



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

การพัฒนาระบบการดูแลผู้มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ
แบบมีส่วนร่วมโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
THE PARTICIPATORY DEVELOPMENT OF CARING SYSTEM
FOR THE RISK OF CORONARY HEART DISEASE
BY COMMUNITY NURSE PRACTITIONER

ชญาณิชฐ์ แก้วทนต์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
พ.ศ.2557

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

เอกสารรับรอง
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่ 4 มิถุนายน 2556

ชื่อเรื่อง การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม
ชื่อนักวิจัย/หัวหน้าโครงการ นางชฎานิษฐ์ แก้วทงศ์
คณะวิชา/หลักสูตร หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ขอรับรองว่า งานวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับ
ประกาศเฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.จรรยาวัตร คมพัยค์ม์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

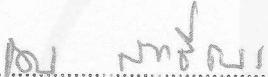
วันที่รับรอง
เลขที่รับรอง


วันที่ 4 มิถุนายน 2556
อ.148/2556

การพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม
โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
THE PARTICIPATORY DEVELOPMENT OF CARING SYSTEM FOR THE RISK OF
CORONARY HEART DISEASE BY COMMUNITY NURSE PRACTITIONER

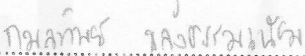
ชญาณิชฐ์ แก้วทองงค์

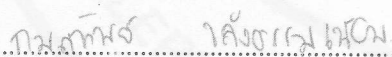
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ตรวจสอบและอนุมัติให้
วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
เมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2557



ศาสตราจารย์กิตติคุณดร.นพ.จิตร สิทธิอมร
ประธานกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

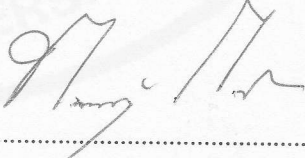

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วณิดา ชุรงค์ฤทธิชัย
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

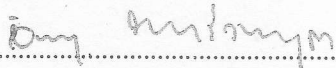

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วณิดา ชุรงค์ฤทธิชัย
กรรมการ

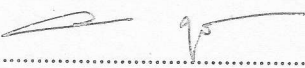

อาจารย์ ดร.กมลทิพย์ ชลิ่งธรรมเนียม
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม


อาจารย์ ดร.กมลทิพย์ ชลิ่งธรรมเนียม
กรรมการ


รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพัยค์
กรรมการ


ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวิศักดิ์ กลิมล
ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)


รองศาสตราจารย์อิสยา จันทร์วิทยานุชิต
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย


ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วณิดา ชุรงค์ฤทธิชัย
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

การพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม
โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

ชญาณิชฐ์ แก้วทองค์ 544012

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: วนิตา ดุรงค์ฤทธิชัย, ส.ด.

กมลทิพย์ ชลัษธรรมเนียม, ปร.ด. (การพยาบาล)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม โดยศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงภายหลังการพัฒนาระบบ กลุ่มเป้าหมายหลัก คือ ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มเป้าหมายรอง ได้แก่ ครอบครัวของผู้มีภาวะเสี่ยงและบุคลากรสุขภาพ เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสหสัมพันธ์ การทดสอบทีและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูงร้อยละ 40 ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 ร้อยละ 80.0 การรับรู้ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี อายุ และแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการวิเคราะห์ปัจจัยด้านครอบครัวพบว่า ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและวิธีการจัดการ ด้านระบบบริการพบว่า พยาบาลวิชาชีพเน้นปฏิบัติตามแผนการรักษา สหสาขาวิชาชีพไม่มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ

กระบวนการพัฒนาระบบ ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) รับรู้ปัญหาและร่วมมือแก้ไข 2) ร่วมกันกำหนดกิจกรรมและบทบาทหน้าที่ใหม่ และ 3) ดำเนินกิจกรรมและประเมินผล กิจกรรมประกอบด้วย การประเมินคัดกรองปัจจัยเสี่ยง มีการให้ความรู้ ให้คำปรึกษาและฝึกปฏิบัติที่เน้นปัญหาเฉพาะบุคคล กิจกรรมจัดแบบรายเดี่ยว รายกลุ่ม และรายครอบครัวโดยสหสาขาวิชาชีพ จัดทำระบบการจัดเก็บและการเข้าถึงข้อมูล การติดตามประเมินผล และร่วมกันพัฒนาสื่อ ได้แก่ คู่มือ ภาพเคลื่อนไหว หุ่นจำลอง

หลังพัฒนาระบบพบว่า บุคลากรสุขภาพแสดงบทบาทเชิงวิชาชีพเพิ่มขึ้น คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้มีภาวะเสี่ยงสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ระดับความโลหิตตัวบนและล่าง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ข้อเสนอแนะของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ควรติดตามผลการพัฒนาระบบทั้งระยะสั้นและระยะยาว วิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้เกิดความต่อเนื่อง ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบการดูแล ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ การมีส่วนร่วม

**THE PARTICIPATORY DEVELOPMENT OF CARING SYSTEM FOR THE RISK OF CORONARY HEART
DISEASE BY COMMUNITY NURSE PRACTITIONER**

CHAYANIT KLEAWTANONG 544012

MASTER OF NURSING SCIENCE (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: VANIDA DURONGRITTICHAJ, Dr.P.H.

KAMONTIP KHUNGTUMNEAM, Ph.D.(NURSING)

ABSTRACT

The purpose of this participatory action research aimed to develop the caring system for the risk of coronary heart disease. By studying the effective factors of health behavior and the result after develop the system. The major target is the risk of coronary heart disease. The minor target are their relations, and the medical profession. Data collection was carried out using the questionnaires and interviewing. Data analysis was performed by using correlation, t-test, paired t-test and content analysis.

The results showed that most of coronary heart disease's risks were had hypertension with dyslipidemia (40%) and body mass index more than 25 (80%). The risks perceived to affect most health care behavior in good level. The factors that affected to the risks's health care behavior significantly consisted of age and motivation of disease prevention. Relation's analysis found that, they didn't have enough understanding of risk factors and managing method. Caring system factors found that nurses stressed the action from treatment plan. Multidisciplinary didn't have participant in health supporting.

The caring system development for the risk of coronary heart disease consisted of 3 steps, Firstly, perceived the problem and solved it. Secondly, set new activity role and duty. Thirdly, directing the activities and evaluated their efficiency. The activity consisted of risk assessment and providing health education to individual, group and families. Giving counsel and practice by multidisciplinary. Data saving system and data approaching and evaluation were happened. Developed medium such as manual, power point, and model.

After developed caring system, the medical professioner show more their role. Knowledge about self-caring behaviors was higher significantly. Systolic and diastolic pressure were lower significantly. The recommendations from this study were following of the result of developing system, also short and long terms. Analyzing the factors of continuous, proficiency, efficiency, health behavior changing and following the all relative's changing of role and duty.

Keywords: caring system development, risk of coronary heart disease, participation

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ดีด้วยความกรุณาเอาใจใส่ และความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และ อาจารย์ ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และศาสตราจารย์ กิตติคุณ ดร.นพ.จิตร สิทธิอมร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ที่กรุณาเป็นประธานกรรมการ ผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม ได้เสียสละเวลาอันมีค่ายิ่งในการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์และตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของวิทยานิพนธ์ทุกขั้นตอน รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจ เอาใจใส่แก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ดร.เยาวภา ปฐมศิริกุล นายแพทย์บุญเสริฐูชาติละออง นางสาวพัชรา เตโช และนางสาวพรรณนีย์ นาคราช ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชน และคณาจารย์พิเศษทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์ต่าง ๆ แก่ผู้วิจัยอันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อไปในภายภาคหน้า

ขอบคุณเจ้าหน้าที่หลักสูตรทุกท่าน รวมทั้งเจ้าหน้าที่ห้องสมุดที่ให้ความช่วยเหลือตลอดระยะเวลาการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนครธนทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุน ให้ความร่วมมือและให้ความสะดวกอย่างดียิ่ง และขอขอบคุณผู้มีภาวะเสียสละอดทนอดหวัใจและครอบครัวทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณบุพการีคุณแม่วัลดี พลอยศรี คุณสมศักดิ์ แก้วทองงค์ ที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในทุกด้าน ขอบคุณพี่ ๆ เพื่อน ๆ น้องที่ทำงาน และเพื่อนพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน รุ่น 8 ทุกท่านที่คอยห่วงใย ให้กำลังใจอย่างดีเสมอมา

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่เป็นแหล่งประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และคุณธรรมแก่ผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยจะนำความรู้เหล่านี้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน ในหน้าที่การงานวิชาชีพพยาบาล รวมทั้งสร้างประโยชน์แก่สังคมและประเทศชาติสืบไป

ชญาณิชฐ์ แก้วทองงค์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภูมิ	ช
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย	12
1.3 คำถามการวิจัย	12
1.4 ขอบเขตการวิจัย	13
1.5 คำนิยามศัพท์	13
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 โรคหลอดเลือดหัวใจ	17
2.2 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรค	26
2.3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ	44
2.4 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม	50
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	56
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในเก็บข้อมูล	57
3.3 การทดสอบความแม่นยำและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ	59
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล	60
3.5 ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย	63
3.6 การดำเนินการวิจัย	63

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	68
3.8 จริยธรรมในการวิจัย	70
บทที่ 4 ผลการศึกษา	
4.1 ลักษณะส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ การรับรู้ตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ	72
4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ	89
4.3 กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม	110
4.4 ผลการเปลี่ยนแปลงหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม	120
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการวิจัย	128
5.2 การอภิปรายผล	134
5.3 ข้อเสนอแนะ	139
บรรณานุกรม	140
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย	157
ภาคผนวก ข คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย	158
ภาคผนวก ค แบบสัมภาษณ์	159
ภาคผนวก ง การดำเนินงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม	178
ภาคผนวก จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	183
ประวัติผู้เขียน	184

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดส่วนปลาย (Relative Importance of Modifiable risk factors for Atherosclerosis in different parts of the arterial tree)	32
2 แนวทางปฏิบัติในการให้คำปรึกษาเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	37
3 การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 1	64
4 การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 2	66
5 การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 3	68
6 จำนวนและร้อยละของลักษณะส่วนบุคคลของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ	73
7 จำนวนและร้อยละของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจจำแนกตามภาวะสุขภาพ	75
8 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือด หัวใจของผู้มีภาวะเสี่ยงรายข้อและโดยรวม	77
9 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ของผู้มีภาวะเสี่ยงรายข้อและโดยรวม	79
10 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิด โรคหลอดเลือดหัวใจของผู้มีภาวะเสี่ยงรายข้อและโดยรวม	80
11 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรค หลอดเลือดหัวใจของผู้มีภาวะเสี่ยงรายข้อและโดยรวม	82
12 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันการเกิด โรคหลอดเลือดหัวใจของผู้มีภาวะเสี่ยงรายข้อและโดยรวม	84
13 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยง โรคหลอดเลือดหัวใจรายข้อและโดยรวม	87
14 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรง ของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรคใน การป้องกันการเกิดโรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคกับ พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน	90
15 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่า t จำแนกตามปัจจัยที่ศึกษา	91

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
16 ผลการวิเคราะห์ประเด็นของครอบครัวที่อาจมีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ และโอกาสพัฒนาเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม	98
17 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านระบบบริการและโอกาสพัฒนาในการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม	106
18 ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติตามมาตรฐานการบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพและโอกาสพัฒนาในการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม	108
19 ผลการวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม	113
20 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม	120
21 ค่าเฉลี่ยของภาวะสุขภาพเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม	121
22 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม	121

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	วงจรกิจกรรมการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิส และแมคแทกการ์ท	45
2	กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual framework)	55
3	สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	71
4	กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม	119



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease : CAD หรือ Coronary Heart Disease : CHD) คือ ภาวะที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (coronary artery) ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการตีบแข็งของหลอดเลือดแดง (arteriosclerotic) ซึ่งเกิดจากการก่อตัวของแผ่นไขมัน (plaque) ที่อยู่ภายในหลอดเลือด ทำให้เลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง (National Heart Lung and Blood Institute [NHLBI]. 2003) การตีบแคบของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลของปริมาณออกซิเจนที่กล้ามเนื้อหัวใจต้องการใช้ (oxygen demand) กับปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ (oxygen supply) เนื้อเยื่อของกล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงไม่เพียงพอ (Gordon & Libby. 2003) ก่อให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก (angina pectoris) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (myocardial ischemia) หัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia) กล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) และนำไปสู่การเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว (อภิชาติ สุขคนธรรม. 2553 ; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2549 : 32)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ระบุว่าคนทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดถึง 17.1 ล้านคน ในปี 2547 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 29 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยส่วนใหญ่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจถึงร้อยละ 7.2 (WHO. 2011) ในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2002 พบว่าชาวอเมริกันที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมี จำนวน 2,125,000 ล้านคน และพบอัตราการเสียชีวิต 170.8 ต่อประชากรแสนราย (American Heart Association. 2005) สำหรับประเทศไทยพบว่าในปี พ.ศ. 2547 – 2549 โรคหลอดเลือดหัวใจมีอัตราการเกิด 7.63, 8.56 และ 8.75 คน ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ โดยมีอัตราการเสียชีวิต 12.4, 14.4, และ 15.3 คน ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานยกรัฐมนตรี. 2552) อัตราเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจากการป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดในภาพรวมของประเทศเพิ่มขึ้น จาก 111.1 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2544 เป็น 397.2 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2553 หรือเพิ่มประมาณ 3.6 เท่า (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. 2553) หากเปรียบเทียบการเสียชีวิตจากรายงานสถิติสาธารณสุขในรอบ 10 ปี พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ในปี พ.ศ. 2543 คิดเป็น 10.1 และเพิ่มเป็นร้อยละ 20.7 ในปี พ.ศ. 2552 (กระทรวงสาธารณสุข. 2554) และทุกชั่วโมงคนไทยตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างน้อย 2 คน (วิชัย เอกพลากร

และสมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. 2551 : 29 ; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข. 2553)

โรคหลอดเลือดหัวใจ เกิดจากปัจจัยต่าง ๆ หลายปัจจัย ซึ่งไม่ได้มีผลต่อการเกิดโรคใน ลักษณะปัจจัยเดี่ยวแต่เป็นปฏิสัมพันธ์ร่วมกันของปัจจัยที่พบ อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงเดี่ยวหรือหลาย ปัจจัยรวมกัน (multiple risk factors) โดยสาเหตุเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เปลี่ยนแปลง ไปตามสถานะเศรษฐกิจและสังคม สังคมเป็นปัจจัยเสี่ยงในวิถีชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคล รวมทั้ง อุบัติการณ์ของกลุ่มอาการเมแทบอลิก (metabolic syndrome) โดยเฉพาะภาวะไขมันในเลือด ผิดปกติ (dyslipidemia) โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) และโรคเบาหวาน (diabetes) มี แนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งถือเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้อัตราการเกิดโรคนี้อัตราสูงขึ้น (สำนักงานหลักประกัน สุขภาพ. 2551 ; ฉวีวรรณ บุญสุยา และคณะ. 2551 : 22 ; Simon. 2012) ปัจจัยเสี่ยงยังเพิ่มขึ้นตาม อายุที่มากขึ้น และสูงสุดในกลุ่มอายุ 60 – 90 ปี รองลงมาในกลุ่มอายุ 70 – 79 ปี (ฉวีวรรณ บุญสุยา และคณะ. 2551 : 22) สอดคล้องกับการศึกษาความชุกของ โรคหลอดเลือดหัวใจในชุมชนเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 35.3 โรคเบาหวาน ร้อยละ 15.9 และระดับโคเลสเตอรอลสูงผิดปกติ ร้อยละ 12.6 เป็นต้น และร้อยละ 35.5 มีปัจจัยเสี่ยงร่วมตั้งแต่ 2 ปัจจัยขึ้นไป (Kalra . 2011)

จากข้อมูลข้างต้นที่กล่าวว่าปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจ เกิดจากปัจจัยทาง ชีวิตซึ่งเป็นผลจากพฤติกรรมสุขภาพ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. 2555) ที่สามารถ เปลี่ยนแปลงได้โดยเฉพาะภาวะไขมันเลือดผิดปกติ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน โดยทั้ง 3 โรคจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเยื่อหลอดเลือด (endothelium) ทั้งหลอดเลือดขนาดเล็ก และขนาดใหญ่ทั่วร่างกาย (อภิชาติ สุนทรสรรพ. 2553) ซึ่งภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมักเกิดจาก การบริโภคอาหารที่มีไขมันชนิดอิ่มตัวสูง (ส่วนใหญ่ได้มาจากไขมันสัตว์) เป็นสาเหตุให้มีระดับ โคเลสเตอรอลในเลือดสูง เกิดการจับตัวกันของโคเลสเตอรอลในหลอดเลือด และหลอดเลือดอุดตัน (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, ปราณิ ภาณุมาศ และจำเรียง เรืองมาก. 2553 : 4 – 5) ภาวะนี้ทำให้มีโอกาส เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 53 (WHO. 2007) โดยเฉพาะแอลดีแอล โคเลสเตอรอล (LDL-Cholesterol) ที่หากเพิ่มขึ้น 1 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (mg/dl) จะเพิ่มความเสี่ยงโรคหลอดเลือด หัวใจตีบ 2 – 3 เท่า และแอลดีแอล โคเลสเตอรอล ที่เพิ่มขึ้นมากกว่า 160 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะทำ ให้ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบสูงกว่าคนปกติ 1.7 เท่า (NCEP III. 2002)

โรคความดันโลหิตสูงมีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยพบว่าระดับความดันโลหิต ที่สูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยจะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบสูงกว่าคนปกติ 1.6 เท่า (หัสยา ประสิทธิ์ดำรง. 2553 : 8) หากระดับความดันโลหิตมากกว่า 160/95 มิลลิเมตรปรอท มี โอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนที่มีความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือต่ำกว่า

ถึง 3 เท่า (Peter et al. 1998) และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจได้ถึงร้อยละ 26.8 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2553 : 14) เหตุเพราะระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้นจะเพิ่มการทำงานของเวนทริเคิลซ้าย ทำให้โตและหนาขึ้น (ventricular hypertrophy) และทำให้หลอดเลือดหัวใจหดตัว (vasoconstriction) การไหลของเลือดแดงเพิ่มขึ้นก่อให้เกิดแรงกระแทกเป็นอันตรายต่อผนังชั้นในของหลอดเลือด สารพวกไขมันจึงเกาะติดผนังหลอดเลือดได้ง่าย และเพิ่มความรุนแรงในการตีบของหลอดเลือด (ผาสุข แก้วเจริญตา. 2549 ; National Heart Lung and Blood Institute. 2003) ขณะผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมักมีโคเลสเตอรอลสูงกว่าคนปกติอย่างน้อย 6 เท่า และเมื่อมีปัญหา 2 อย่างร่วมกันยิ่งส่งผลให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่า และยังมีโอกาสพัฒนาไปเป็นโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 18 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2553 : 14)

โรคเบาหวานหรือภาวะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานจะทำให้หลอดเลือดเสื่อมสภาพและถูกทำลาย นอกจากนี้ยังทำให้ร่างกายสร้างสารอนุมูลอิสระ (free radicals) เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เซลล์เยื่อภายในหลอดเลือดแข็งและทำงานผิดปกติ ความยืดหยุ่นของผนังเซลล์เม็ดเลือดแดงลดลงและมีโอกาสทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ (ภาวนา กิริติยุดวงศ์. 2548) จากรายงานพบว่าผู้ที่เป็เบาหวานมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นกว่าคนที่ไม่เป็นเบาหวานอย่างน้อย 2 – 3 เท่า และอย่างน้อย ร้อยละ 75 ของผู้เป็นเบาหวานเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Rippe et al. 2007 : 13 ; ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2554 ; วิชัย เอกพลากร และสมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. 2551 : 26-27 ; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2554 : 13)

นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่สัมพันธ์และสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ความดันโลหิตสูงและเบาหวานเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากขึ้น ซึ่งปัจจัยเสี่ยงร่วมเหล่านี้ล้วนปรับเปลี่ยนได้ คือ โรคอ้วนและน้ำหนักเกินมาตรฐาน (overweight and obesity) กิจกรรมทางกาย (physical activity) ความเครียด (stress) และการสูบบุหรี่ (smoking) (อุทัยวรรณ สุภิมานิล, สุชาติดา คงธนไชย และดวงใจ บุญคง. 2552 : 13 – 15 ; หัสยา ประสิทธิ์ดำรง. 2553 : 7 – 9 ; ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2554 : 181-182 ; Rippe et al. 2007 : 11-15 ; WHO. 2007 : 28-56) โดยโรคอ้วนและน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน สร้างภาระให้กับกล้ามเนื้อหัวใจที่ต้องทำงานหนักเพื่อให้เนื้อเยื่อทั่วร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โรคอ้วนมักพบในผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลสูง โคเลสเตอรอลชนิดเอชดีแอล (HDL-cholesterol) ต่ำ ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ทั้งนี้เฉพาะโรคอ้วนและน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานก็ทำให้มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้ที่น้ำหนักปกติ 2 – 4 เท่า (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2553 ; ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2554 : 181 ; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2554 : 13) ในบุคคลที่มีความเครียดสูงจะมีสารเคมีหลังที่ทำให้กระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ส่งผลให้เพิ่ม

ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนที่บุคลิกภาพแบบ A (type A personality) พบว่ามีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าบุคลิกภาพแบบอื่นถึง 2 เท่า (Ernest et al. 1993 ; 118 956 – 963 ; นิตยา เพ็ญศิริินภา, ปราณี ภาณุมาส และจำเรียง เรื่องมาก. 2554 : 5) ขณะที่คนไม่มีกิจกรรมทางกายจะมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ มากกว่าคนที่เคลื่อนไหวร่างกาย 1.9 เท่า (Rippe et al. 2007 : 14) ในทางตรงกันข้ามการมีกิจกรรมทางกาย พบว่าลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ร้อยละ 40 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2553 : 9) เพราะการออกกำลังกายช่วยให้ผนังหลอดเลือดทำงานอย่างต่อเนื่อง มีความยืดหยุ่นดี ไม่เปราะแข็ง และลดระดับความดันโลหิตได้ (เพ็ญพิมล ธีมรรค์คิด. 2537 ; เรื่องศักดิ์ศิริผล. 2542) อีกทั้งยังช่วยเพิ่มระดับเอชดีแอล ลดแอลดีแอล ลดโคเลสเตอรอล ลดไตรกรีเซอร์ไรด์ และลดน้ำตาลในเลือด (ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2554 : 182)

การสูบบุหรี่ พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงโดยตรงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยสารนิโคตินในบุหรี่ จะกระตุ้นการหลั่งแคทีโคลามีน ส่วนสารคาร์บอนไดออกไซด์จะรบกวนการได้รับออกซิเจนของเนื้อเยื่อ ทำให้เกิดการเกาะตัวของเกล็ดเลือดมากขึ้น รูของหลอดเลือดแคบลง มีผลให้ชีพจรและความดันโลหิตสูงขึ้น และหัวใจต้องทำงานมากขึ้น (อภิชาติ สุคนธสรรพ์. 2553 ; ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2554 : 181, Antman & Braunwald. 1997) การศึกษาพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ 20 มวนต่อวัน จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจถึง 6.5 เท่า (ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2554 : 181) ในทางกลับกันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและมีประวัติกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือมีประวัติถ่างขยายหลอดเลือดด้วยบอลูนหรือขดลวด หากงดบุหรี่ได้ จะลดอัตราการตายได้ถึงร้อยละ 50 (Tamam et al. 2012)

นอกเหนือจากปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้แล้ว ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น พันธุกรรม เพศ และอายุ ก็พบว่ามีส่วนทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยเช่นกัน มายเยอร์ และคณะ (Myers et al. 1990 ; 120 : 963 – 969) รายงานว่าความเสี่ยงจะพบสูงขึ้นประมาณ 1.3 เท่า ในผู้ป่วยที่มีประวัติญาติผู้ชายเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบก่อนอายุ 55 ปี และประวัติญาติผู้หญิงเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบก่อนอายุ 65 ปี ส่วนผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวที่มีสายเลือดเดียวกันเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่าผู้ที่ไม่ใช่ประวัติในครอบครัว (Cheitlin & Zipes. 2001 ; นิตยา เพ็ญศิริินภา, ปราณี ภาณุมาส และจำเรียง เรื่องมาก. 2553) ปัจจัยทางพันธุกรรมเหนี่ยวนำสู่ 4 ลักษณะ ซึ่งทำให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดแดง คือ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคอ้วน (อุทัยวรรณ สุภิมานิล, สุขาดา คงธนชัย, และดวงใจ บุญคง. 2552) ขณะที่เพศ พบว่าเพศชายมีความเสี่ยงสูงกว่าเพศหญิง 5 – 6 เท่า เมื่ออายุเท่ากัน (นิตยา เพ็ญศิริินภา, ปราณี ภาณุมาส และจำเรียง เรื่องมาก. 2554 : 4) โดยเพศชายมักเกิดโรคหัวใจขาดเลือดก่อนอายุ 40 ปี และเพศหญิงมักเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเมื่ออายุมากกว่า 55 ปี หรือหลังหมดประจำเดือน (Cheitlin & Zipes. 2001 ; หัสยา ประสิทธิ์ดำรง. 2553 :

7) สำหรับอายุ พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น โดยเชื่อว่าภาวะหลอดเลือดแดงแข็งที่มักพบในบุคคลที่มีอายุมากขึ้น เชื่อว่าเป็นกระบวนการเสื่อมสลาย (degenerative change) ของหลอดเลือด ยืนยันข้อมูลจากสมาคมโรคหัวใจในสหรัฐอเมริกา (American Heart Association) พบว่าร้อยละ 83 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจมีอายุมากกว่า 65 ปี (หัตถยา ประสิทธิ์ดำรง. 2553 ; ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2554 : 180) และช่วงอายุที่ต่ำกว่า 40 ปี มีอัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ร้อยละ 4.2 โดยอัตราตายจากโรคหัวใจขาดเลือดในเพศชายสูงถึง 15 เท่าในช่วงอายุตั้งแต่ 35 – 44 ปี และเพศหญิงประมาณ 30 เท่าในช่วงอายุตั้งแต่ 55 – 65 ปี เมื่อเทียบกับเพศชายช่วงอายุเดียวกัน (Cheitlin & Zipes. 2001)

ปัจจัยระดับครอบครัวและบุคคลรอบข้าง ก็พบว่ามีผลต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานแล้ว ยังมีผลต่อเนื่องไปยังโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อการบริโภคอาหาร ขณะที่แม่บ้านมีอิทธิพลในการเลือกและปรุงอาหารในแต่ละมื้อของครอบครัว หรือบางครั้งมีข้อจำกัดด้านเวลาที่ไม่สามารถจัดเตรียมอาหารได้ ต้องซื้ออาหารปรุงสำเร็จ (พิกุล ดินามาศ. 2550) ส่วนเพื่อนพบว่ามีผลต่อการสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกาย (อุทัยวรรณ สุภิมานิล, สุชาติดา คงธนชัย และดวงใจ บุญคง. 2552)

นอกจากนี้พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นการเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวย เช่น ไม่มีสถานที่ สภาพอากาศไม่เหมาะสม ลักษณะงาน เพราะส่งผลให้วิถีชีวิตของบุคคลเปลี่ยนแปลงและทำให้ขาดการใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเอง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2554) สอดคล้องกับการสำรวจในประเทศไทยที่พบว่ากรุงเทพมหานครมีสภาพแวดล้อมและวิถีการดำรงชีวิตที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ ส่งผลให้ประชาชนในกรุงเทพมหานคร มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าพื้นที่อื่นๆ รวมทั้งยังพบว่าภาวะน้ำหนักเกินของประชาชนในกรุงเทพมหานคร สูงเป็นอันดับ 2 ส่วนโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานพบสูงเป็นอันดับ 1 ของประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข. 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของ อุทัยวรรณ สุภิมานิล, สุชาติดา คงธนชัย และดวงใจ บุญคง (2552) พบว่าอุปสรรคที่สำคัญของการขาดการออกกำลังกายคือ ไม่มีเวลา เหนื่อย ไม่มีสถานที่ ไม่มีอุปกรณ์ วิถีชีวิตที่ถูกขัดขวางด้วยโครงสร้างผังเมืองที่ไร้ทิศทาง ขาดระเบียบ ระบบขนส่งจราจรผูกขาดโดยรถยนต์ส่วนบุคคล และการสูญเสียเวลาในการเดินทาง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2554)

ปัจจัยด้านการบริการสาธารณสุขก็เป็นสาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม แล้วส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในภายหลัง วงเดือน ภาขา และคณะ (2554) กล่าวว่าสาเหตุอาจเกิดจาก

การที่บุคลากรสุขภาพและศักยภาพด้านต่าง ๆ มีอยู่อย่างจำกัด บุคลากรสุขภาพไม่สามารถดูแลงานด้านปฐมภูมิได้ ขาดความเชื่อมโยงในการดูแลผู้ป่วยแบบครบวงจรที่เกิดช่องว่างระหว่างระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ รวมถึงการบริการระดับปฐมภูมิที่มุ่งเน้นการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงปริมาณมาก แต่คัดกรองแล้วไม่มีการจัดการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การดำเนินการด้านการส่งเสริมป้องกัน ทำเป็นกิจกรรมกระจัดกระจาย หลากหลายโครงการมากกว่าที่จะเน้นกลุ่มประชากรที่ชัดเจน ไม่ครอบคลุมขาดการมีส่วนร่วม ทำให้การเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงไม่บรรลุผล (สุพัตรา ศรีวิชิชากร. 2555 : 9)

โรคหลอดเลือดหัวใจส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างเห็นได้ชัด กล่าวคือทำให้ผู้เป็นโรคนี้ออกกำลังกายต่าง ๆ ได้ลดลง อวัยวะหัวใจเกิดภาวะเครียด ขาดความเชื่อมั่น บทบาททางสังคมลดลง สูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก บุคคลในครอบครัวเกิดภาวะเครียดเพราะนอกจากจะมีผลต่อค่าใช้จ่ายแล้ว บางครั้งยังต้องขาดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ (จารุวรรณมานะสุรการ. 2544) จากรายงานสถิติโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง พบว่าในปี ค.ศ. 2003 มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 ราย ในการวินิจฉัยโรค เพิ่มจาก 11,611 ดอลลาร์ เป็น 24,893 ดอลลาร์ (Rosamond et al. 2007) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2548 – 2550 พบค่ารักษาผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 1,410 บาทต่อราย ผู้ป่วยในเฉลี่ย 40,892 บาทต่อราย รวมค่ารักษาทั้งสิ้น 2,748 ล้านบาทต่อปี (สุพัตรา ศรีวิชิชากร. 2555 : 9) รวมทั้งสถิติการรับผู้ป่วยไว้นอนโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพิ่มมากขึ้นทุกปี ซึ่งเป็นภาระด้านสุขภาพของประเทศอย่างมหาศาลทั้งในภาครัฐและเอกชน (อภิชาติ สุนทรสรพร. 2553 : 4) และกระทบโดยตรงต่อการที่จะต้องจัดบริการรองรับให้เพียงพอขององค์กรและเจ้าหน้าที่ (ผาสุข แก้วเจริญตา. 2549 : 2) อีกทั้งจากการสำรวจการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year : DALY) ของคนไทยเมื่อปี พ.ศ. 2542 พบว่าคนไทยสูญเสียปีสุขภาวะจากโรคหัวใจถึง 164,094 DALYs ในเพศชาย และ 109,592 DALYs ในเพศหญิง (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2549)

การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เน้นลดปัจจัยเสี่ยงโดยใช้มาตรการการป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) เพื่อชะลอการเกิดโรค (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, ปราณิ ภาณุภาส และจำเรียง เรืองมาก. 2554 : 6) ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีการดำเนินชีวิต ซึ่งนับเป็นหัวใจสำคัญเพราะเป็นการแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุ (WHO. 2007) เช่น เลิกสูบบุหรี่ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ควบคุมความดันโลหิต เบาหวาน ระดับไขมัน และน้ำหนัก เหล่านี้ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อหัวใจและหลอดเลือด ด้วยการทำให้คราบไขมันจากภาวะหลอดเลือดแดงที่ตีบแข็งเกิดได้น้อยลงหรือช้าลง ส่งเสริมกำลังสำรองของหัวใจ ดำรงความดันโลหิตในระดับที่เป็นปกติ การป้องกันที่ได้ผลต้องดำเนินการร่วมกันทั้งผู้ที่มีความเสี่ยงและบุคคลแวดล้อม โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวเพราะพฤติกรรมของทุกคนในครอบครัวมีอิทธิพลอย่างมาก ต่อการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2554) ด้วยการปลูกฝัง

พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ให้ครอบครัวมีความรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ และวิธีการปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยง บนความเหมาะสมกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม อุปนิสัย การรับรู้ ระดับความรู้ และฐานะทางเศรษฐกิจ ของตนเอง (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, ปรางณี ภาณุภาส และจำเรียง เรืองมาก 2554 : 7) ซึ่งต้องอาศัยการดำเนินการด้วยความตระหนักของทั้งผู้ที่มีความเสี่ยง ครอบครัว ผู้เกี่ยวข้องและในระดับนโยบาย

ตัวอย่างคุณภาพการดำเนินงานเชิงรุกที่ให้ความสำคัญเพื่อนำไปสู่การบริการเพื่อป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อน ที่ครอบคลุมประชากรทั้งในระดับชุมชนและบุคคล ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการลดปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ปรากฏผลชัดเจนในต่างประเทศว่า สามารถควบคุมปัจจัยการเกิดโรคอย่างมีประสิทธิภาพด้วยการตรวจคัดกรองสุขภาพเพื่อขจัดสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง เช่น ประเทศออสเตรเลียและประเทศแคนาดาได้ดำเนินการระหว่างปี 2513 – 2543 พบว่าลดอัตราการตายด้วยโรคหัวใจลงได้ประมาณ ร้อยละ 70 ประเทศสหรัฐอเมริกา สามารถลดประชากรที่เสียชีวิตจากโรคหัวใจได้ประมาณ 14 ล้านคน (WHO. 2005 อ้างถึงใน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2553 : 5) ลดโอกาสการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจล้มเหลว และลดความจำเป็นในการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนหรือขดลวด (Tamam et al. 2012)

การพัฒนาระบบการดูแลที่ต้องอาศัยความตระหนักของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ที่จะร่วมมือกันเพื่อป้องกันการเกิดโรคนี้นี้จึงมีความสำคัญ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการพัฒนาระบบลักษณะนี้ที่ประสบความสำเร็จ ซึ่งสามารถนำมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจได้ เช่น การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบบริการจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (one-stop service) โดยสหสาขาวิชาชีพของออสเตรเลีย ที่กำหนดแนวทางตั้งแต่การประเมิน คัดกรองความเสี่ยง และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ค่าน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA1c) ลดลง ผู้ใช้บริการและผู้ปฏิบัติพึงพอใจกับรูปแบบการดูแลที่ถูกพัฒนาขึ้น (Shephard et al. 2005 : 371) วงเดือน ฤๅชา และคณะ (2554) ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชัยภูมิ ผลการพัฒนาทำให้เกิดรูปแบบการดูแลที่เป็นรูปธรรม โดยทีมสหวิชาชีพ จัดทำคู่มือการดูแลตนเอง ปรับปรุงระบบการส่งต่อ ค่าเฉลี่ยของน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (Hba1c) ของกลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ลดระยะเวลารอคอยจากเดิมเฉลี่ย 5 ชั่วโมง เป็น 1.27 ชั่วโมง อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง และความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่าการพัฒนาระบบการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพสุขภาพแบบองค์รวมด้วยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจะก่อให้เกิดระบบการดูแลที่ครบวงจรต่อเนื่องและยั่งยืน เพราะจะได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและครอบครัว ขณะที่การบริการจะเต็มไปด้วยความใส่ใจเอื้ออาทรจากผู้ให้บริการทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ และผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ที่มาร่วมมือกันอย่างเป็น

ระบบสอดคล้องในทุกมิติของการให้บริการ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย (ศิริพร รองทานาม. 2552) สอดคล้องกับ ผาสุข แก้วเจริญตา (2549) ที่ศึกษาพบว่าการพัฒนาเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาล ที่มีการประสานงานและพัฒนาแบบมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วน จะช่วยพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยให้ตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพ ทุกหน่วยงานร่วมดูแลผู้ป่วย ร่วมกันพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ (guideline) ที่ครอบคลุมและเชื่อมโยงในทุกกิจกรรม

นอกจากนี้ ระบบการดูแลที่จะสามารถช่วยผู้ป่วยเรื้อรังได้เป็นอย่างดีนั้น จะต้องประกอบไปด้วยการเสริมทักษะการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ให้สามารถมีส่วนร่วมจัดการสิ่งแวดล้อม มีระบบในการตัดสินใจแก่ผู้ให้บริการ และระบบการดูแลที่ต่อเนื่อง (Rothman and Wagner. 2003) จึงเห็นได้ว่าการจัดระบบบริการสุขภาพควรประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงานสำคัญ ได้แก่ การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การพัฒนาทีมสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนากิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาเครือข่ายการบริการและการประสานงานและการติดตามประเมินผล เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม ก่อให้เกิดระบบสนับสนุน และการใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความคงอยู่ของการพัฒนาระบบ พยาบาลสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย มีการปรับกิจกรรมด้านการพยาบาลและส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น (ผาสุข แก้วเจริญตา. 2549 : 50)

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าการให้บริการผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจนั้น ควรพัฒนาการดูแลอย่างเป็นระบบด้วยการตรวจคัดกรองและประเมินโอกาสเสี่ยง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม การเผยแพร่ความรู้ ที่กระบวนการให้ความรู้ ความเข้าใจปรับเปลี่ยนไปตามลักษณะบุคคลและสร้างความสามารถในการดูแลรักษาตนเอง ร่วมกับได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันอันตรายระยะยาว โดยทีมสหสาขาวิชาชีพสุขภาพแบบองค์รวม ระบบการดูแลควรประกอบด้วยมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสหสาขาวิชาชีพในการแก้ปัญหาบนพื้นฐานของการทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เป็นจริง ร่วมกันคิดและแก้ไขวิเคราะห์การดำเนินงาน มีเป้าหมายร่วมกัน มีการปฏิบัติการ การสะท้อนข้อมูลและประเมินผลซึ่งจะช่วยให้เกิดระบบการดูแลที่ดีขึ้น โดยสอดคล้องกับภาวะสังคม และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง (Coghlan and Casey. 2001 : 35)

โรงพยาบาลนครธน เป็นโรงพยาบาลเอกชนทั่วไปขนาด 150 เตียง ตั้งอยู่ในเขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร ให้บริการสุขภาพด้านการรักษา ป้องกัน ฟื้นฟูสภาพ และส่งเสริมสุขภาพในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิบางสาขา มีบริการการแพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน และนครธนไทยเมดิคอลสปา

ได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) และผ่านการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (HPH) จากกรมอนามัย เมื่อปี 2552

จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของศูนย์หัวใจในแต่ละปีพบว่า มีจำนวนผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และในขณะเดียวกันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (IHD) มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน กล่าวคือ ในปี 2552 – 2554 ผู้มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ จำนวน 354 ราย 385 ราย และ 601 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 2,179 ราย 2,738 ราย และ 3,901 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 912 ราย 1,096 ราย และ 1,530 ราย และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (IHD) จำนวน 302 ราย 474 ราย และ 591 ราย จากสถิติผู้ใช้บริการการตรวจสุขภาพประจำปีของศูนย์สุขภาพ ตั้งแต่ปี 2552 – 2555 พบว่าผู้ใช้บริการมีปัญหาสุขภาพที่สำคัญ 3 อันดับ ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ความดันโลหิตสูง และระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าผู้ใช้บริการของโรงพยาบาลส่วนใหญ่จัดเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและการเกิดอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ข้อมูลประวัติของผู้ใช้บริการที่ปรากฏพบว่าส่วนใหญ่ น้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน มีประวัติสูบบุหรี่ และมีภาวะเครียดด้วย

จากการสัมภาษณ์ผู้ใช้บริการที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่ศูนย์หัวใจ พบว่า ได้รับการรักษาจากแพทย์เฉพาะทางเป็นหลัก รวมทั้งได้รับคำแนะนำให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ให้มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ให้งดอาหารหวานมัน เค็ม ซึ่งเป็นคำแนะนำกว้าง ๆ ไม่ได้เฉพาะเจาะจงกับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละราย ใช้เวลาในการให้คำแนะนำรายละเอียดประมาณ 3 นาที ในขณะที่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาลเพียงเล็กน้อย ส่วนใหญ่จะแนะนำให้มาตรวจตามนัด หากมีอาการผิดปกติหรือไม่ดีขึ้นให้มาตรวจก่อนนัด แต่แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 1 – 2 นาที จากการสอบถามผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ พบว่าพยาบาลให้ความรู้เจาะจงไปที่โรคเบาหวาน อาหารที่ควรรับประทาน การออกกำลังกาย การดูแลเท้า การรับประทานยา และวิธีการฉีดยา ซึ่งคำแนะนำที่ได้มีรายละเอียดค่อนข้างมาก จำได้ไม่หมด นานไปก็ลืม และได้รับการเฉพาะครั้งนั้นที่มาพบแพทย์ ไม่เคยได้รับคำแนะนำถึงโรคแทรกซ้อนอื่นที่อาจเกิดขึ้นและไม่ทราบว่าควรต้องพบพยาบาลที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพกี่ครั้งจึงจะสิ้นสุดการรักษา

จากการสัมภาษณ์สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่าคำแนะนำที่ให้กับสมาชิกในครอบครัวเป็นคำแนะนำเดียวกันกับที่ผู้ป่วยได้รับ ใช้เวลาในการให้คำแนะนำประมาณ 1 – 2 นาที บางครั้งสมาชิกในครอบครัวเองก็อยู่ในภาวะเร่งรีบ ต้องการพบแพทย์และรับยาอย่างรวดเร็ว ทำให้ไม่สามารถอยู่ฟังคำแนะนำจากพยาบาลหรือบางครั้งฟังผ่าน ๆ โดยไม่ได้ให้ความสนใจกับคำแนะนำอย่างจริงจังจึงอีกทั้งไม่มีการแนะนำถึงบทบาทของสมาชิกที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาให้ดีขึ้น

สมาชิกในครอบครัวต้องการให้มีคู่มือการปฏิบัติตัวหรือสมุดบันทึกสุขภาพของผู้ป่วยที่สามารถบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ได้สะดวกและง่ายต่อการปฏิบัติ ปัจจุบันญาติต้องจดใส่สมุดหรือกระดาษที่ทำขึ้นมาเอง ขณะเดียวกันจำนวนบุคลากรพยาบาลมีน้อยเพียง 1-2 คน เท่านั้น สังเกตจากเวลาที่ให้บริการ รอกการเจาะเลือดหรือรอให้น้ำเกลือประมาณ 15 นาที ผู้ป่วยนั่งรอคัดกรองความดันโลหิตและสัญญาณชีพจำนวนมากเต็มทุกที่นั่ง และลักษณะการทำงานของพยาบาลค่อนข้างเร่งรีบ

จากการสัมภาษณ์พยาบาลประจำศูนย์หัวใจและพยาบาลอายุรกรรมให้ข้อมูลตรงกันว่า การบริการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่ให้บริการเจาะเลือดตามแพทย์นัด และโทรติดตามเพื่อมาตรวจตามนัด ให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้เพียงเล็กน้อย ใช้เวลารายละประมาณ 2 - 3 นาที คำแนะนำที่ให้กับผู้ป่วยและญาติไม่แตกต่างกัน คือ แนะนำให้ลดอาหารที่มีไขมัน เช่น กะทิ ลดการรับประทานอาหารรสเค็มจัด หวานจัด เป็นต้น ไม่ได้ติดตามผลการปฏิบัติตนภายหลังให้คำแนะนำ และยอมรับว่ายังไม่สามารถให้ข้อมูลที่ละเอียดเฉพาะบุคคลเกี่ยวกับอาหารที่ควรรับประทาน การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย ร่วมกับช่วงเวลา 08.00 - 12.00 น. มีผู้ใช้บริการจำนวนมาก ผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่เร่งรีบ ต้องการบริการที่รวดเร็ว ร่วมกับอัตราค่าส่งพยาบาลไม่เพียงพอต่อภาระงาน จึงไม่มีเวลาในการแนะนำผู้ป่วยมากนัก ส่วนใหญ่แจกเป็นแผ่นพับความรู้แต่ละโรคให้กับผู้ป่วยและญาติ

จากการสัมภาษณ์หัวหน้าศูนย์ส่งเสริมสุขภาพให้ข้อมูลว่า กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ปฏิบัติเป็นประจำในโรงพยาบาล คือ การให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวโดย มีแผ่นพับความรู้โรคแจกให้แก่ผู้ใช้บริการ จัดกิจกรรมรณรงค์การดูแลสุขภาพในวันสำคัญต่าง ๆ เช่น วันโรคหัวใจ วันเบาหวาน และวันวันโรค เป็นต้น แต่ขาดการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบรายบุคคล และรายกลุ่ม ยังไม่มีกิจกรรมที่นำครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ปัจจุบันเน้นให้บริการผู้ป่วยเบาหวานมากกว่ากลุ่มอื่น แต่ยังไม่ประสบความสำเร็จเพราะยังพบผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เกิดแผลที่เท้า และบางรายเกิดอาการของหลอดเลือดหัวใจอุดตันต้องได้รับการสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนหรือขดลวด การบริการนอกโรงพยาบาลมีการออกหน่วยเคลื่อนที่ ฉีดวัคซีนเด็กตามโรงเรียน แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ดูแลต่อเนื่องที่เชื่อมต่อกับชุมชนทั้งในกลุ่มที่เป็นโรคและกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ยังไม่มีกิจกรรมร่วมกับชุมชนหรือสถานบริการสาธารณสุขใกล้เคียง

ศูนย์สุขภาพให้ข้อมูลว่าผู้ใช้บริการที่มาตรวจสุขภาพประจำปี ที่ส่วนใหญ่ผลการตรวจ พบว่ามีปัญหาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และมีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน การบริการเป็นการแนะนำขั้นตอนการบริการมากกว่าการให้ข้อมูลเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และขาดการส่งต่อข้อมูลความผิดปกติที่พบให้กับศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เมื่อครบปีจะติดตาม

ผู้ป่วยเพื่อมารับการตรวจซ้ำ แต่ขาดการติดตามการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม และขาดการติดตามว่าผู้ป่วยมีการรักษาโรคหรือความผิดปกติที่พบหรือไม่

จากการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วยในและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน หรือเข้ารับการรักษาด้วยอาการอื่น แต่มีโรคเหล่านี้ร่วมด้วย พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการเยี่ยมจากพยาบาลศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัว เกี่ยวกับยา การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ส่วนผู้ป่วยอื่น ๆ ได้รับคำแนะนำจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยซึ่งเน้นการมาตรวจตามนัด และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นหลัก

จากการสัมภาษณ์แพทย์อายุรกรรมหัวใจประจำศูนย์หัวใจให้ข้อมูลว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยส่วนใหญ่เน้นไปที่กลุ่มมีความเสี่ยงสูง เช่น มาด้วยอาการเจ็บหน้าอก สงสัยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ต่ำ ผิดปกติ ซึ่งมีการตั้งเป็นคณะกรรมการต่าง ๆ ที่ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อพัฒนาคุณภาพในการดูแลรักษา นอกเหนือไปจากการดูแลระบบเดิมด้วยแพทย์เจ้าของไข้ ยังไม่มีการส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์ต่างสาขา ทำให้หลายครั้งพบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจในที่สุด ระบบในการติดตามและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเรื้อรังที่เจ็บป่วยด้วยโรคเหล่านี้ และผู้ที่มีภาวะเสี่ยงอื่นแฝงอยู่ร่วมด้วย เช่น กลุ่มเมแทบอลิซึม แพทย์สะท้อนว่ายังไม่ค่อยเป็นระบบไม่สามารถบอกได้ว่าแต่ละรายมีความเสี่ยงมากน้อยแค่ไหน และได้รับการดูแลหรือประเมินความเสี่ยงเรื่องอะไรแล้วบ้าง และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวมีน้อย ควรมีคู่มือ และวิธีการให้ความรู้ที่เข้าใจง่าย ซึ่งอาจเกี่ยวเนื่องจากอัตรากำลังของพยาบาลไม่เพียงพอ

จากระบบการดูแลที่มีอยู่ปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ซึ่งถือเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ควรมีการพัฒนากระบวนการในด้านต่าง ๆ เพื่อให้การดูแลเป็นไปตามมาตรฐาน และควรประเมินปัจจัยเสี่ยงร่วมอื่น ๆ อย่างครอบคลุม เช่น โรคอ้วนและน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน ประวัติการสูบบุหรี่ และความเครียด ซึ่งถือเป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมที่สำคัญ ที่ส่งผลให้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มมากขึ้น (อภิชาติ สุคนธสรณ์. 2543 ; ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2554 ; นิตยา เพ็ญศิริรักษา, ปราณิ ภาณุมาศ และจำเรียง เรืองมาก. 2554) ผู้ใช้บริการซึ่งหมายถึงผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและครอบครัวควรได้รับการดูแลจากบุคลากรของโรงพยาบาลที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ โดยผู้ให้บริการและผู้ให้บริการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นตามปัญหาเฉพาะบุคคล สามารถปฏิบัติได้และพึงพอใจ ในขณะเดียวกันผู้ให้บริการรู้สึกมีคุณค่าและมีความสุขในการปฏิบัติ ก่อให้เกิดระบบการดูแลที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นบุคลากรสุขภาพที่รับผิดชอบโดยตรงในการดูแลกลุ่มเป้าหมายที่มีภาวะเสี่ยง มีบทบาทในการจัดการเพื่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน ซึ่งต้องอาศัยความรู้ความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูง โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย ความรู้ ทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่น ๆ ที่เป็นปัจจุบัน มุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (สภาการพยาบาล. 2551) ผู้วิจัยซึ่งศึกษาในสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และปฏิบัติงานอยู่ในศูนย์หัวใจของโรงพยาบาลนครธน จึงสนใจศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการดูแลให้แก่ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเล็งเห็นว่าระบบการดูแลที่ดีจะช่วยให้ผู้มีภาวะเสี่ยง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สามารถดูแลตนเองได้ มีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งผู้ที่มีภาวะเสี่ยงและครอบครัวเกิดความพึงพอใจต่อการบริการของโรงพยาบาล บุคลากรสุขภาพเห็นคุณค่าในงานที่ทำโดยใช้แนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นกรอบในการพัฒนาระบบการดูแลครั้งนี้ เนื่องจากวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการร่วมมือของผู้วิจัยกับกลุ่มผู้ปฏิบัติและผู้ให้บริการเพื่อการเรียนรู้ พัฒนา ตั้งเป้าหมาย ปรับปรุงและแก้ไขปัญหา ร่วมกัน จนได้รูปแบบการดูแลใหม่ที่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพบริการพยาบาลภาวะสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจดีขึ้น ครอบครัวร่วมดูแลสุขภาพผู้มีภาวะเสี่ยง กิจกรรมการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพได้รับการพัฒนาโดยสหวิชาชีพ การรักษาและการป้องกันภาวะเสี่ยงได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม ช่วยลดการสูญเสียค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของประเทศ อีกทั้งเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2551)

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม

1.3 คำถามการวิจัย

1. การพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลนครธนเป็นอย่างไร
2. กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วมเป็นอย่างไร
3. ผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วมสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคและสร้างความพึงพอใจให้กับผู้มีภาวะเสี่ยง ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพของโรงพยาบาลได้หรือไม่ อย่างไร

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการพัฒนาระบบการดูแลโดยใช้วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ครอบครัวของผู้ป่วยโรคดังกล่าว และบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลนครธน เก็บข้อมูลช่วงเดือนมิถุนายน 2556 - มีนาคม 2557

1.5 คำนิยามศัพท์

ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ผู้ใช้บริการชายและหญิงของโรงพยาบาลนครธน ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป มีประวัติการรักษาที่ศูนย์หัวใจโรงพยาบาลนครธนติดต่อกันอย่างน้อย 1 ปี (ปี พ.ศ. 2554-2556) และมีปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้

1. ผู้ใช้บริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งแพทย์ได้ใช้นิยามความดันโลหิตขององค์การอนามัยโลก โดยกำหนดผู้ที่มีความดันโลหิตสูง คือ ผู้ที่มีค่าระดับความดันตัวบนซิสโตลิก (Systolic) มากกว่า หรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ระดับความดันตัวล่างไดแอสโตลิก (Diastolic) มากกว่า หรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท (The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. 2004 : JNC 7) และได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยา

2. ผู้ใช้บริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานและได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา ซึ่งแพทย์ได้ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของสหพันธ์โรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association [ADA]. 2011) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. 2554)

- 1) มีอาการแสดงของโรคเบาหวานชัดเจน คือ หิวน้ำมาก ปัสสาวะบ่อยและมาก น้ำหนักตัวลดลงโดยไม่มีสาเหตุ สามารถตรวจระดับระดับน้ำตาลในพลาสมาเวลาใดก็ได้ (casual plasma glucose) โดยไม่จำเป็นต้องงดน้ำและอาหาร แล้วพบว่ามีความมากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (11.1 มิลลิโมลต่อลิตร)

- 2) ระดับน้ำตาลในพลาสมาหลังอดอาหาร (fasting plasma glucose) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (7 มิลลิโมลต่อลิตร) และตรวจยืนยันอีกครั้งหนึ่งต่างวันกัน

3. ผู้ใช้บริการได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของหลักสูตรการศึกษาโคเลสเตอรอลแห่งชาติ (National Cholesterol Education Program. 2002 : NCEPIII)

- 1) โคลเลสเตอรอลรวม (total cholesterol) มากกว่าหรือเท่ากับ 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
- 2) แอลดีแอล โคลเลสเตอรอล (LDL-C) มากกว่าหรือเท่ากับ 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
- 3) เอชดีแอล โคลเลสเตอรอล (HDL-C) น้อยกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในผู้หญิง และน้อยกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในผู้ชาย
- 4) ไตรกลีเซอไรด์ (TG) มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง เหตุสัมพันธ์กับการกระทำเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ การศึกษาครั้งนี้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย ความเพียงพอของรายได้ สถานะความเป็นอยู่ บทบาทของในครอบครัว ซึ่งในแต่ละหัวข้อมีความหมายดังนี้

1) เพศ หมายถึง สิ่งที่แสดงลักษณะความแตกต่างระหว่างชายและหญิงของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ แบ่งเป็นเพศชายและเพศหญิง (ราชบัณฑิตยสถาน. 2546)

2) อายุ หมายถึง อายุเต็มปีของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

3) สถานภาพสมรส หมายถึง ตำแหน่งหรือฐานะทางสังคมเกี่ยวกับการใช้ชีวิตร่วมกันแบบสามีภรรยา ของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ แบ่งเป็น คู่ โสด หม้าย หย่าและแยก

4) ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาที่สำเร็จแล้วโดยไม่นับที่กำลังศึกษาอยู่ของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ แบ่งเป็น 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ 2. น้อยกว่าระดับประถมศึกษา 3. ประถมศึกษา 4. มัธยมศึกษาตอนต้น 5. มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือปวช. 6. อนุปริญญาตรี หรือปวส. 7. ปริญญาตรี 8. สูงกว่าปริญญาตรี และ 9. อื่น ๆ ระบุ

5) รายได้เฉลี่ย หมายถึง รายได้ที่ไม่หักค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยต่อเดือนของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

6) ความเพียงพอของรายได้และรายจ่ายของครอบครัว หมายถึง การประเมินความพอใช้หรือไม่พอใช้ของรายได้ภายในครอบครัวหลังจากหักค่าใช้จ่ายของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัว แบ่งเป็น 1. เพียงพอกับค่าใช้จ่าย 2. เพียงพอและมีเหลือเก็บ 3. ไม่เพียงพอ และ 4. ไม่เพียงพอ ต้องกู้ยืม

7) สถานะความเป็นอยู่ หมายถึง การอาศัยอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัว หรือภายในครัวเรือนเดียวกันของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ แบ่งเป็น 1. อยู่คนเดียวตามลำพัง 2. อยู่กับสามี/ภรรยา 2 คน 3. อยู่กับครอบครัว (ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ พี่ น้อง หลาน) และ 4. อยู่กับสามี/ภรรยาและบุตร

8) บทบาทความรับผิดชอบภายในครอบครัว หมายถึง หน้าที่ที่ต้องปฏิบัติของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจที่แสดงถึงศักยภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าและบทบาททางสังคม แบ่งออกเป็น 1. เป็นผู้หารายได้ 2. เป็นผู้เลี้ยงดูบุตร/หลาน 3. เป็นผู้ทำงานบ้าน 4. เป็นผู้ตัดสินใจแก้ปัญหาในครอบครัว (เป็นผู้นำ) และ 5. อื่น ๆ ระบุ (หรืออยู่บ้านเฉย ๆ ไม่ได้ทำหน้าที่อะไร)

9) อาชีพและลักษณะงานที่รับผิดชอบ หมายถึง หน้าที่ ความรับผิดชอบในการประกอบอาชีพแสดงถึงศักยภาพ บทบาทหน้าที่ในหน้าที่การงาน แสดงถึงระดับของความรับผิดชอบ เป็นผู้ปฏิบัติ ผู้บริหาร แรงงานมีฝีมือหรือใช้แรงงาน และวิชาชีพเฉพาะทาง แบ่งอาชีพออกเป็น 1. แม่บ้านพ่อบ้าน (ไม่ได้ประกอบอาชีพ) 2. เกษียณราชการ 3. ค่าขายหรือธุรกิจส่วนตัว 4. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ 5. เกษตรกร 6. รับจ้าง และ 7. ลูกจ้างบริษัทเอกชน

10) สิทธิในการรักษา หมายถึง ประโยชน์หรือแหล่งสนับสนุนหรือแหล่งช่วยเหลือของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในเรื่องการดูแลสุขภาพเมื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาล แบ่งเป็น 1. มีสิทธิในการรักษาโดยมีประกันชีวิต และเครดิตบริษัท 2. ไม่มีสิทธิใด ๆ ต้องชำระเงินสด

2. ประวัติและข้อมูลภาวะสุขภาพ หมายถึง ประวัติการเจ็บป่วยและข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้จากการประเมินและคัดกรองโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบไปด้วย โรคประจำตัว ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย และรอบเอว (บันทึกโดยผู้วิจัย) ร่วมกับการประเมินปัจจัยเสี่ยงร่วมอื่น ๆ ที่มีความสำคัญและมีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนี้ 1) ประวัติญาติสายตรงเป็นโรคหัวใจขาดเลือด 2) ประวัติการสูบบุหรี่หรือการสูดดมควันบุหรี่ และ 3) ความเครียด

3. การรับรู้ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจต่อสภาวะทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง (Becker, 1975) ประเมินจากข้อความแบบประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งมีข้อความทั้งทางด้านบวกและข้อความด้านลบ (รายละเอียดอยู่ในบทที่ 3) ซึ่งการรับรู้ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วยหัวข้อต่อไปนี้

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ (perceived susceptibility) หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น การรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ วัดจากแบบสอบถามจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อความด้านบวกทั้งหมด

2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ (perceived severity) หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น การรับรู้ ถึงอันตรายของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจหรือฐานะทางสังคมในการดำรงชีวิตประจำวัน มีจำนวนข้อความ 10 ข้อ เป็นข้อความด้านบวกทั้งหมด

3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (perceived benefits) หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น การรับรู้ที่มีต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ที่จะช่วยลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ มีจำนวนข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด

4) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (perceived barriers) หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น การรับรู้เกี่ยวกับปัจจัย หรือกิจกรรมต่างๆ ตามสภาพความเป็นจริง ที่ขัดขวางการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม มีจำนวนข้อคำถาม 15 ข้อ ข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ข้อ 1-14 ข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ข้อ 15

5) แรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (health motivation) หมายถึง ความสนใจหรือห่วงใยต่อสุขภาพของตนเอง รวมถึงความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี มีจำนวนข้อคำถาม 15 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด

พฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง การปฏิบัติใด ๆ ของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในการทำกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง ให้เหมาะสมกับสภาวะของโรคและแผนการรักษาที่เกี่ยวข้องกับ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่/ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย การศึกษาครั้งนี้ประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นแบบประมาณค่า 5 ระดับจำนวน 26 ข้อ ซึ่งมีข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ มีข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ข้อ 1, 3-4, 10-13, 15-16, 18-19 และ 24-25 ข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ข้อ 2, 5-9, 14, 17, 20-23 และ 26

การพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม หมายถึง การดำเนินงานร่วมกันระหว่างผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพของโรงพยาบาลนครธน ในการร่วมกันวิเคราะห์ ค้นหาสาเหตุ สะท้อนคิด และร่วมกันคิดวิธีจัดการปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และลงมือปฏิบัติ ประเมินผลร่วมกัน เพื่อให้ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ดูแลตนเองดีขึ้น ป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ฟังพอใจในระบบบริการที่ได้พัฒนาร่วมกัน ภายใต้การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของบุคลากรของโรงพยาบาลนครธน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์อายุรกรรมหัวใจ แพทย์อายุรกรรมระบบต่อมไร้ท่อ พยาบาลวิชาชีพ ในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมทั่วไปและศูนย์หัวใจ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ และศูนย์สุขภาพ เภสัชกรรมและโภชนาการ โดยทำงานเชื่อมโยงประสานกัน มีการกำหนดกิจกรรมการดำเนินงานที่ชัดเจน มีการระดมทรัพยากรจนเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมทั้งบุคลากรทุกฝ่ายพึงพอใจในกิจกรรมที่จัดทำขึ้น โดยใช้แนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม ของโรงพยาบาลนครพนมครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้รวบรวมเอกสาร วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิจัยดังต่อไปนี้

2.1 โรคหลอดเลือดหัวใจ

2.1.1 ความหมายและพยาธิสรีรวิทยา

2.1.2 ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบของโรคหลอดเลือดหัวใจ

2.1.3 การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ

2.2 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรค

2.2.1 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

2.2.2 แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

2.3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

2.4 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม

2.1 โรคหลอดเลือดหัวใจ

2.1.1 ความหมายและพยาธิสรีรวิทยา

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease : CAD หรือ Coronary Heart Disease : CHD) คือ ภาวะที่มีการตีบแคบ ตีบตัว (stenosis) หรือหดเกร็ง (spasm) ของหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (coronary artery) ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการตีบแข็งของหลอดเลือดแดง (arteriosclerotis) ซึ่งเกิดจากการก่อตัวของแผ่นไขมัน (plaque) ที่อยู่ภายในหลอดเลือดทำให้เลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ (oxygen supply) ลดลงหรือไม่เพียงพอกับความต้องการ (oxygen demand) (Gordon & Libby. 2003) ก่อให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก (angina pectoris) ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (myocardial ischemia) และหัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia) กล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infraction) และนำไปสู่การเสียชีวิตอย่างรวดเร็วได้ (อภิชาติ สุขนครสรรพ. 2553 ; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2549 : 32) ซึ่งเกิดจากปัจจัยเสี่ยงสำคัญ คือ ภาวะไขมันเลือดสูงโดยเฉพาะแอลดีแอล คอเลสเตอรอล (LDL-cholesterol) ฮอโมนที่มีผลต่อการหดตัวของหลอดเลือด (vasoconstrictor hormones) ในผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูง และอนุพันธ์ที่เกิดจากกระบวนการย่อยสลายน้ำตาล (glycooxidation) ในผู้ป่วยเบาหวาน และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ประกอบด้วย การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย ความอ้วน ความเครียด การทำงานอยู่กับที่นาน ๆ กรรมพันธุ์ อายุ และเพศ (อภิชาติ สุคนธสรณ์. 2553)

