

การรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่สถานีอนามัย จังหวัดชัยนาท ปีงบประมาณ ๒๕๕๐

บรรพต พิณจันทร*

ฉันทนา พิณจันทร*

บทคัดย่อ

การศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่สถานีอนามัย เปรียบเทียบกับผลการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน. กลุ่มศึกษาคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่เป็นมาอย่างน้อย ๖ เดือน รักษาด้วยยากิน, ไม่มีโรคแทรกซ้อนเรื้อรังที่รุนแรง, และสมัครใจรักษาที่สถานีอนามัย จำนวน ๓๙ คน. รวบรวมผลการรักษาโดยการวัดแรงดันเลือด, ค่าดัชนีมวลกาย, ค่าเส้นรอบเอว และตรวจเลือดหาค่าตัวชี้เสริมผลการรักษา ได้แก่ กลูโคสในพลาสมาหลังงดอาหาร, ฮีโมโกลบิน เอวันซี, โคลเลสเตอรอลรวม, ไตรกลีเซอไรด์, ไขมันความแน่นสูงและไขมันความแน่นต่ำในเลือด. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน, เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มีผลการรักษาเข้าเป้าหมายแยกตามตัวแปรระหว่างสถานีอนามัยกับโรงพยาบาลชุมชนโดยใช้การทดสอบไค-สแควร์. การศึกษาพบผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่มีผลการรักษาเข้าเป้าหมายดังนี้: ค่าน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหารร้อยละ ๔๓.๖, ค่าฮีโมโกลบินเอวันซีร้อยละ ๒๓.๑, ค่าแรงดันเลือดย้อยละ ๒๐.๕, ค่าโคลเลสเตอรอลรวมร้อยละ ๔๑, ค่าไตรกลีเซอไรด์ร้อยละ ๔๓.๖, ค่าไขมันความแน่นสูงร้อยละ ๕๓.๘, ค่าไขมันความแน่นต่ำร้อยละ ๑๗.๕, ค่าดัชนีมวลกายร้อยละ ๓๓.๓ และค่าเส้นรอบเอวร้อยละ ๒๓.๑. ผลการรักษาที่เข้าเป้าหมายแยกตามตัวแปรระหว่างจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่รักษาที่สถานีอนามัยกับที่รักษาที่โรงพยาบาลชุมชนพบเพียงค่าแรงดันเลือดที่แตกต่างกันโดยนัยสำคัญทางสถิติ.

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน, สถานีอนามัย, โรงพยาบาลชุมชน, ตัวชี้วัดเสริมผลการรักษา

Abstract

Treatment of Type II- Diabetic Patients at Manorom District Health Centers in Fiscal Year 2007

Banphot Pinitchan*, Chantana Pinitchan*

*Manorom Hospital, Manorom District, Chainat Province

This study was conducted in Chainat Province, comparing the results of treatment of type II-diabetic patients treated at two health centers with those treated at a community hospital. The study group of 39 patients voluntarily agreed to attend the District Health Center for at least six months of treatment; they were cases receiving oral medications and were not at risk of serious complications. Results of treatment were based upon blood pressure, body mass index, waist circumference, and blood chemistry parameters, i.e., fasting plasma glucose (FPG), HbA1c, total cholesterol, triglyceride, HDL and LDL. Data were analyzed statistically using percentage, mean and standard deviation in order to assess the value of the treatment. The non-parametric (chi-square) test was used for showing the differences of treatment results between the hospital and health centers. Successful of treatment was demonstrated by the following: FPG (46.3%), HbA1c (23.1%), blood pressure (20.5%), total cholesterol (41.0%), triglyceride (43.6%), HDL (53.8%), LDL (17.9%), BMI (33.3%) and waist circumference (23.1%) for the patients treated at the two health centers compared with those obtained at the community hospital. Only the results of blood pressure testing were of statistically and significantly different.

