้ความรู้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติ ผู้นำเสนอได้ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนการดูแลสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของกอร์ดอน [6] โดยนำทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Theory) [7] มาเป็นกรอบในการวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินโรคในผู้ป่วย 2 รายที่มีความรุนแรงของโรคต่างกัน เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาที่เป็นมาตรฐานของหน่วยงานต่อไป

<u>วัตถุประสงค์</u>

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา กรณีศึกษาจำนวน 2 ราย

<u>วิธีดำเนินการ</u>

กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลปะเหลียน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาประจำปีต่อเนื่อง โดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการถ่ายภาพและอ่านผลจอประสาทตา โดยกล้อง Fundus camera จำนวน 2 ราย

<u>กรณีศึกษารายที่ 1</u>

หญิงไทยอายุ 64 ปี จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา สถานภาพสมรส มีประวัติเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีภาวะไขมันในเลือดสูง ตั้งแต่ปี 2556 โดยรับประทานยาต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน รวมระยะเวลาการเป็นเบาหวาน 12 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองตาเบาหวานประจำปีต่อเนื่องทุกปี วันที่ 21 พฤศจิกายน 2567 พบสงสัยมีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาระดับปานกลาง (Moderate NPDR BE) ส่งต่อโรงพยาบาลตรัง ได้รับการวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ เป็น Moderate NPDR BE (ภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาระดับปานกลาง) ได้ทำการรักษาโดย LPI BE (Laser Peripheral Iridotomy Both eyes) มีการนัดติดตามอาการ 6 เดือน เพื่อ Dilate + Fundus BE (การขยายม่านตา ร่วมกับการตรวจดูความผิดปกติของจอประสาทตาและขั้วประสาทตา) แต่ผู้ป่วยไม่ได้ติดตามอย่างต่อเนื่อง ผิดนัดเป็นระยะเวลา8เดือน และได้รับการตรวจคัดกรองตาประจำปีอีกครั้ง พบว่ายังคงมีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาทั้ง 2 ข้างระดับ Moderate NPDR BE จึงได้ทำหนังสือส่งตัวไปพบจักษุแพทย์ที่โรงพยาบาลตรังอีกครั้ง

กรณีศึกษารายที่ 2

หญิงไทยอายุ 59 ปี จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา สถานภาพสมรส มีประวัติเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดสูงตั้งแต่ปี 2553 และตรวจพบโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในปี 2565 มีประวัติรับประทานยาต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน รวมระยะเวลาการเป็นเบาหวาน 15 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองตาเบาหวานประจำปีอย่างต่อเนื่อง จนพบสงสัยมีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาระดับปานกลาง (Moderate NPDR BE) ในปี 2560 และได้ส่งต่อโรงพยาบาลตรัง โดยผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ เป็น Moderate NPDR BE (ภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาระดับปานกลาง) ได้ทำการรักษาโดย S/P Focal Laser (การรักษาด้วยแสงเลเซอร์เฉพาะจุด) มีนัดติดตามอาการ พร้อมทำ Oct mac re (Optical Coherence Tomography Macula) คือ การตรวจสแกนภาพตัดขวางของจอประสาทตาและจุดรับภาพ โดยใช้แสงเลเซอร์ที่มีความละเอียดสูงระดับไมครอนเพื่อให้จักษุแพทย์เห็นรายละเอียดโครงสร้างดวงตาในครั้งถัดไป ผู้ศึกษาได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพ ทั้ง 11 แบบแผนของกอร์ดอน [6] มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

การประเมินตามแบบแผนสุขภาพ เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	การประเมินผู้ป่วย	
	รายที่ 1	**รายที่ 2**
1. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเอง (Health Perception - Health Management)	รู้ตัวว่าเป็นเบาหวานมานาน 12 ปี และควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี มีอาการตาพร่ามัวเป็นบางครั้ง หลังจากทราบว่ามีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตารู้สึกตกใจ และหลังได้รับการรักษาโดยการยิงเลเซอร์ รู้สึกกลัวการรักษา จึงขาดความต่อเนื่องในการรักษา ไม่ไปตามนัดของจักษุแพทย์ ผิดนัดเป็นระยะเวลา 8 เดือน	รู้ตัวว่าเป็นเบาหวานมานาน 15 ปี หลังจากทราบว่ามีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาและได้รับการส่งต่อรักษาโดยการยิงเลเซอร์ กลัวการตาบอดมากจึงพยายามควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ไปตรวจตามนัดทุกครั้ง ควบคุมระดับน้ำตาล HbA1c < 7%
2. โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ชอบรับประทานข้าวเหนียวและน้ำหวานในทุกวัน มีภาวะอ้วน น้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน BMI 25.06	รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ รับประทานข้าวสวยมื้อละ 1-2 ทัพพี มีภาวะอ้วน น้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน BMI 30.80
3. การขับถ่ายของเสีย	ขับถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้งและปัสสาวะวันละ 4-5 ครั้ง ไม่มีอาการปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน	ขับถ่ายอุจจาระวันละ 1-2 ครั้งและปัสสาวะวันละ 5-6 ครั้ง ไม่มีอาการปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน
4. การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม	มีการออกกำลังกายโดยเต้นบาสโลบสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ	ออกกำลังกายสม่ำเสมอโดยการเดินสัปดาห์ละ 3-4 วัน สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ ช่วยเหลือตนเองได้ดี

แบบแผนสุขภาพ	การประเมินผู้ป่วย	
	รายที่ 1	รายที่ 2
5. การพักผ่อนนอนหลับ	ไม่พบปัญหาเรื่องการนอนหลับ นอนกลางคืน 6-7 ชั่วโมง นอนหลับสนิทดี มีนอนหลับกลางวันเป็นบางวัน	นอนคืนละ 4-5 ชั่วโมง ทำงานกรีดยางในตอนกลางคืน ช่วงเวลา 1.00 น.–5.00 น. นอนกลางวันวันละ 1-2 ชั่วโมง
6. การรับรู้สติปัญญาและความน่าเชื่อถือ	การรับรู้ปกติ มีสติสัมปชัญญะดี	การรับรู้ปกติ มีสติสัมปชัญญะดี
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ผู้ป่วยรับรู้ตนเองว่ามีภาวะโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตาจากการที่เป็นเบาหวานเป็นระยะเวลานาน ยอมรับการเจ็บป่วยได้ มีทัศนคติเชิงบวก มั่นใจในการดูแลตนเอง	ผู้ป่วยรับรู้ตนเองว่ามีภาวะโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตา ยอมรับการเจ็บป่วยได้ มีทัศนคติเชิงบวก มั่นใจในการดูแลตนเอง
8. บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	สามารถประกอบอาชีพได้ ทำหน้าที่ในครอบครัวและสังคมได้ตามปกติ	สามารถประกอบอาชีพได้ ทำหน้าที่ในครอบครัวและสังคมได้ตามปกติ
9. เพศและการเจริญพันธุ์	ประจำเดือนหยุดมากกว่า 20 ปี ปัจจุบันไม่มีความต้องการทางเพศและปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับสามีมานานกว่า 1 ปี ไม่มีปัญหาทางนรีเวช	ประจำเดือนหยุดมา 10 ปี มีเพศสัมพันธ์กับสามีเดือนละ 4-5 ครั้ง สมรรถภาพทางเพศปกติ ไม่มีปัญหาทางนรีเวช
10. การเผชิญความเครียด	มีการจัดการความเครียดได้ดี พูดคุยปรึกษากับบุตรและสามีเวลามีเรื่องไม่สบายใจ	มีทักษะการจัดการความเครียดที่ดี พูดคุยกับสามีเวลามีเรื่องไม่สบายใจ
11. คุณค่าและความเชื่อ	ยึดมั่นในการปฏิบัติตามหลักศาสนา มีความเชื่อเรื่องสุขภาพในทางที่ถูกต้อง	ปฏิบัติตามหลักศาสนาและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด

เปรียบเทียบข้อมูลการประเมินทางการพยาบาล เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

การประเมินทางการพยาบาล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	Type 2 Diabetes Mellitus with Dyslipidemia ปี 2556 รักษาโรงพยาบาลปะเหลียนจนถึงปัจจุบัน with Moderate NPDR Both eyes with Laser Peripheral Iridotomy ปี 2567 รักษาโรงพยาบาลตรังจนถึงปัจจุบัน (พบภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาหลังเป็นโรคเบาหวานได้ 11 ปี)	Type 2 Diabetes Mellitus with Hypertension with Dyslipidemia ปี 2553 Chronic Kidney Disease stage 3a ปี 2565 รักษาโรงพยาบาลปะเหลียนจนถึงปัจจุบัน with Moderate Both eyes S/P focal laser ปี 2560 รักษาโรงพยาบาลตรังจนถึงปัจจุบัน (พบภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาหลังเป็นโรคเบาหวานได้ 7 ปี)
ประวัติเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิเสธการป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรง	ปฏิเสธการป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรง
ประวัติการแพ้ยา	ยาฉีดแก้ปวดท้อง ไม่ทราบชนิด อาการข้างเคียงผื่นขึ้นตามตัว	Enalapril: มีอาการไอแห้ง ระคายเคืองลำคอ Gabapentin : มีอาการผื่นคัน ตามตัว
การตรวจร่างกาย (Physical Examination)	Good conscious BW 61 Kg Height 156 cm BMI 25.06 Vital signs : BT 36.8 C BP 132/64 mmHg Pulse 82/min RR 18/min **การตรวจการมองเห็น** VA (Visual acuity) Right 20/40-3 with pinhole 20/40+2 Left 20/40 -2 with pinhole 20/40 +3 มีอาการตาพร่ามัวเหมือนกันทั้ง 2 ข้างเวลามองหน้าจอมือถือเป็นเวลานาน ต้องสวมแว่นสายตาบางครั้งเห็นจุดดำลอยไปมา	Good conscious BW 74 Kg Height 155 cm BMI 30.80 Vital signs : BT 36.6 C BP 128/76 mmHg Pulse 82/min RR 18/min **การตรวจการมองเห็น** VA (Visual acuity) Right 20/50-3 with pinhole 20/40+2 Left 20/40 +2 with pinhole 20/40 +3 มีอาการตาพร่ามัวเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ใช้แว่นสายตาสวมเวลาอ่านหนังสือหรือเวลามองหน้าจอโทรศัพท์

