

การผิดนัดและตัวชี้วัดทางคลินิกของผลการดูแลในผู้ป่วยเบาหวานใน หน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยมโรงพยาบาลศรีนครินทร์

วาริสรา ลูวีระ, เสาวนันท์ บำเรอราช

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Missed Appointment and Clinical Indicators of Diabetes Mellitus Care among the Diabetes Mellitus Patients in Samleam Primary Care Unit, Srinagarind Hospital

Varisara Luvira, Sauwanan Bumrerraj

Department of Community Medicine, Faculty of medicine, Khonkaen University

หลักการและวัตถุประสงค์: โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย แต่พบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งผิดนัดเป็นประจำ จึงทำให้ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้จึงเพื่อศึกษาความชุกของการผิดนัด และความสัมพันธ์ระหว่างการผิดนัดกับตัวชี้วัดทางคลินิกของผลการดูแลในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รักษาเป็นประจำที่หน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยมโรงพยาบาลศรีนครินทร์

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รักษาเป็นประจำที่หน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม ในช่วงวันที่ 1 กันยายน 2554 ถึง 31 สิงหาคม 2555 จำนวน 139 ราย โดยศึกษาทั้งหมด เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน และพฤติกรรมส่วนตัวของผู้ป่วยสถิติที่ใช้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา คือความชุก ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบน ควาทิลด์ และสถิติเชิงวิเคราะห์ คือ Chi-square test, Odd ratio (OR), และ 95% Confidence interval

ผลการศึกษา: จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 139 ราย พบว่าไม่ผิดนัดร้อยละ 8.6 ผิดนัดในช่วงร้อยละ 1-30 คิดเป็นร้อยละ 38.1 และผิดนัดมากกว่าร้อยละ 30 คิดเป็นร้อยละ 53.2 โดยพบว่าผู้ที่ผิดนัดเป็นประจำมีระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว (DTX) และผู้ที่ระดับแอล ดี แอล คอเลสเตอรอล สูงกว่าเป้าหมายควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุป: ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รักษาเป็นประจำที่หน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยมโรงพยาบาลศรีนครินทร์ส่วนใหญ่ผิดนัดเป็นประจำ

คำสำคัญ การผิดนัด, เบาหวาน, หน่วยบริการปฐมภูมิ

Background and objective: Diabetes mellitus is a chronic disease that requires ongoing treatment to prevent its serious complications. The patient who missed the appointment on a regular basis often leads to intermittent treatment. This study aimed to determine the prevalence of missed appointment and relationship between missing appointment and clinical indicators of diabetes mellitus care among the diabetic patients in Samleam Primary Care Unit, Srinagarind Hospital

Study Design: This descriptive study was done among patients with diabetes mellitus in Samleam Primary Care Unit, Srinagarind Hospital during September 1st, 2011-August 31th, 2012. Total population of 139 were used. Patients' data and personal habit were reviewed from medical records. The results were analyzed by descriptive statistics included frequency, percentage, median, interquartile range and the analytical statistics included Chi-square test, Odd ratio (OR) and 95% Confidence interval.

Results: Of the total 139 patients, 8.6% of the subjects did not miss any appointment, 38.1% missed 1-30%, 53.2% missed more than 30%. Frequently missed appointments were significantly associated with increased HbA1C, increased DTX and increased LDL-Cholesterol more than target control. (p -value < 0.05)

Conclusion: The majority of diabetes patients in Samleam Primary Care Unit, Srinagarind Hospital were frequently missed the appointments

