

(Review Article)

Nurse's Role: The Nurse Case Manager in Empowering Patients Facing Diabetes Burnout

Flt.Lt. Kaewrin Pengsalud RN. M.Sc.

Department of Nursing, Bhumibol Adulyadej Hospital, Directorate of Medical Services,

The Royal Thai Air Force, Bangkok, Thailand

Correspondence to: KAEWRINin@hotmail.com

(Received : 24 June 25, Revised : 20 Aug. 25, Accepted : 26 Aug. 25)

Abstract

Diabetes management presents a continuously escalating global health challenge. Beyond the physical demands of management, patients frequently encounter significant emotional and psychological burdens, which can lead to “diabetes burnout”—a condition distinct from general depression. This state manifests across three primary dimensions: emotional exhaustion, depersonalization or cynicism towards self-care, and a diminished sense of personal accomplishment in managing the disease. Various factors contribute to burnout, including the overwhelming burden of self-management, unrealistic expectations, complications and fear, insufficient social support, and co-occurring emotional and mental health issues. Burnout directly compromises glycemic control, increases the risk of complications, and significantly erodes patients' quality of life. This article emphasizes the pivotal role of the “nurse case manager” in addressing diabetes burnout. Utilizing a holistic care approach, nurses coordinate with multidisciplinary teams and employ proactive and reactive strategies to provide individualized support. Key techniques employed by nurses include Motivational Interviewing (MI) and OARS skills (Open-ended questions, Affirmations, Reflections, Summarization) to foster patient awareness and promote sustainable behavioral changes. The article also presents case examples demonstrating the success of nurse case managers in helping patients re-engage with their self-care. Furthermore, routine screening for diabetes distress and depression is crucial, and when severe symptoms are identified, patients should be referred to mental health specialists.

Keywords: *nurse case manager, diabetes burnout, type 2 diabetes, motivational interviewing, holistic care*
Royal Thai Air Force Medical Gazette, Vol. 71 No. 2 July - December 2025

(บทความฟื้นฟูวิชาการ)

บทบาทของพยาบาล: ผู้จัดการรายกรณีเมื่อผู้ป่วยเบาหวานหมดไฟในการดูแลตนเอง

ร.อ.หญิง เกวลิน เฟิงสลุต พย.บ., วท.ม.

กองการพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

บทคัดย่อ

การจัดการเบาหวานเป็นความท้าทายด้านสาธารณสุขทั่วโลกที่มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกเหนือจากการจัดการทางกายภาพแล้ว ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับภาวะทางอารมณ์และจิตใจที่อาจนำไปสู่ภาวะ “หมดไฟในการดูแลตนเอง (diabetes burnout)” ซึ่งแตกต่างจากภาวะซึมเศร้าทั่วไป ภาวะนี้แสดงออกในสามมิติหลัก ได้แก่ ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ การไม่สนใจหรือเพิกเฉยต่อการดูแลตนเอง และความรู้สึกไร้ความสามารถในการจัดการโรค ปัจจัยที่กระตุ้นภาวะหมดไฟมีหลากหลาย เช่น ภาระความรับผิดชอบในการบริหารจัดการตนเอง ความคาดหวังที่เกิดเลเยความเป็นจริง ภาวะแทรกซ้อนและความกลัว การขาดการสนับสนุนทางสังคม และปัญหาทางอารมณ์และจิตใจอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นร่วมกับ ภาวะหมดไฟส่งผลเสียโดยตรงต่อการควบคุมระดับน้ำตาล เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน และบั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยบทความนี้เน้นย้ำถึงบทบาทสำคัญของ “พยาบาลผู้จัดการรายกรณี” ในการรับมือกับภาวะหมดไฟในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งอาศัยแนวทางการดูแลแบบองค์รวม พยาบาลจะประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพและใช้กลยุทธ์เชิงรุกและเชิงรับเพื่อให้เกิดการสนับสนุนรายบุคคล เทคนิคสำคัญที่พยาบาลใช้คือการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing - MI) และทักษะ OARS (Open-ended questions, Affirmations, Reflections, Summarization) เพื่อส่งเสริมความตระหนักรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นและยั่งยืน พร้อมทั้งนำเสนอตัวอย่างกรณีศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของพยาบาล ผู้จัดการรายกรณีในการช่วยให้ผู้ป่วยกลับมามีส่วนร่วมกับการดูแลตนเอง นอกจากนี้ การคัดกรองภาวะเครียดจากเบาหวาน และภาวะซึมเศร้าเป็นประจำถือเป็นสิ่งสำคัญ และเมื่อประเมินแล้วมีอาการรุนแรง ควรส่งต่อผู้ป่วยไปยังผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตต่อไป

คำสำคัญ: พยาบาลผู้จัดการรายกรณี, ภาวะหมดไฟในการดูแลตนเอง, เบาหวาน, แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม, การดูแลแบบองค์รวม

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังในปัจจุบันที่มีมาราว 1500 ปีก่อนคริสตกาล อาการที่เกิดขึ้น มักจะมีอาการกระหายน้ำและปัสสาวะมากผิดปกติ ซึ่งถือเป็นอาการที่นำมาของโรคนี้⁽¹⁾ จากข้อมูลล่าสุดองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ระบุว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในปัจจุบันมียอดสะสมของผู้ป่วยเบาหวานทั้งสิ้นเกิน 800 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่า 4 เท่าตัว นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 (จากประมาณ 200 ล้านคน) และแนวโน้มก็ยังเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ⁽²⁾ โดยสมาพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) คาดการณ์ว่าจำนวนผู้ใหญ่ที่ป่วยเป็นเบาหวานจะสูงถึง 853 ล้านคนภายในปี 2593⁽³⁾ นอกจากจำนวนปริมาณที่เพิ่มมากขึ้นแล้ว ความเหลื่อมล้ำใน