การประเมินทางการพยาบาล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการย้อนหลังปี (ต.ค. 67-ก.ย. 68)	Glucose 165, 191, 125 mg% HbA1c = 11.2, 11.3 %	Glucose 138, 170, 157, 113 mg% HbA1c = 6.2 %
ประวัติการใช้ยา	1.Mixtard (30/70): ขนาด 30 ยูนิต (units) ก่อนอาหารเช้า และ 24 ยูนิต (units) ก่อนอาหารเย็น โดยฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง (Subcutaneous) 2.Metformin (500 มิลลิกรัม): รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า 3.Atorvastatin (40 มิลลิกรัม): รับประทานครั้งละ ½ เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเย็นหรือก่อนนอน (hs)	1.Glipizide (5 มิลลิกรัม): รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารเช้าและเย็น 2.Metformin (500 มิลลิกรัม): รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้าและเย็น 3.Pioglitazone (30 มิลลิกรัม): รับประทานครั้งละ ½ เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า 4.Losartan (50 มิลลิกรัม): รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า 5.Simvastatin (20 มิลลิกรัม): รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน (หรือหลังอาหารเย็น)
การติดตามอาการ	นัดติดตามอาการรับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลปะเหลียน ทุก 4 เดือน นัดติดตามอาการพบจักษุแพทย์เรื่องภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาที่โรงพยาบาลตรัง ทุก 3 เดือน แต่ผิดนัดที่โรงพยาบาลตรัง 1 ครั้ง ขาดการรักษาต่อเนื่อง 8 เดือน ได้ทำการส่งตัวไปใหม่อีกครั้ง ตุลาคม 2568 รักษาต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน	นัดติดตามอาการรับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลปะเหลียน ทุก 4 เดือน นัดติดตามอาการพบจักษุแพทย์เรื่องภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาที่โรงพยาบาลตรังทุก 6 เดือน จนถึงปัจจุบัน

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้ศึกษาได้นำกรอบแนวคิดทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Theory) มาใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

เปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม (Orem's Self-Care Theory)

หัวข้อการประเมิน/วิเคราะห์	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency)	ผู้ป่วยเข้าใจกลไกของโรคเบาหวาน สามารถอธิบายได้ว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง (เช่น การคุมอาหาร ทานยา ฉีดอินซูลิน) ช่วยป้องกันการทำลายเส้นเลือดในจอประสาทตา	ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการนัดตรวจสุขภาพตาประจำปี และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
2. ความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit)	ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี HbA1c=11.2, 11.3% (เป้าหมาย HbA1c <7%) ยังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารรสหวานต่อเนื่อง ทำให้เกิดภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา และขาดการรักษาพบจักษุแพทย์ต่อเนื่องที่โรงพยาบาลตรัง นาน 8 เดือน เนื่องจากกลัวเจ็บในการรักษาโดยการยิงเลเซอร์	มีความพร่องในการดูแลตนเองด้านการจัดการด้านสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย ไม่ค่อยชอบออกกำลังกายทำให้มีภาวะ BMI เกิน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. เสี่ยงต่อการเกิดพยาธิสภาพของภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาที่รุนแรงขึ้นจนสูญเสียการมองเห็นถาวร เนื่องจากขาดประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective Data:

1. ผู้ป่วยให้ประวัติว่า ยังชอบรับประทานข้าวเหนียวกับชาร้อนในมื้อเช้าอยู่เป็นประจำ โดยจะรับประทาน 5 วันต่อสัปดาห์

2. ผู้ป่วยให้ประวัติว่า "รู้สึกตาพร่ามัวเวลาจ้องมองเป็นเวลานาน เห็นภาพบิดเบี้ยว มองเห็นจุดดำลอยไปมาคล้ายหยากไย่ หรือมองเห็นไม่ชัดเวลากลางคืน"

3. ผู้ป่วยให้ประวัติว่า "ไม่ไปตามนัดพบจักษุแพทย์คงไม่เป็นไร ควบคุมอาหารได้ก็คงจะดีขึ้น"

Objective Data:

1. ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) สูงเกินเกณฑ์เป้าหมาย (HbA1c=11.2-11.3%) ผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) = 165, 191 และ 125 mg%

2. จักษุแพทย์วินิจฉัย มีเบาหวานเข้าจอประสาทตา ในระยะ Moderate NPDR (Non-proliferative Diabetic Retinopathy)

3. มีประวัติผิดนัดพบจักษุแพทย์ 8 เดือน ไม่ไปตามนัด

เป้าหมาย

ป้องกันและชะลอการดำเนินของโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตา เพื่อรักษาการมองเห็นและป้องกันภาวะตาบอด

กิจกรรมการพยาบาล

การประเมินและติดตามอย่างใกล้ชิด

1. ประเมินและติดตามการมองเห็นอย่างต่อเนื่อง โดยการตรวจด้วยกล้อง Fundus camera และตรวจการมองเห็นโดยการวัด VA เพื่อเปรียบเทียบกับประวัติเดิม

2. สอบถามอาการตาพร่ามัว การมองเห็นภาพเปลี่ยนไป หรือมีจุดดำบดบังการมองเห็น

3. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ FPG, HbA1c, ไขมันในเลือด (Lipid profile) และการทำงานของไต (BUN, Cr) เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน

4. ติดตามค่าความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง ควบคุมให้ไม่เกิน 130/80 mmHg เพื่อลดแรงดันในหลอดเลือดฝอยที่จอประสาทตาส่งผลต่อความรุนแรงของโรค

5. การรับประทานยา ตรวจสอบและส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (Medication adherence) จัดยาฉีดอินซูลินหรือยารับประทานให้ถูกต้องตามแผนการรักษา

6. การควบคุมอาหาร แนะนำการนับคาร์โบไฮเดรต (Carb counting) หลีกเลี่ยงอาหารที่มีดัชนีน้ำตาลสูง (High Glycemic Index) เน้นอาหารที่มีใยอาหารสูง เช่น ผักใบเขียว เพื่อช่วยชะลอการดูดซึมน้ำตาล

7. การออกกำลังกาย แนะนำการออกกำลังกายแบบแอโรบิกในระดับปานกลาง เช่น เต้นบาสโลบ หรือการเดินวันละประมาณ 30 นาที 5 วันต่อสัปดาห์ ให้ได้อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์

8. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงกลไกการเกิดโรคอย่างง่าย น้ำตาลในเลือดที่สูงเป็นเวลานานจะไปทำลายผนังหลอดเลือดเล็ก ๆ ที่ตา ทำให้เลือดไปเลี้ยงจอตาไม่ได้ เกิดเส้นเลือดงอกใหม่ที่เปราะบางและแตกง่าย นำไปสู่การมีเลือดออกในตาและตาบอดในที่สุด

9. สอนผู้ป่วยสังเกตอาการเตือนวิกฤต (Warning Signs) ที่ต้องมาโรงพยาบาลทันทีโดยไม่ต้องรอนัด เช่น ตาพร่ามัวลงอย่างเฉียบพลัน เห็นเงาดำคล้ายม่านมาบังตา หรือมองเห็นแสงวาบเหมือนฟ้าแลบ (Flash) เป็นต้น

2. เสี่ยงต่อการบาดเจ็บ/เกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากความสามารถในการมองเห็นลดลง

Subjective Data:

ผู้ป่วยให้ประวัติว่า "ตามัว ต้องสวมแว่นตาเวลาดูโทรศัพท์ มองเห็นภาพบิดเบี้ยว และมีจุดดำลอยไปมาบางครั้ง"

Objective Data:

ผลตรวจระดับการมองเห็น (Visual Acuity: VA) Right 20/40-3 with pinhole 20/40+2 Left 20/40 -2 with pinhole 20/40 +3 และ ผลการวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ ระบุเป็น Moderate NPDR BE

เป้าหมาย

ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ หรือการพลัดตกหกล้มและสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. การจัดระบบความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม ทั้งในและนอกโรงพยาบาล เช่น มีแสงสว่างเพียงพอ มีการสื่อสารและป้ายเตือน ติดสัญลักษณ์หรือป้ายเตือน มีการระบุทางลาดชันเห็นชัดเจน จัดเก็บสิ่งกีดขวางในทางเดินให้โล่งเตียน
2. การประเมินความสามารถในการมองเห็นอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือหากมีอาการตามัว
3. ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอด้วยเครื่องมือมาตรฐาน
4. การปรับสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้คำแนะนำแก่ญาติในการจัดบ้านตามหลักความปลอดภัยสำหรับผู้มีปัญหาทางการมองเห็นในห้องน้ำควรมีราวจับและแผ่นยางกันลื่น

3. พร่องความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านการจัดการโรคเบาหวาน เนื่องจากขาดความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง

Subjective Data:

1. ผู้ป่วยให้ประวัติว่า "บางครั้งลืมกินยา/ลืมฉีดยา ถ้าวันไหนรีบก็จะลืม"
2. ผู้ป่วยให้ประวัติว่า "ไม่จำเป็นต้องไปตรวจตาตามนัดทุกครั้งก็ได้ ในเมื่อตาก็ยังมองเห็นปกติ"

Objective Data:

1. พบภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา (Diabetic Retinopathy) ระยะลุกลาม จนต้องได้รับการยิงเลเซอร์
2. มีประวัติไม่ไปติดตามอาการพบจักษุแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาลตรังต่อเนื่อง
3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ HbA1c = 11.2-11.3% และมีระดับ FBS=165, 191และ 125 mg%

เป้าหมายการพยาบาล:

ผู้ป่วยสามารถอธิบายสาเหตุของโรค วิธีคุมอาหาร และการใช้ยาที่ถูกต้องได้ พร้อมทั้งปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันไม่ให้ภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตารุนแรงขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ประเมินความรู้เดิม อุปสรรค และความเชื่อด้านสุขภาพให้สุขศึกษาเรื่องพยาธิสภาพของภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดกับความเสื่อมของเส้นเลือดที่ตา แนะนำการรับประทานอาหาร การงดน้ำหวาน และการใช้ยา/อินซูลินตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด

2. ประเมินข้อจำกัดทางกายภาพและสติปัญญา เช่น สายตามัวจนมองไม่เห็นขีดไซริงค์ฉีดยา เพื่อวางแผนหาผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) มาร่วมรับฟัง

3. การจัดการอาหาร (Medical Nutrition Therapy): สอนการเลือกรับประทานอาหารโดยใช้โมเดล "จานอาหารสุขภาพ (Healthy Plate Method)" หรือการจัดสัดส่วน ผัก 2 ส่วน ข้าว 1 ส่วน เนื้อสัตว์ 1 ส่วน เลี่ยงการใช้ศัพท์วิชาการที่เข้าใจยาก เน้นให้ผู้ป่วยบอกอาหารที่ชอบทานในชีวิตประจำวันแล้วช่วยกันปรับลด ทดแทน เช่น เปลี่ยนจากข้าวขาวเป็นข้าวกล้อง หรือลดปริมาณผลไม้รสหวานจัดลง

4. การใช้ยาอย่างปลอดภัย: ทบทวนรายการยาทั้งหมดของผู้ป่วย อธิบายชื่อยา (หรือสีเม็ดยา) กลไกอย่างง่าย และเวลาที่ต้องทานอย่างเคร่งครัด ในรายที่ฉีดยาอินซูลิน ต้องฝึกให้ผู้ป่วยหรือญาติหัดดึงยาและฉีดจริงกับหมอนฝึก โดยเน้นย้ำเรื่องการเปลี่ยนตำแหน่งฉีดเพื่อป้องกันเนื้อเยื่อแข็งใต้ผิวหนัง

5. การออกกำลังกาย: แนะนำกิจกรรมทางกายที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต อย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน พร้อมเตือนเรื่องการสวมรองเท้าที่พอดีเสมอเพื่อป้องกันการเกิดแผล

4.วิตกกังวล/กลัว เกี่ยวกับการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร หรือการต้องเข้ารับการรักษาที่ซับซ้อน (เช่น การยิงเลเซอร์ การฉีดยาเข้าวุ้นตา หรือการผ่าตัด)

ผู้ป่วยรายที่ 1 (กลุ่มควบคุมน้ำตาลได้ไม่ดี / อาจมีความวิตกกังวลสูงบดบังความร่วมมือ):

Subjective Data:

ผู้ป่วยบ่นว่า "กลัวตาบอดมาก ไม่อยากยิงเลเซอร์ซ้ำอีก กลัวเจ็บตา และกลัวว่าถ้าตาบอดแล้วจะไม่มีใครดูแล ยอมรับว่าเครียดจนบางทีไม่อยากกินยา"

Objective Data:

สีหน้าวิตกกังวล กระสับกระส่าย มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการรักษา (เช่น เคยปฏิเสธการส่งต่อหรือผิดนัดคลินิกตา) ชีพจรเต้นสูงขึ้นขณะนั่งรอตรวจ (White-coat effect) ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีเนื่องจากสภาวะเครียดเรื้อรังส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ผู้ป่วยรายที่ 2 (กลุ่มควบคุมน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ / มีความวิตกกังวลในระดับปกติและปรับตัวได้):

Subjective Data

ผู้ป่วยบอกว่า "ตอนแรกที่รู้ว่าจะต้องยิงเลเซอร์ก็ตกใจและกลัวมาก แต่พยาบาลอธิบายให้ฟังและมีลูกคอยประคับประคอง เลยเข้าใจว่าทำเพื่อไม่ให้ตาบอด ตอนนี้พร้อมสู้"

Objective Data:

ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังยิงเลเซอร์อย่างกระตือรือร้น สีหน้าเรียบเฉย สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีความพร้อมในการเรียนรู้ (Readiness to learn) และมีครอบครัวมาด้วยทุกครั้ง

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและความกลัวลดลง อยู่ในระดับที่สามารถเผชิญปัญหาและให้ความร่วมมือในแผนการรักษาด้วยเลเซอร์และการควบคุมโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมการพยาบาล (Nursing Interventions)

1. การประเมินและคัดกรองความเครียด

- ประเมินระดับความวิตกกังวลและความกลัวของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย โดยใช้วิธีสังเกตพฤติกรรมและอาจใช้เครื่องมือคัดกรองความเครียด ST-5 (stress test 5) เพื่อจำแนกความรุนแรง

- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก โดยเฉพาะรายที่ 1 เพื่อค้นหาต้นตอของความกลัวที่แท้จริง (เช่น กลัวความเจ็บปวดระหว่างยิงเลเซอร์ หรือกลัวเป็นภาระลูกหลาน) ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลแก้ไขปัญหาได้ตรงจุด

2. การให้ข้อมูลเพื่อลดความกลัวและความเข้าใจผิด

- อธิบายวัตถุประสงค์ของการยิงเลเซอร์อย่างชัดเจนและเข้าใจง่าย โดยเน้นย้ำเชิงบวกว่า" การยิงเลเซอร์ คือ การปกป้องและรักษาดวงตาคู่เดิมไว้ ไม่ใช่สัญลักษณ์ว่าตากำลังจะบอด" เพื่อปรับเปลี่ยนแนวคิด ของผู้ป่วย

- อธิบายขั้นตอนการทำหัตถการอย่างเป็นลำดับขั้น: ตั้งแต่การหยอดยาขยายม่านตา การหยอดยาชา และการปฏิบัติตัวหลังทำ เพื่อลดความกลัวต่อสิ่งที่ไม่รู้

สำหรับรายที่ 2: ส่งเสริมการรับรู้และความพร้อมในการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ชื่นชมในความตั้งใจและสร้างแรงเสริมเชิงบวก

3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการจัดการความเครียด

สอนเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและความตึงเครียด เช่น การฝึกหายใจเข้าลึก ๆ ในขณะที่ตื่นเต้นหรือระหว่างรอเข้ารับการยิงเลเซอร์

- แนะนำการจัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนโดยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุยกับผู้ป่วยเบาหวานรายอื่นที่เคยผ่านการยิงเลเซอร์มาแล้วและสามารถควบคุมโรคได้ดี เพื่อสร้างกำลังใจและลดความเครียด

4. การดึงระบบสนับสนุนทางสังคมและการประสานงานทีมองค์รวม

กระตุ้นให้ญาติหรือผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วมในการรับฟังแผนการรักษา เพื่อให้ญาติช่วยสนับสนุนทางอารมณ์ และช่วยลดความกังวลเรื่องการเดินทางและการใช้ชีวิตประจำวันหลังยิงเลเซอร์หาก พบว่าผู้ป่วย (โดยเฉพาะรายที่ 1) มีความเครียดรุนแรงจนส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด (Stress-induced hyperglycemia) หรือไม่ยอมมารักษา ให้ประสานงานทีมสหวิชาชีพ เช่น นักจิตวิทยาคลินิกหรือพยาบาลจิตเวช หรือส่งต่อทีมหมอครอบครัวเยี่ยมบ้านเชิงรุกเพื่อประเมินจิตสังคมที่บ้าน

อภิปรายผล

การศึกษากรณีศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาระยะปานกลาง จำนวน 2 ราย พบว่า แม้ว่าผู้ป่วยทั้งสองรายจะได้รับการวินิจฉัยโรคและภาวะแทรกซ้อนในระยะใกล้เคียงกัน แต่ผลลัพธ์ด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยกรณีศึกษารายที่ 1 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการดำเนินของภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ มากขึ้น [6] สอดคล้องกับกรณีศึกษาของสมใจ แสงสร้อย ที่พบว่าโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ทำให้เส้นเลือดที่จอตาได้รับความเสียหายและเลือดไหลเวียนผิดปกติ ขณะที่กรณีศึกษารายที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี มีความร่วมมือในการรักษา รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้สามารถชะลอการดำเนินของโรคและลดความเสี่ยงของเบาหวานเข้าจอประสาทตา ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับกรณีศึกษาของปราณีต ใจใหญ่ [2] ที่พบว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยชะลอความรุนแรงของภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา และการประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มในกระบวนการพยาบาลสามารถเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษามากขึ้น สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น และลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่นเดียวกับการศึกษาของรุจิรา แต่สกุล [9] ที่พบว่าการให้ความรู้ควบคู่กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและการติดตามอย่างต่อเนื่อง มีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะยาว

ดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาระยะปานกลาง ควรมุ่งเน้นการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม วางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งติดตามผลอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวทางการคัดกรองโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตาของสำนักโรคไม่ติดต่อ[8] ที่ได้พบว่าการค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกและการได้รับการรักษาที่เหมาะสมโดยจักษุแพทย์ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะลดอัตราการมองไม่เห็นได้มากกว่าร้อยละ 90