Key words missed appointment, diabetes mellitus, primary care unit

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลกเนื่องจากเป็นโรคที่ทำให้ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เป็นอันตราย ทำให้เกิดอาการป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร¹ ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานจึงควรได้รับการติดตามการรักษาจากทีมผู้เชี่ยวชาญ² หน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม ซึ่งเป็นสถานบริการปฐมภูมิในสังกัดสถานพยาบาลตติยภูมิ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจากภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มาให้บริการด้านการรักษาเป็นประจำในวันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 8.30-12.00 น. โดยมีการจัดระบบการนัดผู้ป่วยโรคเรื้อรังแยกเป็นชุมชน แต่ในช่วงที่ผ่านมามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมาไม่ตรงตามวันนัดจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่ผัดนัดจะทำให้ประสิทธิภาพของการรักษาลดลงเนื่องจากได้รับการดูแลไม่ต่อเนื่อง³ และยังเป็นภาระแก่ความตั้งใจของผู้ให้การรักษา⁴ นอกจากนี้ยังพบว่าการผัดนัดในโรคเรื้อรัง ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้ รวมทั้งการปรับยา และการตรวจคัดกรองเพื่อป้องกันภาวะต่างๆ เป็นไปได้โดยไม่เต็มที่⁵ สำหรับโรคเบาหวานมีการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยที่ผัดนัดในการรักษาบ่อยๆ จะมีระดับน้ำตาลในเลือดกับการดูแลตนเองที่แยกจากกลุ่มที่มาพบแพทย์ตรงตามนัด^{6,7} แต่มีการศึกษาที่ประเทศอังกฤษซึ่งศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งได้รับการรักษาโดยการฉีดยาอินซูลินพบว่า การผัดนัดของผู้ป่วยไม่เกี่ยวข้องกับอัตราการตายของผู้ป่วย⁸

ในประเทศไทยยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการผัดนัดของผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นจำนวนน้อย คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาว่าความซุกซนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผัดนัดในหน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยมเป็นเท่าใด และผู้ป่วยที่ผัดนัดเป็นประจำมีตัวชี้วัดทางคลินิกของผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแตกต่างกับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พบแพทย์ตามนัดหรือไม่ โดยเกณฑ์ของตัวชี้วัดทางคลินิกของผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอ้างอิงจากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2554⁹ เพื่อการปรับปรุงระบบการนัดของหน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม และการรณรงค์ให้ผู้ป่วยในชุมชนเห็นความสำคัญของการพบแพทย์ตรงตามนัด รวมทั้งเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการศึกษาเกี่ยวกับการนัดผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความซุกซนของการผัดนัด และความสัมพันธ์ระหว่าง การผัดนัดกับตัวชี้วัดทางคลินิกของผลการดูแลใน

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รักษาเป็นประจำที่หน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยมโรงพยาบาลศรีนครินทร์

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รักษาเป็นประจำที่หน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยมในช่วงวันที่ 1 กันยายน 2554 ถึง 31 สิงหาคม 2555 มีจำนวน 139 ราย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป WinPepi แทนค่าโดย Confidence level = 95%, acceptable difference = 0.05, Assumed proportion = 0.33¹⁰, (optional) population size = 139 ได้ขนาดตัวอย่างศึกษาทั้งหมด 99 ราย แต่เนื่องจากประชากรที่จะศึกษามีขนาด 139 ราย และการศึกษาเป็นเพียงการทบทวนประวัติจากฐานข้อมูลมิได้เป็นการรบกวนผู้ป่วย จึงจะใช้ประชากรทั้งหมด

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE551244 โดยเป็นการศึกษาที่เก็บข้อมูลโดยการบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยถือเป็นคนละคน จะไม่มีการระบุชื่อ ที่อยู่ หรือข้อมูลอันจะทำให้ผู้อื่นใช้อ้างอิงถึงผู้เป็นเจ้าของข้อมูลได้ นอกจากนี้การวิเคราะห์ข้อมูลจะทำการวิเคราะห์เพื่อนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งไม่มีผลต่อแพทย์ผู้เป็นเจ้าของข้อมูลไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น

1) คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

- ผัดนัด คือ ผู้ป่วยไม่ไปพบแพทย์ตามนัด โดยผัดนัดเป็นบางครั้งหมายถึงไม่ไปตามนัดร้อยละ 1-30 และผัดนัดเป็นประจำหมายถึงไม่ไปตามนัดมากกว่าร้อยละ 30⁶
- ผู้ป่วยเบาหวาน คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2554 ซึ่งกำลังได้รับการรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ/หรือการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดและ/หรือฉีดอินซูลิน

2) เครื่องมือในการศึกษา คือ แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

- แบบสอบถามส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สิทธิการรักษาพยาบาล
- แบบสอบถามส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย โรคเรื้อรังร่วมชนิดอื่นๆ จำนวนยาที่รับประทานเป็นประจำ รูปแบบของยาเบาหวานที่ใช้ ส่วนสูง น้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลงในระยะเวลาหนึ่งปี ค่าความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลงในระยะเวลาหนึ่งปี ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย (DTX, HbA1C) และระดับไขมันชนิด LDL
- แบบสอบถามส่วนที่ 3 เป็นข้อมูลด้านพฤติกรรม

ส่วนตัวของผู้ป่วย ประกอบด้วย การผิมนัด และการสูบบุหรี่

3) การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ นำข้อมูลที่ได้จัดทำเป็นฐานข้อมูล Microsoft Excel แล้วทำ double entry ด้วยโปรแกรม Epi info for dos เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและใช้โปรแกรม SPSS for Windows เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของข้อมูล เพื่อแก้ไขฐานข้อมูลให้ถูกต้อง จากนั้นจึงวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS for Windows และ Epi Info for Windows วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ค่าความชุก ร้อยละ ค่ามัธยฐานส่วนเบี่ยงเบนควอดไทด์ ส่วนสถิติเชิงวิเคราะห์ โดยใช้ Chi-square test, Odd ratio (OR) และ 95% Confidence interval

4) การเก็บรวบรวมข้อมูล

(1) ขออนุญาตหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยมและแพทย์ที่ตรวจรักษาผู้ป่วยเป็นประจำที่หน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยมเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รักษาเป็นประจำที่หน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม

(2) บันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยในแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโดยตั้งนิยามของค่าผิมนัดคือมาไม่ตรงวันนัด

(3) ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลภายหลังเสร็จสิ้นการทบทวนเวชระเบียนทุกครั้ง

ผลการศึกษา

1) **ข้อมูลทั่วไป** กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 139 ราย ในการติดตามการรักษาเบาหวาน พบว่าไม่ผิมนัดจำนวน 12 ราย ร้อยละ 8.6 ผิมนัดร้อยละ 1-30 จำนวน 53 ราย ร้อยละ 38.1 และผิมนัดมากกว่าร้อยละ 30 จำนวน 74 ราย ร้อยละ 53.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 96 ราย (ร้อยละ 69.1) ค่ามัธยฐานอายุเท่ากับ 65 ปี และพิสัยควอดไทล์เท่ากับ 13 สิทธิการรักษาบัตรทอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (ร้อยละ 83.5) ดัชนีมวลกายมีค่ามัธยฐาน 25.15 kg/m² มีพิสัยควอดไทล์เท่ากับ 5.32 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานมากกว่า 1 ปี (ร้อยละ 96.4) มีโรคร่วม 2 โรค จำนวน 58 ราย (ร้อยละ 41.7) โดยความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมที่พบบ่อยที่สุด จำนวน 90 ราย (ร้อยละ 64.7) ค่ามัธยฐานจำนวนยาเท่ากับ 3.4 ชนิด และพิสัยควอดไทล์เท่ากับ 2.3 ทุกรายรักษาเบาหวานด้วยยาชนิดรับประทานอย่างเดียว (ร้อยละ 100) (ตารางที่ 1)

2) **ความสัมพันธ์ระหว่างการผิมนัดกับระดับน้ำตาล ในเลือดและตัวชี้วัดผลการดูแลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน** เมื่อกำหนดให้การผิมนัดเป็นประจำหมายถึงการผิมนัดมากกว่าร้อยละ 30 ของจำนวนครั้งที่มาพบแพทย์