Key words: diabetes mellitus, health centers, community hospital

*โรงพยาบาลมโนรมย์ จังหวัดชัยนาท

ภูมิหลังและเหตุผล

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นได้กับคนทุกเพศ ทุกวัย ทุกเชื้อชาติ ทุกภูมิภาค ซึ่งผลจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรังได้ก่อความเสียหายแก่อวัยวะของร่างกาย, โดยเฉพาะอย่างยิ่งดวงตา ไต ระบบประสาท หัวใจและหลอดเลือด. ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ, โรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน และโรคหลอดเลือดสมองบ่อยกว่าคนสุขภาพปกติทั่วไปและมีโอกาสเสียชีวิตจากโรคหัวใจมากกว่าคนที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน^(๑). ในประเทศไทยมีการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนชาวไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๓ เมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๔๗ โดยสำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย จัดตั้งโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบความชุกโรคร้อยละ ๗ ในผู้หญิง และร้อยละ ๖ ในผู้ชาย, มีแนวโน้มมากขึ้นตามอายุ พบความชุกสูงสุดในกลุ่มอายุ ๖๐-๖๙ ปี ในชายร้อยละ ๑๔ และในหญิงร้อยละ ๑๔ และพบมากที่สุดในการกรุงเทพฯ^(๒). สถานการณ์ผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานในจังหวัดชัยนาทจากระบบเฝ้าระวังปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยง (Behavior risk factor surveillance system, BRFSS) ในปีงบประมาณ ๒๕๔๘ สำรวจโดยกลุ่มโรคไม่ติดต่อและโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ จังหวัดสระบุรี พบว่าในปี ๒๕๔๗ อัตราป่วยโรคเบาหวานของจังหวัดชัยนาทเท่ากับ ๕๘.๑ ต่อประชากรแสนคน เป็นอันดับ ๓ ของเขต ๕ และอันดับ ๑๙ ของประเทศ; อัตราตายจากโรคเบาหวานเท่ากับ ๑๐.๔ ต่อประชากรแสนคน เป็นอันดับ ๒ ของเขต ๕ เป็นอันดับ ๓๙ ของประเทศ, และสำนักโรคไม่ติดต่อได้สรุปอัตราความชุกของสถานะสุขภาพและพฤติกรรมที่เน้นความเสี่ยงในประชากรอายุ ๑๕-๗๔ ปี พบว่าจังหวัดชัยนาทมีความชุกโรคเบาหวานร้อยละ ๓.๔๗^(๓). สำหรับอำเภอโมรณัม ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยสาเหตุโรคเบาหวานจากฐานข้อมูลผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่สถานบริการต่าง ๆ ในอำเภอโมรณัม ตั้งแต่สถานบริการรวบรวมไว้ใน พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๔๙ มีผู้ป่วย ๖๕๗, ๖๖๔ และ ๘๑๒ คนตามลำดับ คิดเป็นอัตราชุกร้อยละ ๒.๑๙, ๒.๒๑ และ ๒.๗๐ ตามลำดับ.

จากข้อมูลของคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลโมรณัม พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๔๙ พบมีผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ(คน/ครั้ง) เพิ่มขึ้นตามลำดับดังนี้ ๓๒๘/๑,๗๖๐, ๔๒๔/๑,๙๖๘ และ ๖๗๗/๓,๑๖๖ ตามลำดับ หรือเฉลี่ยวันละ ๓๖, ๔๐ และ ๖๖ คนตามลำดับ^(๔,๕). ดังนั้นด้วยเป้าหมายที่จะลดจำนวนผู้ป่วยในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลและเพื่อความสะดวกของ ผู้ป่วยในการเข้าถึงบริการ ทางโรงพยาบาล โมรณัมจึงกำหนดนโยบายส่งผู้ป่วยเบาหวานที่มีแนวโน้มว่าควบคุมเบาหวานได้ ไปรับการรักษาที่สถานอนามัยตำบล ๒ แห่ง. ผู้ศึกษาจึงถือโอกาสทำการศึกษาติดตามผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่ไปรักษาที่สถานอนามัย ใช้รูปแบบคล้ายกับที่ศึกษาโดยสุวรรณชัย วัฒนาวิจิตรชัย^(๖) ที่สถานอนามัยตำบล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น แต่ดัดแปลงเป้าหมายการทำวิจัยโดยทำการเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มีผลการรักษาเข้าเป้าหมายของการรักษาในโรงพยาบาล.