ข้อเสนอแนะทางการพยาบาล

บทบาทของพยาบาลในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) จึงไม่ควรจำกัดอยู่เพียงการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อคัดกรองตาประจำปี แต่ต้องพัฒนาระบบการจัดการรายกรณี (Case Management) ที่เน้นการประเมินองค์รวมเชิงลึก มีการสร้างทางด่วนในการส่งต่อ สำหรับรายที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี เพื่อป้องกันการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการทางการพยาบาล

การจัดวางระบบ: เสนอให้จัดทำแนวทางสำหรับผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มเสี่ยงสูงที่ตรวจพบภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาตั้งแต่ระยะ Moderate NPDR ขึ้นไป และมีผล HbA1c มากกว่า 8% โดยมีการติดตามผลเป็นกลุ่มเฉพาะ เพื่อให้การพยาบาลแบบเข้มข้น ประสานงานระบบส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่สูงกว่า และติดตามผลหลังจากส่งตัวไปอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเชิงการพัฒนาระบบและเครือข่ายบริการ

การพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลและการนัดหมายผ่านระบบดิจิทัล: โรงพยาบาลชุมชนต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรับการยิงเลเซอร์ที่โรงพยาบาลศูนย์ จึงควรพัฒนาระบบแจ้งเตือนและส่งคืนข้อมูลผลการรักษา (Feedback System) ระหว่างจักษุแพทย์กับพยาบาลประจำคลินิก NCDs เพื่อให้พยาบาลในพื้นที่สามารถติดตามประเมินอาการและควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การจัดทำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เป็นเลิศ (Best Practice Guidelines): พัฒนาเป็นคู่มือแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตาตามมาตรฐานของโรงพยาบาลชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. อัจฉรา แก้วน้ำเชื้อ. การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อม. 2564;4(6):177-80.
2. ปราณีต ใจใหญ่. การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่ได้รับการเลเซอร์จอประสาทตาด้วยลำแสงเลเซอร์: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2563;17(1):105-12.
3. คลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) กระทรวงสาธารณสุข. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=f16421e617aed29602f9f09d951cce68
4. โรงพยาบาลปะเหลียน. รายงานจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา (Diabetic Retinopathy) ประจำปีงบประมาณ 2566-2568 [ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ภายใน]. ตรัง: โรงพยาบาลปะเหลียน; 2569 [เข้าถึงเมื่อ 11 กรกฎาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: ระบบสารสนเทศ HosXP.
5. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจคัดกรองและดูแลรักษาโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตา. 2558;1:1-61
6. สมใจ แสงสร้อย. การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาตา:กรณีศึกษา 2 ราย วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2562;1(2):197-208.
7. สมจิต หนุเจริญกุล. การพยาบาล : ศาสตร์ของการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: วี.เจ. พริ้นติ้ง; 2543.
8. แก่นใจ ยุทธเกษมสันต์. การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนจอประสาทตาเสื่อม : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(4):569-73.
9. รุจิรา แต่สกุล. การพยาบาลผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่ได้รับการยิงเลเซอร์: กรณีศึกษา. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2563;34(3):95-104

ชื่อบทความภาษาไทย :

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ :

Nursing Care for Patients with Diabetes Mellitus and Diabetic Retinopathy

ชื่อผู้เขียนบทความ (ภาษาไทย) : บุศรินทร์ ชูแก้ว
ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปะเหลียน
Email : Bussarin.24062519@gmail.com

บทคัดย่อ

ภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่อาจทำให้เกิดตาบอดได้ หากผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตาอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี โดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการถ่ายภาพและอ่านผลจอประสาทตา ซึ่งมีทักษะ ความเชี่ยวชาญในการอ่านผลการตรวจ และหากพบสงสัยภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา มีการส่งต่อพบจักษุแพทย์เพื่อเข้าสู่การวินิจฉัยและการรักษาจะสามารถยับยั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่ให้รุนแรงขึ้น และป้องกันการสูญเสียการมองเห็นของผู้ป่วยได้

รายงานนี้เป็นกรณีศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษา ณ คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลปะเหลียน ที่ตรวจพบมีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาระดับปานกลาง และได้รับการส่งต่อพบจักษุแพทย์ที่โรงพยาบาลตรัง จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้งสองรายแตกต่างกันในลักษณะการดูแลตนเองเฉพาะตัว และสาเหตุของการเกิดโรค แนวทางการรักษาของแพทย์และการปฏิบัติการพยาบาลจึงต้องมีลักษณะเจาะจงตามสภาวะของผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี สามารถรักษาสภาพของการมองเห็นและระยะของโรคให้คงอยู่ได้ แต่ยังคงมีภาวะของตาที่มองเห็นไม่ชัดจากความรุนแรงของโรคเบาหวาน ในทางกลับกันหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี อาจทำให้ภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตารุนแรงขึ้นถึงขั้นตาบอด และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

คำสำคัญ: การพยาบาล, ผู้ป่วยเบาหวาน, ภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา

Abstract

Diabetic retinopathy is a complication of diabetes that can cause blindness. Regular annual eye complication screening conducted by professional nurses trained in fundus photography and retinal image interpretation who possess the skills and expertise to read test results—ensures that suspected cases of diabetic retinopathy are promptly referred to ophthalmologists for diagnosis and treatment. This early intervention can halt the progression of complications and prevent vision loss.

This report presents a comparative case study on nursing care for two type 2 diabetic patients receiving treatment at the Diabetes Clinic, Palian Hospital, who were detected with moderate diabetic retinopathy and referred to ophthalmologists at Trang Hospital. The study reveals that the two patients differed in their individual self-care behaviors and disease etiologies; therefore, medical treatment approaches and nursing interventions had to be tailored to each patient's specific condition.

The findings indicate that diabetic patients with good glycemic control can maintain their visual acuity and stabilize the stage of the disease, though mild blurred vision may persist due to the severity of diabetes. Conversely, failure to maintain glycemic control may exacerbate diabetic retinopathy to the point of blindness, significantly impacting the patient's quality of life.

Keywords: Nursing care, Diabetic patients, Diabetic retinopathy

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่สำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2015 พบผู้ป่วยเบาหวาน 415 ล้านคน 1 ใน 11 คน เป็นเบาหวานโดยไม่รู้ตัว และในปี ค.ศ. 2040 จะเพิ่มขึ้นกว่า 642 ล้านคน สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2557 พบ 4.8 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เบาหวานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับหลอดเลือดทั่วร่างกายจึงเป็นสาเหตุการสูญเสียอวัยวะและสาเหตุการตายที่สำคัญ หนึ่งในห้าอันดับแรก ของโรคไม่ติดต่อ โดยพบว่ามีคนตายจากโรคเบาหวาน ทุก 6 วินาที จากภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยได้แก่ หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ ตา ไต และเท้า เป็นต้น [1]

ภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา (Diabetic Retinopathy) เป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ที่พบได้บ่อยและอาจทำให้เกิดภาวะตาบอดได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี 2030 จะมีประชากรที่มีปัญหาโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 360 ล้านคน ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานทุกรายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตา (Diabetic Retinopathy) การค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกและการได้รับการรักษาที่เหมาะสมโดยจักษุแพทย์ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะลดอัตราการมองไม่เห็นได้มากกว่าร้อยละ 90 ภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาเกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยเป็นเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดขนาดเล็กที่ไปเลี้ยงจอประสาทตาซึ่งหากไม่ได้รับการตรวจพบ และรักษาตั้งแต่ระยะแรก ๆ จะมีความเสี่ยงสูงต่อการสูญเสียสายตา โดยเป็นสาเหตุที่ทำให้ตาบอด [2]

ความชุกของภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาในประเทศไทยพบได้ร้อยละ 21.6 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (DM Type 2) และพบอัตราการเกิดตาบอดร้อยละ 2 ในจังหวัดตรังพบภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา ปี 2566-2568 จำนวน 962 ราย 908 ราย และ 921 ราย ตามลำดับ [3]

จากสถิติข้อมูลของคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลปะเหลียน อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง พบผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาโดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการถ่ายภาพและอ่านผลจอประสาทตา ย้อนหลังจากปี 2566-2568 จำนวน 1,664 ราย 1,512 ราย และ 1,407 ราย ตามลำดับ พบว่า มีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาที่ต้องได้รับการรักษาส่งต่อพบจักษุแพทย์โรงพยาบาลตรัง จำนวน 75 ราย 66 ราย และ 58 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.51, 4.36, 4.12 ตามลำดับ [4]

กลไกการเกิดภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดที่เพิ่มสูงขึ้นเป็นเวลานาน ส่งผลให้เส้นเลือดฝอยที่ไปเลี้ยงจอประสาทตาอุดตันเกิดจอประสาทตาขาดเลือดกระตุ้นทำให้เกิดการสร้างหลอดเลือดใหม่ (Neovascularization) ซึ่งหลอดเลือดใหม่เหล่านี้มีลักษณะเปราะและแตกง่ายทำให้เลือดหรือสารน้ำอื่น ๆ รั่วไหลเข้าจอประสาทตาทำให้เกิดเลือดออกในจอประสาทตาและเกิดพังผืดดึงรั้งจอประสาทตาหลุดลอกได้ นอกจากนี้ ระดับน้ำตาลที่สูงยังสามารถทำให้เกิดเลนส์ตาบวม ส่งผลให้การมองเห็นไม่ชัดเจนคล้ายคนสายตาสั้น หากระดับน้ำตาลขึ้น ๆ ลง ๆ ไม่คงที่ ก็จะเป็นสาเหตุให้คนที่เป็นเบาหวานนั้น มองเห็นไม่ชัด หรือมีค่าสายตาเปลี่ยนบ่อยได้ ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมานานเกิน 10-15 ปี จะมีความเสี่ยงเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาสูงถึง 60% โดยเฉพาะหากคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ยิ่งระยะเวลาการเป็นโรคยาวนานและระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) สูง โอกาสเกิดการทำลายหลอดเลือดในดวงตาก็จะยิ่งเพิ่มขึ้นอย่างมาก ความเชื่อมโยงของระยะเวลาโรคและโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน [5] แบ่งได้ตามความเสี่ยงดังนี้:

ระยะเริ่มแรก (น้อยกว่า 5 ปี): โอกาสเกิดภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตายังพบได้น้อย ยกเว้นในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่อาจพบการเปลี่ยนแปลงได้บ้าง

ระยะปานกลาง (5-10 ปี): เริ่มพบความผิดปกติของหลอดเลือดขนาดเล็กในจอประสาทตา ผู้ป่วยควรตรวจตากับจักษุแพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

ระยะยาว (มากกว่า 10-15 ปีขึ้นไป): ความเสี่ยงจะพุ่งสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะหากคุมระดับน้ำตาลและโรคความดันโลหิตร่วมด้วยได้ไม่ดี

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1: ควรเริ่มตรวจตาภายใน 5 ปีแรกหลังจากเริ่มป่วย

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: ควรได้รับการตรวจจอประสาทตาตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรค

การตรวจติดตาม: หากยังไม่พบภาวะแทรกซ้อน ควรตรวจซ้ำทุกปี แต่หากเริ่มพบจุดเลือดออกหรือการเปลี่ยนแปลงแล้ว อาจต้องตรวจถี่ขึ้นทุก 3-6 เดือน ตามดุลพินิจของจักษุแพทย์

การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา [5]

No Diabetic Retinopathy (No DR) หมายถึง จอประสาทตาปกติ ไม่มีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา

1. ระยะที่ยังไม่มีการสร้างหลอดเลือดใหม่ (Non-Proliferative Diabetic Retinopathy - NPDR เป็นระยะที่ผนังเส้นเลือดในจอประสาทตาเริ่มอ่อนแอลง ทำให้เกิดการรั่วซึมของสารน้ำ โปรตีน หรือไขมัน แบ่งย่อยได้ 3 ระดับ

1.1 ระดับเล็กน้อย (Mild NPDR): พบจุดเลือดออกเล็กน้อย (Microaneurysms) หรือหลอดเลือดโป่งพองเพียงเล็กน้อย

1.2 ระดับปานกลาง (Moderate NPDR): มีเลือดออกและจุดบวมมากขึ้น เริ่มพบเส้นเลือดฝอยตีบตัน

1.3 ระดับรุนแรง (Severe NPDR): เส้นเลือดฝอยอุดตันมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ทำให้เลือดไปเลี้ยงจอประสาทตาไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดสารเคมีกระตุ้นให้ร่างกายสร้างเส้นเลือดใหม่ในเวลาต่อมา

2. ระยะที่มีการสร้างหลอดเลือดใหม่ (Proliferative Diabetic Retinopathy - PDR) เป็นระยะที่รุนแรงมาก เกิดจากจอประสาทตาขาดเลือดอย่างหนัก ร่างกายจึงพยายามสร้างหลอดเลือดใหม่ขึ้นมาทดแทน แต่หลอดเลือดเหล่านี้เปราะบางและแตกง่าย นำไปสู่ภาวะเลือดออกในวุ้นตา จอประสาทตาลอก หรือต้อหิน ซึ่งเสี่ยงต่อการสูญเสียการมองเห็นถาวร

แนวทางวิธีรักษาภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา แบ่งเป็น 3 วิธีหลัก ๆ ได้แก่ [5]

1. การยิงเลเซอร์ที่จอประสาทตา (Laser Photocoagulation)

เป็นวิธีมาตรฐานในการรักษาโดยมีข้อบ่งชี้คือเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระยะที่มีการสร้างหลอดเลือดใหม่และที่มีจุดรับภาพชัดบวม เลเซอร์จะทำให้หลอดเลือดงอกใหม่ที่ผิดปกติฝ่อลง ส่งผลให้จอประสาทตายุบบวมและป้องกันการเกิดเลือดออกในจอตา การรักษาด้วยเลเซอร์นั้นต้องแบ่งยิงหลายครั้งเพื่อป้องกันภาวะจอประสาทตาบวมจากเลเซอร์

2. การฉีดยาเข้าในน้ำวุ้นตา (Anti-VEGF)

เป็นวิธีใหม่โดยการฉีดยาที่มีคุณสมบัติลดการรั่วของหลอดเลือดและทำให้หลอดเลือดเกิดใหม่ฝ่อลง ยาที่ใช้ปัจจุบันมี 2 กลุ่มคือ ยาสเตียรอยด์และยาต้านการสร้างหลอดเลือดใหม่ (anti vascular endothelial growth factor) การรักษาด้วยวิธีนี้ได้ผลค่อนข้างดีแต่ฤทธิ์ของยาอยู่ได้ไม่นานและมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดต้อกระจกและต้อหินได้

3. การผ่าตัดจอประสาทตา (Vitrectomy)

ใช้ในกรณีที่เป็นเบาหวานเข้าจอประสาทตาระยะรุนแรง เช่น มีพังผืดดึงจอประสาทตาให้หลุดลอก หรือมีเลือดออกในน้ำวุ้นตาผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในระยะรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยเลเซอร์และการฉีดยาเข้าน้ำวุ้นตา เพื่อหยุดการเจริญเติบโตของหลอดเลือดงอกใหม่ (Neovascularization) และลดการบวมของจุดรับภาพ (Diabetic Macular Edema) การรักษาโดยการผ่าตัด ทำในรายที่มีจอตาหลุดลอก (Retinal Detachment) เพื่อช่วยให้การมองเห็นดีขึ้น

ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา เข้าใจพยาธิสภาพของโรค สามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนติดตามอาการให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน (Thailand Diabetes Guideline) และเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานเข้าตรวจจอประสาทตา ตามมาตรฐานราชวิทยาลัยจักษุแพทย์ รวมทั้งให้ความรู้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติ ผู้นำเสนอได้ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนการดูแลสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของกอร์ดอน [6] โดยนำทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Theory) [7] มาเป็นกรอบในการวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินโรคในผู้ป่วย 2 รายที่มีความรุนแรงของโรคต่างกัน เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาที่เป็นมาตรฐานของหน่วยงานต่อไป

<u>วัตถุประสงค์</u>

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา กรณีศึกษาจำนวน 2 ราย

<u>วิธีดำเนินการ</u>

กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลปะเหลียน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาประจำปีต่อเนื่อง โดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการถ่ายภาพและอ่านผลจอประสาทตา โดยกล้อง Fundus camera จำนวน 2 ราย

<u>กรณีศึกษารายที่ 1</u>

หญิงไทยอายุ 64 ปี จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา สถานภาพสมรส มีประวัติเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีภาวะไขมันในเลือดสูง ตั้งแต่ปี 2556 โดยรับประทานยาต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน รวมระยะเวลาการเป็นเบาหวาน 12 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองตาเบาหวานประจำปีต่อเนื่องทุกปี วันที่ 21 พฤศจิกายน 2567 พบสงสัยมีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาระดับปานกลาง (Moderate NPDR BE) ส่งต่อโรงพยาบาลตรัง ได้รับการวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ เป็น Moderate NPDR BE (ภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาระดับปานกลาง) ได้ทำการรักษาโดย LPI BE (Laser Peripheral Iridotomy Both eyes) มีการนัดติดตามอาการ 6 เดือน เพื่อ Dilate + Fundus BE (การขยายม่านตา ร่วมกับการตรวจดูความผิดปกติของจอประสาทตาและขั้วประสาทตา) แต่ผู้ป่วยไม่ได้ติดตามอย่างต่อเนื่อง ผิดนัดเป็นระยะเวลา8เดือน และได้รับการตรวจคัดกรองตาประจำปีอีกครั้ง พบว่ายังคงมีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาทั้ง 2 ข้างระดับ Moderate NPDR BE จึงได้ทำหนังสือส่งตัวไปพบจักษุแพทย์ที่โรงพยาบาลตรังอีกครั้ง

กรณีศึกษารายที่ 2

หญิงไทยอายุ 59 ปี จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา สถานภาพสมรส มีประวัติเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดสูงตั้งแต่ปี 2553 และตรวจพบโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในปี 2565 มีประวัติรับประทานยาต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน รวมระยะเวลาการเป็นเบาหวาน 15 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองตาเบาหวานประจำปีอย่างต่อเนื่อง จนพบสงสัยมีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาระดับปานกลาง (Moderate NPDR BE) ในปี 2560 และได้ส่งต่อโรงพยาบาลตรัง โดยผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ เป็น Moderate NPDR BE (ภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาระดับปานกลาง) ได้ทำการรักษาโดย S/P Focal Laser (การรักษาด้วยแสงเลเซอร์เฉพาะจุด) มีนัดติดตามอาการ พร้อมทำ Oct mac re (Optical Coherence Tomography Macula) คือ การตรวจสแกนภาพตัดขวางของจอประสาทตาและจุดรับภาพ โดยใช้แสงเลเซอร์ที่มีความละเอียดสูงระดับไมครอนเพื่อให้จักษุแพทย์เห็นรายละเอียดโครงสร้างดวงตาในครั้งถัดไป ผู้ศึกษาได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพ ทั้ง 11 แบบแผนของกอร์ดอน [6] มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