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงเดียว (ตารางที่ 2) พบว่า ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว (DTX) และ ระดับแอล ดี แอล คอเลสเตรอล มีความสัมพันธ์กับการผิมนัด เป็นประจำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยช่วงความเชื่อมั่น 95%

วิจารณ์

การศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่ามีผู้ที่ไม่ผิมนัดในระยะเวลา 1 ปี มีจำนวนน้อยเพียงร้อยละ 8.6 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในรัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศอเมริกา⁶ และจังหวัดยโสธร ประเทศไทย⁹ ซึ่งมีผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ผิมนัดในระยะเวลา 1 ปี ร้อยละ 35.3 และ 66.7 ตามลำดับ และเมื่อคู่ตรวจการผิมนัดโดยกำหนดให้การผิมนัดเป็นประจำหมายถึงการผิมนัดมากกว่าร้อยละ 30 ของจำนวนครั้งที่มาพบแพทย์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีการผิมนัดเป็นประจำถึงร้อยละ 53.2 ในขณะที่การศึกษาที่รัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศอเมริกา⁶ มีผู้ป่วยเบาหวานที่ผิมนัดเป็นประจำเพียงร้อยละ 12.3 การที่กลุ่มตัวอย่างจากการศึกษานี้มีการผิมนัดเป็นจำนวนมาก อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมีเฉพาะผู้ป่วยที่รักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิในขณะที่การศึกษานี้มีผู้ป่วยที่รักษาที่โรงพยาบาลด้วย เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นจุดบริการที่ใกล้บ้านใกล้ใจที่ประชาชนเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ง่าย¹¹ ในการศึกษาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นคนที่มีอายุอยู่ในชุมชนเดียวกับหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถเดินทางมารับการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้สะดวก จึงอาจไม่ให้ความสำคัญกับวันนัด โดยบางคนอาจรอให้ยาหมดแล้วค่อยพบแพทย์ รวมถึงอายุของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีค่ากลางมากกว่าการศึกษานี้ โดยการศึกษาที่รัฐแคลิฟอร์เนีย⁶ และจังหวัดยโสธร⁹ มีค่าเฉลี่ยของอายุ 60.8 และ 60.5 ปี ตามลำดับ จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีวันนัดเนื่องจากอายุมากทำให้จำได้ยากขึ้น¹² ซึ่งการลืมวันนัดเป็นหนึ่งในเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยผิมนัด^{13, 14}

จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่ผิมนัดเป็นประจำ (ผิมนัดมากกว่าร้อยละ 30 ของจำนวนครั้งที่มาพบแพทย์) มีความสัมพันธ์กับค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว (DTX) และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา^{6, 7, 10, 15} ซึ่งพบว่าการผิมนัดมีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อาจเป็นเพราะการผิมนัดทำให้ผู้ป่วยขาดยา ได้รับการดูแลไม่ต่อเนื่อง³ ส่งผลต่อการปรับยา⁴ และการผิมนัดอาจบ่งบอก ถึง