การตีบแข็งของหลอดเลือดแดง เป็นความผิดปกติที่เชื่อว่าเป็นกระบวนการบาดเจ็บและอักเสบเรื้อรังของหลอดเลือด อาจเกิดจากการเมแทบอลิซึม ปัจจัยทางกายภาพและชีวภาพ สิ่งแวดล้อมหรือปัจจัยด้านพันธุกรรม (ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2554 : 69 – 73) กระบวนการนี้ จะเกิดที่ผนังชั้นในหรือชั้นอินทิมา (intima) ของหลอดเลือดก่อนจากการสะสมของคราบไขมัน (plaques) ที่ใช้เวลาเป็นปี ๆ และจะค่อย ๆ พอกพูนขึ้น จนทำให้โพรงหลอดเลือดตีบแคบหรืออุดตันโดยไม่ทำให้เกิดอาการใด ๆ ต่อเมื่อหลอดเลือดตีบแคบจนทำให้การไหลของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการ ก็จะมีอาการของโรคเกิดขึ้น และนั่นหมายถึงการตีบแข็งของหลอดเลือด โคโรนารีเป็นมากแล้ว

การตีบแข็งของหลอดเลือดแดง แบ่งเป็น 5 ระยะ และมีรอยโรค 6 ประเภท ดังนี้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2554 : 182-184)

ระยะที่ 1 พบได้ตั้งแต่วัยทารกและวัยเด็ก ลักษณะรอยโรครวม 3 ประเภท คือ

รอยโรคประเภทที่ 1 หรือรอยโรคระยะเริ่มต้น จะมีขนาดเล็กมาก มักเกิดบริเวณ ไกล ๆ กับทางแยกของหลอดเลือดแดง โดยกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดจะหนาขึ้นและภายในจะมีโฟมเซลล์ (foam cell : แมคโครฟาจที่มีไขมันอยู่ในเซลล์) สะสมอยู่

รอยโรคประเภทที่ 2 หรือเส้นใยไขมัน (fatty streak) รอยโรคนี้ก้าวหน้ามาจากประเภทที่ 1 ยังไม่ทำให้รูหลอดเลือดตีบแคบ แต่จะมีการสะสมของหยดไขมันในเซลล์จำนวนมาก และโฟมเซลล์จับกันเป็นกลุ่มมากขึ้น

รอยโรคประเภทที่ 3 หรือพรี-อเทอโรมา (pre-atheroma) เป็นรอยโรคในระยะกลาง (intermediate lesion) พบในช่วงอายุประมาณ 20 ปี โดยเส้นใยไขมันจะหนาเข้ามาในหลอดเลือด ผนังหลอดเลือดมีโฟมเซลล์ที่เต็มไปด้วยไขมัน มีการแบ่งตัวของเซลล์กล้ามเนื้อจากผนังชั้นกลาง (media) ของหลอดเลือดแทรกเข้ามายังผนังชั้นในของหลอดเลือด นอกจากนี้ ยังมีเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ไพบริน และไขมันมาพอกรอบ ๆ เซลล์กล้ามเนื้อเรียบอีกด้วย ถือเป็นระยะเชื่อมต่อระหว่างรอยโรคระยะเริ่มแรกและระยะก้าวหน้า

ระยะที่ 2 พบได้ตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป ระยะนี้เกิดรอยโรคประเภทที่ 4 และ 5 ขึ้น เป็นระยะของการสร้างคราบไขมันที่แตกง่าย (vulnerable plaque)

รอยโรคประเภทที่ 4 หรืออเทอโรมา (atheroma) ระยะนี้ผนังชั้นในของหลอดเลือด จะเปลี่ยนแปลงมากขึ้น มีการรวมตัวของไขมันนอกเซลล์เป็นก้อน (lipid core) มีเนื้อเยื่อไฟบรอสมาสะสมบริเวณก้อนไขมัน ทำให้หลอดเลือดหนาขึ้น พอกตัวหนา หนาเข้าไปในรูของหลอดเลือด แต่ยังไม่

ทำให้หลอดเลือดตีบ บริเวณนอกของรอยโรคประเภทที่ 4 นี้จะแตกได้ง่าย ซึ่งถ้าหากมีการแตกจะทำให้รอยโรคก้าวหน้าและรุนแรงขึ้นไปอีก

รอยโรคประเภทที่ 5 จะมีไฟบรัสบาง ๆ คลุมอเทอโรมา (fibrous cap) และสามารถแบ่งเป็นรอยโรคประเภทย่อย ๆ ตามลักษณะที่ปรากฏได้อีก 3 ชนิด คือ 5 เอ 5 บี และ 5 ซี (Va, Vb, Vc)

ประเภทที่ 5 เอ หรือ ไฟโบรธอเทอโรมา (Fibroatheroma) พบได้ในช่วงอายุ 30 ปีขึ้นไป เป็นรอยโรคที่มีก้อนไขมันที่มีชั้นไฟบรัสหุ้มอยู่ จำนวนมาก รอยโรคชนิดนี้อาจกลายเป็นรอยโรคประเภทที่ 6 ได้อย่างรวดเร็วหรือพัฒนาต่อเป็นคราบไขมันอุดตัน (stenotic plaque) และทำให้รูของหลอดเลือดแดงอุดตัน

ประเภทที่ 5 บี เป็นรอยโรคประเภทที่ 5 เอ ที่พัฒนาเป็นระยะสะสมคราบไขมันพอกตัวหนาขึ้น (complicated plaque) โดยมีแคลเซียมอยู่ในก้อนไขมัน

ประเภทที่ 5 ซี เป็นรอยโรคประเภทที่ 5 เอ ที่พัฒนาเป็นระยะสะสมคราบไขมันที่พอกตัวหนาขึ้น (complicated plaque) เช่นกันแต่ไม่มีแคลเซียมเป็นองค์ประกอบ มีเพียงไขมันและเยื่อไฟบรัสเท่านั้น

ระยะที่ 3 หรือระยะรอยโรคซับซ้อน (complicated lesion) พบได้ตั้งแต่อายุ 30 ปีขึ้นไป เกิดจากการแตกหรือฉีกขาดของรอยโรคประเภทที่ 4 และ 5 ทำให้เกิดลิ่มเลือดและกลายเป็นรอยโรคซับซ้อนหรือรอยโรคประเภทที่ 6 ซึ่งจะมีการอุดตันรูของหลอดเลือดบางส่วน แต่การเกิดลิ่มเลือดยังไม่จำกัดการไหลเวียนของเลือดทั้งหมด จึงยังไม่มีอาการปรากฏ ผลรวมของระยะที่ 3 คือ มีคราบไขมันขนาดใหญ่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกแบบคงที่ (stable angina pectoris)

ระยะที่ 4 พบได้ตั้งแต่อายุ 30 ปีขึ้นไป การเกิดคล้ายกับระยะที่ 3 แต่ลิ่มเลือดที่เกิดจากการแตกของรอยโรคประเภทที่ 4 และ 5 มีขนาดใหญ่จนอุดกั้นการไหลเวียนเลือดอย่างทันทีทันใด ทำให้เกิดกลุ่มอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลัน (acute coronary syndrome) เช่น อาการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ (unstable angina pectoris) มีกล้ามเนื้อหัวใจตาย และเสียชีวิตกะทันหัน

รอยโรคประเภทที่ 6 มีลักษณะเป็นรอยโรคที่มีไขมันนอกเซลล์ แพกเตอร์ของเนื้อเยื่อคอลลาเจน เกร็ดเลือด ทรอมบิน ไฟบริน มีก้อนเลือด มีเลือดออกและลิ่มเลือดที่เกิดจากแตกของผิวของคราบไขมันเป็นองค์ประกอบ

ระยะที่ 5 สามารถเกิดตามหลังระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 ก็ได้ เกิดเมื่อมีการหุ้มลิ่มเลือดหรือสิ่งที่เกิดจากการแตกของคราบไขมันไว้ภายใน ด้วยเนื้อเยื่อแข็งที่มีแคลเซียม (รอยโรคประเภทที่ 5 บี) หรือเยื่อไฟบรัส (รอยโรคประเภทที่ 5 ซี) รอยโรคทั้งสองประเภทจะค่อย ๆ ก้าวหน้าขึ้น หลอดเลือดโคโรนารีจึงตีบแคบลงมากเรื่อย ๆ จนอุดตัน เนื่องจากรอยโรคเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ร่างกายจึงมีการสร้าง

ระบบไหลเวียนเลือดคอแลเทอรอล (collateral circulation) เพื่อชดเชยการไหลเวียนที่อุดตัน ดังนั้น อาการที่ปรากฏจึงเป็นอาการเจ็บหน้าอกคงที่แบบเรื้อรัง (chronic stable angina pectoris)

การไหลเวียนของหลอดเลือดคอแลเทอรอล คือ การส่งเลือดจากหลอดเลือดแดงมากกว่าหนึ่งเส้นไปเลี้ยงกล้ามเนื้อ ปรากฏเป็นปกติในหลอดเลือดโคโรนารีของผู้สูงอายุ การสร้างระบบการไหลเวียนเลือดคอแลเทอรอลนี้ เกิดเมื่อเลือดที่ไหลผ่านหลอดเลือดนั้นค่อย ๆ ลดลง ทำให้กล้ามเนื้อที่หลอดเลือดนั้นได้รับเลือดไปเลี้ยงลดลง เพื่อให้กล้ามเนื้อส่วนนั้นรับเลือดได้เพียงพอจะมีการสร้างหลอดเลือดใหม่ไปยังกล้ามเนื้อนั้น แต่การสร้างใช้เวลานาน ดังนั้น การอุดตันของหลอดเลือดที่เกิดในผู้ใหญ่ที่อายุน้อย จึงมักอันตรายเพราะไม่มีหลอดเลือดคอแลเทอรอลคอยส่งเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อ

2.1.2 ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบของโรคหลอดเลือดหัวใจ

1) ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ

ในภาวะปกติความต้องการใช้และการได้รับออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจจะสมดุลกัน และเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจสามารถเพิ่มขึ้นได้ถึง 4 เท่า ในยามที่ต้องการใช้ ลำพังหลอดเลือดแดงตีบไม่ก่อให้เกิดอาการใด ๆ จึงอาจไม่พบอาการผิดปกติ แต่อาการจะปรากฏเมื่อกกล้ามเนื้อหัวใจไม่มีความสมดุลระหว่างออกซิเจนที่ได้รับกับออกซิเจนที่ต้องการใช้ อาการแสดงและภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีลักษณะที่สำคัญคือ อาการเจ็บหน้าอก กล้ามเนื้อหัวใจตายและเสียชีวิต กระทั่งหัน (ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2554)

1.1) อาการเจ็บหน้าอก (angina pectoris) เป็นอาการปวดที่บริเวณใต้กระดูกอก (substernal pain) และร้าวไปที่แขนซ้าย ลักษณะที่ปวดจะรู้สึกหนักหรือแน่นบริเวณหน้าอก อึดอัด คล้ายอาหารไม่ย่อย หรืออาจรบุดำแหน่งไม่ชัด อาการสัมพันธ์กับการมีกิจกรรม จะหายไปเมื่อได้หยุดพัก หรือรับประทานยาขยายหลอดเลือด อาการปวดเกิดขึ้นชั่วคราว เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย หากลักษณะการปวดคล้ายเดิมทุกครั้งไม่รุนแรงเพิ่มขึ้น จะเรียกว่าอาการเจ็บหน้าอกแบบคงที่ (stable angina pectoris) แต่ถ้าอาการปวดรุนแรงและนานขึ้น ไม่สามารถลดหรือขจัดด้วยอาการพักหรือยา อาการไม่สัมพันธ์กับกิจกรรม คือปวดแม้ขณะพัก จะเรียกว่าอาการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ (unstable angina pectoris)

1.2) กล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) เป็นการตายของกล้ามเนื้อหัวใจที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารี โดยเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงหรือหยุดทันทีซึ่งเกิดจากการแตกของคราบไขมันและตามด้วยการสร้างลิ่มเลือดทำให้คราบไขมันขยายโตขึ้น และเกิดการอุดตันหลอดเลือดทั้งหมดหรือบางส่วน ถือว่าเป็นภาวะวิกฤติต่อชีวิตที่รุนแรง พบว่ามากกว่าร้อยละ 60 ของการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะเกิดภายในชั่วโมงแรก และการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมาดังนี้

(1) การเต้นผิดจังหวะของหัวใจ (cardiac arrhythmia) ซึ่งจะทำให้เกิดการเสียชีวิตอย่างปัจจุบันทันด่วน (sudden death) เกิดขึ้นภายใน 1 ชั่วโมงหลังเริ่มมีอาการ ซึ่งเป็นภาวะที่ทำให้เสียชีวิตที่พบบ่อย (Saffitz. 2008) ประมาณร้อยละ 30 - 50 ของผู้เสียชีวิตเกิดจากหัวใจห้องล่างขวาเต้นผิดจังหวะ (ventricle fibrillation) (กอบกุล บุญปราศภัย. 2549) การเต้นผิดจังหวะของหัวใจที่พบบ่อยอีกชนิด คือ การเต้นผิดจังหวะของหัวใจห้องล่าง ได้แก่ เวทลิกเคิลเต้นแบบก่อนกำหนด (premature ventricular contraction : PVC) เต้นเร็ว ซึ่งมักพบใน 24 ชั่วโมงของการเกิดอาการ

(2) การอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจ (pericarditis) พบร้อยละ 10 - 20 ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การอักเสบที่เกิดขึ้นในระยะแรก (วันที่ 2 หรือวันที่ 3) หลังจากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายจะลุกลามมาที่ชั้นผิวก่อน และมายังเยื่อหุ้มหัวใจ มีอาการเจ็บหน้าอกเหมือนของแหลมมาทิ่มแทง และเจ็บมากขึ้นเมื่อหายใจเข้าลึก ๆ หรือเปลี่ยนท่า มีไข้ เป็นต้น เยื่อหุ้มหัวใจที่อักเสบเกิดในระยะหลัง (2 สัปดาห์ - 2 เดือน) หลังจากกล้ามเนื้อหัวใจตายจะเรียกว่า Dressler's syndrome ซึ่งจะมีอาการและอาการแสดงได้แก่ มีไข้ เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก เป็นต้น (กอบกุล บุญปราศภัย. 2549 ; คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก. 2541 : 114 ; Saffitz. 2008) นอกจากนี้ อาจพบมีน้ำในเยื่อหุ้มหัวใจ (pericardial effusion) ร่วมด้วย

(3) การอุดตันของลิ่มเลือด (thromboemboli) ในปอดและระบบไหลเวียน เกิดจากลิ่มเลือดที่เกาะกันเป็นก้อน (mural thrombus) ก่อตัวขึ้นในหัวใจห้องล่างซ้ายมักจะเกิดในระยะ 3 วันแรกหลังจากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ลิ่มเลือดอาจหลุดไปที่สมอง ไต เส้นเลือดในช่องท้องที่ขาและที่อื่น ๆ ทั่วร่างกาย พบได้ร้อยละ 0.6 - 6.4 ช่วงเวลาเฉลี่ยของการเกิดอาการและอาจพบการอุดตันจากการหลุดของลิ่มเลือดทั่วร่างกาย (systemic emboli) ประมาณ 14 วัน หลังจากการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Browm. 2003 ; กอบกุล บุญปราศภัย. 2549)

(4) ภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีผลทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะและอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ช่วยเสริมให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวยิ่งขึ้น (กอบกุล บุญปราศภัย. 2549)

(5) ภาวะช็อคจากหัวใจ (cardiogenic shock) พบได้ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยที่กล้ามเนื้อหัวใจตาย ส่วนใหญ่เกิดจากการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลวอย่างรุนแรง ถือว่าการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี อัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 90 (Saffitz. 2008)

(6) การฉีกขาดของกล้ามเนื้อหัวใจ (rupture of myocardium infarction) หลังจากกล้ามเนื้อหัวใจตายจะทำให้เกิด การฉีกขาดของผนังกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่าง การฉีกขาดของกล้ามเนื้อแปปิลารี (papillary muscle) เมื่อกล้ามเนื้อเหล่านี้ขาดออกซิเจน อ่อนแอ นุ่ม และตาย

ในที่สุด พบได้ในช่วงวันที่ 1 – 4 หลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และพบประมาณร้อยละ 10 พบมากในผู้สูงอายุเพศหญิงที่เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรก (Saffitz. 2008)

(7) ผนังของหัวใจห้องล่างโป่งพอง (bentricular aneurysm) เป็นภาวะที่หัวใจห้องล่างโป่งพองขยายออก เนื่องจากผลของกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยบริเวณที่โป่งพองนี้ไม่สามารถหดตัวได้ขณะที่หัวใจห้องล่างหดตัวส่งเลือดออกไป เมื่อประสิทธิภาพการหดตัวของหัวใจห้องล่างลดลง กล้ามเนื้อส่วนที่เหลือจะทำงานมากขึ้น นำไปสู่การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้บริเวณกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่อยู่รอบนอกของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายจะทำให้มีแนวโน้มการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ มีเลือดคั่งค้างอยู่ภายใน ส่วนของหัวใจที่โป่งพองนำไปสู่การเกิดลิ่มเลือดได้ (กอบกุล บุญปราศภัย. 2549)

2) ผลกระทบของโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และครอบครัว ของผู้ป่วย รวมทั้งมีผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ ดังนี้

2.1) ด้านร่างกาย ผลกระทบต่อร่างกายส่วนใหญ่มีสาเหตุเนื่องจากพยาธิสภาพที่รุนแรงของโรค ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานโดยเฉพาะอาการเจ็บหน้าอกซึ่งเกิดจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ ร่วมกับอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย จากการที่หัวใจไม่สามารถบีบเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียนและแน่นท้องจากภาวะหัวใจล้มเหลว มีเลือดคั่งค้างตามอวัยวะต่าง ๆ ในช่องท้อง และอาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ อาการหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ไอเป็นเลือด บวม รวมทั้งแสดงอาการที่เกิดจากภาวะช็อกจากหัวใจ คือผิวหนังเย็นชื้น ความรู้สึกเปลี่ยนไป ปัสสาวะออกน้อยร่วมกับความดันโลหิตต่ำ (อุไร ศรีแก้ว. 2543)

2.2) ด้านจิตใจและอารมณ์ ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ และความสามารถทางด้านร่างกายลดลง ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง และเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ทำให้เกิดความวิตกกังวล รู้สึกโดดเดี่ยว ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง หวาดกลัว โกรธ ซึมเศร้า หมดหวัง และมองเห็นคุณค่าในตัวเองลดลง (จารุวรรณ มานะสุระการ. 2544)

2.3) ด้านสังคม จากภาวะของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาตัวเป็นระยะเวลานาน และต่อเนื่องทำให้บทบาททางสังคมถูกจำกัด ไม่สามารถมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ตามปกติ เกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกตนเองไร้ค่า เป็นภาระของผู้อื่น ไม่กล้าเผชิญหน้า และทำให้แยกตัวออกจากสังคม (จารุวรรณ มานะสุระการ. 2544)

2.4) ด้านเศรษฐกิจและครอบครัว การที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้เสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก ผู้ป่วยบางรายต้องออกจากงานทำให้สูญเสียรายได้ของครอบครัว บทบาทของสมาชิกครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงเพราะอาจต้องรับบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวแทนผู้ป่วย และเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา บางครั้งต้องขาดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ทำให้สูญเสียรายได้ และส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจของครัวเพิ่มขึ้น (จารุวรรณมานะสุรการ. 2544)

จากผลกระทบที่เกิดขึ้นจะเห็นได้ว่าผลกระทบมิได้เกิดเฉพาะกับตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ มากมาย ตัวผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย บางครั้งจำเป็นต้องลดหรืองดการปฏิบัติภารกิจประจำ บุคคลรอบข้างก็อาจจำเป็นต้องหยุดจากงานประจำเพื่อมาคอยดูแลช่วยเหลือ ยิ่งโรคทวีความรุนแรงมากขึ้นเท่าใด ผู้ป่วยยิ่งต้องพึ่งบุคคลรอบข้างมากขึ้น ในสถานที่ทำงาน ต้องมีบุคคลอื่นทำงานทดแทนให้ สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว กระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศชาติ ทั้งในแง่ของผลผลิตของประเทศที่ลดลง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น รวมทั้งอาจเสียดุลการค้าจากกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาและเครื่องมือราคาแพงที่ไม่สามารถผลิตได้ในประเทศ (ปิยะมิตร ศรีธรา. 2550)

2.1.3 การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ แบ่งเป็นวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา เพื่อลดการทำงานของหัวใจ และฟื้นฟูหลอดเลือดในบริเวณที่อุดตัน โดยเปิดทางให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้น วิธีการรักษามีดังนี้

1) การรักษาโดยใช้ยา

1.1) ยากลุ่มไนเตรท (nitrates) มี 2 แบบ คือ ออกฤทธิ์เร็วและสั้นกับออกฤทธิ์ยาว เป็นกลุ่มยาที่นิยมแพร่หลาย ใช้บรรเทาอาการเจ็บหน้าอก และกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบไม่มีอาการ (ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2554 : 151) ช่วยลดการหดเกร็งของหลอดเลือดออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดทั้งหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ (Abrams, Schroeder, Frishman & Freedman. 2007) แต่จะออกฤทธิ์เด่นที่หลอดเลือดดำ โดยหลอดเลือดดำขยายเพื่อลดปริมาณเลือดดำไหลกลับเข้าสู่หัวใจ แรงดันเลือดในหัวใจจึงลดลง และยายังมีผลขยายหลอดเลือดแดงทำให้ความต้านทานการไหลของหลอดเลือดแดงส่วนปลายลดลง ทำให้ลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ (อภิชาติ สุคนธสรณ์. 2552)

1.2) ยาปิดกั้นเบต้า (beta blockers) เป็นยาที่ไม่เพียงแต่ยับยั้งอาการเจ็บอกเท่านั้น แต่ยังลดอัตราการเสียชีวิตด้วยการป้องกันการเกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบไม่แสดงอาการ ลดการทำลายหลอดเลือดขนาดเล็ก และยับยั้งการเกิดลิ่มเลือด โดยยาทำหน้าที่ปิดกั้น

ตัวรับชนิดเบต้า (β -receptor) ลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (Abrams, Schroeder, Frishman & Freedman, 2007) ตัวรับชนิดเบต้ามี 2 ชนิด คือ เบต้าวัน (β 1) และเบต้าทู (β 2) ซึ่งเบต้าวันรีเซพเตอร์ (β 1-receptor) พบที่หัวใจ ส่วนเบต้าทูรีเซพเตอร์ (β 2-receptor) พบที่หลอดเลือดและกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด (อภิชาติ สุคนธสรพร. 2552)

1.3) ยาด้านแคลเซียม (calcium antagonists) เป็นยาปิดกั้นแคลเซียมเข้ากล้ามเนื้อหัวใจ และเซลล์กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด ยาออกฤทธิ์โดยทำให้หลอดเลือดแดงโคโรนารีขยายตัว ซึ่งส่งผลให้หลอดเลือดแดงส่วนปลายของร่างกายขยายตัวด้วย (Abrams, Schroeder, Frishman & Freedman. 2007) ลดเมแทบอลิซึม หรือลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ มีผลลดปริมาณเลือดที่มากที่สุดก่อนหัวใจบีบตัว (preload) ลดความดันโลหิต ลดการหดตัว และลดอัตราการเต้นของกล้ามเนื้อหัวใจ แต่เพิ่มการไหลเวียนในหลอดเลือดแดงโคโรนารี ยาด้านแคลเซียมมีประสิทธิภาพในการลดอาการเจ็บอก และเหมาะสมที่จะใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน หอบหืด หรือปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมด้วย

1.4) ยาด้านการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด (platelet antagonists) เป็นยามาตรฐานในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ไซครอกซีจีเนส (cyclooxygenase enzyme) ทำให้ลดการสังเคราะห์เกร็ดเลือด (platelet thromboxane A2) ลดการเกาะตัวของเกร็ดเลือด และลดความเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้ที่เจ็บอกเรื้อรัง (อภิชาติ สุคนธสรพร. 2552)

1.5) ยาที่ยับยั้งการทำงานของแอนจิโอเทนซินคอนเวิร์ตติ้งเอนไซม์ (angiotensin Converting enzyme inhibitor : ACEI) มีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ซึ่งเปลี่ยนแอนจิโอเทนซินวัน (angiotensin I) ไปเป็นแอนจิโอเทนซินทู (angiotensin II) มีผลให้หลอดเลือดขยายตัว ยากลุ่มนี้ช่วยลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจตาย และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายด้วย ควรใช้ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคร่วมทุกราย (อภิชาติ สุคนธสรพร. 2552)

1.6) ยารักษาระดับไขมันในเลือด เชื่อว่ายานี้มีกลไกชะลอหรือลดระดับความรุนแรงของภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง เช่น ช่วยทำให้การทำหน้าที่ของผนังหลอดเลือดชั้นใน (endothelium) ดีขึ้น ลดการย่อยสารไขมันด้วยออกซิเจนอนุมูลอิสระ (oxidized LDL) ช่วยลดการอักเสบ ทำให้แผ่นไขมันบริเวณหลอดเลือดแดง (atherosclerotic plaque) คงสภาพดีขึ้นไม่ปริแตกง่าย และป้องกันการเกิดกลุ่มอาการทางหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเฉียบพลัน (acute coronary syndrome)

2) การใช้หัตถการ

2.1) การขยายรูหลอดเลือดโคโรนารีที่ตีบด้วยบอลูน (percutaneous transluminal coronary angioplasty : PTCA) เพื่อช่วยเพิ่มพื้นที่การไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดหัวใจ โดย

ลูกโป่งที่อยู่บริเวณปลายสายจะถูกดันให้โป่งออก จากแรงดันของอุปกรณ์ที่อัดฉีดผ่านเข้าไปตามสาย (inflation device) แรงดันนี้ก่อให้เกิดการปริแยกของแผ่นไขมันและลามลงไปถึงผนังของหลอดเลือด ข้อควรระวังในการใช้หัตถการนี้ คือ หากการปริแยกรุนแรงอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันได้ เช่น มีเลือดไหลเข้าเข้าไปในแผ่นไขมันและในผนังหลอดเลือดอย่างมาก ทำให้เกิดแรงดันสูงในแผ่นไขมันและผนังหลอดเลือด ช่องว่างในหลอดเลือดถูกเบียดโดยแผ่นไขมัน และผนังหลอดเลือดส่วนในสุด บางกรณีการฉีกขาดอย่างรุนแรงอาจกระตุ้นให้มีการจับตัวของเกร็ดเลือดและก่อให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันในเวลาอันรวดเร็ว หากเกิดภาวะนี้ต้องผ่าตัดฉุกเฉิน หลังการขยายรูหลอดเลือดในระยะยาวหลอดเลือดอาจกลับมาตีบหรืออุดตันใหม่ ประมาณร้อยละ 30 ต้องขยายหลอดเลือดด้วยบอลูนใหม่ หรืออาจต้องผ่าตัดเพื่อทำทางเบี่ยงให้เลือดไหลเวียนได้ (อภิชาติ สุคนธสรณ์. 2552)

2.2) การใส่โครงตาข่าย (coronary artery stents) โครงตาข่ายมีลักษณะคล้ายตาข่ายหลอดโลหะ รูปแบบอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบริษัท วิธีการใส่โครงตาข่ายคล้ายการขยายหลอดเลือดด้วยบอลูน ต่างกันเพียงการฝังโครงร่างตาข่ายอยู่ในหลอดเลือดแดง และผู้ป่วยต้องรับประทานยาต้านการจับกันของเกร็ดเลือดร่วมด้วย ข้อพิจารณาในการไม่ใส่โครงตาข่าย คือ หลอดเลือดเล็กเกินไป น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 มิลลิเมตร ขนาดความยาวของเส้นเลือดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 เซนติเมตร (stents) เส้นเลือดคดเคี้ยวมาก มีอันตรายหรือเสี่ยงมาก หรือมีก้อนเลือดขนาดใหญ่เกิดขึ้น ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ เกิดการอุดตันกึ่งเฉียบพลัน แม้จะรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดแล้วก็ตามสามารถเกิดได้ ร้อยละ 3 – 4 (อภิชาติ สุคนธสรณ์. 2552)

2.3) การตัดคราบไขมันออก (atherectomy) เป็นการตัดเอาคราบไขมันออกจากหลอดเลือดด้วยไบมิคัง ที่ใช้ความเร็วสูง ซึ่งช่วยให้ผนังหลอดเลือดเรียบและการไหลเวียนเลือดสะดวกขึ้น

2.4) การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass grafting) เป็นวิธีที่นิยมมากสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาด้วยการถ่างขยายด้วยบอลูน หรือรักษาทางการแพทย์ การผ่าตัดนี้จะช่วยลดอาการเจ็บอกที่เกิดขึ้นบ่อยและรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้เป็นปกติ สุข กล้ามเนื้อหัวใจมีเลือดไปหล่อเลี้ยงมากขึ้น และการทำงานของหัวใจดีขึ้น (อภิชาติ สุคนธสรณ์. 2552)

2.5) การขยายหลอดเลือดด้วยเลเซอร์ (transmyocardial revascularization : TMR) เลือกทำในผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดที่อุดตันเล็กมาก ไม่สะดวกในการตัดต่อหลอดเลือด หรือเคยทำการผ่าตัดแล้วเกิดอุดตันซ้ำ มีหัวใจขาดเลือดรุนแรง วิธีนี้ผู้ป่วยต้องดมยาสลบ ผ่าตัดช่องอกซ้าย ด้านหน้า ตำแหน่งช่องซี่โครงที่ 5 ซึ่งตรงกับบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจของเวนทริเคิลซ้าย ทำขณะหัวใจจะยังเต้นอยู่ เลเซอร์ถูกควบคุมโดยคอมพิวเตอร์ รูที่ยิงขนาด 1 มิลลิเมตร ลึก 1 เซนติเมตร กำลัง 30 – 35 จูลส์ ยิงประมาณ 10 – 25 รู เมื่อยิงหลายรูแล้วทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีลักษณะเป็นฟองน้ำ ที่ช่วยดูดซับเลือดที่มีออกซิเจนให้ไหลซึมไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด ภาวะแทรกซ้อน คือ

ภาวะเลือดออก หัวใจห้องล่างซ้ายเต้นผิดจังหวะ หัวใจถูกกดจากการมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ
อุบัติเหตุจากการทำผิดพลาด เส้นเลือดนำคลื่นไฟฟ้าถูกทำลาย เป็นต้น (อภิชาติ สุคนธสรรพ์. 2552)

3) การควบคุมโรค

การควบคุมโรคโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หรือปรับเปลี่ยนแบบแผนการ
ดำเนินชีวิตในเรื่องของพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนักให้อยู่
ในเกณฑ์ปกติจะช่วยให้การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยวิธีอื่นมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ด้วยการ
รับประทานยารักษาโรคร่วม และลดระดับไขมันอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ. 2551)

การปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตที่สำคัญ คือ การลดน้ำหนักให้ดัชนีมวลกายอยู่ใน
เกณฑ์ที่ปกติ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ปรับพฤติกรรมบริโภคอาหารให้เหมาะสม ทำให้ลดความเสี่ยง
จากการเกิดโรคเรื้อรังถึงร้อยละ 58 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยมหิดล. 2553) การออกกำลังกายอย่างน้อยควรให้อยู่ในระดับ
ปานกลางขึ้นไปจะช่วยให้ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ลดลง ทำให้ไขมันดีเพิ่มขึ้น และในขณะเดียวกัน
ก็สามารถลดระดับความดันโลหิตได้ ลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งการป้องกันและควบคุมความดัน
โลหิตสูง โรคเบาหวาน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยควบคุมระดับความดัน
โลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่นที่พบร่วมกัน สามารถปฏิบัติได้โดยการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมในเรื่องของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ละเลิกสารเสพติด
และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเช่นกัน

2.2 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด หัวใจ

2.2.1 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจเกิดจากปัจจัยหลายปัจจัย ซึ่งไม่ได้มีผลต่อการเกิดโรคในลักษณะปัจจัย
เดี่ยวแต่เป็นปฏิสัมพันธ์ร่วมกันของปัจจัยที่พบ เนื่องจากการสั่งสมของปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ (multiple
risk factors) โดยเฉพาะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคต่อไปนี้ก่อนแล้ว ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน (ฉวีวรรณ บุญสุยาและคณะ. 2551 : 22 ; Simon A. 2012)
ประชากรชายและหญิงไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงเพียง 1 ปัจจัย ร้อยละ 41.1 และ
34.1 รองลงมา มี 2 ปัจจัย ร้อยละ 9.5 และ 7.4 นอกนั้น จะมีปัจจัยเสี่ยง 3 ปัจจัยขึ้นไป ความชุกของ
การมี 2 ปัจจัยเสี่ยงขึ้นไปเพิ่มตามอายุที่เพิ่มขึ้น และสูงสุดในกลุ่มอายุ 60 – 90 ปี รองลงมาพบใน
กลุ่มอายุ 70 – 79 ปี (ฉวีวรรณ บุญสุยา และคณะ. 2551 : 22)