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้ใช้แบบ cross sectional descriptive study. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยเบาหวานที่ส่งไปรับการรักษาที่สถานอนามัยตำบล ๒ แห่งในอำเภอโมรณัม จังหวัดชัยนาท. กลุ่มศึกษามีลักษณะตามเกณฑ์ดังนี้ ๑) เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ อย่างน้อย ๖ เดือน และมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังดอาหารเช้า ๙๐-๑๕๐ มก./ดล. ๒) ครั้งติดต่อกันก่อนเดือนกันยายน ๒๕๔๙, ๒) ใช้ยาลดน้ำตาลชนิดเม็ด, ๓) ไม่มีโรคแทรกซ้อนเรื้อรังที่รุนแรง, ๔) ผู้ป่วยไปรักษาที่สถานอนามัยอย่างต่อเนื่องมาแล้วอย่างน้อย ๖ เดือนก่อนการศึกษา. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวน ๓๙ คน เก็บข้อมูลได้ในช่วงวันที่ ๑๖ กรกฎาคม - ๑๗ สิงหาคม ๒๕๕๐. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือเวชระเบียนผู้ป่วยคลินิกเบาหวานของสถานบริการ, สมุดคู่มือประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน, คู่มือมาตรฐานการรักษาเบาหวานระดับสถานอนามัย (CPG), แฟ้มอนามัยครอบครัว, แผ่นประวัติผู้ป่วยนอก และบัตรนัดหมายผู้ป่วย. เก็บรวบรวมข้อมูลผลแรงดันเลือด, ค่าดัชนีมวลกาย, ความยาวรอบเอว, และค่าตัวแปรเสริมในเลือดที่ใช้เป็นตัวชี้ผลการ



รักษา ได้แก่ FPG, HbA1c, โคลเลสเตอรอลรวม, ไตรกลีเซอไรด์, HDL และ LDL. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลผู้ที่รักษาเข้าเป้าหมาย แยกตามตัวแปรโดยใช้สถิติพรรณนา ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน.

เปรียบเทียบผลการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนที่มีเกณฑ์ลักษณะการรักษาแบบเดียวกันกับผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาที่สถานีนามัย. นำข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่มีผลการรักษาเข้าเป้าหมายของทั้งสองแห่งเปรียบเทียบกันโดยใช้การทดสอบ ไค-สแควร์.

ผลการศึกษาร่วมวิจารณ์

ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๗๑.๘ เป็นหญิง และชาย ร้อยละ ๒๘.๒, อายุ ๖๒.๙ ± ๙.๗ ปี, ระยะเวลาป่วยเฉลี่ย

๖.๘ ± ๕.๕, การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา, และมีสถานภาพสมรสมากที่สุด. ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีสิทธิ์หลักประกันสุขภาพเกือบทั้งหมด. ส่วนมากมีระยะเวลาป่วยเป็นเบาหวานเกิน ๖ เดือนถึง ๕ ปี.

ผู้ป่วยเบาหวานรักษาที่สถานีนามัยมีค่าน้ำตาลหลังงดอาหารเข้าเป้าหมายการรักษาร้อยละ ๔๓.๖ ใกล้เคียงกับผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนที่มีค่าน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหารเข้าเป้าหมายการรักษาร้อยละ ๔๔.๖ ต่างจากผลการศึกษาของวรรณิ นิธิยานันท์ และธัญญา เชนฐากุล^(๗) ที่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหารได้เพียงร้อยละ ๑๙.๖.

ผู้ป่วยที่รักษาที่สถานีนามัยมีค่า HbA1c เข้าเป้าหมายการรักษาร้อยละ ๒๓.๑ ขณะที่ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการ

ตารางที่ ๑ จำนวนผู้ป่วยที่มีผลการรักษาเข้าเป้าหมายแยกตามตัวแปร

ตัวชี้เสริมผลการรักษา*	สถานีนามัย (๓๘ ราย)		โรงพยาบาลชุมชน (๑๔๘ ราย)		ค่าพี
	เข้าเป้า คน (ร้อยละ)	ไม่เข้าเป้า คน (ร้อยละ)	เข้าเป้า คน (ร้อยละ)	ไม่เข้าเป้า คน (ร้อยละ)	
น้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร (๕๐-๑๓๐ มก./คณ.)	๑๗ (๔๓.๖)	๒๒ (๕๖.๔)	๖๖ (๔๔.๖)	๘๒ (๕๕.๔)	๐.๕๑๑
HbA1c (<๗%)	๕ (๒๓.๑)	๓๐ (๗๖.๙)	๕๐ (๓๓.๘)	๙๘ (๖๖.๒)	๐.๒๐๑
แรงดันเลือด (<๑๓๐/๘๐ มม.ปรอท)	๘ (๒๐.๕)	๓๑ (๗๙.๕)	๖๘ (๔๕.๙)	๘๐ (๕๔.๑)	๐.๐๐๔
โคเลสเตอรอลรวม (<๒๐๐ มก./คณ.)	๑๖ (๔๑.๐)	๒๓ (๕๙.๐)	๖๖ (๔๔.๖)	๘๒ (๕๕.๔)	๐.๖๘๙
ไตรกลีเซอไรด์ (<๑๕๐ มก./คณ.)	๑๗ (๔๓.๖)	๒๒ (๕๖.๔)	๖๑ (๔๑.๒)	๘๗ (๕๘.๘)	๐.๗๘๙
HDL (> ๔๐ มก./คณ.)	๒๑ (๕๓.๘)	๑๘ (๔๖.๒)	๑๐๓ (๖๙.๖)	๔๕ (๓๐.๔)	๐.๐๖๔
LDL (<๑๐๐ มก./คณ.)	๗ (๑๗.๙)	๓๒ (๘๒.๑)	๓๖ (๒๔.๓)	๑๑๒ (๗๕.๗)	๐.๔๐๐
ดัชนีมวลกาย (ชาย=๒๐-๒๕, หญิง=๑๙-๒๔)	๑๓ (๓๓.๓)	๒๖ (๖๖.๗)	๕๕ (๓๗.๒)	๙๓ (๖๒.๘)	๐.๖๕๘
ความยาวเส้นรอบเอว (ชาย=๙๐ ซม., หญิง=๘๐ ซม.)	๕ (๒๓.๑)	๓๐ (๗๖.๙)	๓๗ (๒๕.๐)	๑๑๑ (๗๕.๐)	๐.๘๐๔

*เป้าหมายการรักษา ตาม American Diabetes Association. Standard of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care 2005; 28: S4-S36(18)

รักษาที่โรงพยาบาลชุมชนมีค่า HbA1c เข้าเป้าหมายการรักษา ร้อยละ ๓๓.๘ เมื่อทดสอบความแตกต่างไม่พบแตกต่างกัน โดยนัยสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณิ นิธิยานันท์ และรัชฎา เซกฐากุล^(๙) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีค่า HbA1c ต่ำกว่าร้อยละ ๗ เพียงร้อยละ ๑๙.๖ และของณัฐพงศ์ โฆษุณห์ และยุพิน เบ็ญจสุรัตน์วงศ์^(๑๐) ร้อยละ ๒๓. การที่จำนวนผู้ป่วยที่มีค่าน้ำตาลหลังดอาหารเข้าเป้าหมายได้จำนวนมากกว่าผู้ป่วยที่มีค่า HbA1c เข้าเป้าหมาย น่าจะเกิดจากค่าน้ำตาลหลังดอาหาร บ่งบอกถึงระดับน้ำตาลในเลือดในขณะที่ตรวจเท่านั้น แต่ค่า HbA1c จะบ่งชี้ถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระยะ ๑-๒ เดือนที่ผ่านมา^(๑๑). ดังนั้นถ้าผู้ป่วยมีการเตรียมและปฏิบัติตัวมาอย่างดี เช่น ควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย กินยาสม่ำเสมอ ก่อนมารับการตรวจเลือดเพียง ๒-๓ วันก็จะทำให้ผลระดับน้ำตาลก่อนอาหาร อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจแต่ค่า HbA1c จะไม่เปลี่ยนแปลง. ดังนั้นการประเมินผลการรักษาทางห้องปฏิบัติการด้วยค่า HbA1c จึงมีความสำคัญและจำเป็นในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โดยสมควรตรวจค่า HbA1c ทุกรายตั้งแต่การตรวจครั้งแรก และครั้งต่อ ๆ ไปทุก ๓ เดือน. สำหรับผู้ป่วยที่มีการควบคุมน้ำตาลได้ดีแล้วอาจลดลงได้เหลืออย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง^(๑๐).