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวาน จำแนกตามอัตราการนัด

	อัตราการนัด			
	ไม่นัด	นัดร้อยละ 1-30	นัดมากกว่าร้อยละ 30	ทั้งหมด
จำนวน (ร้อยละ)	12 (8.6)	53 (38.1)	74 (53.2)	139 (100)
เพศ (ร้อยละ)				
ชาย	41.7	32.1	28.4	30.9
หญิง	58.3	67.9	71.6	69.1
ค่ามัธยฐานอายุ (พิสัยควอไทล์)	64.5 (11)	64 (11.5)	65 (13.5)	65 (13)
สิทธิ์การรักษา (ร้อยละ)				
บัตรทองรพ.ศรีนครินทร์	83.3	84.9	82.7	83.5
บัตรทองรพ.อื่น	0	3.8	2.7	2.9
ประกันสังคมรพ.ศรีนครินทร์	0	1.9	4.1	2.9
ประกันสังคมรพ.อื่น	0	0	0	0
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	16.7	9.4	9.5	10.1
ไม่มีสิทธิการรักษา	0	0	1.4	0.7
ค่ามัธยฐานดัชนีมวลกาย (พิสัยควอไทล์) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน(ร้อยละ)	25.71 (7.29)	24.65 (5.93)	25.06 (5.02)	25.15 (5.32)
น้อยกว่า 1 ปี	0	5.7	2.7	3.6
มากกว่า 1 ปี	100	94.3	97.3	96.4
จำนวนโรคร่วม (ร้อยละ)				
ไม่มี	0	15.1	17.6	15.1
1 โรค	41.7	47.2	36.5	41
2 โรค	58.3	37.7	41.9	41.7
3 โรค	0	0	4.1	2.2
ชนิดของโรคร่วม (ร้อยละ)				
ความดันโลหิตสูง	75	67.9	60.8	64.7
ไขมันในเลือดสูง	66.7	54.7	64.9	61.2
เกาต์	0	1.9	2.7	2.2
อื่นๆ	16.7	0	4.1	3.6
ค่ามัธยฐานจำนวนชนิดของยา (พิสัยควอไทล์) รูปแบบของยาที่ใช้รักษาโรคเบาหวาน (ร้อยละ)	4.39 (2.4)	3.92 (2.14)	3.3 (2.52)	3.4 (2.3)
รับประทาน	100	100	100	100
ยาฉีด	0	0	0	0
รับประทานและยาฉีด	0	0	0	0

ความไม่ใส่ใจในการรักษาด้านอื่นๆ¹⁰ รวมถึงในด้านผู้ให้ การรักษาจะมีความรู้สึกในด้านลบเมื่อผู้ป่วยไม่มาตรงนัด¹²ทำให้ การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยลดลง⁴

จากการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่นัดเป็นประจำ (นัด มากกว่าร้อยละ 30 ของจำนวนครั้งที่มาพบแพทย์) มีความสัมพันธ์กับระดับแอล ดี แอล คอเลสเตอรอล สูงกว่า เป้าหมาย ควบคุม อาจเกิดจากการนัดในโรคเรื้อรังทำให้ ผู้ให้การรักษาไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการปรับยา และการตรวจคัดกรองเพื่อป้องกันภาวะต่างๆ เป็นไปได้ อย่างไม่เต็มที่⁵

เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้มีรูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) ซึ่งบอกได้เฉพาะความชุก แต่ไม่สามารถบอกความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรว่าตัวแปรใด เป็นเหตุ ตัวแปรใดเป็นผล จึงอาจต้องมีการศึกษาไปข้างหน้า แบบ longitudinal study ต่อไป นอกจากนี้การศึกษานี้ เป็นการเก็บข้อมูลจากเฉพาะเวชระเบียนผู้ป่วย จึงอาจทำให้ ขาดข้อมูลบางส่วน เช่น ข้อมูลด้านครอบครัว การศึกษา อาชีพ การเงิน เหตุผลที่นัด เป็นต้น ซึ่งอาจมีผลต่อข้อมูล การนัดหรือ ตัวชี้วัดทางคลินิกของผลการดูแลของผู้ป่วย เบาหวาน จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติม

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการผิดนัดเป็นประจำ (ผิดนัดมากกว่าร้อยละ 30 ของจำนวนครั้งที่มาพบแพทย์) กับระดับน้ำตาลในเลือดและตัวชี้วัดผลการดูแลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผลการดูแลเบาหวานตามเป้าหมายควบคุม	จำนวนทั้งหมด (ร้อยละ)	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ผิดนัดมากกว่าร้อยละ 30 (ร้อยละ)	p-value ⁺
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) (ร้อยละ)			
< 7	41 (29.5)	16 (21.6)	0.030*
> 7	98 (70.5)	58 (78.4)	
ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว (DTX) (มก./ดล.)			
< 130	30 (21.6)	11 (14.9)	0.040*
> 130	109 (78.4)	63 (85.1)	
ค่าความดันตัวบน (มม.ปรอท)			
< 130	57 (41)	35 (47.3)	0.108
> 130	82 (59)	39 (52.7)	
ค่าความดันตัวล่าง (มม.ปรอท)			
< 80	89 (64)	47 (63.5)	0.893
> 80	50 (36)	27 (36.5)	
ระดับแอล ดี แอล คอเลสเตอรอล(มก./ดล.)			
< 100	36 (25.9)	14 (18.9)	0.045*
> 100	103 (74.1)	60 (81.1)	
การสูบบุหรี่			
ไม่สูบบุหรี่	127(91.4)	67(90.5)	0.711
สูบบุหรี่	12(8.6)	7(9.5)	

⁺p-value จาก Chi-square test

*statistical significance at p-value < 0.05

สรุป

ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รักษาเป็นประจำที่หน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยมผืนผ้าเป็นประจำ โดยการผิดนัดเป็นประจำมีความสัมพันธ์กับค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว (DTX) ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) และ ระดับแอล ดี แอล คอเลสเตอรอล สูงกว่า เป้าหมายควบคุม

เอกสารอ้างอิง

- Act on Diabetes Now. [Internet]. [Cited: 2012 July 19] Available from : <http://www.idf.org/worlddiabetesday/2009-2013>
- ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล. โรคเบาหวาน. ศรีนครินทร์เวชสาร 2542; 14: 50-61.
- Capko J. The price you pay for missed appointments. J Med Pract Manage 2007; 22: 368.
- Pesata V, Palliaja G, Webb AA. A descriptive study of missed appointments: Familie's perceptions of barriers to care. J Pediatr Health Care 1999; 13: 178-82.
- Macharia WM, Leon G, Rowe BH, Stephenson BJ, Haynes RB. An overview of interventions to improve compliance with appointment keeping for medical services. JAMA 1992; 267: 1813-17.
- Karter AJ, Parker MN, Moffet HH, Ahmed AT, Ferrara A, Liu JY, et al. Missed appointment and poor glycemetic control : an opportunity to identified high-risk diabetes patients. Med Care 2004; 42: 110-5.
- Jacobson AM, Adler AG, Derby L, Anderson BJ, Wolfsdorf JI. Clinic attendance and glycemetic control. Study of contrasting groups of patients with IDDM. Diabetes Care 1991; 14: 599 -601.
- Currie CJ, Peyrot M, Morgan CL, Poole CD, Jenkins-Jones S, Rubin RR, et al. The impact of treatment noncompliance on mortality in people with type 2 diabetes. Diabetes Care 2012; 35: 1279-84.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรค เบาหวาน พ.ศ.2554. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2554.

10. ปากีสต์ โอวาทกานนท์. ผลการดูแลรักษาเบาหวานและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลทรายมูล. ศรีนครินทร์เวชสาร 2554; 26: 339-49.
11. สำเริง แหยมกระโทก, รุจิรา มังคละศิริ. คู่มือการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครราชสีมา: ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสาธารณสุขชนบทนครราชสีมา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา; 2545.
12. ศรีเรือน แก้วกั้งवाल. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2540.
13. Husain-Gambles M, Neal RD, Dempsey O, Lawlor DA, Hodgson J. Missed appointments in primary care: questionnaire and focus group study of health professionals. Br J Gen Pract 2004; 54: 108-13.
14. Neal RD, Hussain-Gambles M, Allgar VL, Lawlor DA, Dempsey O. Reasons for and consequences of missed appointments in general practice in the UK: questionnaire survey and prospective review of medical records, BMC Family Practice 2005; 6: 47.
15. Rhee MK, Slocum W, Ziemer DC, Culler SD, Cook CB, El-Kebbi IM, et al. Patient adherence improves glycemic control. Diabetes Educator 2005; 31: 240-50.