การเข้าถึงการรักษา และความจำเป็นเร่งด่วนในการดำเนินการทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษา และการสร้างระบบสนับสนุนที่ครอบคลุมและยั่งยืน ยังเป็นประเด็นสำคัญที่เกิดช่องว่างในการรักษา ณ ปัจจุบัน⁽²⁾ จากตัวเลขนี้สะท้อนให้เห็นถึงภาระอันมหาศาลที่ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแลบุคลากรทางการแพทย์ และระบบสาธารณสุขทั่วโลก กำลังเผชิญอยู่ และจะต้องเผชิญต่อไปอีกในอนาคต แต่มีสิ่งหนึ่งที่เรามองข้ามไปนั่นก็คือ “มิติทางอารมณ์และจิตใจ” ของผู้ป่วย ภาระในแต่ละวันที่ต้องแบกรับ เศรษฐกิจ สังคม การต้องใช้ชีวิตอยู่ภายใต้ข้อจำกัด การติดตามผล และการรักษาต่อเนื่องยาวนาน ซึ่งจะนำไปสู่ความกดดันและความเหนื่อยล้าสะสม จนเกิดภาวะ “หมดไฟในการดูแลตนเอง (diabetes burnout)” ซึ่งเป็นสภาวะที่ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้

เบื่อหน่าย และหมดกำลังใจที่จะทำตามแผนการรักษา จนอาจละเลยการดูแลสุขภาพของตนเองทั้งในเรื่องของการควบคุมระดับน้ำตาล การรับประทานยา การควบคุมอาหาร หรือการออกกำลังกาย เป็นต้น เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน นั้นไม่ใช่สิ่งที่แสดงถึงจุดสิ้นสุดของการดำรงชีวิต แต่คือจุดเริ่มต้นของการเดินทางที่ต้องอาศัยความมุ่งมั่นตั้งใจและความมีวินัยอย่างสูง ไม่เพียงเท่านั้น ผู้ป่วยเบาหวานหรือผู้ดูแลต้องจัดการกับความท้าทายมากมาย ตั้งแต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารากิน การออกกำลังกาย การใช้ยา ไปจนถึงการตรวจติดตามอาการอย่างใกล้ชิด⁽⁴⁾ ความพยายามอย่างต่อเนื่องเหล่านี้ แม้จะมีความสำคัญต่อสุขภาพ แต่ก็อาจนำไปสู่ภาวะหมดไฟในการดูแลตนเองได้ ภาวะนี้ไม่ได้เป็นเพียงความรู้สึกเบื่อหน่ายธรรมดา แต่เป็นสภาวะทางอารมณ์ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยละเลยการดูแลตนเองและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น ดังนั้นบทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะหมดไฟในผู้ป่วยเบาหวาน โดยจะครอบคลุมถึงนิยามและลักษณะเฉพาะของภาวะนี้ กลไกทางจิตใจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบทางสุขภาพ การประเมินภาวะหมดไฟ และแนวทางในการจัดการทั้งในระดับบุคคลและระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถเข้าใจและตอบสนองต่อปัญหานี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความหมายของ Burnout Syndrome ในผู้ป่วยเบาหวาน

ในแต่ละวันที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องมีการคิดวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง บุคคลรอบข้าง และสิ่งแวดล้อม โดยจำแนกออกเป็น 7 เรื่อง ได้แก่ การเผชิญความเครียดและปรับตัว (healthy coping), ตัดสินใจในการเลือกรับประทานอาหาร (healthy eating), การเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (being active), การติดตามภาวะน้ำตาลในเลือด (monitoring), การแก้ปัญหา (problem solving), การใช้ยา (taking medication) และการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน (reducing risk) กระบวนการนี้เรียกว่า “การจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน” (Diabetes Self-Management Education and Support: DSMEs) ซึ่งต้องมีการจัดการตนเองตลอดชีวิต⁽¹¹⁾

และเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยาวนานจึงทำให้เกิดความเหนื่อยล้า

Burnout syndrome หรือภาวะหมดไฟ เป็นสภาวะที่เกิดขึ้นจากความเหนื่อยล้าทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์อย่างรุนแรง ซึ่งเกิดจากการเผชิญกับความเครียดเรื้อรัง (chronic stress)⁽⁸⁾ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของผู้ป่วยที่อยู่ในวัยทำงาน หรือต้องจัดสรรแบ่งเวลาในการรับผิดชอบตนเอง ซึ่งโรคเบาหวานไม่ได้เป็นเพียงเรื่องของการควบคุมระดับน้ำตาลด้วยยาหรืออาหารเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องอย่างลึกซึ้งกับสุขภาพจิตและอารมณ์ของผู้ป่วยด้วย⁽¹²⁾ ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับมากขึ้นว่าภาวะหมดไฟสามารถเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยแทบทุกโรคที่ต้องจัดการกับภาระที่หนักหน่วงในชีวิตประจำวัน รวมถึงผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างเบาหวานด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของการจัดการโรคที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องและไม่มีวันสิ้นสุด (relentless self-management)⁽²⁸⁾