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ (nonmodifiable risk factor) ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ (modifiable risk factor) และปัจจัยเสริมอื่น ๆ (contributing factor)

1) ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้

1.1) กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวสายเลือดเดียวกันเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้มากกว่าผู้ที่ไม่ประวัติกรรมพันธุ์ในครอบครัว (Cheitlin & Zipes. 2001) ครอบครัวที่บิดามารดาเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และถึงแก่กรรมก่อนเวลาอันควร บุตรจะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคดังกล่าวสูง (อภิชาติ สุขนครสรรพ. 2553) ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคนี้นี้จะพบสูงขึ้นประมาณ 1.3 เท่า ในผู้ป่วยที่มีประวัติญาติผู้ชายเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบก่อนอายุ 55 ปี และประวัติญาติผู้หญิงเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบก่อนอายุ 65 ปี (Myers et al. 1990 : 963 – 969)

1.2) เพศและอายุ เพศชายมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าเพศหญิง 5 – 6 เท่า ในช่วงอายุเดียวกัน โดยเพศชายมักเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (หัวใจขาดเลือด) ก่อนอายุ 40 ปี และเพศหญิงมักเกิดโรคนี้นี้เมื่ออายุมากกว่า 55 ปี หรือหลังหมดประจำเดือน (Cheitlin & Zipes. 2001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา เพ็ญศิริรักษา, ปราณี ภาณุภาส และจำเรียง เรืองมาก (2553 : 4) ที่กล่าวว่าเพศชายมีความเสี่ยงสูงกว่าเพศหญิงเมื่ออายุเท่ากัน และเมื่อพิจารณาเฉพาะเรื่องของอายุ พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น ข้อมูลจาก American Heart Association พบว่า ร้อยละ 83 ของผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีอายุมากกว่า 65 ปี และผู้หญิงมีโอกาสเสียชีวิตเร็วกว่าผู้ชาย (ปรีชา เอื้อโรจนอักษร. 2553 : 7)

1.3) เชื้อชาติ ข้อมูลจากสมาคมโรคหัวใจในสหรัฐอเมริกา พบว่าชาวแอฟริกันอเมริกัน มีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบสูงกว่าชาวผิวขาว (caucasian) สาเหตุคาดว่าเป็นจากความดันโลหิตสูงที่พบมากกว่า (หัสยา ประสิทธิ์ดำรง. 2553) นอกจากนี้ ความเสี่ยงที่สูงขึ้นยังพบในชาวอเมริกันเชื้อสายเม็กซิกัน อินเดีย ฮาวาย และเอเชีย เนื่องจากเป็นกลุ่มเชื้อชาติที่มีโรคอ้วนและเบาหวานสูง

2) ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงหรือปรับเปลี่ยนได้ แบ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลัก และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ

2.1) ปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่

(1) ความดันโลหิตสูง ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่พบว่าทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้บ่อย โดยเฉพาะค่าความดันโลหิตขณะบีบตัว (systolic blood pressure) มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หากมีค่าสูงเป็นเวลานาน ซึ่งจะก่อให้เกิดหลอดเลือดหัวใจหนาและแข็งมากขึ้นและ ความดันโลหิตที่สูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือด

หัวใจตีบสูงกว่าคนปกติ 1.6 เท่า (Peter et al. 1998 : 97–183) ระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น จะเพิ่มการทำงานของเวนทริเคิลซ้าย ทำให้โตและหนา (ventricular hypertrophy) นอกจากนี้ยังทำให้หลอดเลือดหดตัว (vasoconstriction) ซึ่งทำให้ผนังชั้นในของหลอดเลือดถูกทำลายและเกิดการตีบแข็งของหลอดเลือดได้ (หทัยา ประสิทธิ์ดำรง. 2553: 8)

เครือข่ายความดันโลหิตสูงโลก (World Hypertension League) ระบุว่าความดันโลหิตในทุก ๆ 10 มิลลิเมตรปรอท ที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 เมื่อนำมาประเมินภาวะโรค พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกิดจากความดันโลหิตที่มากกว่า 115 มิลลิเมตรปรอท ทั้งนี้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง มักมีโคเลสเตอรอลสูงกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตปกติประมาณ 6–7 เท่า และเมื่อผู้ป่วยที่มีปัญหาทั้งสองชนิดรวมกัน ก็เสี่ยงที่จะพัฒนาเป็นโรคหัวใจมากขึ้นกว่า 2 เท่า โดยผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะพัฒนาไปสู่การเป็นโรคหัวใจแล้ว ยังมีโอกาสมากกว่าร้อยละ 18 – 50 ในการพัฒนาไปสู่ โรคเบาหวานด้วย เมื่อเทียบกับผู้ที่มีปัญหาหรือความเสี่ยงเพียงอย่างเดียว (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยมหิดล. 2553)

(2) โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากภาวะความผิดปกติทางเมแทบอลิซึมของตับอ่อนที่ไม่สามารถผลิตอินซูลินหรือทำให้การออกฤทธิ์ของอินซูลินผิดปกติซึ่งอินซูลินเป็นฮอร์โมนสำคัญที่ร่างกายใช้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ เมื่อร่างกายไม่สามารถผลิตอินซูลินได้ด้วยสาเหตุใดก็ตาม จะทำให้การเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต โปรตีนและไขมันผิดปกติ ร่างกายใช้น้ำตาลกลูโคสไม่ได้ตามปกติ ระดับน้ำตาลในเลือดจะสูงขึ้นโดยร่างกายไม่สามารถที่จะควบคุมได้ตามธรรมชาติ (hyperglycemia) (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2553)

การเกิดภาวะน้ำตาลสูงในเลือดเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งรวมถึงโรคหลอดเลือดหัวใจ จากการทำลาย การเสื่อมสมรรถภาพและการล้มเหลวในการทำงานของหลอดเลือดทั้งขนาดเล็ก (microangiopathy) และขนาดใหญ่ (macroangiopathy) (สุทิน ศรีอัษฎาพร และวรรณ นิธยานันท์. 2548 : 3) โดยทำให้เส้นเลือดแข็ง เปราะ และฉีกขาดได้ง่าย ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการอุดตันของลิ้มเลือดในหลอดเลือด การที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ จะส่งผลให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเพิ่มมากขึ้น ตับเปลี่ยนน้ำตาลให้เป็นไกลโคเจนและไขมันเพิ่มขึ้น จึงเร่งการเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง (ภาวนา กิริติยวงศ์. 2548 : 29-30)

ข้อมูลระบุว่า 3 ใน 4 ของผู้ป่วยเบาหวานเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แม้ว่าจะควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ก็ตาม (หทัยา ประสิทธิ์ดำรง. 2553 : 9) ข้อมูลจากการทดลองเพื่อทดสอบปัจจัยเสี่ยงเบาหวาน (Multiple Risk Factor Intervention Trial : MRFIT) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาล มีโอกาสเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือด

หัวใจ มากกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน 4 - 5 เท่า และอัตราเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นอย่างมากในผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น มีระดับไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง หรือสูบบุหรี่ นอกจากนี้ ผู้ป่วยเบาหวานยังมีโอกาสเสียชีวิตเฉียบพลันจากโรคหลอดเลือดหัวใจ เพิ่มขึ้นร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน (ผาสุข แก้วเจริญตา. 2549 : 10)

(3) ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับไขมันในเลือดต่างไปจากเกณฑ์ที่เหมาะสม เป็นผลให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ไขมันในเลือดเป็นส่วนประกอบของผนังเซลล์และเซลล์ต่าง ๆ ที่ร่างกาย พบล่องลอยอยู่ในกระแสเลือด เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับร่างกายมนุษย์ อย่างไรก็ตาม ไขมันในเลือดมีทั้งไขมันดี และไขมันตัวร้าย ไขมันในเลือดที่ทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดหลอดเลือดแดงตีบตัน คือ (NCEP III. 2002)

โคเลสเตอรอลรวม (Total Cholesterol) มากกว่าหรือเท่ากับ 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เป็นไขมันที่ร่างกายได้รับจากการรับประทานอาหาร โดยเฉพาะในสัตว์และผลิตภัณฑ์ที่มาจากสัตว์ เช่น เนย นม ไข่แดง เครื่องในสัตว์ เพราะเซลล์สัตว์ทุกชนิดมีโคเลสเตอรอลเป็นส่วนประกอบ และนอกจากนี้ร่างกายสามารถสร้างโคเลสเตอรอลขึ้นมาเองได้อีกด้วย

แอลดีแอล โคเลสเตอรอล (LDL- Cholesterol) มากกว่าหรือเท่ากับ 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เป็นโคเลสเตอรอลที่ถูกนำไปใช้ประโยชน์สู่เซลล์หรืออวัยวะต่าง ๆ และเมื่อจับกับสารอนุมูลอิสระ (ของเสียเกิดขึ้นจากปฏิกิริยาในร่างกาย) จะกลายเป็นแอลดีแอลโคเลสเตอรอลที่ไวต่อการอักเสบ ทำให้หลอดเลือดแดงตีบลง และผนังหลอดเลือดเปราะบาง ปรแตกได้ง่าย ถ้ามีมากเกินไปจะเกิดผลเสีย เกิดการหลั่งคั่งในกระแสเลือด และถูกนำมาสะสมสู่ผนังหลอดเลือด ผลคือหลอดเลือดแดงตีบตัน จึงถูกเรียกว่า “ไขมันตัวร้าย” เพราะเป็นอนุพันธ์ของโปรตีน สำคัญที่ก่อให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงอักเสบมากที่สุด (Shepherd et al. 1995 : 1301 - 1307) แอลดีแอลโคเลสเตอรอล ที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 1 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบร้อยละ 2 - 3 เท่า และแอลดีแอลโคเลสเตอรอลที่มากกว่า 160 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะทำให้เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบสูงกว่าคนปกติ 1.7 เท่า (หัสยา ประสิทธิ์ดำรง. 2553 : 8)

เอชดีแอล โคเลสเตอรอล (HDL- Cholesterol) น้อยกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในผู้หญิง และน้อยกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในผู้ชาย เป็นโคเลสเตอรอลที่ถูกนำออกจากเซลล์หรืออวัยวะต่าง ๆ เพื่อส่งกลับไปตีบสำหรับใช้ประโยชน์ เป็นการขนย้ายโคเลสเตอรอลจากไขมันตัวร้ายที่สะสมอยู่ให้สลายไปเหมือนการเก็บขยะไปทิ้ง ถ้ามีปริมาณมากถือว่าดี จึงเรียกว่า “ไขมันดี” ไขมันดีเอชดีแอล โคเลสเตอรอลที่ลดลงทุก 1 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบสูงขึ้นร้อยละ 2 - 4 และระดับเอชดีแอล โคเลสเตอรอลที่ต่ำกว่า 35 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าคนปกติ 1.5 - 2 เท่า (Peter. et al. 1998 : 1837 - 184 อ้างถึงใน หัสยา ประสิทธิ์ดำรง. 2553 : 8)

ไตรกลีเซอไรด์ (TG) มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride : TG) เป็นไขมันที่เมื่อสลายตัวจะให้กรดไขมันอิสระ ซึ่งเซลล์กล้ามเนื้อสามารถนำไปใช้ได้และตับสามารถนำกรดไขมันอิสระไปเปลี่ยนเป็นกลูโคส เพื่อให้พลังงานหรืออาจนำไปสร้างไขมันชั้นใหม่หรือเก็บเป็นไขมันสะสมอยู่ในเซลล์ไขมันเพื่อเป็นพลังงานสำรองถ้าโดยปกติหากค่า เอชดีแอล โคเลสเตอรอล ในเลือดสูงขึ้น ระดับไตรกลีเซอไรด์ก็จะต่ำลง เพราะค่าไตรกลีเซอไรด์กับค่าเอชดีแอล โคเลสเตอรอล มักจะตรงกันข้ามกัน

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติยังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับโรคเบาหวานและโรค อ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งภาวะเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจโคโรนารี หลอดเลือดแดงแข็ง หลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ถ้าอาการรุนแรงมากจะทำให้เกิด หัวใจวายเส้นเลือดในสมองตีบได้และเป็นอัมพาตได้ มีการศึกษาทางระบาดวิทยา พบว่า ผู้ที่มีระดับ โคเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่า 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะมีอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็น 4 เท่าของผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดต่ำกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร รวมถึงผู้ที่มีระดับ ไตรกลีเซอไรด์สูงกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

(4) การสูบบุหรี่ สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างสูงไม่ว่าจะสูบบุหรี่โดยตรงหรือโดยอ้อม (passive smoker) นิโคตินและคาร์บอนมอนอกไซด์ในบุหรี่จะทำลายผนัง หลอดเลือดด้านในซึ่งทำให้ง่ายต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง โดยการสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ รวมถึงโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนไม่สูบบุหรี่ 2 – 4 เท่า และเพิ่ม อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอีกร้อยละ 50 ทั้งนี้ความเสี่ยงดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นตามอายุและ ปริมาณบุหรี่ที่สูบ ในทางกลับกัน หากหยุดสูบบุหรี่เป็นเวลา 1 – 2 ปี ความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือด หัวใจตีบจะลดลงประมาณร้อยละ 50 และจะลดลงเท่ากับคนที่ไม่สูบบุหรี่เมื่อหยุดสูบเป็นเวลา 3–5 ปี (ปริชา เอื้อโรจนอังกฤษ. 2553 : 8)

2.2 ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ได้แก่

(1) โรคอ้วนและน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยทั่วไป หมายถึง ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ที่อยู่ระหว่าง 25 – 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ส่วนภาวะอ้วนหมายถึง ดัชนีมวลกาย ที่มากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ความอ้วนมักสัมพันธ์กับระดับโคเลสเตอรอลสูง และโคเลสเตอรอลชนิด เอชดีแอลต่ำ ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน โดยเฉพาะภาวะอ้วนลงพุงพบว่าเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิด โรคหลอดเลือดหัวใจตีบโดยไม่ต้องอาศัยปัจจัยเสี่ยงอื่นร่วมด้วย (ปริชา เอื้อโรจนอังกฤษ. 2553 : 9)

(2) การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในประเทศ ที่กำลังพัฒนา มีการบริโภคผักและผลไม้ที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ คือ 400 – 600 กรัมต่อ คนต่อวัน (5 – 7.5 ถ้วยมาตรฐาน) ทำให้ประชากรเสียชีวิตมากกว่า 2.5 ล้านคนต่อปี และสัมพันธ์กับ

การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มบริโภคผักและผลไม้ลดลง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2554)

(3) การบริโภคหวาน เค็ม มัน มากเกินไป จากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เปลี่ยนแปลงไป นิยมรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ด อาหารสำเร็จรูป ขนมขบเคี้ยว ขนมกรุบกรอบ ช็อคโกแลต ลูกอม น้ำอัดลม และเครื่องดื่มรสหวาน อาหารส่วนใหญ่มีส่วนประกอบหลักด้วยแป้ง น้ำตาล น้ำมัน ไขมัน ผงชูรส และเกลือมากขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคไต โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2554)

(4) มีกิจกรรมทางกายน้อยหรือการขาดการออกกำลังกาย องค์การอนามัยโลก ได้ประมาณว่า การไม่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 22-23 โรคเบาหวานร้อยละ 15 ในประเทศไทยการขาดกิจกรรมทางกายเป็นสาเหตุของภาระโรคลำดับที่ 9 ทำให้สูญเสียร้อยละ 1.3 ของ DALY การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 28 โรคหัวใจร้อยละ 40 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2554) การออกกำลังกายขนาดปานกลางถึงหนักอย่างสม่ำเสมอช่วยเพิ่มระดับเอชดีแอลโคเลสเตอรอล ซึ่งเป็นปัจจัยที่ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ ช่วยให้ผนังหลอดเลือดมีการทำงานอย่างต่อเนื่อง มีความยืดหยุ่นดี ไม่เปราะแข็ง ช่วยลดน้ำหนักและลดความดันโลหิตได้ (เพ็ญพิมล ธีมรรคคิด. 2537 ; เรื่องศักดิ์ ศิริผล. 2542 ; ผ่องพรรณ อรุแสง. 2554)

(5) ความเครียด (stress) คือ สภาวะทางอารมณ์ ที่เกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งเร้าจากภายนอก เช่น รูป รส กลิ่น เสียง สัมผัส และสิ่งเร้าจากภายใน เช่น สิ่งที่เราจินตนาการมากระทบ หู ตา จมูก ลิ้น กายและใจจนเสียสมดุล (loss of homeostasis) ก่อให้เกิดการปรับตัวเพื่อจัดการกับสิ่งเร้านั้น ๆ การมีความเครียดเรื้อรังเป็นเวลาดิถีต่อกันไม่ว่าจะเป็นความเครียดในชีวิตประจำวัน ความเครียดจากการทำงาน ความเครียดในชีวิตสมรส และยังไม่สามารถจัดการกับสาเหตุของความเครียดนั้นได้ จะทำให้มีโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพราะภาวะเครียดมีผลต่อการหลั่งสารแคททีคอลามีน (catecholamine) กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic activity) เร่งการเกาะตัวของเกล็ดเลือดและขบวนการเกิดเลือดแข็งตัว เพิ่มการสะสมของไขมัน เพิ่มความดันโลหิต และเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ (Sime, Eliot and Solberg. 1998) จากการศึกษาพบว่าบุคคลที่มีความเครียด ขาดความรัก ความอบอุ่น มีโอกาสเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจสูงกว่าบุคคลอื่นถึง 3 เท่า (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2554) ความเครียดยังพบมากในคนที่มีบุคลิกภาพแบบ A (type A personality) และมีรายงานว่ามีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบสูงกว่าบุคลิกภาพแบบอื่นถึง 2 เท่า (ปรีชา เอื้อโรจน์อังกร. 2553 : 9)

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับระดับไขมันในเลือดต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าภาวะไขมันในเลือดผิดปกติจะมีสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหัวใจสูงสุดมากกว่าปัจจัยเสี่ยงอื่น เช่น การสูบบุหรี่ ภาวะความดันโลหิตสูง การออกกำลังกาย การเคลื่อนไหวร่างกาย การมีกิจกรรมทางกายน้อย และโรคเบาหวาน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ต่อโรคหลอดเลือดหัวใจโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดส่วนปลาย (Relative Importance of Modifiable risk factors for Atherosclerosis in different parts of the arterial tree)

ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้	โรคหลอดเลือดหัวใจ	โรคหลอดเลือดสมอง	โรคหลอดเลือดส่วนปลาย
การสูบบุหรี่	+++	+++	+++++
ระดับความดันโลหิต	+++	++++	+
ระดับไขมันในเลือด	++++	?	-
การไม่เคลื่อนไหวร่างกาย	+++	++	++
เป็นเบาหวาน	+++	+++	++++

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2551)

นอกจากนี้ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม การเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจและสังคม วิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป สภาพแวดล้อมไม่ปลอดภัย ขาดการใส่ใจดูแลปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2554 ; McCann and Ewing. 2003) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจในประเทศไทยที่พบว่ากรุงเทพมหานครมีสภาพแวดล้อมและวิถีการดำรงชีวิตที่เสี่ยงต่อสุขภาพ ส่งผลให้ประชาชน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงมากกว่าพื้นที่อื่น ๆ โดยเฉพาะภาวะน้ำหนักเกินของประชาชนในกรุงเทพมหานคร สูงเป็นอันดับ 2 ส่วนโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานพบสูงเป็นอันดับ 1 ของประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข. 2554) ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมีดังนี้

1. ปัจจัยระดับครอบครัวและบุคคลรอบข้าง พบว่าสภาพแวดล้อมในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวมีอิทธิพลในการบริโภคอาหาร แม่บ้านมีอิทธิพลในการเลือกและปรุงอาหารในแต่ละมื้อของ

ครอบครัว การจัดเตรียมอาหารเป็นการจัดเตรียมสำหรับทุกคนในครอบครัว ผู้ป่วยไม่สามารถหลีกเลี่ยงที่จะไม่รับประทานไม่ได้ บางครั้งมีข้อจำกัดด้านเวลาไม่สามารถจัดเตรียมอาหารได้ ต้องซื้ออาหารปรุงสำเร็จ (พิบูล ตินามาศ. 2550) ผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ร่วมกับอาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีรายได้น้อย จะให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของตนเองน้อยกว่าการให้ความช่วยเหลือบุตรหลานเพื่อแบ่งเบาภาระ เช่น ทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ (ผาสุข แก้วเจริญตา. 2549)

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการออกกำลังกาย เช่น ไม่มีสถานที่ สภาพอากาศที่ร้อนหรือหนาวเกินไป การทำงานจนเหนื่อยไม่มีเวลาออกกำลังกาย เพื่อนหรือสมาชิกที่ออกกำลังกายด้วยกัน (กนกพร วิสุทธิกุล. 2540) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุทัยวรรณ สุภิมานิล, สุชาติดา คงธนไชย และดวงใจ บุญคง. (2552) พบว่าอุปสรรคที่สำคัญของการขาดการออกกำลังกาย คือ ไม่มีเวลา เหนื่อย ไม่มีเพื่อนร่วมออกกำลังกาย ไม่มีสถานที่ ไม่มีอุปกรณ์ วิถีชีวิตที่ถูกขัดขวางด้วยโครงสร้างผังเมืองที่ไร้ทิศทาง ขาดระเบียบ ระบบขนส่งจราจรผูกขาดโดยรถยนต์ส่วนบุคคล สูญเสียเวลาในการเดินทาง ส่งผลให้ขาดการออกกำลังกาย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2554)

3. ปัจจัยด้านการบริการสาธารณสุข เป็นสาเหตุที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในภายหลัง เป็นผลมาจากการดูแลของบุคลากรและศักยภาพด้านต่าง ๆ ที่มีอยู่อย่างจำกัด บุคลากรที่มีความรู้ไม่สามารถดูแลงานด้านปฐมภูมิได้ ขาดความเชื่อมโยงในการดูแลผู้ป่วยแบบครบวงจร เกิดช่องว่างระหว่างระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิขึ้น (วงเดือน ฤๅชา และคณะ. 2554) การบริการระดับปฐมภูมิมุ่งเน้นการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมากถึงร้อยละ 80 – 90 แต่คัดกรองแล้วไม่มีการจัดการต่อในการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การดำเนินการด้านการส่งเสริมป้องกัน ทำเป็นกิจกรรมกระจัดกระจาย หลากหลายโครงการ มากกว่าเน้นที่กลุ่มประชากรที่ชัดเจน ไม่ครอบคลุมไม่ต่อเนื่อง ทำให้การเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันไม่บรรลุ เกิดจากการขาดการมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบของกิจกรรม ขาดความเป็นเจ้าของ การรับรู้ถึงความสำคัญของปัญหา รวมทั้งขาดความเข้าใจในกระบวนการดำเนินงานที่เหมาะสม (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร. 2555 : 9)

ดังนั้น หากสามารถป้องกันและควบคุมการเกิดของปัจจัยเสี่ยง โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ที่สำคัญโดยเฉพาะพฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด ลดน้ำหนักให้อยู่ในระดับดัชนีมวลกายตามเกณฑ์ปกติ ส่งผลให้ความเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรังลดลง การส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จึงเป็นสิ่งที่ทุกฝ่ายต้องให้ความสำคัญและร่วมมือกันทั้งในระดับตัวผู้ป่วยเอง บุคคลในครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ

2.2.2 แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (WHO. 2007)

1) การประเมินความเสี่ยงตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (Early and global assessment of risk) เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจหลายชนิดสามารถเปลี่ยนแปลงได้ด้วยการค้นหาความเสี่ยงของโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก การประเมินความเสี่ยงได้เร็วมากที่สุดเท่าใด จะยิ่งเป็นผลดีต่อการป้องกันบุคคลให้ไกลห่างจากการเกิดโรค แนวทางประเมินความเสี่ยงที่ดีที่สุดที่มีใช้ในปัจจุบัน คือ The Framingham risk score วิธีนี้ประเมินความเสี่ยงเพื่อหาความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า (10-year risk) โดยใช้ Framingham risk scoring ปัจจัยเสี่ยงที่ใช้คำนวณ ได้แก่ อายุ ค่าโคเลสเตอรอล ค่าเอชดีแอล โคเลสเตอรอล ระดับความดันโลหิตตัวบน การรักษาความดันโลหิตสูง และการสูบบุหรี่ ขั้นแรกให้คำนวณหาจำนวนคะแนนของแต่ละปัจจัยเสี่ยง ซึ่งค่าโคเลสเตอรอล และเอชดีแอล โคเลสเตอรอล ควรได้จากการเฉลี่ย 2 ครั้ง ของค่าที่ได้ส่วนค่าความดันโลหิตให้ใช้ค่าที่ได้ ณ เวลาที่ประเมินโดยไม่สนใจว่าจะได้รับยาลดความดันโลหิตมาหรือไม่ก็ตาม แต่ถ้าได้รับยาลดความดันโลหิตจะมีการคิดคะแนนพิเศษเพิ่มเติมไปจากค่าความดันเลือดที่อ่านได้เพราะว่าแม้จะใช้ยารักษาแต่ก็ยังมีความเสี่ยงหลงเหลืออยู่ ค่าเฉลี่ยของการวัดความดันโลหิตหลาย ๆ ครั้งให้เป็นไปตามคำแนะนำ ของ JNC เพื่อให้ค่าความดันเลือดที่มีความถูกต้อง ส่วนการเป็นผู้สูบบุหรี่ (smoker) จะหมายถึงการสูบบุหรี่ในอดีต โดยคะแนนความเสี่ยงรวมได้จากการรวมคะแนนของแต่ละความเสี่ยง ส่วนการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจหรือโอกาสเสียชีวิตใน 10 ปีข้างหน้า นั้น ได้จากคะแนนรวม แล้วจึงแบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกตาม 10-year risk โดยใช้ตารางประกอบการประเมิน

2) การคัดกรองโรค : การตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือดหัวใจช่วยให้สามารถค้นหาผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงซึ่งมีประโยชน์ต่อการลดอุบัติการณ์การเกิดโรค และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาตลอดจนเพิ่มคุณภาพชีวิตในระยะยาว การตรวจคัดกรองแบ่งได้ 2 แบบ คือ การตรวจคัดกรองเป็นประจำกับการตรวจคัดกรองเมื่อแพทย์สงสัย ในปัจจุบันนิยมสนับสนุนให้ผู้ใช้บริการตรวจคัดกรองเป็นประจำตามระบบต่าง ๆ ทั่วไปก่อน แล้วจึงจะคัดกรองเพิ่มเติมจากความสงสัยของแพทย์ การตรวจคัดกรองเพียงครั้งเดียวก็สามารถพบปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของโรคหลอดเลือดหัวใจได้หลายอย่างในคราวเดียวกัน วิธีการตรวจคัดกรองมีดังนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2551)

2.1) การสัมภาษณ์ผู้ที่มารับการตรวจอย่างละเอียด

(1) ประวัติที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรค โดยเฉพาะประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ตลอดจนการใช้ยาต่าง ๆ โรคหรือการเจ็บป่วยที่ต้องสนใจ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง รวมถึงประวัติครอบครัวด้วย

(2) ภาวะโภชนาการ รวมถึงปริมาณพลังงานที่รับประทานแต่ละวัน ชนิดและปริมาณไขมัน หมู่ออาหาร เช่น ปริมาณเกลือ อาหารที่มีกากใย ธัญพืช ปริมาณน้ำตาล ปริมาณแอลกอฮอล์

(3) ระดับกิจกรรมทางกาย

(4) ความเครียดและปัจจัยด้านจิตสังคม โดยประเมิน 2 ลักษณะ คือ

1. สภาวะความเครียดและการตอบสนองต่อความเครียด/ภาวะตึงเครียด

2. การสนับสนุนทางสังคมและการแยกตัวออกจากสังคมในกรณีมีข้อบ่งชี้

2.2) การตรวจร่างกายที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

(1) การคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (body mass index = BMI) กลุ่มที่มีความเสี่ยงคือ น้ำหนักเกินเมื่อค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และค่าที่เกินกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ถือว่ามีภาวะอ้วน (obesity)

(2) เส้นรอบเอว (waist circumference) โดยเพศชายไม่ควรเกิน 36 นิ้ว (90 ซม.) เพศหญิงไม่ควรเกิน 32 นิ้ว (80 ซม.) (International Diabetes Federation - IDF. 2005)

(3) การวัดชีพจร และความดันโลหิต ควรวัดในท่านั่ง ใช้เครื่องวัดความดันปรอทแบบตั้งโต๊ะ โดยให้ผู้ถูกคัดกรองนั่งพักอย่างสงบไม่น้อยกว่า 5 นาที จับชีพจรแล้ววัดความดันโลหิตโดยวัด 2 ครั้งห่างกัน 1 นาที แล้วคำนวณค่าเฉลี่ย ถ้าค่าความดันโลหิตต่างกัน 10 มิลลิเมตรปรอท หรือมากกว่า ให้วัดซ้ำอีกครั้ง (JNC 7) ในผู้ถูกคัดกรองไม่มีอาการและแข็งแรงดี มีความดันโลหิตตัวบน 140 – 159 มิลลิเมตรปรอท หรือมีความดันโลหิตตัวล่าง 90 – 95 มม.ปรอท ให้นัดมาวัดความดันโลหิตซ้ำอีกครั้งในอีก 4 – 8 สัปดาห์ กลุ่มที่มีความเสี่ยง คือ ผู้ที่มีความดันโลหิตตัวบนหรือตัวล่างมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือชีพจรปกติขณะพักมีค่า 60-100 ครั้ง/นาที

(4) การประเมินหลอดเลือดส่วนปลาย การบวม และการคล้ำท้อง เพื่อประเมินความผิดปกติของหลอดเลือด ประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจหรือโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น ภาวะน้ำเกิน ภาวะหลอดเลือดโป่งพอง และการตีบของหลอดเลือดส่วนปลายเกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง และทำให้หลอดเลือดแดงที่ขาตีบหรือตัน ในคนที่อายุน้อยกว่า 60 ปี พบโรคนี้น้อยกว่าร้อยละ 3 แต่ในคนที่อายุมากกว่า 70 ปี พบถึงมากกว่าร้อยละ 20 พบทั้งในเพศชายและเพศหญิงไม่ต่างกัน ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดแดงที่ขาตีบ แม้จะไม่มีอาการใด ๆ ปรากฏว่ามีโอกาสเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ความเป็นจริงผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เป็นโรคหลอดเลือดแดงที่ขาตีบก็เสียชีวิตจากโรคหัวใจได้

2.3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย

(1) ระดับไขมันในเลือด ตรวจในกรณีมีความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน หรือมีประวัติระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ซึ่งตรวจโดยไม่ต้องอดอาหารกลุ่มที่มีความเสี่ยงคือ มีระดับ

ไขมันโคเลสเตอรอล สูงกว่า 200 มิลลิกรัมต่อลิตร ถือว่ามีระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ผิดปกติ (NCEP III. 2002)

(2) ระดับน้ำตาลในเลือด พิจารณาร่วมกับการมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ดังนี้

1. ประวัติการเป็นเบาหวานในสมาชิกครอบครัวสายตรง
2. น้ำหนักเกิน
3. มีวิถีชีวิตแบบชีวิตนั่ง ๆ นอน ๆ
4. มีประวัติระดับน้ำตาลในเลือดเมื่ออดอาหารมากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรอย่างน้อย 2 ครั้ง

5. มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง

6. มีระดับเอชดีแอล โคเลสเตอรอล น้อยกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ไตรกลีเซอไรด์ มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (NCEP III. 2002)

(3) ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG, ECG) ตรวจในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดหรือผู้ที่มีอาการบ่งชี้ของโรคหัวใจขาดเลือด หรือเป็นเบาหวานนานเกิน 10 ปีขึ้นไป

(4) ถ่ายภาพรังสีทรวงอก เมื่อมีข้อบ่งชี้ เช่น ไอ เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย หรืออายุมากกว่า 60 ปีและอาจทำซ้ำใน 1 ปีหลังการตรวจครั้งแรก

3) การดำเนินการเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มเสี่ยงเป็นการป้องกันระดับปฐมภูมิ

(primary prevention) ซึ่งควรเน้นให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการดำเนินการที่ได้ผลดีควรได้รับความร่วมมือจากผู้มีภาวะเสี่ยงและครอบครัวด้วย เพื่อให้ผู้มีภาวะเสี่ยงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น โดยดำเนินการดังนี้

1. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาโรคของตนเอง
2. ให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญและผลกระทบของพฤติกรรมเสี่ยงและการเกิดโรค
3. สนับสนุน/ช่วยเหลือและชี้แนะเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง
4. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการระบุและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง
5. ให้ผู้ป่วยมีพันธะผูกพัน/ให้คำมั่นในการปรับพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลง
6. มีการติดตามและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวและผู้เกี่ยวข้อง
7. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย การให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่มีความสำคัญเพราะเป็นกระบวนการช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยสำรวจตนเองจนเกิดความเข้าใจและยอมรับที่จะปฏิบัติเพื่อแก้ไข

การมีพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถปรับตัวและเปลี่ยนแปลงตนเองได้ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2549 ; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2551) ซึ่งมีแนวทางปฏิบัติดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แนวทางปฏิบัติในการให้คำปรึกษาเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

ปัจจัยเสี่ยง/เป้าหมาย	แนวทางปฏิบัติในการให้คำปรึกษา
<p>การเลิกสูบบุหรี่โดยใช้ หลัก 5 A</p> <p>เป้าหมาย เลิกบุหรี่เด็ดขาด และไม่มีอาการสัมผัส ควันบุหรี่</p>	<p>ASK ถามถึงการสูบบุหรี่ในทุกโอกาส</p> <p>ASSESS การประเมินระดับการติดและความพร้อมในการที่จะเลิกบุหรี่</p> <p>ADVISE แนะนำอย่างหนักแน่นให้ผู้สูบบุหรี่ทุกคนเลิกบุหรี่</p> <p>ASSIST การช่วยเลิกบุหรี่ที่ประกอบด้วย การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่/การให้นิโคติน ทดแทน/การช่วยให้ยาเลิกบุหรี่/การป้องกันการกลับมาติดซ้ำ (Relapse prevention) การให้กำลังใจ การชื่นชมที่หยุดสูบบุหรี่ได้</p> <p>ARRANGE การนัดเพื่อติดตามประเมินผล</p> <p>แนวทางปฏิบัติ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แพทย์/พยาบาล ควรถามถึงการสูบบุหรี่ทุกครั้ง ผู้ที่สูบบุหรี่ต้องได้รับคำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ 2. แพทย์/พยาบาล ควรประเมินความต้องการเลิกบุหรี่ของผู้ที่สูบบุหรี่ ให้คำปรึกษาและช่วยวางแผนในการเลิก ควรมีการนัดหมายหรือส่งต่อเข้าโปรแกรมร่วมกับการรักษาด้วยยาในรายที่จำเป็น 3. ให้ความสำคัญกับการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ทั้งที่บ้านและที่ทำงาน
<p>การเพิ่มกิจกรรมทางกาย (Increased physical activity)</p>	<p>สนับสนุน/ส่งเสริมการเพิ่มกิจกรรมทางกาย ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อช่วยเพิ่มระดับโคเลสเตอรอลชนิดเอชดีแอล ช่วยให้ผนังหลอดเลือดมีการทำงานอย่างต่อเนื่อง มีความยืดหยุ่นดี ไม่เปราะแข็ง ช่วยลดน้ำหนักและความดันโลหิตได้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2554) ที่สำคัญ คือ เริ่มออกกำลังกายแต่น้อยและค่อยๆ เพิ่มขึ้น</p>

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง/เป้าหมาย	แนวทางปฏิบัติในการให้คำปรึกษา
<p>เป้าหมาย</p> <p>มีการออกกำลังกายระดับหนักปานกลางอย่างน้อย 30 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือมากกว่า (ถ้าผู้นั้นเป็นโรคเบาหวาน ให้ออกกำลังกาย 40-50 นาที อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์)</p>	<p>การออกกำลังกายที่ถูกต้องประกอบด้วย มีความสม่ำเสมอ (frequency) คือ ทุกวัน หรือวันเว้นวัน หรืออย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ระยะเวลาออกกำลังกาย (duration) นานเพียงพอ คือ ครั้งละ 30 – 45 นาที ความหนักของการออกกำลังกาย (intensity) พอเหมาะ ซึ่งในทางปฏิบัติใช้อัตราเต้นของหัวใจเป็นเกณฑ์ โดยออกกำลังกายให้ได้อัตราการเต้นของหัวใจเป็นร้อยละ 60 – 85 ของอัตราเต้นหัวใจสูงสุด อัตราเต้นหัวใจสูงสุดได้จากการคำนวณโดยลบอายุเป็นปีออกจาก 220 การกำหนดอัตราเต้นหัวใจระหว่างออกกำลังกายขึ้นกับสุขภาพพื้นฐานของผู้ป่วย การออกกำลังกายทุกครั้งต้องมีการอุ่นเครื่อง (warm up) ก่อนออกกำลังกาย และการผ่อนคลาย (cool down) หลังออกกำลังกาย</p> <p>แนวทางปฏิบัติ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยที่อายุมากไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย หรือสงสัยว่าเป็นโรคเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบหายใจ ระบบประสาท กล้ามเนื้อ และกระดูก ควรแนะนำให้ปรึกษาแพทย์ก่อนเริ่มออกกำลังกายหนัก 2. กิจกรรมที่มีความหนักระดับปานกลาง (ร้อยละ 40-60 ของความต้องการออกซิเจนสูงสุดของร่างกาย) เทียบเท่ากับ การเดินระยะทาง 1 ไมล์ ในระยะเวลา 15-20 นาที กิจกรรมที่มีความหนักระดับมาก (มากกว่าร้อยละ 60 ของความต้องการออกซิเจนสูงสุดของร่างกาย) พบว่าช่วยให้มีประโยชน์เพิ่มขึ้น 3. แนะนำให้ออกกำลังชนิดแบบมีแรงต้าน ระดับหนักปานกลาง 8 – 10 อย่าง โดยทำครั้งละ 10 – 15 ครั้ง อย่างละ 2 ชุด 2 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป 4. ควรเพิ่มกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันร่วมกับฝึกความยืดหยุ่นของร่างกายเข้าในโปรแกรมการออกกำลังกาย

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง/เป้าหมาย	แนวทางปฏิบัติในการให้คำปรึกษา
	<p>5. ผู้สูงอายุ และไม่ได้ออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายที่ละน้อย และใช้อาการเป็นตัวจำกัดการออกกำลังกาย (symptom limitation) เช่น การเดิน (ควรถือไม้เท้าป้องกันหกล้ม) เมื่อเริ่มเหนื่อยมากขึ้นให้เดินช้าลงหรือหยุดพัก เมื่อหายเหนื่อยจึงเดินใหม่</p>
<p>การลดน้ำหนัก</p> <p>เป้าหมาย ควบคุมน้ำหนักให้มีดัชนีมวลกาย 18.5 – 24.9 กก./ม.2 เส้นรอบเอว เกินไม่เกิน 90 ซม. ในเพศชาย และไม่เกิน 80 ซม. ในเพศหญิง (International Diabetes Federation - IDF. 2005)</p>	<p>1. เริ่มควบคุมน้ำหนักโดยการจำกัดอาหารและการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ดังนี้</p> <p>1.1 ส่งเสริมการรับประทานผัก ผลไม้ เมล็ดธัญพืช หลากหลายชนิด รวมทั้งผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำหรือปราศจากไขมัน เนื้อปลา เนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน</p> <p>1.2 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้มีความหลากหลายและพลังงานที่บริโภคในแต่ละวัน ควรปรับให้เหมาะสม เพื่อให้ได้น้ำหนักตัวที่เหมาะสม ลดข้าวหรือแป้งลงจากเดิม เหลือ 1 ใน 3 ส่วน บริโภคใบหรือก้านผักเพิ่มขึ้น งดบริโภคน้ำหวาน น้ำอัดลม น้ำผลไม้เป็นต้น และงดการรับประทานอาหารระหว่างมื้อ</p> <p>1.3 ปรับเปลี่ยนส่วนประกอบของอาหารเพื่อให้ได้พลังงานจากไขมันชนิดอิ่มตัวและไขมันชนิดไม่อิ่มตัว ปริมาณไขมันในแต่ละวันไม่ควรเกินร้อยละ 30 ปริมาณไขมันชนิดอิ่มตัวไม่ควรเกิน 1 ใน 3 ของไขมันที่บริโภคทั้งหมด และจำนวนโคเลสเตอรอลต่ำกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวัน ทดแทนด้วยไขมันจากธัญพืชและไขมันชนิดไม่อิ่มตัวจากปลา พืช และถั่ว งดอาหารที่เตรียมโดยการทอด</p> <p>1.4 จำกัดการบริโภคเกลือไม่เกิน 6 กรัมต่อวัน (โซเดียม 2,300 มิลลิกรัม)</p> <p>1.5 งดหรือจำกัดการบริโภคแอลกอฮอล์</p> <p>1.6 เพิ่มกิจกรรมทางกายและออกกำลังกาย</p>

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง/เป้าหมาย	แนวทางปฏิบัติในการให้คำปรึกษา
	<p>2. สำหรับผู้ที่อ้วนหรือน้ำหนักเกิน ให้ลดน้ำหนักตัวลงร้อยละ 10 ในปีแรกที่เริ่มทำการรักษา</p> <p>3. แนะนำให้ติดตามน้ำหนักด้วยตนเองทุกสัปดาห์ หากปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมน้ำหนักควรลดลงประมาณครึ่งกิโลกรัมต่อสัปดาห์</p>
<p>การรักษาโรค</p> <p>ความดันโลหิต</p> <p>เป้าหมาย</p> <p>1. ความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท</p> <p>2. น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยเบาหวานหรือโรคไตเรื้อรัง</p>	<p>1. แนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยลดน้ำหนัก จำกัดโซเดียม ลดการบริโภคไขมันอิ่มตัว ออกกำลังกาย งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คาเฟอีน และใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ความเครียด (ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2554) เนื่องจากประโยชน์ดังนี้</p> <p>1.1 การลดน้ำหนัก ช่วยเสริมประสิทธิภาพของการใช้ยาลดความดันโลหิต นอกจากนี้ ยังช่วยลดปัจจัยเสี่ยงอื่น เช่น เบาหวาน ไขมันในเลือด</p> <p>1.2 การจำกัดโซเดียม หากลดปริมาณโซเดียมในอาหารเหลือเพียง 2.3 กรัม สามารถลดความดันซิสโตลิกลงได้ 9 มิลลิเมตรปรอท แนะนำไม่ให้เติมเครื่องปรุงที่มีรสเค็มในอาหาร และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือเป็นส่วนประกอบ เช่น ของดอง ของเค็ม ของตากแห้ง หรืออาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น ผงชูรส</p> <p>1.3 ลดการบริโภคไขมันอิ่มตัวและบริโภคไขมันไม่อิ่มตัวแทน แนะนำให้บริโภคผักผลไม้ หรืออาหารที่มีเส้นใยเพิ่มขึ้น</p> <p>1.4 ออกกำลังกายระดับปานกลาง (ใช้ออกซิเจนประมาณร้อยละ 40-60 ของความต้องการออกซิเจนสูงสุดของร่างกาย) เพราะจะช่วยลดความดันซิสโตลิกในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงได้ 10 มิลลิเมตรปรอท โดยการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น เดินเร็ว 4-5 กิโลเมตรต่อชั่วโมง วิ่งเหยาะ ๆ และว่ายน้ำ อย่างน้อยวันละ 30-45 นาที 4-5 วันต่อสัปดาห์</p>

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง/เป้าหมาย	แนวทางปฏิบัติในการให้คำปรึกษา
	<p>1.5 จำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และคาเฟอีน ซึ่งอาจส่งผลให้การบำบัดความดันโลหิตยากขึ้น ไม่ตอบสนองต่อยา</p> <p>1.6 ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ โยคะ หรือทำกิจกรรมที่ชอบ การผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นขั้นตอน และการบำบัดจิตใจทำให้ความดันโลหิตลดลงได้ชั่วคราว</p> <p>2. ติดตามให้รับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา ยาส่วนใหญ่เป็นยาขับปัสสาวะ ยาต้านเบต้า ยาต้านแคลเซียม ยาต้านระบบเรนินแองจิโอเทนซิน และยาขยายหลอดเลือดโดยตรง ควรให้ข้อมูลเรื่องยา ความสำคัญของการรับประทานยาและอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบ</p>
<p>การควบคุมโรคเบาหวาน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. 2554)</p> <p>เป้าหมาย</p> <p>เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดลดน้ำหนัก และลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ</p> <p>1. ผู้ที่มีระดับน้ำตาลตั้งแต่ 100-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้เปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภค ร่วมกับควบคุมน้ำหนัก และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>2. ผู้เป็นเบาหวานให้เริ่มรักษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและติดตามระดับน้ำตาลทุก 3 เดือนโดยค่าน้ำตาลสะสมในเลือดน้อยกว่า ร้อยละ 6.5</p>	<p>1. ผู้เป็นเบาหวานที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน ให้น้ำหนักโดยลดปริมาณพลังงานและไขมันที่กินประจำ เช่น บริโภคผัก ธัญพืช ถั่ว และนมจืด ควรบริโภคปลาอย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง งดหรือหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์</p> <p>2. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ แบบแอโรบิคระดับปานกลาง 150 นาที/สัปดาห์ คือ ให้ชีพจรเท่ากับ ร้อยละ 50-70 ของชีพจรสูงสุด หรือออกกำลังกายหนักมาก 75 นาที/สัปดาห์ ควรกระจายอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการออกกำลังกายเพื่อเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำร่วมด้วย</p> <p>3. แนะนำให้งดหรือหยุดสูบบุหรี่</p>

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง/เป้าหมาย	แนวทางปฏิบัติในการให้คำปรึกษา
	<p>4. ให้คำแนะนำเพื่อให้เข้าใจการใช้ยาและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องในการรักษาเบาหวาน กล่าวคือ ยาเม็ดที่ช่วยลดและควบคุมระดับน้ำตาล อาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์และวิธีการแก้ไข วิธีการช่วยเหลือตนเองเบื้องต้น อุปกรณ์การฉีดยา วิธีใช้ เทคนิค ทักษะ และการเก็บยาที่ถูกต้อง</p> <p>5. สร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพทั่วไป และตรวจคัดกรองความเสี่ยงเรื่องตา ไต และเท้าอย่างน้อยปีละ 1 – 2 ครั้ง การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การเอ็กซเรย์ทรวงอก อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</p> <p>6. แนะนำวิธีการผ่อนคลายความเครียด แหล่งประโยชน์และแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น การออกกำลังกาย การฝึกสมาธิ โยคะ หรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบ เนื่องจากความวิตกกังวล ความเครียด มีผลทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลลดลง</p>
<p>การควบคุมระดับไขมันในเลือด</p> <p>เป้าหมาย</p> <p>1. แอลดีแอลโคเลสเตอรอล น้อยกว่า 190 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในผู้ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงน้อยกว่า 160 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง 1 อย่าง น้อยกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 1 อย่าง</p> <p>2. ไตรกลีเซอไรด์ น้อยกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร</p>	<p>1. งดสูบบุหรี่ เพราะการสูบบุหรี่ทำให้ระดับโคเลสเตอรอลชนิดเอชดีแอลลดลง เป็นอันตรายต่อผนังเซลล์ชั้นในและมีผลต่อการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดแดง (thrombus) รวมทั้งทำให้เกิดเลือดจับตัวกัน</p> <p>2. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและเพียงพอ เพราะทำให้ภาวะดี้อินซูลินลดลง ทำให้ไขมันเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น กล่าวคือ ลดระดับไตรกลีเซอไรด์ และโคเลสเตอรอล เพิ่มระดับโคเลสเตอรอลชนิดเอชดีแอล นอกจากนี้ การออกกำลังกายยังเป็นวิธีการสำคัญในการลดและควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยควรให้อยู่ระดับปานกลางขึ้นไป</p>

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง/เป้าหมาย	แนวทางปฏิบัติในการให้คำปรึกษา
<p>3. เอชดีแอล โคลเลสเตอรอล มากกว่าหรือเท่ากับ 40 ในผู้หญิง และ มากกว่าหรือเท่ากับ 50 ในผู้ชาย</p>	<p>3. เลือกรับประทานอาหารให้สมดุล ดังนี้</p> <p>3.1 ปริมาณอาหารหรือพลังงาน (kilocalories) ต่อวันพอเหมาะ ทำให้น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน</p> <p>3.2 ปริมาณพลังงานไขมันร้อยละ 25 – 35 ของพลังงานทั้งหมด โดยปรุงอาหารด้วยน้ำมันพืชที่สกัดจาก ถั่วเหลือง ข้าวโพด เมล็ดดอกทานตะวัน หลีกเลี่ยงอาหารที่ปรุงด้วยการทอด รวมทั้งหลีกเลี่ยงการใช้ไขมันที่ได้รับการแปรรูปให้แข็ง เช่น เนยเทียม (margarine) เนยขาว (shortening) โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ทำจากน้ำมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวมาก เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม เพราะจะทำให้ระดับโคเลสเตอรอลชนิด เอชดีแอลเพิ่มขึ้น</p> <p>3.3 ปริมาณโปรตีน ให้ยึดหลักการรับประทาน ดังนี้</p> <p><u>ต้องงด</u> ได้แก่ เครื่องในสัตว์และหนังสัตว์ ทุกชนิด ไม่ว่าจะปรุงในรูปแบบใด ๆ</p> <p><u>ควรหลีกเลี่ยงหรือรับประทานเล็กน้อยเป็นครั้งคราว</u> ได้แก่ อาหารทะเล เช่น กุ้ง ปู ปลาหมึก เนื้อสัตว์ติดมันและหนัง ไช้แดง และ เนื้อสัตว์แปรรูป เช่น ไส้กรอกทุกชนิด แฮม โบโลนญา แหนม หมูยอ</p> <p><u>รับประทานได้ประจำ</u> ได้แก่ เนื้อปลาทุกชนิด ไก่ เป็ด หมู เนื้อ ที่ไม่ติดหนังและมัน ปริมาณที่ควรรับประทาน คือ วันละ 2 – 4 ชีด (200 – 400 กรัม) หรือเนื้อสัตว์สุก 4 – 6 ช้อนโต๊ะต่อมื้อ ขึ้นกับน้ำหนักตัว และระดับไขมันในเลือด</p> <p>3.4 มีโคเลสเตอรอลไม่เกิน 200-300 มก./วัน ขึ้นกับความรุนแรงของโรคและระดับไขมันในเลือด</p>

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง/เป้าหมาย	แนวทางปฏิบัติในการให้คำปรึกษา
	<p>3.5 พลังงานที่เหลือ (ร้อยละ 55 – 65 ของพลังงานทั้งหมด) ได้จากคาร์โบไฮเดรต คือ แป้ง ควรเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ได้แก่ ธัญพืช ถั่ว</p> <p>3.6 รับประทานผักปริมาณมาก และผลไม้ทุกมื้อ เพื่อให้ได้ใยอาหารมากพอ</p> <p>3.7 งดหรือหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์</p> <p>4. รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และให้ข้อมูลวิธีการรับประทานยา อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น</p>
<p>การควบคุมอาการ กลุ่มเมแทบอลิก (Metabolic syndrome)</p> <p>เป้าหมาย เป็นไปตามปัจจัยเสี่ยงที่พบ</p>	<p>ให้ปฏิบัติตามคำแนะนำตามปัจจัยเสี่ยงที่ตรวจพบอย่างเคร่งครัด และติดตามใกล้ชิดทุก 1 – 3 เดือน ขึ้นอยู่กับความรุนแรง โดยหากลดน้ำหนักและรอบพุงได้ จะทำให้ความผิดปกติของระดับไขมันและระดับน้ำตาลดีขึ้น</p>

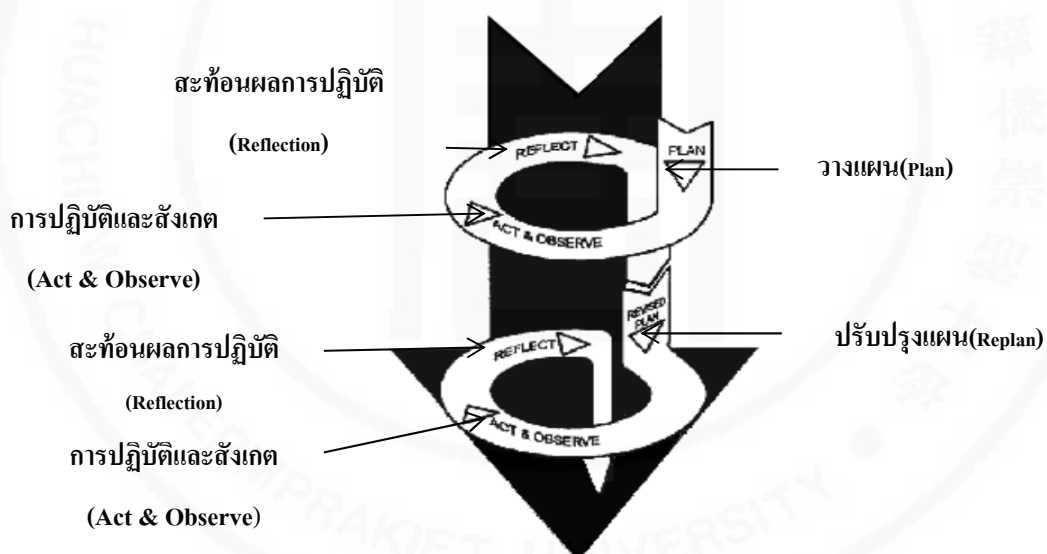
2.3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

การป้องกันไม่ให้ผู้มีภาวะเสี่ยงเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ควรดำเนินการอย่างเป็นระบบด้วยการนำทั้งผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพให้ร่วมกันคิดวิธีการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของทุกฝ่ายด้วยความรู้สึกเต็มใจ การที่จะทำให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดเห็นความสำคัญของการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงจำเป็นจะต้องได้รับความร่วมมือตั้งแต่การร่วมรับทราบปัญหา ร่วมวิเคราะห์ ร่วมกำหนดบทบาทหน้าที่ ร่วมกำหนดกิจกรรมการปฏิบัติและร่วมประเมินผลการเปลี่ยนแปลง กระบวนการดังกล่าวต้องอาศัยวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยขอเสนอรายละเอียดดังนี้

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มาจากแนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการมีส่วนร่วมโดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research : AR) เป็นกระบวนการที่มีการวิจัย (research) และการปฏิบัติ (action) เป็นหลัก มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา โดยผู้เกี่ยวข้องร่วมกับนักวิจัยในการร่วมมือกันเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้เกี่ยวข้องในระบบ

ทั้งหมดเพื่อพัฒนาตนเองและผู้อื่นให้เหมาะสมกับการดำเนินการ ไม่มีการแยกเป็นกลุ่มศึกษาและกลุ่มทดลอง แต่เป็นการทดลองปฏิบัติในสถานการณ์ตามธรรมชาติ ที่ให้วิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้งและเหมาะสม เน้นสร้างความเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นขั้นตอนและบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ (สมปอง พะมุลิลา. 2554) เป็นการวิจัยที่เชื่อมโยงทฤษฎีและการปฏิบัติเข้าด้วยกัน ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม (Participation) และการร่วมมือร่วมใจ (Collabolation) ของสมาชิกด้วยรูปแบบการสืบสวน การสะท้อนการปฏิบัติของตนเองที่กระทำด้วยกันของผู้มีส่วนร่วมในสถานการณ์ทางสังคม เพื่อหาหลักการ เหตุผลและวิธีปฏิบัติงานเพื่อให้ได้รูปแบบหรือแนวทางพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงาน ภายใต้บรรยากาศของการเรียนรู้ รวมทั้งรับฟังความคิดเห็น ให้เกียรติซึ่งกันและกัน เคมมิสและแมคแทกการ์ทเสนอวงจรกิจกรรมวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดังแผนภูมิที่ 1 (Kemmis & Mc Taggart as cited in Govinda. 1988)

แผนภูมิที่ 1 วงจรกิจกรรมการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิส และแมคแทกการ์ท



ที่มา: เคมมิส และแมคแทกการ์ท (Kemmis & Mc Taggart). 1988 : 11 : ออนไลน์.

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมให้ความสำคัญกับการปฏิบัติร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องตลอดกระบวนการวิจัยอย่างเป็นพลวัตร กิจกรรมดำเนินเป็นกลุ่มตลอดเวลา ประกอบด้วยกิจกรรมที่สำคัญ 4 ขั้นตอน คือ 1. การวางแผน (planning) เป็นการออกแบบวิธีการที่นำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ 2. การปฏิบัติ (action) เป็นการดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ 3. การสังเกตการณ์ (observation) เป็นการติดตามผลการปฏิบัติ และ 4. การสะท้อนกลับ (refection) เป็นการสะท้อนคิดผลของการปฏิบัติว่าได้ดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ กระบวนการรวมทั้งผลของการเปลี่ยนแปลงที่

เกิดขึ้น และปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (re-planning) และดำเนินการเช่นนี้ไปเรื่อย ๆ ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการวิจัยที่หมุนเคลื่อนไปเป็นวัฏจักรเป็นแหล่งที่ก่อให้เกิดความรู้เชิงปฏิบัติการและกลไกการนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมการวิจัยแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้

1) การวางแผน เป็นการกำหนดแนวทางการปฏิบัติกรไว้ก่อนล่วงหน้าโดยอาศัยการคาดคะเนแนวโน้มของผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติการตามแผนที่วางไว้ เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขตามประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมของผู้วางแผน ภายใต้การใคร่ครวญไตร่ตรองถึงปัจจัยสนับสนุน และขัดขวางความสำเร็จในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งสภาวะการณ์เงื่อนไขอื่น ๆ ที่แวดล้อมปัญหาอยู่ในเวลานั้น โดยทั่วไปการวางแผนจะต้องคำนึงถึงความยืดหยุ่น เพื่อจะได้สามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งอาจไม่เป็นไปตามเงื่อนไขหรือยากต่อการควบคุมให้เป็นไปในทางที่พึงปรารถนาได้ กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการ จะต้องประกอบด้วยกิจกรรมที่ส่งผลต่อการแก้ไขปัญหาได้ในระดับหนึ่ง และเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกลมกลืนกับบริบททางด้านสังคม วัฒนธรรม การเมืองและอื่น ๆ ที่เป็นอยู่ในสภาวะการณ์เวลานั้น

2) การปฏิบัติการ เป็นการลงมือดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้อย่างระมัดระวังและควบคุมการปฏิบัติให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผน อย่างไรก็ตาม ในความเป็นจริงการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้มีโอกาสพลิกผันหรือแปรเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขและข้อจำกัดในเวลานั้นได้ ด้วยเหตุนี้แผนการปฏิบัติที่ดีจะต้องเป็นเพียงแผนทดลองหรือแผนชั่วคราวซึ่งเปิดช่องทางให้ผู้ปฏิบัติสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามเงื่อนไขในขณะนั้นและต่อเนื่องเป็นพลวัตรภายใต้การใช้ดุลยพินิจตัดสินใจ

3) การสังเกตการณ์ เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำ รวมทั้งสังเกตปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยขัดขวางการดำเนินงานที่วางไว้ ตลอดจนประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติว่ามีสภาพหรือลักษณะอย่างไร เพื่อจะได้เป็นแนวทางสำหรับสะท้อนกลับกระบวนการและผลการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นตามมา

4) การสะท้อนกลับ เป็นการทวนระลึกถึงการกระทำจากการสังเกตอย่างครุ่นคิด ไตร่ตรองในเชิงวิพากษ์กระบวนการและผลการปฏิบัติงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนการใคร่ครวญเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยขัดขวางการพัฒนา รวมทั้งประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามที่พึงประสงค์หรือไม่ กลยุทธ์หนึ่งที่จะช่วยให้การสะท้อนกลับได้ผล ได้แก่ การอภิปรายซักถามในลักษณะวิเคราะห์ วิจารณ์ หรือประเมินผลการปฏิบัติงานระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัยภายใต้การยึดมั่นต่อเป้าหมายของกลุ่มซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง (deconstruction) แนวคิดความเชื่อ และการปฏิบัติงานอย่างเดิมไปสู่การฟื้นฟูหรือปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงาน ซึ่งใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับทบทวนและวางแผนปฏิบัติการในวงจรกระบวนการวิจัยในรอบหรือเกลียวต่อไป (ทรรชนี นาคราช และคณะ. 2550)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นการวิจัยเพื่อพัฒนา และแก้ไขปัญหาสังคม และชุมชน ที่ได้รับความสนใจอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน ซึ่งเป็นการส่งเสริมกิจกรรมกลุ่ม ทำงานร่วมกัน ทั้งแก้ปัญหาและพัฒนา เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ถูกต้องตรงตามความต้องการ โดยมีนักวิจัยเป็นผู้เอื้ออำนวยให้กระบวนการวิจัยบังเกิดผล สอดคล้องกับเป้าหมายช่วยสร้างคุณลักษณะของการเรียนรู้ร่วมกัน ตระหนักในปัญหา หน้าที่ และร่วมกันแก้ไข เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน จะเห็นได้จากการนำแนวคิดของการมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้และประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงาน มีดังนี้

กัทลี๋ ต้นธนกุล และคณะ (2548) ได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิบางมะพร้าว พบว่ารูปแบบจะต้องใช้กระบวนการของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยเจ้าหน้าที่ปรับบทบาทของตนเองเป็นวิทยากรกระบวนการ เน้นให้ชุมชนแก้ปัญหา วางรูปแบบแนวทางการดำเนินงานและสร้างกรอบในการประเมินผลด้วยตนเอง ให้เป็นการเรียนรู้ร่วมกัน เน้นให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นจริงมากกว่าการหวังผลลัพธ์เชิงปริมาณ การขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่แท้จริงและเกิดความต่อเนื่องได้นั้นต้องเป็นพื้นฐานจากความต้องการของชุมชน

ผาสุข แก้วเจริญตา (2549) กล่าวว่าการพัฒนาเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาล ควรมีการประสานงานและพัฒนาแบบมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วน พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยให้เกิดความตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพ ทุกหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ควรร่วมพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ (guideline) ที่ครอบคลุมและเชื่อมโยงในทุกกิจกรรม

สิรินทร์ ศาสตราวุธ และคณะ (2550) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้านจิตสังคม ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม พบว่าการสร้างความเข้าใจตนเอง การตระหนักในบทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติ การจัดกิจกรรมพัฒนาการดูแลด้านจิตสังคมอย่างเนื่อง การมีเป้าหมายร่วมกัน การมีระบบสนับสนุนและการใช้กระบวนการกลุ่ม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความคงอยู่ของการพัฒนาการพยาบาลด้านจิตสังคมในหอผู้ป่วย กิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ช่วยกระตุ้นให้พยาบาลแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย และการปรับกิจกรรมด้านการพยาบาล เจ้าหน้าที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติการดูแลผู้ป่วยด้านจิตสังคมอย่างชัดเจน คือ มีความภาคภูมิใจ เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองมากขึ้น มีความเข้าใจกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น มีการขยายงานการดูแลด้านจิตสังคมเป็นเครือข่ายร่วมกัน ระบุว่าสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยด้านจิตสังคมได้อย่างอิสระโดยไม่ต้องรอคำสั่งจากแพทย์ มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรเพิ่มขึ้น สามารถตรวจสอบ/ใช้ในการส่งต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทรศนีย์ นาคราช, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, จริญญาวัตร คมพัยค์ และอดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์ (2550) ได้พัฒนากระบวนการการดูแลและป้องกันอาการหอบซ้ำอย่างมีส่วนร่วมในเด็กก่อนวัยเรียน ภายใต้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผลการวิจัย พบว่าผู้มีส่วนร่วมประกอบด้วยเด็กก่อน