การประเมินตามแบบแผนสุขภาพ เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	การประเมินผู้ป่วย	
	รายที่ 1	**รายที่ 2**
1. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเอง (Health Perception - Health Management)	รู้ตัวว่าเป็นเบาหวานมานาน 12 ปี และควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี มีอาการตาพร่ามัวเป็นบางครั้ง หลังจากทราบว่ามีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตารู้สึกตกใจ และหลังได้รับการรักษาโดยการยิงเลเซอร์ รู้สึกกลัวการรักษา จึงขาดความต่อเนื่องในการรักษา ไม่ไปตามนัดของจักษุแพทย์ ผิดนัดเป็นระยะเวลา 8 เดือน	รู้ตัวว่าเป็นเบาหวานมานาน 15 ปี หลังจากทราบว่ามีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาและได้รับการส่งต่อรักษาโดยการยิงเลเซอร์ กลัวการตาบอดมากจึงพยายามควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ไปตรวจตามนัดทุกครั้ง ควบคุมระดับน้ำตาล HbA1c < 7%
2. โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ชอบรับประทานข้าวเหนียวและน้ำหวานในทุกวัน มีภาวะอ้วน น้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน BMI 25.06	รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ รับประทานข้าวสวยมื้อละ 1-2 ทัพพี มีภาวะอ้วน น้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน BMI 30.80
3. การขับถ่ายของเสีย	ขับถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้งและปัสสาวะวันละ 4-5 ครั้ง ไม่มีอาการปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน	ขับถ่ายอุจจาระวันละ 1-2 ครั้งและปัสสาวะวันละ 5-6 ครั้ง ไม่มีอาการปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน
4. การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม	มีการออกกำลังกายโดยเต้นบาสโลบสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ	ออกกำลังกายสม่ำเสมอโดยการเดินสัปดาห์ละ 3-4 วัน สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ ช่วยเหลือตนเองได้ดี

แบบแผนสุขภาพ	การประเมินผู้ป่วย	
	รายที่ 1	รายที่ 2
5. การพักผ่อนนอนหลับ	ไม่พบปัญหาเรื่องการนอนหลับ นอนกลางคืน 6-7 ชั่วโมง นอนหลับสนิทดี มีนอนหลับกลางวันเป็นบางวัน	นอนคืนละ 4-5 ชั่วโมง ทำงานกรีดยางในตอนกลางคืน ช่วงเวลา 1.00 น.–5.00 น. นอนกลางวันวันละ 1-2 ชั่วโมง
6. การรับรู้สติปัญญาและความน่าเชื่อถือ	การรับรู้ปกติ มีสติสัมปชัญญะดี	การรับรู้ปกติ มีสติสัมปชัญญะดี
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ผู้ป่วยรับรู้ตนเองว่ามีภาวะโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตาจากการที่เป็นเบาหวานเป็นระยะเวลานาน ยอมรับการเจ็บป่วยได้ มีทัศนคติเชิงบวก มั่นใจในการดูแลตนเอง	ผู้ป่วยรับรู้ตนเองว่ามีภาวะโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตา ยอมรับการเจ็บป่วยได้ มีทัศนคติเชิงบวก มั่นใจในการดูแลตนเอง
8. บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	สามารถประกอบอาชีพได้ ทำหน้าที่ในครอบครัวและสังคมได้ตามปกติ	สามารถประกอบอาชีพได้ ทำหน้าที่ในครอบครัวและสังคมได้ตามปกติ
9. เพศและการเจริญพันธุ์	ประจำเดือนหยุดมากกว่า 20 ปี ปัจจุบันไม่มีความต้องการทางเพศและปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับสามีมานานกว่า 1 ปี ไม่มีปัญหาทางนรีเวช	ประจำเดือนหยุดมา 10 ปี มีเพศสัมพันธ์กับสามีเดือนละ 4-5 ครั้ง สมรรถภาพทางเพศปกติ ไม่มีปัญหาทางนรีเวช
10. การเผชิญความเครียด	มีการจัดการความเครียดได้ดี พูดคุยปรึกษากับบุตรและสามีเวลามีเรื่องไม่สบายใจ	มีทักษะการจัดการความเครียดที่ดี พูดคุยกับสามีเวลามีเรื่องไม่สบายใจ
11. คุณค่าและความเชื่อ	ยึดมั่นในการปฏิบัติตามหลักศาสนา มีความเชื่อเรื่องสุขภาพในทางที่ถูกต้อง	ปฏิบัติตามหลักศาสนาและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด

เปรียบเทียบข้อมูลการประเมินทางการพยาบาล เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

การประเมินทางการพยาบาล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	Type 2 Diabetes Mellitus with Dyslipidemia ปี 2556 รักษาโรงพยาบาลปะเหลียนจนถึงปัจจุบัน with Moderate NPDR Both eyes with Laser Peripheral Iridotomy ปี 2567 รักษาโรงพยาบาลตรังจนถึงปัจจุบัน (พบภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาหลังเป็นโรคเบาหวานได้ 11 ปี)	Type 2 Diabetes Mellitus with Hypertension with Dyslipidemia ปี 2553 Chronic Kidney Disease stage 3a ปี 2565 รักษาโรงพยาบาลปะเหลียนจนถึงปัจจุบัน with Moderate Both eyes S/P focal laser ปี 2560 รักษาโรงพยาบาลตรังจนถึงปัจจุบัน (พบภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาหลังเป็นโรคเบาหวานได้ 7 ปี)
ประวัติเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิเสธการป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรง	ปฏิเสธการป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรง
ประวัติการแพ้ยา	ยาฉีดแก้ปวดท้อง ไม่ทราบชนิด อาการข้างเคียงผื่นขึ้นตามตัว	Enalapril: มีอาการไอแห้ง ระคายเคืองลำคอ Gabapentin : มีอาการผื่นคัน ตามตัว
การตรวจร่างกาย (Physical Examination)	Good conscious BW 61 Kg Height 156 cm BMI 25.06 Vital signs : BT 36.8 C BP 132/64 mmHg Pulse 82/min RR 18/min **การตรวจการมองเห็น** VA (Visual acuity) Right 20/40-3 with pinhole 20/40+2 Left 20/40 -2 with pinhole 20/40 +3 มีอาการตาพร่ามัวเหมือนกันทั้ง 2 ข้างเวลามองหน้าจอมือถือเป็นเวลานาน ต้องสวมแว่นสายตาบางครั้งเห็นจุดดำลอยไปมา	Good conscious BW 74 Kg Height 155 cm BMI 30.80 Vital signs : BT 36.6 C BP 128/76 mmHg Pulse 82/min RR 18/min **การตรวจการมองเห็น** VA (Visual acuity) Right 20/50-3 with pinhole 20/40+2 Left 20/40 +2 with pinhole 20/40 +3 มีอาการตาพร่ามัวเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ใช้แว่นสายตาสวมเวลาอ่านหนังสือหรือเวลามองหน้าจอโทรศัพท์

การประเมินทางการพยาบาล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการย้อนหลังปี (ต.ค. 67-ก.ย. 68)	Glucose 165, 191, 125 mg% HbA1c = 11.2, 11.3 %	Glucose 138, 170, 157, 113 mg% HbA1c = 6.2 %
ประวัติการใช้ยา	1.Mixtard (30/70): ขนาด 30 ยูนิต (units) ก่อนอาหารเช้า และ 24 ยูนิต (units) ก่อนอาหารเย็น โดยฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง (Subcutaneous) 2.Metformin (500 มิลลิกรัม): รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า 3.Atorvastatin (40 มิลลิกรัม): รับประทานครั้งละ ½ เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเย็นหรือก่อนนอน (hs)	1.Glipizide (5 มิลลิกรัม): รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารเช้าและเย็น 2.Metformin (500 มิลลิกรัม): รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้าและเย็น 3.Pioglitazone (30 มิลลิกรัม): รับประทานครั้งละ ½ เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า 4.Losartan (50 มิลลิกรัม): รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า 5.Simvastatin (20 มิลลิกรัม): รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน (หรือหลังอาหารเย็น)
การติดตามอาการ	นัดติดตามอาการรับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลปะเหลียน ทุก 4 เดือน นัดติดตามอาการพบจักษุแพทย์เรื่องภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาที่โรงพยาบาลตรัง ทุก 3 เดือน แต่ผิดนัดที่โรงพยาบาลตรัง 1 ครั้ง ขาดการรักษาต่อเนื่อง 8 เดือน ได้ทำการส่งตัวไปใหม่อีกครั้ง ตุลาคม 2568 รักษาต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน	นัดติดตามอาการรับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลปะเหลียน ทุก 4 เดือน นัดติดตามอาการพบจักษุแพทย์เรื่องภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาที่โรงพยาบาลตรังทุก 6 เดือน จนถึงปัจจุบัน

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้ศึกษาได้นำกรอบแนวคิดทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Theory) มาใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

เปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม (Orem's Self-Care Theory)