สำหรับผู้ป่วยเบาหวานนั้นการต่อสู้อย่างต่อเนื่องกับโรคและผลกระทบของโรค ส่งผลให้เกิดความรู้สึกทางอารมณ์เชิงลบ เช่น ความท้อแท้, ความโกรธ, ความกลัว, ความหงุดหงิด ซึ่งเกิดจากการจัดการโรคเบาหวานโดยตรง ภาวะนี้แตกต่างจากภาวะซึมเศร้าทางคลินิกตรงที่มักจะเกี่ยวข้องกับปัญหาเกี่ยวกับเบาหวาน เช่น ความรู้สึกผิดจากการกินขนม, ความกังวลเกี่ยวกับระดับน้ำตาลที่ไม่คงที่, ความกังวลในการจัดการตนเองเกี่ยวกับเบาหวาน, ความรู้สึกไม่เข้าใจจากคนรอบข้าง หรือความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลตนเอง ภาวะทุกข์ใจนี้เป็นตัวทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลที่ไม่ดีได้⁽¹³⁾ โดยเฉพาะความเหนื่อยล้าสะสมจากภาระการจัดการตนเอง มักจะเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสิ้นหวังและยอมแพ้ต่อการดูแลตนเองเกี่ยวกับเบาหวาน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของภาวะหมดไฟ รวมถึงภาวะ “psychological insulin resistance” ซึ่งไม่ใช่การดื้ออินซูลินทางกายภาพ แต่เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีความกังวลหรือความกลัวในการฉีดอินซูลิน ทำให้เกิดการหลีกเลี่ยงหรือไม่ทำตามคำแนะนำ ซึ่งเป็นอีกรูปแบบหนึ่งของความเหนื่อยล้าทางจิตใจในการจัดการโรคซึ่งมักพบได้บ่อย⁽⁹⁾ นับว่าเป็นอีกภาวะหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหมดไฟได้

ลักษณะสำคัญของ burnout syndrome โดยทั่วไปมี 3 มิติหลัก ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน ได้ดังนี้

1. ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ (Emotional exhaustion)

1.1 ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยล้า หดแรงแรง ไม่สามารถรับมือกับการดำเนินโรค รู้สึก “หมดพลัง” ที่จะใช้ในการดูแลตัวเอง

1.2 ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่ายกับการวัดระดับน้ำตาล การนับคาร์โบไฮเดรต การฉีดอินซูลิน หรือการไปพบแพทย์ตามนัด

1.3 ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่ว่า “ทำไปก็เท่านั้น” หรือ “ห่อหุ้มกับการจัดการ” ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย แม้กระทั่งกับกิจกรรมที่เคยทำเป็นกิจวัตรหรือสิ่งที่เคยให้คุณค่า

2. การไม่สนใจหรือเพิกเฉย (Depersonalization/cynicism)

2.1 ผู้ป่วยเริ่มมีทัศนคติเชิงลบ ไม่ตระหนักถึงการดูแลตนเอง และมีความรู้สึกไม่ใส่ใจในความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น หรือคิดว่า “จะเป็นอะไรก็ให้มันเป็นไป”

2.2 ผู้ป่วยเริ่มละเลยคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ และอาจเริ่มมองว่าโรคเบาหวานเป็นศัตรูที่เอาชนะไม่ได้

2.3 หลีกเลี่ยงการพูดคุยเกี่ยวกับโรคเบาหวานกับครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์

3. ความรู้สึกไร้ความสามารถ/ขาดประสิทธิภาพ (Reduced personal accomplishment/efficacy)

3.1 ผู้ป่วยรู้สึกขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่มีความสามารถในการจัดการโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือรู้สึกว่าความพยายามของตนเองไม่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น

3.2 ผู้ป่วยรู้สึกว่าการทำงานของตนเองล้มเหลว แม้จะพยายามอย่างเต็มที่แล้ว แต่ระดับน้ำตาลยังคงไม่ดีขึ้น หรือยังเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งอาจนำไปสู่การละเลยการดูแลตนเอง หรือเลือกที่จะไม่เข้าร่วมการตรวจรักษาโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง⁽¹²⁾

สาเหตุที่นำไปสู่ Burnout Syndrome ในผู้ป่วยเบาหวาน

ภาวะหมดไฟในผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้เกิดขึ้นเอง แต่มีปัจจัยหลายอย่างที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะนี้ อันได้แก่

1) ภาระความรับผิดชอบในการบริหารจัดการตนเอง (Burden of self-management)

1.1 การตัดสินใจรายวันผู้ป่วยต้องตัดสินใจเกี่ยวกับอาหารทุกมื้อ, การปรับขนาดยา/อินซูลิน, การออกกำลังกาย, การตรวจน้ำตาล ซึ่งถือว่าเป็นการใช้พลังงานทางจิตใจอย่างมหาศาล (decision fatigue)

1.2 ความต่อเนื่อง การจัดการโรคเบาหวานเป็นเรื่องที่ต้องทำตลอดชีวิต ไม่มีการพักผ่อน ไม่มีวันหยุด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ไม่มีจุดสิ้นสุด

1.3 ความซับซ้อน การทำความเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ที่ซับซ้อน เช่น การนับคาร์โบไฮเดรต การแปลผลการตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้ว หรือการปรับยาตามสถานการณ์ ซึ่งอาจเป็นเรื่องยากสำหรับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลบางคน

2) ความคาดหวังที่เกินเลยความเป็นจริง (Unrealistic expectations) ทั้งที่เกิดจากตนเอง ครอบครัว หรือบุคลากรทางการแพทย์ ที่คาดหวังให้ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์เป้าหมายเสมอ ซึ่งอาจเป็นไปได้ยากในชีวิตจริง รวมถึงความผิดหวังเมื่อระดับน้ำตาลไม่เป็นไปตามที่ตั้งใจไว้ นำไปสู่ความรู้สึกไร้ประสิทธิภาพ

3) ภาวะแทรกซ้อนและความกลัว (Complications and fear) ความกลัวภาวะน้ำตาลต่ำ (hypoglycemia) หรือสูง (hyperglycemia) ที่รุนแรง ได้แก่ diabetic ketoacidosis (DKA) หรือ hyperosmolar Hyperglycemic State (HHS) และความกังวลเกี่ยวกับความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนระยะยาว เช่น โรคไต, จอประสาทตาเสื่อม, ปลายประสาทเสื่อม ซึ่งเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจริง อาจยังเพิ่มความท้อแท้และสิ้นหวังมากขึ้น

4) การขาดการสนับสนุนทางสังคม (Insufficient social support) เช่น การขาดความเข้าใจจากครอบครัวเกี่ยวกับความยากลำบากในการจัดการเบาหวาน ความรู้สึกโดดเดี่ยวในการต่อสู้กับโรค, การถูกตำหนิหรือวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมกินหรือการดูแลตนเอง และการขาดแหล่งสนับสนุนอุปกรณ์ อาทิ เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว ปากกาฉีดอินซูลิน