วัยเรียน ผู้ดูแลเด็ก บุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาล บุคลากรสุขภาพในชุมชน คณะกรรมการหมู่บ้าน และประชาชนในชุมชน ขั้นตอนการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 1) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการ หอบซ้ำในเด็กก่อนวัยเรียน 2) พัฒนาระบบการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อการดูแลและป้องกันการเกิด อาการหอบซ้ำ และ 3) ศึกษาผลการพัฒนาระบบการเรียนรู้ร่วมกันต่อการป้องกันอาการหอบซ้ำใน เด็กก่อนวัยเรียน ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดหอบหืดซ้ำในเด็กก่อนวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีทั้ง ปัจจัยด้านเด็ก ผู้ดูแลและสิ่งแวดล้อมในบ้าน กระบวนการดูแลและป้องกันอาการหอบซ้ำอย่างมี ส่วนร่วม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) สร้างสัมพันธภาพกับความคิดในทีมสุขภาพถึงชุมชน 2) ร่วมจิต ดูแลแก้ไขปัญหาหอบซ้ำจากกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และ 3) ร่วมดำเนินการดูแลและป้องกันอาการ หอบหืดซ้ำอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง โดยต้องโน้มน้าวให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดร่วมกันวิเคราะห์ สาเหตุ สะท้อนคิด สร้างการยอมรับให้ได้ว่าปัจจัยสาเหตุที่พบเป็นปัญหาของชุมชน ออกแบบกิจกรรม กำหนดผู้ปฏิบัติ ลงมือปฏิบัติและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง จนเกิดรูปธรรมของการปฏิบัติที่ชัดเจน ภายหลังการดำเนินงานแม้ระดับความรุนแรงของโรคหอบหืดในเด็กไม่ลดลง แต่ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ โอกาสเสี่ยงของการเกิดอาการหอบหืดซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดหอบหืดซ้ำและพฤติกรรม การดูแลและป้องกันการเกิดหอบหืดซ้ำสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บุคลากรสุขภาพใน โรงพยาบาลและบุคลากรสุขภาพในชุมชนเพิ่มบทบาทด้านเวชปฏิบัติในการตรวจรักษาแก่เด็ก สร้าง ความตระหนักต่อผู้ดูแลเด็กและวางระบบการดูแลต่อเนื่องและคณะกรรมการหมู่บ้านเพิ่มการจัดการ สิ่งแวดล้อมชุมชนมากขึ้น

พัชรี รัศมีแจ่ม, จริยาวัตร คมพยัคฆ์, กนกพร นทีธนสมบัติ และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย (2551) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาครรภ์แรก โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คือ สะท้อนปัญหา หาแนวทางแก้ปัญหา ปฏิบัติและ ประเมินผล เมื่อพบปัญหาและอุปสรรคนำกลับมาปรับแนวทางแก้ปัญหาและปฏิบัติใหม่ ภายหลัง ดำเนินงานพบว่ามารดามีพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับดี ร้อยละ 53.3 และระดับปานกลาง ร้อยละ 46.7

วงเดือน ภาษา, สุชญญา เบญจวัฒนานนท์, กาญจนา เปสี และพนิตนาฏ รักษ์มณี (2554) ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชัยภูมิ ผลของการพัฒนาทำให้เกิด รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นรูปธรรม โดยทีมสหวิชาชีพ จัดทำคู่มือการดูแลตนเอง ปรับปรุง ระบบการส่งต่อ ค่าเฉลี่ยของ Hba1c ของกลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.5$) ลดระยะเวลารอคอยจากเดิมเฉลี่ย 5 ชั่วโมงเป็น 1.27 ชั่วโมง อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยที่ครบวงจรต่อเนื่องและ ยั่งยืนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

วิจิตร วรรณนะวุฒิ, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, หทัยชนก บัวเจริญ และจริยาวัตร คมพัยค์ม์ (2554) ศึกษาการพัฒนาหุ่นส่วนสุขภาพในชุมชนสำหรับผู้ป่วยเบาหวานโดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) ร่วมมือกันสร้างความเป็นหุ่นส่วนสุขภาพด้วยการประชุมย่อย และประชุมร่วมทั้งทางการและไม่ทางการ 2) ร่วมกันทบทวนบทบาทหน้าที่ใหม่ โดยพยาบาลเน้นบทบาทผู้ให้คำปรึกษา ผู้จัดการเฉพาะราย ผู้ประสานงาน วางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่วนผู้เป็นเบาหวานและผู้ดูแลร่วมเป็นสมาชิกทีม และ อสม. ทำหน้าที่จิตอาสาประจำครัวเรือน 3) ดำเนินกิจกรรมและประเมินผลความก้าวหน้าไปสู่เป้าหมาย 5 ส่วน คือ หุ่นส่วนร่วมวางแผนเฉพาะรายก่อนผู้เป็นเบาหวานกลับบ้าน กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในโรงพยาบาล หุ่นส่วนร่วมเยี่ยมบ้าน สร้างเครือข่ายเยี่ยมบ้านและหุ่นส่วนติดตามผล ผลพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีระดับความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสร้างมูลค่าเพิ่มให้บทบาทของตนเองด้วยการให้ผู้เป็นเบาหวานเลือกและตัดสินใจร่วมกับทีมสุขภาพมากขึ้น และหุ่นส่วนทุกฝ่ายทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนร่วมประสานและดำเนินกิจกรรมตามที่วางแผนไว้จนเกิดนวัตกรรมท้องถิ่น

นิชาภา โปธาเจริญ, นภาพร แก้วนิมิตชัย, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย และสุนีย์ ละกะปิ่น (2555) ได้ศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคอ้วนในชุมชน พบว่ารูปแบบประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) สร้างความตระหนักต่อสาเหตุการเกิดโรค 2) ชุมชนร่วมจิต หน่วยงานบริการช่วยคิด แนวทางการจัดการปัญหา 3) ร่วมกันออกแบบและดำเนินการ ภายหลังจากดำเนินงานพบว่า ผู้เป็นโรคอ้วนรับรู้ความสามารถตนเองและปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายถูกต้องเพิ่มขึ้น มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เส้นรอบวงเอวและระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศิริพร รongหานาม (2551) ศึกษาการพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่าผลการประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยเบาหวานและบุคคลากรสุขภาพมีความพึงพอใจต่อระบบบริการใหม่ในระดับมาก คือ ร้อยละ 85.3 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพผู้ป่วยดีขึ้นหลังจากใช้ระบบบริการพยาบาลแบบองค์รวม นาน 3 เดือน ได้แก่ ผลการควบคุมระดับน้ำตาล FBS Hba1c ภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน การกลับมารักษาซ้ำ และค่าใช้จ่ายดีขึ้นจากเดิมหลังจากที่มีการใช้รูปแบบระบบบริการที่พัฒนาแล้วกับผู้ป่วย เชฟพาร์ด และคณะ (Shephard et al . 2005 : 371) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบบริการจุดเดียวเบ็ดเสร็จ ในประเทศออสเตรเลีย โดยสหสาขาวิชาชีพ ที่มีการกำหนดแนวทางในการประเมินและคัดกรองความเสี่ยง ตลอดจนการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ค่า HbA1c ลดลง ผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติพึงพอใจกับรูปแบบการดูแลที่ถูกพัฒนาขึ้น

จากแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น สรุปได้ว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค

หลอดเลือดหัวใจได้นั้น สามารถนำวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ ซึ่งคาดหวังว่าน่าจะเป็นผลกระทบบ้านสุขภาพเชิงบวก ที่ช่วยให้ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถควบคุมโรคได้ เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ ภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตลอดระยะเวลาของการทำวิจัยระหว่างผู้มีภาวะเสี่ยง ครอบครัวและบุคคลากรสุขภาพ จนเกิดระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีคุณภาพ

2.4 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม

ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม ให้ประสบความสำเร็จ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายควรรับรู้และตระหนักถึงปัญหา มีส่วนร่วมค้นหาปัญหา หาสาเหตุของปัญหา กำหนดวิธีการแก้ไข ร่วมดำเนินกิจกรรมและติดตามประเมินผล เพื่อเป้าหมายเดียวกัน คือ ลดปัจจัยเสี่ยง และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถเป็นบุคคลหลักในการโน้มน้าวให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมมือกันพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนาการ พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งแต่ละส่วนควรมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

แพทย์ แพทยสภา (2555) ได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่แพทย์ต้องมีความรู้ความสามารถและเจตคติในการดูแลรักษาและส่งเสริมสุขภาพระดับปฐมภูมิได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน และแนวโน้มของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของประเทศในอนาคต กล่าวโดยสรุปแพทย์มีหน้าที่ดังนี้

1. มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์และมีความรู้ความสามารถทางวิชาชีพตามเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม
2. เน้นความสำคัญของการปฏิบัติต่อผู้ป่วยและญาติ ผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างถูกต้องเหมาะสมบนพื้นฐานของคำประกาศสิทธิผู้ป่วย ทักษะและเจตคติในการติดต่อสื่อสาร การให้คำปรึกษา และการสร้างสัมพันธภาพอันดีกับผู้ป่วย ญาติและผู้ร่วมงาน รวมทั้งการปฏิบัติที่ถูกต้องตามจริยธรรมและกฎระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
3. เน้นความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ และระบบบริหารสุขภาพ สุขภาพของบุคคล ชุมชน และประชาชน โดยยึดเป็นศูนย์กลาง การให้การบริบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้เรื่องประกันคุณภาพ รวมทั้งความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) การใช้ยาอย่างสมเหตุผล และเลือกใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ

เภสัชกร เภสัชกรจะพบกับผู้ป่วยในจุดแรกด้วยการสอบถามปัญหาเกี่ยวกับสาธารณสุขพื้นฐานโดยเฉพาะเกี่ยวกับยา การใช้ยา ผลข้างเคียงของยา ฯลฯ ดังนั้นบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรจึงค่อนข้างกว้างซึ่งพอสรุปได้ดังนี้ (คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2554)

1. เป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับยาแก่บุคลากรทางการแพทย์และแก่ผู้ป่วย
2. เป็นผู้ทำหน้าที่หลักในการคัดเลือกยาที่ถูกต้องและมีประสิทธิผลการรักษาตามหลักวิชาเข้ามาใช้ในสถานพยาบาล เพื่อให้เหมาะแก่ผู้ป่วยแต่ละราย
3. เป็นผู้ส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยและแนะนำการปฏิบัติตัวในขณะที่ใช้ยา ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโดยอาศัยหลักการทางเภสัชวิทยาและการบำบัด เพื่อช่วยให้การใช้ยาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีประสิทธิภาพ และไม่เกินความจำเป็น
4. เป็นผู้ติดตามและประเมินผลการใช้ยา ว่าเป็นไปตามความมุ่งหวังของแผนการรักษาหรือไม่ โดยใช้กรรมวิธีทางเภสัชวิทยา ชีวเภสัชกรรมและเภสัชจลศาสตร์
5. ดำเนินการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยา โดยปราศจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse events) จากสาเหตุต่าง ๆ ในทุกระดับ

นักกายภาพบำบัด เป็นวิชาชีพทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันรักษา และจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ ที่เกิดขึ้นจากสภาพและภาวะของโรค ที่เกิดขึ้นในทุกช่วงของชีวิต ซึ่งนักกายภาพบำบัดมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้ (สำนักวิชาสหเวชศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. 2554)

1. ตรวจประเมินความผิดปกติทางกายภาพบำบัดของผู้ป่วย
2. วิเคราะห์และวางแผนการรักษาทางกายภาพบำบัด
3. เลือกและให้การรักษาด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัดที่เหมาะสม
4. ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง
5. ส่งต่อผู้ป่วยแก่บุคลากรข้างเคียงที่สามารถแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยได้
6. ค้นคว้าวิจัยเพื่อปรับเปลี่ยนหรือประยุกต์วิธีการรักษาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

นักโภชนาการ เป็นบุคลากรที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอาหารกับสุขภาพ และโรคภัยไข้เจ็บ นักโภชนาการเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพซึ่งมีความรู้ความชำนาญในสาขานี้ โดยมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้ (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2555)

1. การส่งเสริมโภชนาการในกลุ่มผู้ป่วย โดยเฉพาะภาวะโรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ อันได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคมะเร็ง การกำหนดอาหารให้ผู้ป่วย สร้างนิสัยหรือพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ดีให้กับผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งผลต่อการมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคหลังกลับบ้านหรือเมื่อหายป่วยเป็นคนปกติอันเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดโรคซ้ำซ้อน

2. การส่งเสริมโภชนาการในกลุ่มญาติผู้ป่วย
3. การส่งเสริมโภชนาการในกลุ่มคนปกติ
4. การส่งเสริมโภชนาการในชุมชน

พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

พยาบาลวิชาชีพ มีบทบาทหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยการสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษา การแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย กระทำต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล รวมทั้งจัดสภาพแวดล้อมเพื่อเยียวยาและแก้ปัญหาความเจ็บป่วย การบรรเทาอาการของโรค การรุกรานของโรค การฟื้นฟูสภาพ กระทำตามวิธีที่กำหนดไว้ในการรักษาเบื้องต้น การให้ภูมิคุ้มกันโรค และช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี. 2553)

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นสาขาหนึ่งของพยาบาลผู้ปฏิบัติขั้นสูง ที่สามารถประเมินภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ อีกทั้งให้การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพและประเมินผลลัพธ์ของการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี. 2553) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนรับผิดชอบโดยตรงในการดูแลกลุ่มเป้าหมายที่มีภาวะเสี่ยง มีบทบาทในการจัดการ ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแล แก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน ซึ่งต้องอาศัยความรู้ความชำนาญ และทักษะการพยาบาลขั้นสูง โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย ความรู้ ทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่น ๆ ที่เป็นปัจจุบัน ประสานงาน โน้มน้าวให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องปฏิบัติตามแผนงานและแนวทางที่กำหนดอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย มุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งในระยะสั้น และระยะยาว (สภาการพยาบาล. 2551)

ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องปฏิบัติภารกิจกับทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้มีภาวะเสี่ยง โดยโน้มน้าวให้ทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินงานร่วมกันกับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงและครอบครัว ในการแก้ปัญหาบนพื้นฐานของการทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เป็นจริง ร่วมกันคิดและแก้ไข รู้จักคิดวิเคราะห์ในการดำเนินงาน มีเป้าหมายร่วมกัน มีการปฏิบัติการ การสะท้อนข้อมูลและประเมินผล เป็นการพัฒนาระบบบริการให้ดีขึ้น โดยสอดคล้องกับภาวะเศรษฐกิจสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดระบบการบริหารจัดการโรคเรื้อรัง หรือหน่วยบริการที่ดี สำนักงานหลักประกันสุขภาพ (2553) กล่าวว่า หน่วยบริการควรมีการดำเนินการที่สำคัญ ดังนี้ 1) ใช้ระบบสารสนเทศเพื่อเข้าถึงข้อมูลสำคัญรายบุคคลและภาพรวมทั้งหมด 2) ระบุและค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3) แจกแจงผู้ป่วยตามความเสี่ยง 4) ให้ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นเจ้าของในการดูแลรักษา 5) การดูแลรักษาที่เชื่อมโยง 6) ทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วม 7) บูรณาการการดูแลรักษาระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 8) บูรณาการการดูแลรักษาระหว่างหน่วยงาน 9) มุ่งลดการเข้ารับบริการที่ไม่จำเป็นทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และ 10) ให้การดูแลรักษา ณ หน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งซับซ้อนน้อยที่สุด ซึ่งการพัฒนาระบบดังกล่าว

สามารถประยุกต์สมรรถนะต่าง ๆ ของบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมาใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจให้ดีขึ้น ดังนี้ (สภาการพยาบาล. 2551)

1. สามารถพัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลบุคคล กลุ่มคน ครอบครัวและชุมชนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค (care management) โดยบูรณาการความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ (พยาธิสรีระวิทยา ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค การป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยง) ด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์และผลงานวิจัย ศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ศีรษะบบบริการของโรงพยาบาล นำมาวิเคราะห์สังเคราะห์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเน้นกิจกรรมของการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค โดยทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม

2. มีความสามารถในการประสานงาน (collaboration) โดยนำแนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาใช้ เพื่อสร้างการรับรู้ปัญหา หาแนวทางแก้ไข ดำเนินการปฏิบัติและประเมินผลจนสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงและลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรมีทักษะในการประสานงานและประสานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและนอกทีมสุขภาพ เพื่อพัฒนาระบบที่ดีซึ่งสอดคล้องกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2553) ที่กล่าวว่า การออกแบบระบบการให้บริการ (delivery system design) เพื่อให้มั่นใจว่าได้ให้บริการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพและสนับสนุนการจัดการตนเอง สิ่งสำคัญ คือ การกำหนดบทบาทและแบ่งงานกันให้ชัดเจนภายในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลรักษาผู้ป่วย จัดให้มีผู้จัดการเฉพาะราย (case / care / disease manager) ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพเพื่อประสานทีมผู้ดูแลรักษาผู้ป่วย และทบทวนทะเบียนเพื่อประเมินการจัดบริการผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและภาพรวมทุก ๆ รอบ 3 – 4 เดือน และรอบ 1 ปี มีการวางแผนล่วงหน้าในการให้บริการที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ มีการให้บริการดูแลที่เข้มข้น และลงรายละเอียดสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะโรคซับซ้อน ให้คำแนะนำการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่ายและสอดคล้องกับวิถีชีวิต จัดระบบนัดหมายอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งติดตามทางโทรศัพท์หรือไปรษณีย์ จัดระบบและศูนย์ประสานการส่งกลับ/ส่งต่อไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือหน่วยบริการรับส่งต่อ และประสานติดตามการดูแลผู้ป่วยที่ส่งกลับไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างสม่ำเสมอ

3. มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) เป็นการปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะที่ดำเนินการให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างเป็นระบบ โดยพัฒนาระบบการคัดกรอง การให้คำปรึกษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ระบบการจัดเก็บและการเข้าถึงข้อมูล สื่อ คู่มือต่าง ๆ และระบบการติดตาม โดยการศึกษา ทบทวน ความรู้ใหม่ ๆ งานวิจัยต่าง ๆ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และร่วมกันวิเคราะห์หาแนวทางพัฒนา

ระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะเสี่ยงร่วมกันจนสามารถสร้างโครงการในการส่งเสริมสุขภาพ และเกิดระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพจากความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

4. มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based practice) ด้วยการติดตาม รวบรวม ผลการวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบันทางการพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชนและที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค การคัดกรอง การป้องกัน ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อนำมาพัฒนาระบบการดูแลให้ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ครอบครัว สามารถดูแลตนเองได้และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

5. มีความสามารถในการให้ความรู้ (education) และเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowering) การฝึก (coaching) และการเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติ (mentoring) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องสามารถทำให้ผู้ใช้บริการเข้าใจ และเห็นความสำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค แนวทางคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพ คอยให้กำลังใจ กระตุ้น ให้ผู้ใช้บริการใช้ศักยภาพที่ตนเองมีอยู่มาสะท้อนคิด ว่าตนเองสามารถที่จะปฏิบัติตนให้ห่างไกลจากการมีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ติดตามและช่วยแก้ไขเมื่อผู้ใช้บริการขาดความมั่นใจในการปฏิบัติตน ใช้ทักษะการสื่อสาร การให้ข้อมูล และเน้นการฟังอย่างตั้งใจ สอนและฝึกปฏิบัติผู้ใช้บริการและครอบครัวให้สอดคล้องและเหมาะสมกับวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล จนกว่าจะสามารถแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นได้ด้วยตนเอง

6. มีความสามารถเป็นที่ปรึกษา (consultant) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ เข้าใจในแบบแผน วิถีดำเนินชีวิตของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ระบบบริการที่เป็นอยู่ปัจจุบัน มีสัมพันธภาพที่ดีและเป็นที่ยอมรับจากทีมสหสาขาวิชาชีพ หน่วยงานสนับสนุน ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ และครอบครัวด้วยการให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายมั่นใจและไว้วางใจที่จะร่วมพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ปัจจัยเสี่ยง วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย จะเห็นได้ว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจควรเริ่มจากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และเข้าสู่กระบวนการพัฒนาระบบการดูแล ซึ่งประกอบไปด้วยขั้นตอนสำคัญ 4 ขั้นตอน 1) ร่วมสะท้อนคิด ระบุปัญหา 2) ร่วมกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ 3) ร่วมลงมือปฏิบัติกิจกรรม และ 4) ร่วมประเมินผลเพื่อพฤติกรรมที่ดีขึ้นของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยมีพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นแกนหลักในการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ซึ่งสามารถนำมาเขียนเป็นกรอบแนวคิดวิจัยได้ดังนี้

แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual framework)



บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ พัฒนาระบบการดูแลแบบมีส่วนร่วม และศึกษาผลหลังการพัฒนาระบบการดูแล โดยคาดหวังว่าผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจจะสามารถดูแลตนเอง ด้วยการลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ด้วยตนเอง พึงพอใจในระบบการดูแลที่ร่วมกันพัฒนาขึ้น ผู้ปฏิบัติเกิดความภาคภูมิใจในวิชาชีพ และสร้างรูปแบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีคุณภาพ

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร

ประชากรในการวิจัยประกอบไปด้วย ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยมีประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลนครธน ติดต่อกันอย่างน้อย 1 ปี ในช่วงระยะเวลาในการรักษาตั้งแต่ปี 2554-2556

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ประกอบไปด้วยผู้ที่เกี่ยวข้องหลายส่วน และแตกต่างกันไปตามขั้นตอนของการศึกษา จึงแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักและกลุ่มเป้าหมายรอง ดังนี้

กลุ่มเป้าหมายหลัก ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (inclusion criteria) เกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ หรือเป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวาน อย่างน้อย 1 โรค ซึ่งเกณฑ์การวินิจฉัยแพทย์ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานสากล จากการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายหลักจากประวัติการรักษาที่ศูนย์หัวใจ พบว่าได้จำนวนตัวอย่าง 30 คน 2) มีความยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

กลุ่มเป้าหมายรอง เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการดูแลให้แก่กลุ่มเป้าหมายหลัก ซึ่งได้แก่ ครอบครัวของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 19 คน บุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลที่ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 11 คน ซึ่งประกอบไปด้วยพยาบาลวิชาชีพ 5 คน แพทย์อายุรกรรมหัวใจ 1 คน แพทย์อายุรกรรมระบบต่อมไร้ท่อ 1 คน เภสัชกร 1 คน โภชนากร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านแพทย์แผนไทย-จีน 1 คน

3.2 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเรียงลำดับตามการใช้กับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ดังนี้

3.2.1 กลุ่มเป้าหมายหลัก

1) แบบสอบถาม

ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามขึ้นเองเพื่อประเมินกลุ่มเป้าหมายหลักทั้งก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา อาชีพ ลักษณะงานที่รับผิดชอบ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว สถานะความเป็นอยู่ บทบาทในครอบครัว สิทธิในการรักษา เป็นข้อคำถามประเภทเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด รอบเอวและดัชนีมวลกาย (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก) ภาวะแทรกซ้อน ประวัติญาติสายตรงป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ประวัติการสูบบุหรี่หรือสูดดมควันบุหรี่ และความเครียดซึ่งเป็นคำถามประเภทเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 3 การรับรู้ตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วยการรับรู้ 5 ด้าน คือ

1) การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด

2) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด

3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อเป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด

4) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ข้อ 15 ข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ข้อ 1 – 14

5) แรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด

ทุกด้านเป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการรับรู้ของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจมากที่สุด มีค่าคะแนนเท่ากับ 5

เห็นด้วย หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการรับรู้ของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจมาก มีค่าคะแนนเท่ากับ 4

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือการรับรู้ของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ มีค่าคะแนนเท่ากับ 3

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือการรับรู้ของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ เพียงปานกลาง มีค่าคะแนนเท่ากับ 2

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือการรับรู้ของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจเลย มีค่าคะแนนเท่ากับ 1

เกณฑ์การให้คะแนน

	ข้อคำถามด้านบวก	ข้อคำถามด้านลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่/ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นแบบประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3- 4, 10 - 13, 15 - 16, 18 - 19 และ 24 - 25 และข้อคำถามเชิงลบ 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 5 - 9, 14, 17, 20 - 23 และ 26 ซึ่งมีหลักเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบเหมือนกับการรับรู้ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ และมีความหมายของเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำหมายถึงผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ปฏิบัติตามข้อความสม่ำเสมอทุกวัน

ปฏิบัติเป็นส่วนมาก หมายถึง ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ปฏิบัติตามข้อความค่อนข้างบ่อยอย่างน้อย 3 - 4 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติเป็นบางครั้งหมายถึง ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ปฏิบัติตามข้อความเป็นบางครั้งอย่างน้อย 1 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย หมายถึง ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ปฏิบัติตามข้อความเพียงนาน ๆ ครั้ง อย่างน้อย 1- 2 ครั้งต่อเดือน

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เคยปฏิบัติตามข้อความเลย

2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก

เป็นแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับ ใช้ในการสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงเพิ่มเติมที่ได้จากแบบสอบถาม ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ปัญหา อุปสรรคในการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพเป็นอยู่ และใช้ระหว่างการพัฒนากระบวนการดูแลเพื่อสร้างส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบ กิจกรรมต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้มีภาวะเสี่ยงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล (ภาคผนวก ค)

3.2.2 กลุ่มเป้าหมายรอง

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงแต่ละส่วน มีดังนี้

1. ครอบครัวของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก มีข้อความคำถามเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหัวใจ พฤติกรรมกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงและบุคคลในครอบครัว การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยง ปัญหาอุปสรรคการเข้าถึงบริการสุขภาพ สิ่งที่ต้องการจากบุคลากรสุขภาพ ความคิดเห็นในการพัฒนาระบบการดูแล การให้บริการของบุคลากรสุขภาพในปัจจุบัน การเลือกใช้บริการ การรักษาทางเลือก และข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไข แบบสัมภาษณ์เชิงลึกนี้ใช้ในการสนทนากลุ่ม การประชุมกลุ่มย่อย แบบเป็นทางการและแบบไม่เป็นทางการ

2. บุคลากรสุขภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึกโดยมีข้อความคำถามเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ การดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้มีภาวะเสี่ยงทั้งในอดีต ปัจจุบันและในอนาคต ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น และแนวทางแก้ไข สัมภาษณ์ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและวิธีการในการดำเนินงานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงนั้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาข้อมูลระบบการบริการของพยาบาลวิชาชีพ บทบาทหน้าที่ของสหสาขาวิชาชีพ กิจกรรมโครงการที่เคยปฏิบัติในอดีต ปัจจุบันและสิ่งที่ยากให้เกิดขึ้นในอนาคต ปัญหาอุปสรรค แนวทางการดูแลเพื่อลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การบริหารจัดการหน่วยบริการและวิธีให้บริการ การประสานงานในการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ (ภาคผนวก ค)

3.3 การทดสอบความแม่นยำและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

การหาความแม่นยำ (Validity)

ผู้วิจัยหาค่าความแม่นยำของแบบสอบถาม และแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญรวมทั้งสิ้นจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้ชำนาญการงานวิจัย 1 ท่าน

อายุรแพทย์โรคหัวใจ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน อาจารย์ผู้ชำนาญการด้านการวิจัย 1 ท่าน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน ตรวจสอบความสามารถของเครื่องมือในการวัดให้ได้ในสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการวัด ได้ ค่าความตรง (Content Validity Index : CVI) = 0.88

การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

หลังจากที่ผู้วิจัยปรับแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญแล้ว ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน จำนวน 30 คน (โดยเลือกผู้ป่วยแต่ละโรค โรคละ 10 คน) ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ หลังจากนั้นนำมาหาความเชื่อมั่นโดยการหาความสอดคล้องภายใน ใช้การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.91

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ไปยังโรงพยาบาลนครธนเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลทั้งด้วยแบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การประชุมกลุ่มย่อยแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการและเนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้หลายวิธีตามที่กล่าวข้างต้นรวมทั้งการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมและการบันทึกภาคสนาม แต่ละวิธีมีรายละเอียดของการดำเนินงาน ดังนี้

1. แบบสอบถาม (questionnaire) ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามจากกลุ่มเป้าหมายหลักด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่โดยกระจายวันเก็บในทุกวันของสัปดาห์ และเก็บในช่วงเวลา 08.00-10.00 น. ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงมารับบริการมากกว่าช่วงเวลาอื่น ใช้เวลาในการเก็บแบบสอบถามอย่างน้อย 25 นาที ก่อนเก็บแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะตรวจสอบการมีคุณสมบัติและคุณลักษณะตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างซ้ำอีกครั้ง หลังจากนั้นจะแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการวิจัยตลอดจนการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง กรณีมีข้อสงสัย ผู้วิจัยจะตอบข้อสงสัยเหล่านั้นจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะเข้าใจ หลังจากได้แบบสอบถามกลับคืนมาแล้ว ผู้วิจัยจึงจะบันทึกข้อมูลภาวะสุขภาพจากแฟ้มประวัติการตรวจคัดกรองเบื้องต้นด้วยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดระดับความดันโลหิต และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ จนครบถ้วน

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคลากรสุขภาพด้วยแนวสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ สร้างบรรยากาศความเป็นกันเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของงานวิจัย ขอความร่วมมือในการ

สัมภาษณ์และนัดหมายล่วงหน้า โดยให้บุคลากรสุขภาพเลือกช่วงเวลาที่เหมาะสม แต่ครั้งใช้เวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง โดยขออนุญาตบันทึกเทปและจดบันทึกก่อนสัมภาษณ์ทุกครั้ง หลังจากผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึกแล้วจะนำข้อมูลที่ได้ทั้งจากการจดบันทึกและถอดเทปมาวิเคราะห์โดยแยกเป็นประเด็นสำคัญ หากข้อมูลที่ได้ยังไม่ครบถ้วนหรือไม่ครอบคลุม ผู้วิจัยจะนัดกับบุคลากรสุขภาพและผู้เกี่ยวข้องเพิ่มเติมจนกว่าจะได้ข้อมูลตามที่ต้องการ

3. การสนทนากลุ่ม (focus group) ผู้วิจัยกำหนดที่จะสนทนากลุ่มขณะดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างน้อย 3 ครั้ง และเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน 1 ครั้ง ในแต่ละครั้งของการสนทนากลุ่มสมาชิกจะประกอบไปด้วยบุคลากรสุขภาพ ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ครอบครัวของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

3.1 รวบรวมการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายหลักและรองเพื่อเพิ่มเติมข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์และค้นหาปัจจัยด้านครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

3.2 ศึกษากระบวนการ บทบาทหน้าที่ และกิจกรรมต่าง ๆ ของกลุ่มเป้าหมายรองในการให้บริการแก่ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

3.3 รวบรวมข้อมูลปัญหา อุปสรรคและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นระหว่างการพัฒนากระบวนการดูแล

3.4 แลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นระยะ

ในการสนทนากลุ่มผู้วิจัยจะขออนุญาตผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายบันทึกเทปและจดบันทึกการสนทนา หลังจากเสร็จสิ้นการสนทนากลุ่มแล้ว จะนำข้อมูลที่ได้ทั้งจากการจดบันทึกและถอดเทปมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยแยกเป็นประเด็นสำคัญที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจด้านอื่น ๆ และขอเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

4. การประชุมกลุ่มย่อยแบบเป็นทางการ (small group meeting) เป็นการประชุมเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงและความก้าวหน้าของการดำเนินงานของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายในแต่ละระยะของการพัฒนา ในการประชุมแต่ละครั้งผู้วิจัยจะขออนุญาตบันทึกเทปและจดบันทึก วัตถุประสงค์เพื่อ

4.1 นำเสนอข้อมูลสุขภาพผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระบบบริการพยาบาลในปัจจุบัน และบทบาทหน้าที่ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

4.2 ให้กลุ่มเป้าหมายหลักและกลุ่มเป้าหมายรองทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นและร่วมกันคิดแผนงาน โครงการ กิจกรรม และกำหนดแนวทางการปฏิบัติ การประเมินผลร่วมกัน สะท้อนปัญหาอุปสรรคของการดำเนินกิจกรรมในแต่ละช่วงของการดำเนินงาน แลกเปลี่ยนประสบการณ์และร่วมกันกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