หัวข้อการประเมิน/วิเคราะห์	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency)	ผู้ป่วยเข้าใจกลไกของโรคเบาหวาน สามารถอธิบายได้ว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง (เช่น การคุมอาหาร ทานยา ฉีดอินซูลิน) ช่วยป้องกันการทำลายเส้นเลือดในจอประสาทตา	ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการนัดตรวจสุขภาพตาประจำปี และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
2. ความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit)	ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี HbA1c=11.2, 11.3% (เป้าหมาย HbA1c <7%) ยังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารรสหวานต่อเนื่อง ทำให้เกิดภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา และขาดการรักษาพบจักษุแพทย์ต่อเนื่องที่โรงพยาบาลตรัง นาน 8 เดือน เนื่องจากกลัวเจ็บในการรักษาโดยการยิงเลเซอร์	มีความพร่องในการดูแลตนเองด้านการจัดการด้านสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย ไม่ค่อยชอบออกกำลังกายทำให้มีภาวะ BMI เกิน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. เสี่ยงต่อการเกิดพยาธิสภาพของภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาที่รุนแรงขึ้นจนสูญเสียการมองเห็นถาวร เนื่องจากขาดประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective Data:

1. ผู้ป่วยให้ประวัติว่า ยังชอบรับประทานข้าวเหนียวกับชาร้อนในมื้อเช้าอยู่เป็นประจำ โดยจะรับประทาน 5 วันต่อสัปดาห์

2. ผู้ป่วยให้ประวัติว่า "รู้สึกตาพร่ามัวเวลาจ้องมองเป็นเวลานาน เห็นภาพบิดเบี้ยว มองเห็นจุดดำลอยไปมาคล้ายหยากไย่ หรือมองเห็นไม่ชัดเวลากลางคืน"

3. ผู้ป่วยให้ประวัติว่า "ไม่ไปตามนัดพบจักษุแพทย์คงไม่เป็นไร ควบคุมอาหารได้ก็คงจะดีขึ้น"

Objective Data:

1. ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) สูงเกินเกณฑ์เป้าหมาย (HbA1c=11.2-11.3%) ผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) = 165, 191 และ 125 mg%

2. จักษุแพทย์วินิจฉัย มีเบาหวานเข้าจอประสาทตา ในระยะ Moderate NPDR (Non-proliferative Diabetic Retinopathy)

3. มีประวัติผิดนัดพบจักษุแพทย์ 8 เดือน ไม่ไปตามนัด

เป้าหมาย

ป้องกันและชะลอการดำเนินของโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตา เพื่อรักษาการมองเห็นและป้องกันภาวะตาบอด

กิจกรรมการพยาบาล

การประเมินและติดตามอย่างใกล้ชิด

1. ประเมินและติดตามการมองเห็นอย่างต่อเนื่อง โดยการตรวจด้วยกล้อง Fundus camera และตรวจการมองเห็นโดยการวัด VA เพื่อเปรียบเทียบกับประวัติเดิม

2. สอบถามอาการตาพร่ามัว การมองเห็นภาพเปลี่ยนไป หรือมีจุดดำบดบังการมองเห็น

3. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ FPG, HbA1c, ไขมันในเลือด (Lipid profile) และการทำงานของไต (BUN, Cr) เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน

4. ติดตามค่าความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง ควบคุมให้ไม่เกิน 130/80 mmHg เพื่อลดแรงดันในหลอดเลือดฝอยที่จอประสาทตาส่งผลต่อความรุนแรงของโรค

5. การรับประทานยา ตรวจสอบและส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (Medication adherence) จัดยาฉีดอินซูลินหรือยารับประทานให้ถูกต้องตามแผนการรักษา

6. การควบคุมอาหาร แนะนำการนับคาร์โบไฮเดรต (Carb counting) หลีกเลี่ยงอาหารที่มีดัชนีน้ำตาลสูง (High Glycemic Index) เน้นอาหารที่มีใยอาหารสูง เช่น ผักใบเขียว เพื่อช่วยชะลอการดูดซึมน้ำตาล

7. การออกกำลังกาย แนะนำการออกกำลังกายแบบแอโรบิกในระดับปานกลาง เช่น เต้นบาสโลบ หรือการเดินวันละประมาณ 30 นาที 5 วันต่อสัปดาห์ ให้ได้อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์

8. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงกลไกการเกิดโรคอย่างง่าย น้ำตาลในเลือดที่สูงเป็นเวลานานจะไปทำลายผนังหลอดเลือดเล็ก ๆ ที่ตา ทำให้เลือดไปเลี้ยงจอตาไม่ได้ เกิดเส้นเลือดงอกใหม่ที่เปราะบางและแตกง่าย นำไปสู่การมีเลือดออกในตาและตาบอดในที่สุด

9. สอนผู้ป่วยสังเกตอาการเตือนวิกฤต (Warning Signs) ที่ต้องมาโรงพยาบาลทันทีโดยไม่ต้องรอนัด เช่น ตาพร่ามัวลงอย่างเฉียบพลัน เห็นเงาดำคล้ายม่านมาบังตา หรือมองเห็นแสงวาบเหมือนฟ้าแลบ (Flash) เป็นต้น

2. เสี่ยงต่อการบาดเจ็บ/เกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากความสามารถในการมองเห็นลดลง

Subjective Data:

ผู้ป่วยให้ประวัติว่า "ตามัว ต้องสวมแว่นตาเวลาดูโทรศัพท์ มองเห็นภาพบิดเบี้ยว และมีจุดดำลอยไปมาบางครั้ง"

Objective Data:

ผลตรวจระดับการมองเห็น (Visual Acuity: VA) Right 20/40-3 with pinhole 20/40+2 Left 20/40 -2 with pinhole 20/40 +3 และ ผลการวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ ระบุเป็น Moderate NPDR BE

เป้าหมาย

ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ หรือการพลัดตกหกล้มและสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. การจัดระบบความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม ทั้งในและนอกโรงพยาบาล เช่น มีแสงสว่างเพียงพอ มีการสื่อสารและป้ายเตือน ติดสัญลักษณ์หรือป้ายเตือน มีการระบุทางลาดชันเห็นชัดเจน จัดเก็บสิ่งกีดขวางในทางเดินให้โล่งเตียน
2. การประเมินความสามารถในการมองเห็นอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือหากมีอาการตามัว
3. ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอด้วยเครื่องมือมาตรฐาน
4. การปรับสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้คำแนะนำแก่ญาติในการจัดบ้านตามหลักความปลอดภัยสำหรับผู้มีปัญหาทางการมองเห็นในห้องน้ำควรมีราวจับและแผ่นยางกันลื่น

3. พร่องความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านการจัดการโรคเบาหวาน เนื่องจากขาดความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง

Subjective Data:

1. ผู้ป่วยให้ประวัติว่า "บางครั้งลืมกินยา/ลืมฉีดยา ถ้าวันไหนรีบก็จะลืม"
2. ผู้ป่วยให้ประวัติว่า "ไม่จำเป็นต้องไปตรวจตาตามนัดทุกครั้งก็ได้ ในเมื่อตาก็ยังมองเห็นปกติ"

Objective Data:

1. พบภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา (Diabetic Retinopathy) ระยะลุกลาม จนต้องได้รับการยิงเลเซอร์
2. มีประวัติไม่ไปติดตามอาการพบจักษุแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาลตรังต่อเนื่อง
3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ HbA1c = 11.2-11.3% และมีระดับ FBS=165, 191และ 125 mg%

เป้าหมายการพยาบาล:

ผู้ป่วยสามารถอธิบายสาเหตุของโรค วิธีคุมอาหาร และการใช้ยาที่ถูกต้องได้ พร้อมทั้งปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันไม่ให้ภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตารุนแรงขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ประเมินความรู้เดิม อุปสรรค และความเชื่อด้านสุขภาพให้สุขศึกษาเรื่องพยาธิสภาพของภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดกับความเสื่อมของเส้นเลือดที่ตา แนะนำการรับประทานอาหาร การงดน้ำหวาน และการใช้ยา/อินซูลินตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด

2. ประเมินข้อจำกัดทางกายภาพและสติปัญญา เช่น สายตามัวจนมองไม่เห็นขีดไซริงค์ฉีดยา เพื่อวางแผนหาผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) มาร่วมรับฟัง

3. การจัดการอาหาร (Medical Nutrition Therapy): สอนการเลือกรับประทานอาหารโดยใช้โมเดล "จานอาหารสุขภาพ (Healthy Plate Method)" หรือการจัดสัดส่วน ผัก 2 ส่วน ข้าว 1 ส่วน เนื้อสัตว์ 1 ส่วน เลี่ยงการใช้ศัพท์วิชาการที่เข้าใจยาก เน้นให้ผู้ป่วยบอกอาหารที่ชอบทานในชีวิตประจำวันแล้วช่วยกันปรับลด ทดแทน เช่น เปลี่ยนจากข้าวขาวเป็นข้าวกล้อง หรือลดปริมาณผลไม้รสหวานจัดลง

4. การใช้ยาอย่างปลอดภัย: ทบทวนรายการยาทั้งหมดของผู้ป่วย อธิบายชื่อยา (หรือสีเม็ดยา) กลไกอย่างง่าย และเวลาที่ต้องทานอย่างเคร่งครัด ในรายที่ฉีดยาอินซูลิน ต้องฝึกให้ผู้ป่วยหรือญาติหัดดึงยาและฉีดจริงกับหมอนฝึก โดยเน้นย้ำเรื่องการเปลี่ยนตำแหน่งฉีดเพื่อป้องกันเนื้อเยื่อแข็งใต้ผิวหนัง

5. การออกกำลังกาย: แนะนำกิจกรรมทางกายที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต อย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน พร้อมเตือนเรื่องการสวมรองเท้าที่พอดีเสมอเพื่อป้องกันการเกิดแผล

4.วิตกกังวล/กลัว เกี่ยวกับการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร หรือการต้องเข้ารับการรักษาที่ซับซ้อน (เช่น การยิงเลเซอร์ การฉีดยาเข้าวุ้นตา หรือการผ่าตัด)