5) ปัญหาทางอารมณ์และจิตใจอื่นๆ (Co-occurring emotional/mental health issues) ภาวะซึมเศร้า (depression) หรือภาวะวิตกกังวล (anxiety) ที่เป็นอยู่เดิม อาจทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดไฟมากขึ้น,

ภาวะทุกข์ใจจากเบาหวาน (diabetes distress) ที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม อาจทวีความรุนแรงจนกลายเป็นภาวะหมดไฟได้⁽²⁰⁾

ผลกระทบของ Burnout Syndrome ต่อผู้ป่วยเบาหวาน
เมื่อผู้ป่วยเบาหวานเข้าสู่ภาวะหมดไฟ จะส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ได้แก่

1) การควบคุมระดับน้ำตาลแยลง ผู้ป่วยอาจละเลยการตรวจน้ำตาล, ไม่ฉีดอินซูลินตามคำสั่ง, เลือกกินอาหารที่ไม่เหมาะสม, หรือขาดการออกกำลังกาย ส่งผลให้ระดับ HbA1c สูงขึ้นและควบคุมได้ยาก

2) เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เมื่อการควบคุมน้ำตาลไม่ดี ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะสั้น (เช่น ภาวะน้ำตาลต่ำ/สูงรุนแรง) และระยะยาว (เช่น โรคไต, จอประสาทตาเสื่อม, ปลายประสาทเสื่อม) ก็จะเพิ่มขึ้น

3) คุณภาพชีวิตลดลง ผู้ป่วยอาจรู้สึกหมดความสุขในชีวิตประจำวัน ไม่สนใจกิจกรรมที่เคยชอบ มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง และอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือการเรียน

4) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น เนื่องจากการควบคุมโรคที่แยลง ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น หรือต้องเผชิญกับค่าใช้จ่ายในการจัดการภาวะแทรกซ้อน

5) ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า แม้จะแตกต่างกัน แต่ภาวะหมดไฟที่รุนแรงและต่อเนื่องสามารถนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าทางคลินิกได้⁽²¹⁾

ความสำคัญของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีกับภาวะหมดไฟในผู้ป่วยเบาหวาน

บทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณีไม่เพียงแต่การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเท่านั้น แต่ยังมีบทบาทที่สำคัญคือการจัดการปัญหาให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานรายบุคคลแบบองค์รวม (holistic care) โดยครอบคลุมทุกมิติ เน้นการใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางควบคู่ไปกับการบริหารทรัพยากรอย่างคุ้มค่า⁽⁵⁾ ทั้งการเข้าถึงการรับบริการ การรักษาและควบคุมระดับน้ำตาลด้วยยา การจูงใจให้เกิดการปรับพฤติกรรม

การให้ความรู้ในการจัดการตนเอง รวมถึงสะท้อนให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง และตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองเพื่อเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ (remission)⁽⁶⁾ นอกจากนั้นแล้วความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยก็เป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้ามในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการตนเองได้ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีความซับซ้อนและต้องใช้ความพยายามสูง ทั้งในเรื่องของการจัดยา การควบคุมอาหาร การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด การจัดการอารมณ์ของตัวผู้ป่วย เศรษฐฐานะทางการเงิน การขาดการสนับสนุน การขาดการพบปะผู้คน ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเครียดและความขัดแย้งในครอบครัวได้⁽⁷⁾

การจัดการกับปัญหาความเหนื่อยล้าจากการตัดสินใจซ้ำๆ ในทุกๆ วันเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผลลัพธ์ทางสุขภาพไม่เป็นไปตามเป้าหมายแม้จะมีความพยายามอย่างต่อเนื่อง จนตัวผู้ป่วยเองรู้สึกกังวล ท้อแท้ หงุดหงิด หรือหนักใจซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนพฤติกรรม หรือปฏิกิริยาทางอารมณ์เชิงลบต่อภาวะและความต้องการในการจัดการโรคเบาหวาน เช่น ความหงุดหงิดที่ต้องคุมอาหารตลอดเวลา, ความกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน, ความรู้สึกท้อแท้เมื่อระดับน้ำตาลไม่เป็นไปตามเป้าหมาย⁽⁸⁾ สภาวะนี้อาจค่อยๆ สะสมจนพัฒนาไปเป็นภาวะหมดไฟจากเบาหวาน (diabetes burnout) ซึ่งผู้ป่วยจะเริ่มละเลยการดูแลตนเอง หลีกเลี่ยงการไปพบแพทย์ตามนัด และรู้สึกหมดหวังกับการจัดการโรค ซึ่งภาวะดังกล่าวแตกต่างจากภาวะซึมเศร้าโดยทั่วไป และมีลักษณะเฉพาะที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเหนื่อยล้าทางพฤติกรรมและอารมณ์จากการดูแลโรคเรื้อรังมากกว่าความผิดปกติของอารมณ์ ซึ่งเกิดจากความคิดว่าเหตุใดผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมากจึงไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาที่แนะนำได้อย่างสม่ำเสมอ โดยจะมีผลอย่างมากในการที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์⁽⁹⁾ แม้จะยังไม่มีการวินิจฉัยที่ชัดเจนในระบบรหัสโรค (ICD-10) แต่หลายองค์กร เช่น American Diabetes Association (ADA) และ Juvenile Diabetes Research Foundation (JDRF) เริ่มให้ความสำคัญกับภาวะนี้มากขึ้นในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา รวมถึงภาวะวิกฤตการณ์ COVID-19 ที่ผ่านมา และกำลังกลับมาเพิ่มจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นอีกครั้งในรอบปี 2568 นี้ ได้กลายเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่ทำให้ปัญหานี้เด่นชัดขึ้น