เป้าหมายการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน การควบคุมแรงดันเลือดก็เป็นเรื่องสำคัญ ปัจจุบันมีข้อมูลสนับสนุนผลดีจากการลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการรักษาควบคุมแรงดันเลือดผู้ป่วยเบาหวานให้อยู่ในระดับปกติ หรือดีที่สุดคือให้อยู่ในระดับไม่เกิน ๑๓๐/๘๕ มม.ปรอท เพราะพบว่าจะช่วยลดอัตราการตายและความพิการจากเหตุหัวใจและหลอดเลือดได้มากที่สุด^(๑๒). ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยเบาหวานรักษาที่สถานอนามัยมีแรงดันเลือดลดเข้าเป้าหมายร้อยละ ๒๐.๕ ต่างจากที่รักษาที่โรงพยาบาลชุมชนที่เข้าเป้าหมายได้ถึงร้อยละ ๔๕.๙. อย่างไรก็ตาม การศึกษาของพงศ์อมร บุนนาค และณัฐเชษฐ์ เปล่งวิทยา^(๑๓) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานควบคุมแรงดันเลือดได้เพียงร้อยละ ๑๐.๘๕. การที่จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาที่สถานอนามัยมีค่าแรงดันเลือดเข้าเป้าหมายน้อยกว่าผู้ป่วยที่รักษาที่โรงพยาบาลชุมชน อาจเนื่องมาจากบุคลากรที่

สถานอนามัยยังขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแรงดันเลือดสูงร่วมด้วย จึงไม่สามารถควบคุมผลการรักษาให้เข้าเป้าหมายการรักษาได้.

ค่าไขมันในเลือดผู้ป่วยเบาหวานที่ควรควบคุม ได้แก่ โคเลสเตอรอลรวม, ไตรกลีเซอไรด์, และไขมันความแน่นต่ำ. การศึกษาครั้งนี้พบผู้ป่วยที่มีระดับไขมันเข้าเป้าหมายไม่แตกต่างกันระหว่างการรักษาที่สถานอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน. ผู้ศึกษาตระหนักดีว่าค่าไขมันความแน่นต่ำ ที่สูงมากเป็นปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี และมีหลักฐานสนับสนุนว่าการลดระดับไขมันความแน่นต่ำในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีสามารถลดโรคหัวใจขาดเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ^(๑๔). ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าค่าไขมันความแน่นต่ำของผู้ป่วยเบาหวานทั้ง ๒ แห่งเข้าเป้าหมายการรักษาค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ ๑๗.๙ และ ๒๔.๓) แตกต่างจากการศึกษาของธงชัย ประวิภาณวัตร, เพชร รอดอารีย์^(๑๕) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีค่าไขมันความแน่นต่ำ <๑๐๐ มก./ดล. มีร้อยละ ๓๕.๕ ซึ่งอาจเป็นเพราะการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานยังไม่เข้มงวดในการควบคุมระดับไขมันเท่าที่ควร ทั้ง ๆ ที่มีข้อมูลบ่งชี้ถึงผลร้ายของการที่มีระดับไขมันในเลือดสูงในผู้ป่วยเบาหวานก่อให้เกิดอัตราเสี่ยงของโรคหัวใจโคโรนารีสูง^(๑๖). การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีไขมันในเลือดสูงผิดปกติของสถานอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิต เช่น การบริโภคอาหาร, การออกกำลังกาย และงดสูบบุหรี่ มากกว่าการใช้ยาลดไขมันในเลือด และก็อาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตได้ตามความคาดหวังของผู้ให้บริการ จึงไม่สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดให้เข้าเป้าหมายการรักษาได้.