ผู้ป่วยรายที่ 1 (กลุ่มควบคุมน้ำตาลได้ไม่ดี / อาจมีความวิตกกังวลสูงบดบังความร่วมมือ):

Subjective Data:

ผู้ป่วยบ่นว่า "กลัวตาบอดมาก ไม่อยากยิงเลเซอร์ซ้ำอีก กลัวเจ็บตา และกลัวว่าถ้าตาบอดแล้วจะไม่มีใครดูแล ยอมรับว่าเครียดจนบางทีไม่อยากกินยา"

Objective Data:

สีหน้าวิตกกังวล กระสับกระส่าย มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการรักษา (เช่น เคยปฏิเสธการส่งต่อหรือผิดนัดคลินิกตา) ชีพจรเต้นสูงขึ้นขณะนั่งรอตรวจ (White-coat effect) ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีเนื่องจากสภาวะเครียดเรื้อรังส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ผู้ป่วยรายที่ 2 (กลุ่มควบคุมน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ / มีความวิตกกังวลในระดับปกติและปรับตัวได้):

Subjective Data

ผู้ป่วยบอกว่า "ตอนแรกที่รู้ว่าจะต้องยิงเลเซอร์ก็ตกใจและกลัวมาก แต่พยาบาลอธิบายให้ฟังและมีลูกคอยประคับประคอง เลยเข้าใจว่าทำเพื่อไม่ให้ตาบอด ตอนนี้พร้อมสู้"

Objective Data:

ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังยิงเลเซอร์อย่างกระตือรือร้น สีหน้าเรียบเฉย สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีความพร้อมในการเรียนรู้ (Readiness to learn) และมีครอบครัวมาด้วยทุกครั้ง

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและความกลัวลดลง อยู่ในระดับที่สามารถเผชิญปัญหาและให้ความร่วมมือในแผนการรักษาด้วยเลเซอร์และการควบคุมโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมการพยาบาล (Nursing Interventions)

1. การประเมินและคัดกรองความเครียด

- ประเมินระดับความวิตกกังวลและความกลัวของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย โดยใช้วิธีสังเกตพฤติกรรมและอาจใช้เครื่องมือคัดกรองความเครียด ST-5 (stress test 5) เพื่อจำแนกความรุนแรง

- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก โดยเฉพาะรายที่ 1 เพื่อค้นหาต้นตอของความกลัวที่แท้จริง (เช่น กลัวความเจ็บปวดระหว่างยิงเลเซอร์ หรือกลัวเป็นภาระลูกหลาน) ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลแก้ไขปัญหาได้ตรงจุด

2. การให้ข้อมูลเพื่อลดความกลัวและความเข้าใจผิด

- อธิบายวัตถุประสงค์ของการยิงเลเซอร์อย่างชัดเจนและเข้าใจง่าย โดยเน้นย้ำเชิงบวกว่า" การยิงเลเซอร์ คือ การปกป้องและรักษาดวงตาคู่เดิมไว้ ไม่ใช่สัญลักษณ์ว่าตากำลังจะบอด" เพื่อปรับเปลี่ยนแนวคิด ของผู้ป่วย

- อธิบายขั้นตอนการทำหัตถการอย่างเป็นลำดับขั้น: ตั้งแต่การหยอดยาขยายม่านตา การหยอดยาชา และการปฏิบัติตัวหลังทำ เพื่อลดความกลัวต่อสิ่งที่ไม่รู้

สำหรับรายที่ 2: ส่งเสริมการรับรู้และความพร้อมในการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ชื่นชมในความตั้งใจและสร้างแรงเสริมเชิงบวก

3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการจัดการความเครียด

สอนเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและความตึงเครียด เช่น การฝึกหายใจเข้าลึก ๆ ในขณะที่ตื่นเต้นหรือระหว่างรอเข้ารับการยิงเลเซอร์

- แนะนำการจัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนโดยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุยกับผู้ป่วยเบาหวานรายอื่นที่เคยผ่านการยิงเลเซอร์มาแล้วและสามารถควบคุมโรคได้ดี เพื่อสร้างกำลังใจและลดความเครียด

4. การดึงระบบสนับสนุนทางสังคมและการประสานงานทีมองค์รวม

กระตุ้นให้ญาติหรือผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วมในการรับฟังแผนการรักษา เพื่อให้ญาติช่วยสนับสนุนทางอารมณ์ และช่วยลดความกังวลเรื่องการเดินทางและการใช้ชีวิตประจำวันหลังยิงเลเซอร์หาก พบว่าผู้ป่วย (โดยเฉพาะรายที่ 1) มีความเครียดรุนแรงจนส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด (Stress-induced hyperglycemia) หรือไม่ยอมมารักษา ให้ประสานงานทีมสหวิชาชีพ เช่น นักจิตวิทยาคลินิกหรือพยาบาลจิตเวช หรือส่งต่อทีมหมอครอบครัวเยี่ยมบ้านเชิงรุกเพื่อประเมินจิตสังคมที่บ้าน

อภิปรายผล

การศึกษากรณีศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาระยะปานกลาง จำนวน 2 ราย พบว่า แม้ว่าผู้ป่วยทั้งสองรายจะได้รับการวินิจฉัยโรคและภาวะแทรกซ้อนในระยะใกล้เคียงกัน แต่ผลลัพธ์ด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยกรณีศึกษารายที่ 1 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการดำเนินของภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ มากขึ้น [6] สอดคล้องกับกรณีศึกษาของสมใจ แสงสร้อย ที่พบว่าโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ทำให้เส้นเลือดที่จอตาได้รับความเสียหายและเลือดไหลเวียนผิดปกติ ขณะที่กรณีศึกษารายที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี มีความร่วมมือในการรักษา รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้สามารถชะลอการดำเนินของโรคและลดความเสี่ยงของเบาหวานเข้าจอประสาทตา ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับกรณีศึกษาของปราณีต ใจใหญ่ [2] ที่พบว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยชะลอความรุนแรงของภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา และการประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มในกระบวนการพยาบาลสามารถเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษามากขึ้น สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น และลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่นเดียวกับการศึกษาของรุจิรา แต่สกุล [9] ที่พบว่าการให้ความรู้ควบคู่กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและการติดตามอย่างต่อเนื่อง มีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะยาว

ดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาระยะปานกลาง ควรมุ่งเน้นการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม วางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งติดตามผลอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวทางการคัดกรองโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตาของสำนักโรคไม่ติดต่อ[8] ที่ได้พบว่าการค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกและการได้รับการรักษาที่เหมาะสมโดยจักษุแพทย์ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะลดอัตราการมองไม่เห็นได้มากกว่าร้อยละ 90

ข้อเสนอแนะทางการพยาบาล

บทบาทของพยาบาลในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) จึงไม่ควรจำกัดอยู่เพียงการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อคัดกรองตาประจำปี แต่ต้องพัฒนาระบบการจัดการรายกรณี (Case Management) ที่เน้นการประเมินองค์รวมเชิงลึก มีการสร้างทางด่วนในการส่งต่อ สำหรับรายที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี เพื่อป้องกันการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการทางการพยาบาล

การจัดวางระบบ: เสนอให้จัดทำแนวทางสำหรับผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มเสี่ยงสูงที่ตรวจพบภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาตั้งแต่ระยะ Moderate NPDR ขึ้นไป และมีผล HbA1c มากกว่า 8% โดยมีการติดตามผลเป็นกลุ่มเฉพาะ เพื่อให้การพยาบาลแบบเข้มข้น ประสานงานระบบส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่สูงกว่า และติดตามผลหลังจากส่งตัวไปอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเชิงการพัฒนาระบบและเครือข่ายบริการ

การพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลและการนัดหมายผ่านระบบดิจิทัล: โรงพยาบาลชุมชนต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรับการยิงเลเซอร์ที่โรงพยาบาลศูนย์ จึงควรพัฒนาระบบแจ้งเตือนและส่งคืนข้อมูลผลการรักษา (Feedback System) ระหว่างจักษุแพทย์กับพยาบาลประจำคลินิก NCDs เพื่อให้พยาบาลในพื้นที่สามารถติดตามประเมินอาการและควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การจัดทำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เป็นเลิศ (Best Practice Guidelines): พัฒนาเป็นคู่มือแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตาตามมาตรฐานของโรงพยาบาลชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. อัจฉรา แก้วน้ำเชื้อ. การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อม. 2564;4(6):177-80.
2. ปราณีต ใจใหญ่. การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่ได้รับการเลเซอร์จอประสาทตาด้วยลำแสงเลเซอร์: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2563;17(1):105-12.
3. คลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) กระทรวงสาธารณสุข. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=f16421e617aed29602f9f09d951cce68
4. โรงพยาบาลปะเหลียน. รายงานจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตา (Diabetic Retinopathy) ประจำปีงบประมาณ 2566-2568 [ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ภายใน]. ตรัง: โรงพยาบาลปะเหลียน; 2569 [เข้าถึงเมื่อ 11 กรกฎาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: ระบบสารสนเทศ HosXP.
5. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจคัดกรองและดูแลรักษาโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตา. 2558;1:1-61
6. สมใจ แสงสร้อย. การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาตา:กรณีศึกษา 2 ราย วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2562;1(2):197-208.
7. สมจิต หนุเจริญกุล. การพยาบาล : ศาสตร์ของการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: วี.เจ. พริ้นติ้ง; 2543.
8. แก่นใจ ยุทธเกษมสันต์. การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนจอประสาทตาเสื่อม : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(4):569-73.
9. รุจิรา แต่สกุล. การพยาบาลผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่ได้รับการยิงเลเซอร์: กรณีศึกษา. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2563;34(3):95-104