ทั้งจากการจำกัดการเข้าถึงบริการบางส่วน การขาดปฏิสัมพันธ์กับทีมดูแลสุขภาพ และภาวะเครียดสะสมจากสถานการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคม⁽¹⁰⁾ เมื่อระบบสุขภาพหันไปโฟกัสที่โรคอุบัติใหม่ ส่งผลให้ภาวะ burnout ในผู้ป่วยเบาหวานทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งพยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะมีบทบาทสำคัญและมีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการปัญหาเหล่านี้ ทั้งในรูปแบบการให้บริการเชิงรุก การให้บริการเชิงรับ การรับปรึกษาแบบเผชิญหน้า การรับปรึกษาจากช่องทางออนไลน์ผ่านโปรแกรมไลน์ รวมถึงการรับปรึกษาเชิงรับในกรณีที่ผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยจากการจัดการตนเองเรื่องเบาหวานได้ไม่ดี ในรูปแบบของการนอนโรงพยาบาลและเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน

สำหรับเทคนิคที่พยาบาลผู้จัดการรายกรณีใช้ในการพูดคุยกับผู้ป่วยจะเน้นกระบวนการ การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing - MI) ซึ่งเน้นการเคารพสิทธิของผู้ป่วยเป็นหลัก ในการให้คำปรึกษา โดยใช้เทคนิค (OARS) ซึ่งใช้ในการนำเข้าสู่การสนทนา หรือให้คำปรึกษาในรูปแบบของการสร้างแรงจูงใจ (motivation interview)⁽¹⁴⁾ โดยใช้ทักษะการสื่อสารพื้นฐานที่สำคัญ 4 อย่าง ได้แก่

1) การใช้คำถามปลายเปิด (Open-ended questions) กระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาเล่าเรื่องราวและความรู้สึกอย่างละเอียด และนำไปสู่การพูดถึงสิ่งที่นำไปสู่การมุ่งใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม “ที่ผ่านมา คุณควบคุมเบาหวานอย่างไรบ้าง”

2) การยืนยัน (Affirmations) คือการชื่นชมและยอมรับความพยายาม หรือความตั้งใจของผู้รับคำปรึกษา “ฉันเชื่อมั่นว่าคุณทำได้”

3) การสะท้อน (Reflections) การทวนคำพูดหรือความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษาเพื่อแสดงความเข้าใจและกระตุ้นผู้รับคำปรึกษาให้คิดต่อ โดยไม่เปลี่ยนแปลงตามความคิดของผู้ให้คำปรึกษา

ผู้รับคำปรึกษา “มาเจาะเลือดวันนี้ กินทุเรียนไปเยอะเลย”

ผู้ให้คำปรึกษา “คุณบอกว่า เจาะเลือด หนึ่งทานทุเรียนไปเยอะเลยหรือคะ”

ผู้รับคำปรึกษา “ใช่ เลยโดนหมอบ่นเลยว่าน้ำตาลมันขึ้น พอดีเพื่อนๆ เขาส่งทุเรียนจากสวนเขาที่จันทบุรีมาให้

ไอ้เราก็เสียดาย ก็กินมันหมดเลย ยังไม่หมดแค่นั้นนะ ยังมีมะม่วง มังคุด สารพัดเลย”

หลังจากนั้น ผู้ให้คำปรึกษาควรใช้คำถามปลายเปิดเพื่อนำเข้าสู่การกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักถึงผลเสียของพฤติกรรมดังกล่าว และร่วมกันวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อ

4) การสรุปความ (Summarization) การสรุปประเด็นสำคัญที่ผู้รับคำปรึกษาพูด เพื่อช่วยให้เห็นภาพรวมและทบทวนความเข้าใจในการนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควรสรุปเป็นช่วงๆ ในระหว่างสนทนา และสรุปในภาพรวมหลังการสนทนาอีกครั้ง⁽¹⁸⁾

โดยเทคนิคที่กล่าวจะช่วยในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ในการเปลี่ยนแปลงตนเอง และวางแผนในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองอย่างยั่งยืน⁽¹⁹⁾

ตัวอย่างกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะหมดไฟในการดูแลตนเองในบทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

กรณีที่พบคือ ผู้ป่วยรายหนึ่งเดิมที่ได้รับยาเบาหวานชนิดรับประทานมาโดยตลอด มีการควบคุมอาหาร บางครั้ง ช่วงระยะหลังที่มาหาหมอตามนัด ระดับน้ำตาลสะสมกลับเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ สอบถามจากผู้ป่วยบอกว่า ช่วงนี้เพื่อนๆ ชวนสังสรรค์บ่อย ไม่ได้คุมอาหารเลย พอดีมีทุกวันก็เริ่มละเลยการดูแลตนเอง เพราะเข้าใจว่า “ไม่ทานยาสม่ำเสมอก็ไม่เห็นเป็นไรเลย” มีการต่อรองกับแพทย์เจ้าของไข้ ปฏิเสธการรับยาฉีดอินซูลินมาโดยตลอด โดยให้เหตุผลว่า “ผมกลัวเข็ม ไม่อยากฉีดเลย เคยได้ยินมาว่าฉีดแล้วต้องฉีดตลอดชีวิต” ในสถานการณ์เช่นนี้ หากเราบีบบังคับ ผู้ป่วยจะรู้สึกเหมือนถูกกดดัน และยังทำให้ทัศนคติในการควบคุมโรคของผู้ป่วยมีแนวโน้มเป็นไปในทิศทางลบ ซึ่งหากเรามองข้ามภาวะนี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิเสธการดูแลตนเองต่อไป จนกลายเป็นจุดจบของการควบคุมโรค ถึงแม้แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์จะพยายามอธิบายและสอนวิธีคิดอย่างละเอียด แต่ผู้ป่วยก็ยังดื้อลั่นเล ซึ่งวันนั้นเขาอาจจะรับยาฉีดอินซูลินไป แต่ก็ไม่ได้ฉีดตามคำแนะนำ หรือฉีดไม่สม่ำเสมอ โดยอ้างว่า “ลืม” หรือ “ยังไม่อยากเริ่ม” ในกรณีเช่นนี้ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี จำเป็นต้องเข้าใจผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือโดยการเปิดใจ

รับฟังถึงความกังวลของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ไม่ตัดสินความคิด ให้ความรู้ในสิ่งที่ถูกต้อง ส่งเสริมให้กำลังใจ กล่าวชื่นชมในการพยายามเรียนรู้เพื่อจัดการตนเอง และที่สำคัญคือเน้นย้ำถึงประโยชน์ในระยะยาวจากการควบคุมโรค และหากมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ก็มีโอกาสที่จะสามารถหยุดการใช้อินซูลินได้ในการพบแพทย์ในครั้งต่อไป

นอกจากนี้ยังมีอีกกรณีหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงภาวะหมดไฟ เป็นกรณีศึกษาหญิงไทยวัยทำงาน ผู้ป่วยรายนี้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบอาชีพขายอาหารตามสั่ง พยายามคุมอาหารเท่าที่มีโอกาส ฝึกยาไม่สม่ำเสมอ ส่วนใหญ่แทบไม่ได้ฉีดเลย บางทีฉีดยาแต่ไม่ได้ทานข้าว รู้สึกน้ำตาลตก หวอไรทานได้ ก็หิบทาน ประเมินระดับการรับรู้ในเกณฑ์ ยังไม่เห็นปัญหา (pre-contemplation) จนกระทั่งระดับน้ำตาลสะสมสูงถึง 11.4 และมีภาวะเบาหวานขึ้นตา แพทย์ได้ตรวจวินิจฉัยและสั่งให้มาเรียนการเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว โดยได้รับการสนับสนุนเครื่องจากทางโรงพยาบาล ให้เจาะวันละสองครั้ง และเมื่อมีอาการผิดปกติ หลังจากแนะนำการใช้เครื่องสาคิตการใช้เครื่อง สอนการบันทึกผล และการแปลผล จนผู้ป่วยเข้าใจแล้ว พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ได้เน้นย้ำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการละเลยการดูแลตนเอง ใช้เทคนิคในการสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยเปิดใจถึงสาเหตุที่เกิดขึ้น พยาบาลคอยรับฟังเคียงข้างไม่ตำหนิ ผู้ป่วยเล่าว่า “บางทีลูกค้ารอ หน้าร้านยุ่ง ไม่มีเวลาไปฉีด” ส่งเสริมการตระหนักรู้และให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม “ไม่มีใครรักเราเท่าเรารักตัวเอง” ผู้ป่วยน้ำตาคลอ พยกหน้า ยอมรับและมีใจที่จะปรับเปลี่ยน หลังจากนั้นมีการติดตามประเมินผลเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยบอกว่าหลังจากกลับไปครั้งนั้น ปรับพฤติกรรมแล้ว ฝึกยาสม่ำเสมอขึ้น เจาะน้ำตาลปลายนิ้วที่บ้านมาให้ แม้น้ำตาลจะยังไม่ได้ตามเป้าหมาย แต่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น ประเมินระดับการรับรู้ในเกณฑ์ลงมือปฏิบัติ (action) พยาบาลกล่าวชื่นชมและให้กำลังใจในการพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เน้นย้ำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเขาไม่ได้โดดเดี่ยว “เรามีทีมที่พร้อมดูแล และเคียงข้างเสมอ” ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายกังวลเล็กน้อย บอกว่า “เดือนพฤษภาเดียวเจอกันไหมนะ” เมื่อติดตามครั้งต่อมา ระดับน้ำตาลสะสมลดลงเหลือ 9.5 ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้ม และบอกพยาบาลว่า “ตอนนี้กลับมารักตัวเองแล้วนะ” จะเห็นได้ว่าการให้ความสำคัญ

กับภาวะหมดไฟในการดูแลตนเองนั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถก้าวผ่านอุปสรรค และประสบผลสำเร็จได้ โดยเป้าหมายก็เพียงเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข และอยู่กับโรคได้

จะเห็นได้ว่า ในการติดตามผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน สำหรับบทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ไม่เพียงแต่การติดตามความก้าวหน้าในการมาพบแพทย์แต่ละครั้ง อาทิเช่น ระดับผลเลือด ความดันโลหิต การประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change)⁽¹⁸⁾ การรับยาโดยแพทย์ในแต่ละครั้ง การจัดการตนเองของผู้ป่วยในแง่พฤติกรรมสุขภาพที่สะท้อนถึงคุณภาพชีวิต การวางแผนเป้าหมายเพื่อให้สามารถดำเนินต่อไปได้ในทุกๆ การนัดหมาย⁽¹⁵⁾ แต่รวมถึงการติดตามเรื่องของภาวะจิตใจอีกด้วย⁽¹⁶⁾ โดยพยาบาลจะต้องคัดกรองภาวะเครียดจากเบาหวานและภาวะซึมเศร้าเป็นประจำ ซึ่งการรับรู้ทั้งในการวัดระดับความเครียด และภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้เครื่องมือวัดมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับในประเทศไทย เช่น แบบประเมินความเครียดสวนปรง, แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 6 คำถาม 6Q และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม 9Q⁽¹⁶⁾ นอกจากนี้ยังมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อจัดการกับความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย รวมถึงพร้อมให้คำปรึกษา ทำกลุ่มบำบัด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยจัดการกับความเครียดภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นรากฐานของการนำไปสู่ภาวะหมดไฟร่วมด้วย การปรึกษาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการปรับแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแลตนเอง⁽¹⁶⁾ ซึ่งหากปล่อยไว้ อาจนำไปสู่ภาวะหมดไฟและส่งผลกระทบต่ออย่างร้ายแรงต่อการควบคุมโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ การทำความเข้าใจประเด็นเหล่านี้จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้การดูแลที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การวินิจฉัยและการจัดการภาวะหมดไฟในผู้ป่วยเบาหวาน