ค่าดัชนีมวลกายและค่าเส้นรอบเอวซึ่งเป็นเกณฑ์ประเมินภาวะอ้วนเกินในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ในสถานบำบัดทั้ง ๒ แห่งยังเกินค่ามาตรฐาน ซึ่งเสี่ยงอัตราการตายและอัตราพิการจากโรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ และภาวะไขมันผิดปกติ โดยมีหลักฐานว่าการลด



น้ำหนักตัวในผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกินช่วยลดความเสี่ยงโรคเหล่านี้^(๑๗)

ผลจากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่สถานีนอมาัยและโรงพยาบาลชุมชนมีผลการรักษาไม่แตกต่างกัน ยกเว้นการควบคุมแรงดันเลือดที่โรงพยาบาลชุมชนสามารถควบคุมได้ดีกว่าที่สถานีนอมาัย. แต่ในภาพรวมแล้วพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีผลการรักษาเข้าเป้าหมายเพียงร้อยละ ๑๗.๙-๖๙.๖ ยังไม่เป็นผลที่พอใจ เพราะผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการดูแลรักษาควรมีผลการรักษาตามตัวแปรต่าง ๆ เข้าเป้าหมายทุกราย จึงจะลดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะสั้นและระยะยาวแก่ผู้ป่วยเบาหวานได้. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายคณะทำงานดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานของอำเภอโมรเมย์ให้พัฒนาคุณภาพการดูแลรักษา ผู้ป่วยเบาหวานให้สูงขึ้นต่อไป.

ข้อยุติ

เมื่อผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานของสถานีนอมาัยและโรงพยาบาลชุมชนไม่แตกต่างกัน ก็สามารถขยายการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานให้ครอบคลุมทั้งพื้นที่อำเภอโมรเมย์ ภายใต้แนวคิดที่ต้องมีการคัดเลือกผู้ป่วยอย่างเหมาะสม, มีการเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่ด้านความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและโรคที่เกี่ยวข้อง, มีการสนับสนุนเวชภัณฑ์ เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นอย่างเพียงพอ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกรวดเร็ว, ลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ สร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ และลดความแออัดของผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน. แต่สิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งคือควรมีการพัฒนากระบวนการดูแลรักษา ผู้ป่วยเบาหวานโดยคณะทำงานดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานทั้งที่โรงพยาบาลชุมชนและสถานีนอมาัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้าเป้าหมายการรักษาเพิ่มมากขึ้นเป็นการช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และในอนาคตควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีผลการรักษาไม่เข้าเป้าหมาย.

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลโมรเมย์ทุกคน และเจ้าหน้าที่ในสถานีนอมาัยทุกแห่งในอำเภอโมรเมย์ ที่ช่วยเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้. ดร.ปริยาภรณ์ ชาน และดร. นพ. ยงยุทธ พงษ์สุภาพ ได้กรุณาให้การปรึกษาและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษานี้.

เอกสารอ้างอิง

๑. วิทยา ศรีตมา, ธัญญพงษ์ ณ นคร (บรรณาธิการ). Ambulatory Medicine. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๔๕.
๒. ธวัชชัย พิธีพัฒนดิษฐ์. Appropriate and sufficient screening and management of diabetic complications. ใน: วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์, อัจฉรา สัมบุณณานนท์, วณิชชา ชื่นทองแก้ว, พรรณแข มไหสวริยะ, วาณี วิสุทธิ์เสวีวงศ์, วาณี รัตนไชยานนท์, และคณะ (บรรณาธิการ). การแพทย์ขั้นเลิศตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง “Excellent Medical Practice with Sufficiency Economy”. หนังสือรวมบทความบรรยายในการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ ๔๖ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๐ เนื่องในโอกาสสมโภชมงคลเฉลิมพระชนมพรรษา ๘๐ พรรษา ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด; ๒๕๕๐.
๓. กลุ่มโรคไม่ติดต่อและโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ จังหวัดสระบุรี. คู่มือสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อและโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม; ๒๕๕๐.
๔. โรงพยาบาลโมรเมย์. แผนงบประมาณสาธารณสุขอำเภอโมรเมย์; ๒๕๕๐.
๕. โรงพยาบาลโมรเมย์. แผนงบประมาณสาธารณสุขโรงพยาบาลโมรเมย์; ๒๕๕๐.
๖. สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย, มาลินันท์ พิมพ์สุทธิพงศ์, ภาณุมาศ นาพลเมือง, สมภักดิ์ พลกล้า. รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานที่สถานีนอมาัยตำบลในอำเภอลพ จังหัดขอนแก่น. (online).2538 (2550, กรกฎาคม 25). Available from: URL:<http://www.moph.go.th/ngo/rdf/PHON>.
๗. วรณิ นิธิยานันท์, ธัญญา เขฎฐากุล, เพ็ญศิริวรรณ แสงอากาศ, ชัยพร วีระเกียรติกำจร, เขมรสัม ขุนศึกเม็งราย, จิง ปิงเยียว. การสำรวจการดูแลรักษาเบาหวานและการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ. J Med Assoc Thai [serial online] 2007 [cited 2007 Aug 3]; 90(1) : 65-71. Available from: URL:

- [http:// www.medassocthai.org/journal](http://www.medassocthai.org/journal)
๘. ฉัฐพงศ์ โฆษณพูนพันธ์, ยุพิน เบ็ญจสุรรัตน์วงศ์, สิริมา มงคลสัมฤทธิ์, เพชร รอดอารีย์, ณัฐเชษฐ เป็ล่งวิทยา, รัตนา ลีลาวัฒนา, และคณะ. โครงการลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย: การใช้จ่ายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ในประเทศไทย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. J Med Assoc Thai [serial online] 2006 [cited 2007 Aug 3]; 89(Suppl. 1): S66-71. Available from: URL: [http:// www.medassocthai.org/journal](http://www.medassocthai.org/journal)
๙. โสภิตศศิ ปสาทรรัตน์, กาญจนา บุญเรือง, วิทยา ศรีดามา. การตรวจทางห้องปฏิบัติการในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน. ใน: วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ). การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ยูนิตี้ พับลิเคชั่น; ๒๕๔๓.
๑๐. สารัช สุนทรโยธิน. การประเมินผลการควบคุมเบาหวาน. ใน: วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ). การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ยูนิตี้ พับลิเคชั่น; ๒๕๔๓.
๑๑. วราภณ วงศ์ถาวรวัฒน์. แนวทางการวินิจฉัยและเป้าหมายการรักษาเบาหวาน. ใน: วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ). Evidence - based Clinical Practice Guidelines ทางอายุรกรรม. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๔๘.
๑๒. สมชาย ปรีชาวัฒน์. ความดันโลหิตสูงในโรคเบาหวาน. ใน: วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ). การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ยูนิตี้ พับลิเคชั่น; ๒๕๔๓.
๑๓. พงศ์อมร บุนนาค, ณัฐเชษฐ เป็ล่งวิทยา, ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, สมพงษ์ สุวรรณวลัยกร, ฉัฐพงศ์ โฆษณพูนพันธ์, ยุพิน เบ็ญจสุรรัตน์วงศ์, และคณะ. โครงการลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย: ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง, การรักษาและการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่เป็นผู้ใหญ่. J Med Assoc Thai [serial online] 2006 [cited 2007 Aug 3]; 89(Suppl. 1): S72-7. Available from: URL: [http:// www.medassocthai.org/journal](http://www.medassocthai.org/journal)
๑๔. วสิน พุทธรี่. โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในผู้ป่วยเบาหวาน. ใน : วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ). การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ยูนิตี้ พับลิเคชั่น; ๒๕๔๓.
๑๕. ธงชัย ประภูภาณวัตร, เพชร รอดอารีย์, ธัญญา เชฎฐากุล, พงศ์อมร บุนนาค, ฉัตรประอร งามอุโฆษ, ยุพิน เบ็ญจสุรรัตน์วงศ์, และคณะ. โครงการลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย: สถานการณ์เกี่ยวกับโรคไขมันในเลือดสูงในผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย. J Med Assoc Thai [serial online] 2006 [cited 2007 Aug 3]; 89(Suppl. 1): S60-5. Available from: URL: [http:// www.medassocthai.org/journal](http://www.medassocthai.org/journal)
๑๖. สารัช สุนทรโยธิน. ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในผู้ป่วยเบาหวาน. ใน : วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ). การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ยูนิตี้ พับลิเคชั่น; ๒๕๔๓.
๑๗. วัลลภ พัฒนาโสภณ, วิทยา ศรีดามา. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคอ้วน. ใน : วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ). Evidence - Based Clinical Practice Guideline ทางอายุรกรรม. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๔๘.
๑๘. สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทยและกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลรักษาโรคเบาหวาน. ใน: อภิรักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย (บรรณาธิการ). แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข Quick Reference Guide สำหรับการรักษาผู้ป่วยทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ ๑; ๒๕๔๕.