การวินิจฉัยภาวะหมดไฟในผู้ป่วยเบาหวานต้องอาศัยการซักประวัติและสังเกตอาการอย่างละเอียด โดยอาจใช้แบบประเมินเฉพาะทาง เช่น แบบประเมิน Maslach Burnout Inventory (MBI)⁽²²⁾ ที่ปรับใช้สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน หรือแบบประเมิน Diabetes Distress Scale (DDS)⁽²³⁾ เพื่อคัดกรองภาวะทุกข์ใจจากเบาหวานซึ่งมักเป็นสารตั้งต้นของภาวะหมดไฟที่สำคัญ เพื่อนำไปใช้สู่การวางแผนการดูแล

ผู้ป่วยเบาหวานต่อไป โดยทั่วไปจะดำเนินการโดยการแปลผลจากคะแนนที่ได้รับตามเกณฑ์ที่บ่งบอกถึงระดับความรุนแรง หลังจากนั้นมีการซักประวัติเพิ่มเติมเพื่อหาสาเหตุที่แท้จริง รวมถึงการประเมินสภาพร่างกายร่วมด้วย ต่อจากนั้นคือการวางแผนให้การดูแล ให้ความรู้ สร้างความตระหนักรู้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าความเหนื่อยล้าจากการตัดสินใจและ diabetes distress เป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้⁽²⁸⁾ มีใช้ความบกพร่องเฉพาะบุคคล เสริมทักษะการจัดการตนเอง ให้ความรู้ในเรื่องของทักษะการแก้ปัญหา (problem-solving skills) การสนับสนุนทางจิตใจและสังคม (psychological and social support) โดยมีการสนับสนุนพูดคุย เพื่อปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละรายแบบ individual ส่งเสริมการตั้งเป้าหมายที่สมเหตุสมผลและสามารถทำได้จริง (realistic goal setting) ซึ่งเป็นไปตามหลักการ ดูแลแบบองค์รวม (holistic approach)⁽²⁴⁾ หากผู้ป่วยที่มีการประเมินแล้วมีภาวะหมดไฟหรือความทุกข์ใจในระดับรุนแรง หรือมีอาการของภาวะซึมเศร้า/วิตกกังวลที่รุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการดูแลเบื้องต้น ควรส่งต่อผู้ป่วยไปยังผู้เชี่ยวชาญ อาทิเช่น นักจิตวิทยาคลินิก ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) ในสาขาจิตเวชและสุขภาพจิตหรือจิตแพทย์ เพื่อรับการประเมินและให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป⁽²⁵⁻²⁷⁾ นอกจากนี้ควรมีการติดตามและประเมินผลซ้ำ (monitoring and re-evaluation) โดยการนัดหมายเพื่อติดตามผลเป็นระยะๆ หรืออาจพิจารณาใช้แบบประเมิน MBI หรือ DDS คัดกรองซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของระดับภาวะหมดไฟ จะเห็นได้ว่าการจัดการภาวะหมดไฟและความทุกข์จากโรคเบาหวานเป็นกระบวนการที่ต้องใช้ความอดทนและความเข้าใจ โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ภาวะ “หมดไฟในการดูแลตนเอง (diabetes burnout)” ในผู้ป่วยเบาหวานถือเป็นประเด็นสำคัญที่มักถูกละเลย จากบทความนี้จะแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย และชี้ให้เห็นถึงลักษณะสำคัญ สาเหตุ และผลกระทบของภาวะดังกล่าว พร้อมทั้งเน้นย้ำบทบาทสำคัญของพยาบาลผู้จัดการรายการกรณีในการรับมือกับปัญหาเหล่านี้อย่างเป็นรูปธรรม ผ่านการประยุกต์ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivation

interviewing) และทักษะ OARS รวมถึงการนำเสนอตัวอย่างกรณีศึกษาที่ช่วยเสริมความเข้าใจและนำไปปฏิบัติได้จริง ซึ่งบทความนี้มีคุณค่าอย่างยิ่งในการเพิ่มพูนความรู้และเป็นแรงบันดาลใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างเข้าใจและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อีกทั้งยังสามารถต่อยอดให้เกิดการพัฒนาในอนาคต เช่น การขยายผลเชิงปฏิบัติและมติเชิงนโยบายในการจัดการภาวะหมดไฟในการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน จะเห็นได้ว่าการจัดการผู้ป่วยโรคเบาหวานได้อย่างครอบคลุมทั้งกายและใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุข

การจัดการกับความเหนื่อยล้าเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความซับซ้อนและมีผลกระทบอย่างมากต่อสุขภาพและการจัดการโรค ควรมีการตระหนักถึงภาวะนี้และให้การสนับสนุนอย่างเหมาะสม จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตและจัดการกับเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ในห้วงแห่งความเหนื่อยล้าทางกายและใจที่ผู้ป่วยเบาหวานต้องเผชิญภาวะ “หมดไฟในการดูแลตนเอง” (diabetes burnout) ไม่ได้เป็นเพียงความท้อแท้ชั่วคราว แต่คือเสียงร้องจากเบื้องลึกที่ต้องการความเข้าใจและการเอาใจใส่ ซึ่งในแต่ละวันที่พวกเขาต้องต่อสู้กับการเลือกอาหารสุขภาพ การตรวจน้ำตาลที่มีความถี่ 3-4 ครั้งต่อวัน และการใช้ยาที่ไม่มียันล้นสุด ความรับผิดชอบเหล่านี้สามารถบั่นทอนกำลังใจจนนำไปสู่การละเลยการดูแลตนเองที่อาจส่งผลร้ายแรงถึงชีวิต ณ จุดนี้เองที่บทบาทอันสำคัญและเปี่ยมด้วยหัวใจของ “พยาบาลผู้จัดการรายการกรณี” จะส่องประกายและเป็นจุดแสงแห่งความหวังที่ขับเคลื่อนใจผู้ป่วย พยาบาลมิได้เป็นเพียงผู้ให้ข้อมูลหรือแนะนำการรักษา แต่คือผู้ที่พร้อมจะรับฟัง เข้าใจ และเป็นแสงนำทางให้ผู้ป่วยได้ค้นพบประกายไฟในตนเองอีกครั้ง ด้วยความเอาใจใส่ ความรู้ และความเชี่ยวชาญ พยาบาลผู้จัดการรายการกรณีจะเคียงข้างผู้ป่วยให้ก้าวพ้นจากห้วงแห่งความมืดมิด กลับมาเห็นคุณค่าของการดูแลตนเอง และพร้อมที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง ด้วยหัวใจที่เข้มแข็งอีกครั้ง การเดินทางนี้อาจไม่ได้โรยด้วยกลีบกุหลาบ แต่ด้วยการสนับสนุนจากพยาบาลผู้จัดการรายการกรณี ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะสามารถก้าวผ่านความท้าทายไปได้ อย่างอบอุ่นและมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- Karamanou M, Protogerou A, Tsoukalas G, et al. Milestones in the history of diabetes mellitus: The main contributors. Arch Hell Med. 2016; 33(5):668-74.
- World Health Organization. World Diabetes Day 2024: Breaking barriers, bridging gaps [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2025 May 29]. Available from: <https://www.who.int/srilanka/news/detail/14-11-2024-world-diabetes-day-2024—breaking-barriers—bridging-gaps>
- International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas [Internet]. Brussels: International Diabetes Federation; [cited 2025 May 29]. Available from: <https://diabetesatlas.org/resources/idf-diabetes-atlas-2025>
- มนัญญา ภิรมย์. ความสัมพันธ์ของความเครียดและภาวะซึมเศร้าต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2565;19(3):125-36.
- ปัฐยาวัชร ปราบกมล. พยาบาลผู้จัดการรายการณีโรคเรื้อรัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2560;28(1):112-21.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้เป็นเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (REMISSION SERVICE). กรุงเทพฯ: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2566.
- Mayo Clinic. Caregiver stress: Tips for taking care of yourself [Internet]. [cited 2025 May 29]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/stress-management/in-depth/caregiver-stress/art-20044784>
- Fisher L, Glasgow RE, Strycker LA. The relationship between diabetes distress and clinical depression with glycemic control among patients with type 2 diabetes. Diabetes Care. 2010;33(5):1034-6.
- Polonsky WH, Anderson BJ, Lohrer PA, Aponte JE, Jacobson AM, Cole CL. Why do patients with diabetes fail to follow recommended treatment regimens? A preliminary study of the role of psychological factors. Diabetes Care. 1995;18(5):707-11.
- Tanenbaum ML, Hutter M, Polonsky WH, Scherer M. Examining the Structure of Diabetes Burnout in Adults With Type 1 Diabetes. Diabetes Care. 2020;43(1):74-80.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2566.
- Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory. 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
- Snoek FJ, Skinner TC. Psychological aspects of diabetes. In: Holt RIG, Cockram CS, Goldstein BJ, editors. Clinical Diabetes: Translating Research into Practice. 2nd ed. Chichester, UK: Wiley; 2016. p.411-26.
- Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Helping People Change. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2013.
- Case Management Society of America (CMSA). Standards of Practice for Case Management [Internet]. Little Rock (AR): Case Management Society of America; [cited 2025 Jun 10]. Available from: <https://cmsa.org/who-we-are/what-is-a-case-manager/standards/>
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ยุพา ถาวรพิทักษ์, วราลักษณ์ กิตติวัฒน์ไพศาล, อิงคณา โคตนารา, เนตรชนก แก้วจันทา. ความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2557;59:287-98.
- ศิริ เมืองไทย. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2556;28:109-20.

18. สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน. DSME (Diabetes Self-Management Education and Support). กรุงเทพฯ: บริษัท เรดดี ดีไซน์ เวิร์ม จำกัด; 2566. 216 หน้า.
19. Devis RM, Hitch AD, Salaam MM, Herman WH, Zimmer-Galler IE, Mayer-Devis EJ. Telehealth improves diabetes self-management in an underserved community: diabetes TeleCare. *Diabetes Care*. 2010;33(8):1712-7.
20. Tenreiro K, Hatipoglu B. Mind Matters: Mental Health and Diabetes Management. *J Clin Endocrinol Metab*. 2025;110(Supplement_2): S131.
21. Tsimicali MD, Psyllas GF. Burnout Related to Diabetes Mellitus: A Critical Analysis. *Curr Diabetes Rev*. 2023;19(1):153-62.
22. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual. 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
23. Polonsky WH, Fisher L, Mullan J, Skaff MM, Polonsky WH. Development of a brief diabetes distress screening instrument. *Diabetes Care*. 2005;28(3):628-34.
24. American Diabetes Association. 5. Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being: Standards of Medical Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care*. 2024;47(Suppl 1):S88-S110.
25. Rainier Clinical Research Center. Tips for Overcoming Diabetes Burnout [Internet]. [cited 2025 May 29]. Available from: <https://www.rainier-research.com/blog/tips-for-overcoming-diabetes-burnout>
26. Aptiva Medical. Overcoming Diabetes Burnout: Effective Strategies for Better Management [Internet]. [cited 2025 May 29]. Available from: <https://aptivamedical.com/overcoming-diabetes-burnout-effective-strategies-for-better-management/>
27. Breakthrough T1D (ชื่อเดิม JDRF Australia). Type 1 diabetes & burnout: keeping your spirits up [Internet]. [cited 2025 May 29]. Available from: <https://breakthrough1d.org.au/resources/t1d-burnout/>
28. Perrin N, Smith K, Davies MJ, Speight J. The prevalence of diabetes-specific emotional distress in people with Type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabet Med*. 2017;34(11):1481-9.