4.3 ค้นหากระบวนการดูแลผู้มีความเสี่ยงได้พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วม บทบาทหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เปลี่ยนแปลงไป ระบบการจับเก็บและการเข้าถึงข้อมูล สื่อ การติดตามและประเมินผล เพื่อนำข้อมูลเหล่านั้นมาติดตาม ประสานงาน ให้การดำเนินกิจกรรม โครงการเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

ทุกครั้งหลังการประชุมจะมีการสรุปบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่ายที่ต้องปฏิบัติ และสิ่งที่ต้องนำมาเสนอผลการปฏิบัติในการประชุมครั้งถัดไป เพื่อให้ทุกฝ่ายเตรียมความพร้อมล่วงหน้า

5. การประชุมกลุ่มย่อยแบบไม่เป็นทางการ (informal small group meeting) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมสุขภาพ ปัญหาอุปสรรคในการดูแลสุขภาพของผู้มีความเสี่ยงและครอบครัวร่วมกับบุคลากรสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

5.1 เติมเต็มประเด็นต่าง ๆ ที่ยังไม่ครบถ้วนจากการประชุมกลุ่มย่อยอย่างเป็นทางการ

5.2 ให้เกิดการพูดคุยปรึกษากันระหว่างกลุ่มเป้าหมายหลักและกลุ่มเป้าหมายรองเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ปัญหาอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ สิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือ ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่ต้องการให้โรงพยาบาลดำเนินการเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่เป็นไปตามความต้องการและเหมาะสมกับเฉพาะบุคคล ปัญหาอุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อนำเสนอในการประชุมร่วมกับบุคลากรสุขภาพ

6. การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม (participant observation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของระบบงานนั้น โดยจะสังเกตรายละเอียดการปฏิบัติงานของบุคลากร เหตุการณ์หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เช่น การให้บริการการพยาบาลแก่ผู้มีความเสี่ยง วิธีการแนะนำการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานยา อาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด สังเกตการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัวกับบุคลากรของโรงพยาบาล สังเกตการเปลี่ยนแปลงและการดำเนินการของกิจกรรม โครงการ บทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เปลี่ยนแปลงไป ใช้วิธีนี้ระหว่างการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การประชุมกลุ่มย่อย และขณะให้บริการพยาบาลผู้มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนและสามารถตรวจสอบได้

7. การบันทึกภาคสนามจากการสังเกต (field note) โดยจดบันทึกเหตุการณ์จากการสัมภาษณ์ สนทนากลุ่ม การประชุมกลุ่มย่อย การสังเกตอย่างมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม ตลอดจนบันทึกสิ่งแวดล้อมหรือบริบทอื่น ๆ ซึ่งผู้วิจัยจะเขียนบรรยายสิ่งที่พบเห็นที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา เช่น สิ่งแวดล้อม สถานที่ เหตุการณ์การบริการของบุคลากร การแสดงสีหน้า ความรู้สึก ระยะเวลาการให้บริการ น้ำเสียงของผู้ให้และผู้ให้บริการ พฤติกรรมของผู้มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัวระหว่างรอรับบริการ โดยบันทึกระหว่างการสัมภาษณ์เชิงลึกในสถานที่ปฏิบัติงานของแต่ละหน่วยงาน บริเวณให้บริการของศูนย์หัวใจ บันทึกในห้องประชุมระหว่างการประชุมและการจัด

กิจกรรมกลุ่ม ห้างตรวจของแพทย์ผู้ทำการรักษา ห้างให้คำแนะนำของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

7.1 นำข้อมูลที่ได้ไปรวมกับข้อมูลส่วนอื่น ๆ เพื่อใช้ในการตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ภายหลัง

7.2 ช่วยเติมเต็มข้อมูลที่ขาดหายไป ช่วยเตือนความจำของผู้วิจัย ช่วยแก้ไขข้อบกพร่องเกี่ยวกับวิธีการที่ใช้ในการศึกษา และช่วยประเมินคุณภาพของข้อมูลที่ได้มา

8. การบันทึกภาคสนามจากการสัมภาษณ์ เป็นการบันทึกจากการถอดข้อความจากเทปที่บันทึกเสียง ซึ่งผู้วิจัยกระทำหลังจากกลับจากการสัมภาษณ์บุคลากรสุขภาพ โดยพยายามถอดเทปวันต่อวันและจดบันทึกทันทีที่กลับจากการสัมภาษณ์ เนื่องจากการถอดเทปทันทีจะทำให้สามารถจดจำรายละเอียดของเหตุการณ์ บรรยากาศ สิ่งแวดล้อมได้ดี ส่งผลให้ข้อมูลถูกต้องครบถ้วนมากขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การประชุมกลุ่มย่อยแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ผู้วิจัยจะขออนุญาตบันทึกเทป และจดบันทึกการสนทนากับกลุ่มเป้าหมายหลักและกลุ่มเป้าหมายรองทุกครั้ง

3.5 ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย

ระยะเวลาเริ่มตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมและการประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้มีภาวะเสี่ยง บทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และระบบการดูแลที่เกิดขึ้น รวมทั้งสิ้น 9 เดือน (มิถุนายน 2556 - มีนาคม 2557)

3.6 การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยกำหนดเป็น 3 ขั้นตอน รายละเอียดแต่ละขั้นตอน มีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจขั้นตอนนี้ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้นประมาณ 4 เดือน (มิถุนายน – กันยายน 2556) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 1

กลุ่มเป้าหมาย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีวิเคราะห์ข้อมูล	ระยะเวลาที่ใช้
กลุ่มเป้าหมายหลัก	ใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ การรับรู้ของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือด	1.สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.สถิติสหสัมพันธ์ (Correlation) และสถิติที (t-test)	มิถุนายน 2556 – กันยายน 2556
กลุ่มเป้าหมายรอง - ครอบครัวของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ - บุคคลากรสุขภาพ	ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ค้นหาประเด็นสภาพการณ์ บทบาทหน้าที่ พฤติกรรมสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจของครอบครัวและบุคคลากรสุขภาพ ระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาล	วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา	มิถุนายน 2556– กันยายน 2556

หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ครอบครัว และบุคคลากรสุขภาพแล้ว ผู้วิจัยนำผลการศึกษาทั้งหมดเข้าสู่กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมในขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม

ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้เทคนิคการประชุมกลุ่มย่อยทั้งแบบทางการและแบบไม่เป็นทางการอย่างน้อย 5 ครั้ง การสนทนากลุ่ม การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การบันทึกภาคสนามจากการสังเกตและจาก

การสัมภาษณ์ เพื่อโน้มน้าวให้เกิดการกำหนดกิจกรรมโครงการ บทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ระยะเวลา การปฏิบัติและทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยง ตลอดจนได้แผนงาน กิจกรรมและ หน้าที่ที่ความรับผิดชอบของแต่ละฝ่ายที่ชัดเจน โดยมีเป้าหมายเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงให้ดีขึ้น โดยทุกครั้งจะส่งแบบเชิญเข้าร่วมประชุมก่อนล่วงหน้า อย่างน้อย 1 สัปดาห์ ขั้นตอนนี้ใช้ระยะเวลาประมาณ 5 เดือน (ตุลาคม 2556 - มีนาคม 2557) โดยมี วิธีดำเนินการ ดังนี้

ระยะที่ 1 สะท้อนคิดถึงสิ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.1 ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรค หลอดเลือดหัวใจที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการให้ผู้มีภาวะเสี่ยงโรค หลอดเลือดหัวใจ ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพได้รับทราบ

1.2 ผู้เกี่ยวข้องรับทราบกิจกรรมการดูแลที่ปฏิบัติอยู่แล้วและยังไม่ปฏิบัติ บทบาท หน้าที่ของแต่ละฝ่ายปฏิบัติอยู่แล้วและยังไม่ปฏิบัติ พร้อมให้ทุกฝ่ายนำเสนอความต้องการความคาดหวัง บทบาทหน้าที่ที่ต้องการให้เกิดขึ้น กำหนดเป็นข้อตกลงและเป้าหมายร่วมกัน

1.3 ในทุกครั้งของการพบปะหรือการประชุมผู้วิจัยจะให้ทุกคนแสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับข้อมูลที่นำเสนอรวมทั้งให้โอกาสนำเสนอความคิดเห็นอื่น ๆ นอกเหนือจากที่ผู้วิจัยสรุปมาเพื่อ ยืนยันผลการศึกษาค้นคว้าที่พบ รวมทั้งค้นหาสาเหตุและประเด็นเพิ่มเติม

1.4 ในขณะที่ดำเนินการกลุ่ม ผู้วิจัยสังเกตปฏิกิริยา ความตั้งใจ ความสนใจ ของ กลุ่มระหว่างการแสดงความคิดเห็น โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนแสดงความรู้สึกลอยเต็มที่ กระตุ้น ให้แสดงความคิดเห็นอย่างทั่วถึง และบันทึกข้อมูลเพื่อนำมาสรุปผลที่ได้จากการประชุมและวิเคราะห์ ประเด็นต่าง ๆ ที่พบ

ระยะที่ 2 กำหนดการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่

2.1 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกำหนดกิจกรรมและโครงการ และร่วมกันทบทวนบทบาท หน้าที่เพื่อดำเนินการปฏิบัติตามข้อตกลงและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน

2.2 สำหรับบุคลากรสุขภาพนอกเหนือจากวิธีการดำเนินการใน ข้อ 1.1 - 1.4 แล้วผู้วิจัยยังได้นำผลสรุปจากการวิเคราะห์เนื้อหาบทบาทหน้าที่ที่ปฏิบัติจริงกับบทบาทหน้าที่ที่ กำหนดตามมาตรฐานวิชาชีพ หรือมาตรฐานในแต่ละงานมาทบทวนและให้สะท้อนคิดร่วมกันพร้อม กับนำเสนอปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้จากการศึกษา ในขั้นตอนที่ 1 เพื่อย้ำเตือนรวมถึงผลที่ได้จากการประชุมกลุ่มแต่ละครั้ง และหาแนวทางปฏิบัติภายใน หน่วยงาน ระหว่างหน่วยงานตลอดจนการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน

2.3 ผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้เอื้ออำนวยให้เกิดการแสดงความคิดเห็น การยอมรับฟัง ความเข้าใจและเป็นผู้ช่วยโน้มน้าวให้เกิดข้อสรุปหรือข้อตกลงของกิจกรรม ผู้รับผิดชอบที่จะปฏิบัติ

กิจกรรม ผู้ติดตามประเมินผลการทำกิจกรรม ช่วยค้นหาประเด็นที่เป็นความเห็นร่วมและเป็นผู้ส่งต่อข้อมูลภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยโน้มน้าวให้กลุ่มร่วมกันกำหนดลำดับความสำคัญของกิจกรรม การปฏิบัติเรียงลำดับจากสำคัญมาก ไปหาน้อย กลุ่มร่วมกันกำหนดแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม

2.4 กำหนดการปฏิบัติตามกิจกรรม/โครงการที่กำหนด กำหนดกิจกรรม กำหนดผู้รับผิดชอบกำหนดระยะเวลาทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน เพื่อให้ทีมสหสาขาวิชาชีพให้บริการแก่ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัวเป็นไปอย่างราบรื่น

2.5 ก่อนเสร็จสิ้นการประชุมทุกครั้ง ผู้วิจัยจะกำหนดให้สมาชิก ร่วมกันหาข้อสรุปเกี่ยวกับกิจกรรม โครงการ แนวทางการปฏิบัติ บทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบที่กำหนดขึ้น และเน้นย้ำการนำไปปฏิบัติ และนัดหมายการประชุมครั้งต่อไป

ระยะที่ 3 ลงมือปฏิบัติและประเมินผล

3.1 เป็นการปฏิบัติตามโครงการและกิจกรรมที่กำหนดไว้ จนเกิดระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยโน้มน้าวให้เกิดการทำงานร่วมกันของบุคลากรสุขภาพเป็นทีม ประสานและติดตามให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกส่วนดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่วางไว้กิจกรรมที่ปฏิบัติได้และไม่ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์ที่เกิดขึ้นค้นหาปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข

3.2 ผู้วิจัยสังเกตการณ์ กระบวนการ และผลการเปลี่ยนแปลงในแต่ละกิจกรรม ภายหลังจากกำหนดผู้รับผิดชอบ โน้มน้าวให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแต่ละส่วนปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ ปรับปรุงแผนการดำเนินงานและปฏิบัติตามแผน ประเมินผลการดำเนินงานของแต่ละฝ่ายเป็นระยะ ๆ

ตารางที่ 4 การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 2

กระบวนการพัฒนาระบบ	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีวิเคราะห์ข้อมูล	ระยะเวลาที่ใช้
1. สะท้อนคิดถึงสิ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ	- การบันทึกภาคสนาม - การสังเกตแบบมีส่วนร่วม - การประชุมแบบเป็นทางการจำนวน 4 ครั้ง	วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา	ตุลาคม 2556-พฤศจิกายน 2556
2. กำหนดการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดกิจกรรม	- การบันทึกภาคสนาม - การสังเกตแบบมีส่วนร่วม	วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา	พฤศจิกายน 2556-ธันวาคม 2556

ตารางที่ 4 (ต่อ)

กระบวนการพัฒนาระบบ	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีวิเคราะห์ข้อมูล	ระยะเวลาที่ใช้
<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดผู้รับผิดชอบ - กำหนดระยะเวลา - ทรัพยากรที่ใช้ 	<ul style="list-style-type: none"> - การประชุมกลุ่มย่อยของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ 		
3. ลงมือปฏิบัติ	<ul style="list-style-type: none"> - การบันทึกภาคสนาม - การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม - การสนทนากลุ่ม - การประชุมกลุ่มย่อย 	วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา	ธันวาคม 2556- มีนาคม 2557
4. ประเมินผลการปฏิบัติ	<ul style="list-style-type: none"> - การบันทึกภาคสนาม - การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม - ประชุมกลุ่มย่อยแบบเป็นทางการ - การสัมภาษณ์เชิงลึกและการโทรศัพท์เยี่ยมหลังเข้าร่วมกิจกรรม 	วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา	ธันวาคม 2556 - มีนาคม 2557
<ul style="list-style-type: none"> - เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่วางไว้ - ระบุกิจกรรมที่ปฏิบัติได้และไม่ได้ - แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ที่เกิดขึ้น - ค้นหาปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข 			

ขั้นตอนที่ 3 การศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

เป็นการประเมินผลหรือการสะท้อนผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้นในขั้นตอนที่ 1 และ 2 เพื่อรวบรวมการดำเนินงานที่เกิดขึ้นทุกขั้นตอน ค้นหาศักยภาพ ตลอดจนปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ เพื่อมาวางแผนควบคุม กำกับ ปรับกิจกรรมและการทำงานของผู้เกี่ยวข้องทุกระดับและประเมินกิจกรรมที่ดำเนินงานขั้นตอนนี้ใช้เวลาประมาณ 4 เดือน ซึ่งมีวิธีดำเนินการ ดังนี้

3.1 วิเคราะห์ระบบงานภายในและระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการบันทึกภาคสนามเพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์ระบบการดูแลที่เกิดขึ้น บทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เปลี่ยนแปลงไป ภายหลังจากการพัฒนา

3.2 ศึกษาผลการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการพัฒนาระบบโดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม

3.3 ประเมินผลความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายจากการประชุมกลุ่มย่อย การสัมภาษณ์เชิงลึกหลังเข้าร่วมกิจกรรมรายวัน และการโทรศัพท์เยี่ยมติดตาม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ

ตารางที่ 5 การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 3

ผลของการพัฒนาระบบ	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	วิธีวิเคราะห์ข้อมูล	ระยะเวลาที่ใช้
1. ระบบการดูแลที่เกิดขึ้นหลังการพัฒนา	- การบันทึกภาคสนาม - การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม - ประชุมกลุ่มย่อยแบบเป็นทางการ	วิเคราะห์เชิงเนื้อหา	ธันวาคม 2556- มีนาคม 2557
2. การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	- การบันทึกภาคสนาม - การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม - ประชุมกลุ่มย่อยแบบเป็นทางการ	วิเคราะห์เชิงเนื้อหา	ธันวาคม 2556- มีนาคม 2557
3. การเปลี่ยนแปลงของผู้มีภาวะเสี่ยง - การรับรู้ต่อพฤติกรรมสุขภาพ - ภาวะสุขภาพ - พฤติกรรมสุขภาพ	- แบบสอบถามสำหรับกลุ่มเป้าหมายหลักชุดเดิม - การสัมภาษณ์เชิงลึก - การประชุมกลุ่มย่อย	สถิติ Paired-test วิเคราะห์เชิงเนื้อหา	มีนาคม 2557
4. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ	- การประชุมกลุ่มย่อย - การสัมภาษณ์เชิงลึกและการโทรศัพท์เยี่ยมหลังเข้าร่วมกิจกรรม	วิเคราะห์เชิงเนื้อหา	ธันวาคม 2556- มีนาคม 2557

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.7.1 กลุ่มเป้าหมายหลัก

ขั้นตอนการวิเคราะห์มีลำดับดังนี้

1) พรรณนาลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด แรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ วิเคราะห์ด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ (correlation) และสถิติที (t-test) ดังนี้

2.1 หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างอายุการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน การรับรู้อุปสรรคในการป้องกัน และแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจกับพฤติกรรมสุขภาพ

2.2 วิเคราะห์สถิติที ระหว่างเพศ สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ สิทธิในการรักษาและภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพ

3) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจต่อพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพ (ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือด) ก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมด้วยสถิติ paired t-test

3.7.2 กลุ่มเป้าหมายรอง

ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ (qualitative content analysis) โดยวิเคราะห์ตั้งแต่เริ่มดำเนินการวิจัยจนกระทั่งสิ้นสุดกระบวนการพัฒนา โดยผู้วิจัยจะตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลใน 2 ประเด็น คือ ความหลากหลายและอิมิตัวกับความเป็นจริง ในการตรวจสอบจะใช้วิธีสามเส้า (triangulation) กล่าวคือ เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลหลายวิธี พยายามหาข้อมูลเพิ่มเติมจากประเด็นที่ยังไม่ได้คำตอบ จนกระทั่งมีคำตอบที่เริ่มซ้ำกันจึงยุติการหาข้อมูลเพิ่มเติม ซึ่งการตรวจสอบข้อมูลคุณภาพจะมีอยู่ในทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัยโดยหลักการในการวิเคราะห์มีดังนี้ (เกษราวัลณ์ นิลรวงูร และพูลสุข ศิริสุข. 2547 : 27)

ขั้นตอนที่ 1 อ่านทำความเข้าใจ ข้อความ ถ้อยคำต่าง ๆ ที่ปรากฏในบันทึก

ขั้นตอนที่ 2 จับประเด็นสำคัญ ค้นหาวลี ประโยคหรือคำสำคัญ

ขั้นตอนที่ 3 จัดหมวดหมู่ จำแนกประเภท (categorizing)

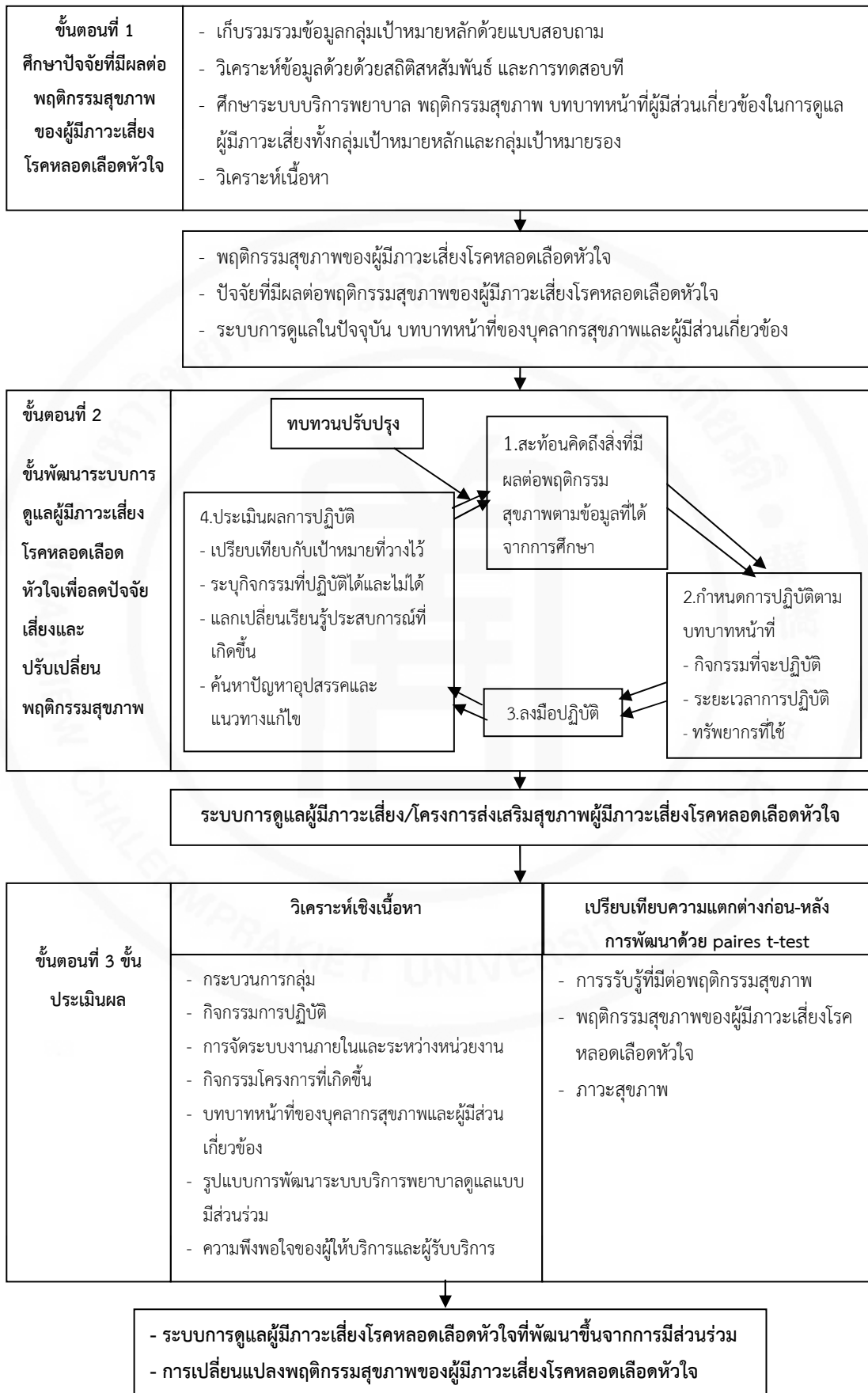
ขั้นตอนที่ 4 ตีความ ตรวจสอบความหมาย เพื่อระบุใจความสำคัญหรือหัวข้อเรื่อง(theme)

ขั้นตอนที่ 5 สร้างข้อสรุปจากหมวดหมู่และความหมายทั้งหมด

3.8 จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามกระบวนการจริยธรรมการวิจัยของคณะกรรมการพิจารณาหัวข้อ และจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติได้รับการรับรองเลขที่รับรอง อ.148/2556 และเนื่องจากผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างต้องมีปฏิสัมพันธ์กันตลอดการศึกษา ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงการที่จะต้องพิทักษ์สิทธิ์ผู้ถูกวิจัยอย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดกระบวนการวิจัยเป็นอย่างมาก โดยผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับขั้นตอนการศึกษาอย่างละเอียด พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถยกเลิกที่จะเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการสุขภาพจากทางโรงพยาบาล ผู้วิจัยปกปิดชื่อ-นามสกุลและใช้การระบุตำแหน่งงานของผู้ที่เกี่ยวข้องในการวิจัยแทนการใช้ชื่อจริงในทุกขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลไม่ที่จะเป็นการสัมภาษณ์ การสังเกต การจดบันทึก ในการบันทึกเทป หรือการอัดวิดีโอ ผู้วิจัยจะขออนุญาตจากผู้ถูกวิจัยทุกครั้งและระหว่างการพูดคุยในกระบวนการกลุ่ม ถ้าผู้ถูกวิจัยไม่สะดวกใจที่จะให้ข้อมูลในขณะนั้น ผู้วิจัยจะเคารพสิทธิด้วยการยุติการขอข้อมูลจากผู้ร่วมวิจัยท่านนั้นทันที และข้อมูลที่ได้มาจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยแก่บุคคลอื่น ๆ หรือไม่พาดพิงถึงผู้ให้ข้อมูลในทุกกรณี จากขั้นตอนที่กล่าวมาทั้งหมด สามารถสรุปเป็นแผนภูมิแสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัยได้ดังนี้ (แผนภูมิที่ 3)

แผนภูมิที่ 3 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังจากนั้นนำปัจจัยที่ค้นพบมาพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ และศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม ซึ่งจะนำเสนอผลการศึกษาโดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

4.1 ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ การรับรู้ตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

4.2 ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

2.1 ปัจจัยด้านบุคคล

2.2 ปัจจัยด้านครอบครัว

2.3 ปัจจัยด้านระบบบริการและการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาล

4.3 ส่วนที่ 3 การพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม

4.4 ส่วนที่ 4 ผลการเปลี่ยนแปลงหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม

4.1 ลักษณะส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ การรับรู้ตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

4.1.1 ลักษณะส่วนบุคคล

จากการศึกษาผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 30 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 อายุระหว่าง 45 – 54 ปี ร้อยละ 30.0 มากที่สุด รองลงมาอายุระหว่าง 55 – 64 ปี ร้อยละ 26.7 และมากกว่า 65 ปี ร้อยละ 23.3 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 60.0 การศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย และสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 30.0, 23.3 และ 16.7 ตามลำดับ ร้อยละ 36.7 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว เป็นแม่บ้านหรือพ่อบ้าน ร้อยละ 26.7 และเป็นลูกจ้างบริษัทเอกชน ร้อยละ 20.0 ร้อยละ 53.3 มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย เกือบครึ่งอาศัยอยู่กับครอบครัวร้อยละ 43.3 มีเพียง ร้อยละ 3.3 ที่อยู่เพียงลำพัง โดยมากมีหน้าที่เป็นผู้หารายได้ ร้อยละ 63.3 รองลงมาเป็นผู้เลี้ยงดูบุตรหลาน ร้อยละ 40.0 และเป็นผู้ดำเนินการตัดสินใจหาในครอบครัวร้อยละ 36.7 ส่วนใหญ่ชำระเงินสดในการรักษาร้อยละ 86.7 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของลักษณะส่วนบุคคลของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน n=30	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	10	33.3
- หญิง	20	66.7
อายุ (ปี)		
- อายุ 35-44ปี	6	20.0
- อายุ 45-54ปี	9	30.0
- อายุ 55-64ปี	8	26.7
- อายุ 65-74ปี	6	20.0
- อายุ > 75 ปี	1	3.3
สถานภาพ		
- โสด	5	16.7
- คู่	18	60.0
- หย่า	1	3.3
- หม้าย	5	16.7
- แยกกันอยู่	1	3.3
การศึกษา		
- ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	6.7
- น้อยกว่าระดับประถมศึกษา	3	10.0
- ประถมศึกษา	9	30.0
- มัธยมศึกษา	2	6.7
- มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช	7	23.2
- ปริญญาตรี	2	6.7
- สูงกว่าปริญญาตรี	5	16.7
อาชีพ		
- แม่บ้าน หรือ พ่อบ้าน	8	26.7
- ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	11	36.7

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน n=30	ร้อยละ
- เกษตรกร	1	3.3
- รับจ้าง	3	10.0
- ลูกจ้างบริษัทเอกชน	6	20.0
- รับราชการ	1	3.3
รายได้		
- รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย	16	53.3
- เพียงพอและมีเหลือเก็บ	12	40.0
- ไม่เพียงพอ	2	6.7
การอยู่อาศัย		
- อยู่คนเดียวตามลำพัง	1	3.3
- อยู่กับสามี/ภรรยา	5	16.7
- อยู่กับครอบครัว (ปู่,ย่า,ตา,ยาย,พ่อ,แม่,พี่,น้อง,หลาน)	13	43.3
- อื่น ๆ(อยู่กับสามี ภรรยา และ ลูก)	11	36.7
บทบาทหน้าที่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
- เป็นผู้หารายได้	19	63.3
- เป็นผู้เลี้ยงดูบุตร/หลาน	12	40.0
- เป็นผู้ทำงานบ้าน	8	26.7
- เป็นผู้ตัดสินใจแก้ปัญหาใน ครอบครัว (เป็นผู้นำ)	11	36.7
- อื่น ๆ (อยู่บ้านเฉย ๆ)	7	23.3
สิทธิในการรักษา		
- ไม่มีต้อง ชำระเงินสด	26	86.7
- ประกันชีวิต หรือ เครดิตบริษัท	4	13.3

4.1.2 ภาวะสุขภาพ

ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 40.0 รองลงมาคือโรคร่วมสามโรครวมกัน คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและไขมันใน

เลือดสูง และเป็นโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับร้อยละ 20.0 ไขมันในเลือดสูงร้อยละ 6.7 สามในสี่มีภาวะน้ำหนักเกินโดยมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 ร้อยละ 80.0 พบว่ารอบเอวเกิน 90 เซนติเมตรในเพศชายและเกิน 80 เซนติเมตรในเพศหญิงร้อยละ 20.0 และ 50.0 ตามลำดับพบว่าผู้มีภาวะเสี่ยงไม่สูบบุหรี่ แต่มีประวัติสูบบุหรี่ในอดีตร้อยละ 23.3 และสูดดมควันบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 10.0 มีภาวะเครียดบ่อย ๆ ร้อยละ 30.0 และมีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบร้อยละ 6.7 มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง/โรคเบาหวาน ร้อยละ 13.3 ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจจำแนกตามภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพ	จำนวน n=30	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
- โรคความดันโลหิตสูง	6	20.0
- โรคเบาหวาน	1	3.3
- ไขมันในเลือดสูง	2	6.7
- โรคความดันโลหิตสูง+โรคเบาหวาน	3	10.0
- โรคความดันโลหิตสูง+ไขมันในเลือดสูง	12	40.0
- โรคความดันโลหิตสูง+โรคเบาหวาน+ไขมันในเลือดสูง	6	20.0
ประวัติสูบบุหรี่		
- ไม่มีประวัติสูบบุหรี่	20	66.7
- อดีตเคยสูบบุหรี่/ปัจจุบันไม่สูบบุหรี่	7	23.3
- สูดดมควันบุหรี่ประจำ	3	10.0
ดัชนีมวลกาย		
- ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ	6	20.0
- ดัชนีมวลกายมากกว่า 25	24	80.0
รอบเอว		
- รอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ	9	30.0
- รอบเอวเกิน 80 เซนติเมตรในผู้หญิง	15	50.0
- รอบเอวเกิน 90 เซนติเมตรในผู้ชาย	6	20.0

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ภาวะสุขภาพ	จำนวน n =30	ร้อยละ
ญาติสายตรงเป็นโรคหัวใจขาดเลือด		
- ไม่มีญาติสายตรงในครอบครัวป่วยเป็นโรคหัวใจขาดเลือด	28	93.3
- มีญาติสายตรงเพศชายเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเมื่ออายุน้อยกว่า 55 ปี	2	6.7
ความเครียด		
- ไม่รู้สึกว่ามี ความเครียด	12	40.0
- รู้สึกโศกเศร้า มีความทุกข์เรื้อรังเป็นระยะเวลา 1 ปี ขึ้นไป	4	13.3
- รู้สึกเก็บกดทางอารมณ์ไม่สามารถระบายได้	2	6.7
- รู้สึกว่าขาดความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว	1	3.3
- คิดว่าตนเป็นเป็นปมด้อย เป็นภาระให้กับครอบครัว	2	6.7
- รู้สึกว่าตนเองเครียดอยู่บ่อย ๆ	9	30.0
โรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง/โรคเบาหวาน		
- มีโรคแทรกซ้อน (โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต)	4	13.3
- ไม่มีโรคแทรกซ้อน	26	86.7

4.1.3 การรับรู้ตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการศึกษา การรับรู้ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยแต่ละด้านปรากฏผล ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย

4.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.51 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจรับรู้ว่าการดื่มสุราจะทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้นมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.72 รองลงมาคือ การสูบบุหรี่ทำให้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ค่าเฉลี่ย 4.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.57 และรับรู้ว่าการรักษาโรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวานหรือไขมันในเลือดสูง แม้พบว่าอาการดีขึ้นแล้วก็ควรรับประทานยาอย่างต่อเนื่องไม่ควรหยุดยาเองค่าเฉลี่ย 4.47 ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน 0.78 ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ผู้ที่เป็นเบาหวานจะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าในคนที่มีระดับน้ำตาลในเลือดปกติ ค่าเฉลี่ย 4.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.87 ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้มีภาวะเสี่ยงรายข้อและโดยรวม

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ค่า เฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน
1. ถ้ามาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ทำให้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดหัวใจลดลง	53.3 (16)	36.7 (11)	10 (3)	0 (-)	0 (-)	4.43	0.68
2. คนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ถ้าไม่ควบคุมน้ำหนัก อาจทำให้ เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากขึ้น	56.7 (17)	23.3 (7)	13.3 (4)	6.7 (2)	0 (-)	4.30	0.95
3. การทำจิตใจให้สงบไม่เครียด ช่วยลดโอกาสในการเกิดโรคหลอดเลือด หัวใจได้	36.6 (11)	46.7 (14)	16.7 (5)	0 (-)	0 (-)	4.20	0.71
4. การดื่มสุราก็ทำให้หัวใจทำงาน หนักมากขึ้น	73.4 (22)	20 (6)	3.3 (1)	3.3 (1)	0 (-)	4.63	0.72
5. การสูบบุหรี่ทำให้มีโอกาสเกิด โรคหลอดเลือดหัวใจได้	56.7 (17)	40.0 (12)	3.3 (1)	0 (-)	0 (-)	4.53	0.57
6. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีโอกาส เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าคน ที่มีความดันโลหิตปกติ	43.3 (13)	40.0 (12)	16.7 (5)	0 (-)	0 (-)	4.27	0.74
7. ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจะมีโอกาส เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าคน ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดปกติ	33.3 (10)	36.7 (11)	26.7 (8)	3.3 (1)	0 (-)	4.00	0.87
8. การรักษาโรคเรื้อรัง(โรคความ ดันโลหิตสูงโรคเบาหวานและ ไขมันในเลือดสูง)ไม่สม่ำเสมอจะ ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้	33.3 (10)	43.3 (13)	23.4 (7)	0 (-)	0 (-)	4.10	0.76

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ค่า เฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน
9. เมื่อรักษาโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน หรือไขมันในเลือดสูง แม้พบว่าอาการดีขึ้นแล้ว ก็ควรรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่ควรหยุดยาเอง	60.0 (18)	30.0 (9)	6.7 (2)	3.30 (1)	0 (-)	4.47	0.78
10. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (โรคความดันโลหิตสูงโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง) หากรับประทานอาหารกระป๋อง ของหมักดอง อาหารรสหวาน อาหารที่ปรุงด้วยการทอด ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้	20.0 (11)	43.3 (13)	20.0 (6)	0 (-)	0 (-)	4.17	0.75
รวม						4.31	0.51

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 4.28 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.47 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจรับรู้ว่าจะเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจส่งผลให้เกิดภาวะและค่าใช้จ่ายของครอบครัวเพิ่มมากขึ้นมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.56 รองลงมารับรู้ว่าคุณป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอาจจะเสียชีวิตได้อย่างกระทันหัน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.63 และถ้าไม่รักษาโรคเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง อย่างถูกต้องจะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและเป็นอันตรายต่อชีวิต โรคหลอดเลือดหัวใจ อาจส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ และการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจทำให้มีโอกาสเสียชีวิตได้มากกว่าบุคคลปกติตามลำดับ ค่าเฉลี่ยเท่ากันทั้ง 3 ข้อ คือ 4.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.62, 1.11 และ 0.69 ตามลำดับ สำหรับการรับรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้เป็นข้อที่ผู้มีภาวะเสี่ยงรับรู้รั้น้อยที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.46 ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้มีภาวะเสี่ยงรายข้อและโดยรวม

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ค่า เฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน
1. ถ้าไม่รักษาโรคเรื้อรัง (โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง) อย่างถูกต้องจะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและเป็นอันตรายต่อชีวิต	56.7 (17)	36.7 (11)	6.6 (2)	0 (-)	0 (-)	4.50	0.62
2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่าคนปกติ	46.7 (14)	40.0 (12)	13.3 (4)	0 (-)	0 (-)	4.33	0.71
3. เมื่อเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจส่งผลให้เกิดภาวะและค่าใช้จ่ายของครอบครัวเพิ่มมากขึ้น	66.7 (20)	30.0 (9)	3.3 (1)	0 (-)	0 (-)	4.63	0.56
4. โรคหลอดเลือดหัวใจอาจส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้	46.7 (14)	36.7 (11)	13.3 (4)	0 (-)	0 (-)	4.50	1.11
5. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอาจจะเสียชีวิตได้อย่างกะทันหัน	60.1 (18)	33.3 (10)	6.6 (2)	0 (-)	0 (-)	4.53	0.63
6. โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้	23.3 (7)	20.0 (6)	40.0 (12)	10.0 (3)	3.3 (1)	3.7	1.46
7. โรคหลอดเลือดหัวใจทำให้เกิดความเครียด และเสียสุขภาพจิต	30.0 (9)	36.7 (11)	23.3 (7)	6.6 (2)	3.3 (1)	3.83	1.05
8. โรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้หัวใจวายหรือล้มเหลวได้	33.3 (10)	50.0 (15)	16.7 (5)	0 (-)	0 (-)	4.17	0.70
9. การป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจทำให้ มีโอกาสเสียชีวิตได้มากกว่าบุคคลปกติ	56.7 (17)	40.0 (12)	3.3 (1)	0 (-)	0 (-)	4.50	0.69
10. การป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้เกิดสมองพิการได้ เนื่องจากมีการอุดตันของเส้นเลือด	50.0 (15)	36.7 (11)	13.3 (4)	0 (-)	0 (-)	4.37	0.72
รวม						4.28	0.47

3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 4.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.39 เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่าหัวข้อการออกกำลังกายสม่ำเสมอมีประโยชน์ต่อร่างกายมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดค่าเฉลี่ย 4.83 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.38 รองลงมา คือ โอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจหรือไม่ ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดื่มสุรา ยาสูบ และการจัดการความเครียด ค่าเฉลี่ย 4.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.63 และการแสดงความรักและความห่วงใยต่อกันในครอบครัวทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น ค่าเฉลี่ย 4.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.49 สำหรับหัวข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหรือแอลกอฮอล์มีผลเสียต่อหัวใจ ค่าเฉลี่ย 4.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.78 ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้มีภาวะเสี่ยงรายชื่อและโดยรวม

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ค่า เฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน
1. การมาตรวจตามนัด ทำให้มีการติดตามและเฝ้าระวังอาการเจ็บป่วย ช่วยป้องกันและลดโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่และช่วยให้มีแนวทางในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องมากขึ้น	53.3 (16)	46.7 (14)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	4.53	0.51
2. การป่วยเป็นโรคเรื้อรัง (โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวาน หรือไขมันในเลือดสูง)ในระยะเริ่มต้น การรักษาอย่างต่อเนื่องสามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้	60 (18)	30 (9)	6.7 (2)	3.3 (1)	0 (-)	4.47	0.78
3. การหยุดรับประทานยาเอง ทำให้เกิดอันตราย	53.3 (16)	40.0 (12)	6.7 (2)	0 (-)	0 (-)	4.47	0.63
4. การเล่าอาการเปลี่ยนแปลงให้แพทย์หรือพยาบาลทราบทำให้ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง	43.3 (13)	53.3 (16)	3.3 (1)	0 (-)	0 (-)	4.40	0.56

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ค่า เฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน
5. การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง เช่น เจ็บหน้าอก ใจสั่น หรือหน้ามืด เป็นลม ทำให้ท่านตรวจพบอาการของโรค ตั้งแต่เริ่มต้น	40.0 (12)	36.7 (11)	23.3 (7)	0 (-)	0 (-)	4.17	0.79
6. การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหรือแอลกอฮอล์ มีผลเสียต่อการทำงานของหัวใจ	36.7 (11)	40.0 (12)	23.3 (7)	0 (-)	0 (-)	4.13	0.78
7. การออกกำลังกาย ต้องเริ่มออก จากเบา ๆ ก่อนแล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้น เรื่อย ๆ ทำให้ร่างกายและหัวใจ ปรับตัวได้ แล้วจึงค่อยๆลดลง จึงจะ ไม่เกิดอันตรายต่อร่างกาย	36.7 (11)	46.6 (14)	16.7 (5)	0 (-)	0 (-)	4.20	0.71
8. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีประโยชน์ต่อร่างกาย	83.3 (25)	16.7 (5)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	4.83	0.38
9. การรับประทานอาหารที่ทำจาก ไขมันสัตว์ หรือเนื้อสัตว์ติดมันทำให้ เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด หัวใจเพิ่มมากขึ้น	60.0 (18)	33.3 (10)	6.7 (2)	0 (-)	0 (-)	4.53	0.63
10. การแสดงความรักและความ ห่วงใยต่อกันในครอบครัวทำให้ สุขภาพจิตดีขึ้น	63.3 (19)	36.7 (11)	0 (-)	0 (-)	0 (-)	4.63	0.49
11. การทำจิตใจให้สงบ ไม่เครียด ช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด หัวใจได้	50.1 (15)	43.3 (13)	3.3 (1)	3.3 (1)	0 (-)	4.40	0.72
12. มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือด หัวใจหรือไม่ ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับ การปฏิบัติตัวในเรื่องของการ รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย สุรา ยาสูบ และการจัดการ ความเครียด	53.3 (16)	40.0 (12)	6.7 (2)	0 (-)	0 (-)	4.67	0.63
รวม						4.44	0.39

4. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางค่าเฉลี่ย 2.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.77 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าผู้มีภาวะเสี่ยงรับรู้ว่าคุณเองสามารถปรับปรุงการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.12 รองลงมา คือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถรักษาโรคได้อย่างต่อเนื่องได้ ค่าเฉลี่ย 3.30 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.23 ส่วนข้อที่ผู้มีภาวะเสี่ยงรับรู้น้อยที่สุด คือ ไม่สามารถควบคุมเกี่ยวกับชนิดหรือประเภทของอาหารได้ เนื่องจากต้องรับประทานร่วมกับบุคคลในครอบครัว ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.0 ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้มีภาวะเสี่ยงรายข้อและโดยรวม

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ค่า เฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน
1. มีภารกิจมากจึงไม่มีเวลาไปพบแพทย์	10.0 (3)	36.7 (11)	0 (-)	30.0 (9)	23.3 (7)	2.80	1.42
2. ค่าใช้จ่ายในการรักษา เป็นอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถไปรับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องได้	16.7 (5)	36.7 (11)	13.3 (4)	26.7 (8)	6.7 (2)	3.30	1.23
3. ไม่สามารถรับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ได้เนื่องจากยามีราคาแพง	6.7 (2)	23.3 (7)	10.0 (3)	43.3 (13)	16.7 (5)	2.60	1.22
4. คนในครอบครัวไม่มีเวลาเอาใจใส่ต่อการเจ็บป่วย ไม่สามารถพามาตรวจตามนัดได้ เนื่องจากมีภาระงานมาก	6.7 (2)	23.3 (7)	6.7 (2)	33.3 (10)	30 (9)	2.43	1.33
5. ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในเรื่องการรับประทานยา อาหาร และการออกกำลังกายได้ทั้งหมดเนื่องจากมีการเสื่อมตามวัยทางด้านสายตา การได้ยิน การเคลื่อนไหว และหลงลืมบางครั้ง	10.0 (3)	30.0 (9)	20.0 (6)	26.7 (8)	13.3 (4)	2.97	1.24

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ค่า เฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน
6. รู้สึกเกรงใจ หรือคิดว่าอาจจะ รบกวนและก่อให้เกิดปัญหาให้กับ บุคคลในครอบครัวจึงไม่กล้าบอก อาการเจ็บป่วยให้คนในครอบครัว ทราบ	3.3 (1)	20.0 (6)	13.3 (4)	46.7 (14)	16.7 (5)	2.67	1.62
7. ไม่กล้าสอบถามเรื่องการปฏิบัติ ตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดโรค หลอดเลือดหัวใจจากแพทย์หรือ พยาบาล	0 (-)	13.3 (4)	16.7 (5)	46.7 (14)	23.3 (7)	2.20	0.96
8. เมื่อเจ็บป่วยหรือมีปัญหา ทางด้านสุขภาพไม่สามารถปรึกษา แพทย์และพยาบาลได้ตลอดเวลา	6.7 (2)	23.3 (7)	23.3 (7)	33.3 (10)	13.4 (4)	2.76	1.16
9. สถานที่พักอาศัย หรือชุมชนที่ อาศัยอยู่ ไม่มีสถานที่สำหรับการ ออกกำลังกาย	13.4 (4)	19.9 (6)	3.3 (1)	50.0 (15)	13.4 (4)	2.70	1.32
10. การบริการของโรงพยาบาลที่ ล่าช้า ทำให้ไม่ยอมรับการ รักษาอย่างต่อเนื่อง	6.6 (2)	30.0 (9)	16.7 (5)	30.0 (9)	16.7 (5)	2.80	1.24
11. เมื่อมีปัญหาไม่เคยปรึกษา บุคคลอื่นเพราะคิดว่าไม่สามารถ ช่วยได้	6.6 (2)	16.7 (5)	16.7 (5)	50.0 (15)	10.0 (3)	2.60	1.10
12. ไม่สามารถควบคุมเกี่ยวกับ ชนิดหรือประเภท ของอาหารได้ เนื่องจากต้องรับประทานร่วมกับ บุคคลในครอบครัว	3.3 (1)	40.1 (12)	23.3 (7)	23.3 (7)	10.0 (3)	3.03	1.09
13. ปัจจุบันอาหารเฉพาะโรค เช่น อาหารสำหรับผู้ป่วย เบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หรือไขมัน ในเลือดสูง ไม่มีขายตามท้องตลาด จะได้รับเมื่อพักรักษาตัวใน โรงพยาบาลเท่านั้น	10.0 (3)	36.7 (11)	10.0 (3)	30.0 (9)	13.3 (4)	3.00	1.28

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ค่า เฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน
14. สิ่งแวดล้อมที่อาศัย และ ลักษณะงานที่รับผิดชอบทำให้ไม่ สามารถเลิกบุหรี่ หรือสิ่งเสพติดได้	0 (-)	10.0 (3)	23.3 (7)	36.7 (11)	30.0 (9)	2.30	1.55
15. สามารถปรับปรุงการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด หัวใจได้	20.0 (6)	46.7 (14)	20.0 (6)	3.3 (1)	10.0 (3)	3.63	1.12
รวม						2.75	0.77

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวม พบว่าอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 3.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.58 หากเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจพึงพอใจกับการตรวจรักษาของแพทย์ทุกครั้งมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.68 รองลงมา คือ ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาเป็นอย่างดีจากเภสัชกร ค่าเฉลี่ย 4.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.63 และส่วนกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทางโรงพยาบาลจัดขึ้น ช่วยให้ผู้มีภาวะเสี่ยงสามารถปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ผู้มีภาวะเสี่ยงรับรู้ข้อมูลที่น้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.89 ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้มีภาวะเสี่ยงรายข้อและโดยรวม

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ค่า เฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน
1. มีความพอใจในการรักษาของ แพทย์ทุกครั้ง	60 (18)	36.7 (11)	3.3 (1)	0 (-)	0 (-)	4.50	0.68
2. แพทย์และพยาบาลของศูนย์ โรคหัวใจให้คำแนะนำเกี่ยวกับ การรับประทานยาและการ ออกกำลังกายเป็นอย่างดี	30.0 (9)	50.0 (15)	13.3 (4)	6.7 (2)	0 (-)	4.03	0.85

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ค่า เฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน
3. ได้รับบริการที่ดีสามารถสอบถาม ปัญหาทางด้านสุขภาพและคำแนะนำ จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลได้ ตลอดเวลา	23.3 (7)	46.7 (14)	26.7 (8)	3.3 (1)	0 (-)	3.90	0.80
4. ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทาน อาหารเป็นอย่างดีจากเจ้าหน้าที่ของ โรงพยาบาล	16.7 (5)	40.0 (12)	33.3 (10)	10.0 (3)	0 (-)	3.63	0.89
5. ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกาย กายเป็นอย่างดี จากเจ้าหน้าที่ของ โรงพยาบาล	16.7 (5)	26.7 (8)	50.0 (15)	6.6 (2)	0 (-)	3.53	0.86
6. ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทาน ยา เป็นอย่างดีจากเภสัชกรของ โรงพยาบาล	26.7 (8)	60.0 (18)	13.3 (4)	0 (-)	0 (-)	4.13	0.63
7. กิจกรรมต่าง ๆ ที่โรงพยาบาลจัด ขึ้นช่วยให้สามารถปฏิบัติตนเพื่อ ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้	13.3 (4)	26.7 (8)	46.7 (14)	13.3 (4)	0 (-)	3.40	0.89
8. มีการปรับพฤติกรรมกรรมการรับประทาน อาหาร ออกกำลังกาย รับประทานยา เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เกิดภาวะ แทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่และไม่ เป็นภาวะแก่ครอบครัว สามารถ ช่วยเหลือ ดูแลครอบครัวได้	20.0 (6)	50.0 (15)	23.3 (7)	6.7 (2)	0 (-)	3.83	0.83
9. บุคคลใกล้ชิด (ครอบครัว เพื่อน สมาคม ชมรม) ได้ มีส่วนช่วยให้ได้ ออกกำลังกายมากขึ้น	16.7 (5)	43.3 (13)	26.7 (8)	10.0 (3)	3.3 (1)	3.60	1.00
10. สามารถเป็นตัวช่วยในการดูแล สุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด หัวใจได้	13.3 (4)	33.3 (10)	50.0 (15)	3.3 (1)	0 (-)	3.56	0.77
11. บุคคลในครอบครัวคอยดูแล ช่วยเหลือให้รับประทานยาอย่าง ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ไม่ขาดยา	26.6 (8)	46.7 (14)	20.0 (6)	6.7 (2)	0 (-)	3.93	0.87

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ค่า เฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน
12. บุคคลในครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายไปพร้อม ๆ กัน	16.7 (5)	40.0 (12)	36.6 (11)	6.7 (2)	0 (-)	3.67	0.84
13. คนในครอบครัวสนับสนุนให้ทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของท่าน	20.0 (6)	56.7 (17)	23.3 (7)	0 (-)	0 (-)	3.97	0.67
14. คนในครอบครัวสอบถามอาการเจ็บป่วยจากแพทย์หรือพยาบาลและนำมาให้คำแนะนำ	23.3 (7)	56.7 (17)	13.4 (4)	3.3 (1)	3.3 (1)	4.06	1.28
15. คนในครอบครัวคอยกระตุ้นเตือนเมื่อไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล	13.4 (4)	56.7 (17)	23.3 (7)	3.3 (1)	3.3 (1)	3.80	0.89
รวม						3.82	0.58

4.1.4 พฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

พฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย พบว่า โดยรวมแล้วผู้มีภาวะเสี่ยงมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.36 หากพิจารณารายด้านจะเห็นว่าพฤติกรรมด้านที่ผู้มีภาวะเสี่ยงปฏิบัติมากที่สุด คือ การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ค่าเฉลี่ย 4.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.54 รองลงมา คือ การไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ค่าเฉลี่ย 4.22 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.91 และการรับประทานอาหาร ค่าเฉลี่ย 3.48 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.43 เมื่อพิจารณาด้านการรับประทานอาหารพบว่า มีการรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้เป็นประจำทุกวันมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.98 และน้อยที่สุด คือ รับประทานอาหารขนมขบเคี้ยว เช่น มันฝรั่งทอด เป็นต้น ค่าเฉลี่ย 2.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.06 เมื่อพิจารณาด้านการออกกำลังกายจะเห็นว่า เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุด หัวข้อออกกำลังกายจนกระทั่งมีเหงื่อออก และชีพจรเต้นเร็ว เป็นพฤติกรรมที่ไม่ปฏิบัติมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 2.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.16 และรองลงมา คือ ออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที ค่าเฉลี่ย 2.57 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.30 เมื่อพิจารณาด้านการจัดการความเครียดปรากฏว่า หาสาเหตุเมื่อรู้สึกไม่สบายใจและแก้ไขที่สาเหตุ

นั้น ๆ (ไม่หนีปัญหา) เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.73 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.94 และน้อยที่สุด คือ รับประทานยาคลายเครียดหรือยานอนหลับเมื่อรู้สึกเครียด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.15 ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจรายข้อและโดยรวม

ข้อคำถาม	พฤติกรรมสุขภาพ					ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย	ไม่ปฏิบัติ		
การรับประทานอาหาร							
1. รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้	36.7 (11)	36.7 (11)	16.6 (5)	10.0 (3)	0 (-)	4.00	0.98
2. รับประทานอาหารทะเลเช่น กุ้ง หอย ปู ปลาหมึก	16.6 (5)	46.7 (14)	26.7 (8)	10.0 (3)	0 (-)	2.70	0.88
3. รับประทานเนื้อปลาแทนเนื้อสัตว์ชนิดอื่น ๆ	20.0 (6)	46.7 (14)	20.0 (6)	13.3 (4)	0 (-)	3.73	0.94
4. รับประทานอาหารรสจัดโดยไม่เติม เครื่องปรุง เช่น ซีอิ๊ว น้ำปลา ในอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว	10.0 (3)	16.7 (5)	36.7 (11)	33.3 (10)	3.3 (1)	2.97	1.03
5. รับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิ เช่น แกงเขียวหวาน ก๋วยเตี๋ยวบวชชี	3.3 (1)	10.0 (3)	30.0 (9)	53.4 (16)	3.3 (1)	2.57	0.86
6. รับประทานขนมขบเคี้ยว เช่น มันฝรั่งทอด เป็นต้น	6.7 (2)	0 (-)	26.7 (8)	40.0 (12)	26.7 (8)	2.20	1.06
7. รับประทานขนมเค้กเบเกอรี่ขนมปัง	10.0 (3)	13.3 (4)	23.3 (7)	36.7 (11)	16.7 (5)	2.63	1.22
8. รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารประเภททอด ข้าวขาหมู ตัดมัน หรือข้าวมันไก่ติดหนัง	0 (-)	13.3 (4)	30.0 (9)	40.0 (12)	16.7 (5)	2.40	0.93
9. รับประทานอาหารประเภทเครื่องในสัตว์ เช่น ไส้ ตับหัวใจปอด	0 (-)	6.7 (2)	36.7 (11)	33.3 (10)	23.3 (7)	2.27	0.91

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ข้อความ	พฤติกรรมสุขภาพ					ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นส่วนมาก	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย	ไม่ปฏิบัติ		
10. รับประทานไข่แดงไม่เกินสัปดาห์ละ 3-4 ฟอง	10.0 (3)	26.7 (8)	13.3 (4)	43.3 (13)	6.7 (2)	2.90	1.18
รวม						3.48	0.43
การออกกำลังกาย							
11. ออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที	10.0 (3)	16.7 (5)	16.7 (5)	33.3 (10)	23.3 (7)	2.57	1.30
12. ออกกำลังกายจนกระทั่งมีเหงื่อออก และชีพจรเต้นเร็วประมาณ 120 ครั้ง ต่อนาที	3.3 (1)	13.4 (4)	20.0 (6)	30.0 (9)	33.3 (10)	2.23	1.16
13. เดินแทนการขึ้นรถหรือใช้ลิฟท์	6.7 (2)	30.0 (9)	33.3 (10)	26.7 (8)	3.3 (1)	3.10	0.99
14. ส่วนใหญ่มักจะ นั่ง ๆ กิน ๆ นอน ๆ	6.7 (2)	36.7 (11)	13.3 (4)	23.3 (7)	20.0 (6)	2.87	1.31
รวม						2.76	0.79
การจัดการความเครียด							
15. หาสาเหตุเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ และแก้ไขที่ สาเหตุนั้น ๆ (ไม่หนีปัญหา)	23.3 (7)	26.7 (8)	46.7 (14)	3.3 (1)	0 (-)	3.70	0.88
16. ฝึกสมาธิเพื่อทำให้สงบ	10.0 (3)	16.6 (5)	6.7 (2)	26.7 (8)	40.0 (12)	2.30	1.42
17. รับประทานยาคลายเครียด หรือ ยานอนหลับเมื่อรู้สึกเครียด	3.3 (1)	6.7 (2)	13.3 (4)	10.0 (3)	66.7 (20)	1.70	1.15
18. พักผ่อนนอนหลับเพียงพอ และสมดุลกับการทำงาน	16.7 (5)	46.7 (14)	23.3 (7)	10.0 (3)	3.3 (1)	3.63	0.90
19. มีกิจกรรม หรือทำงานอดิเรกที่ตนเองชื่นชอบ เช่นเลี้ยงสัตว์ ปลูกต้นไม้ ฟังเพลง เป็นต้น	13.3 (4)	36.7 (11)	33.3 (10)	6.7 (2)	10.0 (3)	3.37	1.13
รวม						3.46	0.52

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ข้อความ	พฤติกรรมสุขภาพ					ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัติเป็นบางส่วน	ไม่ปฏิบัติ		
การสูบบุหรี่/ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน							
20. สูบบุหรี่	3.3 (1)	3.3 (1)	0 (-)	3.3 (1)	90.1 (27)	1.27	0.91
21. ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	0 (-)	6.7 (2)	6.7 (2)	6.7 (2)	79.9 (24)	1.40	0.89
22. ทานดื่มชา กาแฟ แทนการรับประทานอาหารเช้า	26.7 (8)	10.0 (3)	13.3 (4)	3.3 (1)	46.7 (14)	2.67	1.75
รวม						4.22	0.91
การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย							
23. ไปพบแพทย์เมื่อมีอาการเจ็บป่วยมากเท่านั้น	20.0 (6)	16.7 (5)	13.3 (4)	33.3 (10)	16.7 (5)	2.90	1.42
24. ไปพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกายและรับยา ตามนัด	76.7 (23)	20.0 (6)	0 (-)	3.3 (1)	0 (-)	4.70	0.65
25. รับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์	90.0 (27)	6.7 (2)	3.3 (1)	0 (-)	0 (-)	4.87	0.43
26. เมื่อมีอาการผิดปกติจะมีการปรับเปลี่ยนยาด้วยตัวเอง	0 (-)	3.3 (1)	6.7 (2)	10.0 (3)	80.0 (24)	1.33	0.76
รวม						4.33	0.54
รวมทุกด้าน						3.58	0.36

4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

4.2.1 ปัจจัยด้านบุคคล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและแยกรายด้านโดยใช้ สหสัมพันธ์ (correlation) และ t-test โดยอายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน การรับรู้อุปสรรคในการป้องกัน และแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ วิเคราะห์ด้วยสถิติ

สหสัมพันธ์ ส่วนเพศ สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ สิทธิในการรักษา และภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ด้วย t-test ผลปรากฏ ดังนี้

อายุ พบว่าสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจระดับต่ำในทิศทางตรงกันข้ามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.40$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าอายุสัมพันธ์ระดับปานกลาง กับพฤติกรรมจัดการความเครียด ($r = -0.54$) และการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ($r = -0.40$) ในทิศทางตรงกันข้ามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคพบว่า สัมพันธ์ทิศทางเดียวกับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมในระดับต่ำ ($r = 0.409$) โดยสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกับพฤติกรรมออกกำลังกาย ($r = 0.491$) และการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญ ($r = 0.394$) ส่วนปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคสัมพันธ์กับพฤติกรรมโดยรวมและพฤติกรรมสุขภาพแยกรายด้านของผู้มีภาวะเสี่ยงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคกับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน

ปัจจัย	การรับประทา นอาหาร	การออกกำลังกาย	การจัดการ ความเครียด	การสูบบุหรี่ สุรา คาเฟอีน	การดูแล สุขภาพเมื่อ เจ็บป่วย	พฤติกรรม สุขภาพ โดยรวม
อายุ	-0.26	-0.003	-0.54*	0.03	-0.40*	-0.39*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดโรค	-0.042	-0.186	0.147	-0.078	0.117	0.003
การรับรู้ความรุนแรง ของโรค	0.142	0.220	-0.029	0.102	-0.003	0.173
การรับรู้ประโยชน์ของ การป้องกันการเกิดโรค	0.223	0.142	0.179	0.065	0.294	0.312
การรับรู้อุปสรรคในการ ป้องกันการเกิดโรค	-0.103	0.166	-0.318	-0.176	-0.172	-0.181
แรงจูงใจด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรค	0.050	0.491*	0.394*	-0.091	-0.161	0.409*

*P-value<0.05

สำหรับ เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ สิทธิในการรักษา เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ t-test พบว่า ไม่มีปัจจัยใดมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยรวมของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังแสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่า t จำแนกตามปัจจัยที่ศึกษา

ปัจจัย	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	t-test	P-value
เพศ			-0.56	0.58
- ชาย	91.80	7.10		
- หญิง	93.85	10.39		
สถานภาพสมรส			0.83	0.41
- โสด	94.92	11.34		
- คู่	92.00	7.88		
ลักษณะการอยู่อาศัย			1.77	0.08
- อยู่คนเดียว	99.00	8.12		
- อยู่กับครอบครัว	97.71	9.20		
ระดับการศึกษา			-1.80	0.08
- ระดับประถมศึกษาและน้อยกว่า	90.00	6.70		
- สูงกว่าระดับประถมศึกษา	95.94	10.59		
การประกอบอาชีพ			-1.60	0.12
- ไม่ได้ทำงาน	88.75	5.06		
- ทำงาน	94.78	10.09		
รายได้			-0.67	0.50
- เพียงพอ	92.86	9.32		
- ไม่เพียงพอ	97.50	12.02		
สิทธิการรักษา			1.90	0.07
- ขำระเงินสด	89.09	5.81		
- มีประกันชีวิต	95.53	10.47		
ภาวะสุขภาพ			1.84	0.07
- มีปัจจัยเสี่ยง 1-3 ข้อ	97.78	7.03		
- มีปัจจัยเสี่ยง ตั้งแต่ 4 ข้อขึ้นไป	91.19	9.65		

4.2.2 ปัจจัยด้านครอบครัว

จากการวิเคราะห์ปัจจัยด้านครอบครัวที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาได้แก่ความคิดสำคัญที่สามารถแยกออกเป็นประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1) การรับประทานอาหาร

1.1) ไม่ปรุงแยก ทำกินรวมกัน

ส่วนใหญ่ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจรับประทานอาหารร่วมกับบุคคลในครอบครัว ไม่มีการปรุงอาหารแยก หรือจัดเป็นอาหารเฉพาะบุคคลจากการสังเกตพบว่าบุคคลในครอบครัวเดียวกัน จะมีภาชนะน้ำหนักเกินเหมือน ๆ กัน ระหว่างการนั่งรถตรวจจะรับประทานขนมปัง เบเกอรี่ ไส้กรอก และเครื่องดื่มที่มีรสหวานเป็นประจำ

“...กับข้าวที่กินทุกวัน ก็กินเหมือน ๆ กัน ไม่ได้ปรุงแยก ทำกินรวมกัน บางครั้งแม่อยากกินอะไรแกก็ทำกินเอง ก็พยายามไม่ให้เค็มนะ...” I11-300756

“...เป็นคนชอบทำกับข้าวมาก ทำอยู่ได้ทั้งวัน และก็จะมีความสุขที่ทุกคนในบ้านชอบกิน ชอบทำอาหาร ข้าวมันไก่ แต่พอสามีเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และเพิ่งทราบว่าส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เค็มจัด และไม่ออกกำลังกาย ก็เลยรู้สึกแย่ ๆ ตอนนั้นก็เลยพยายามเปลี่ยนเป็นผักต้มให้อาмаแทน เพราะอาม่าก็เพิ่งทำบอลุนไป...” I41-260856

“...ทำกับข้าวกินเองบ้าง ส่วนใหญ่ซื้อกินมากกว่า แต่ก็เน้นปลากับผักเป็นหลัก ก็กินด้วยกันทั้งครอบครัว ซื้อกินเองสะดวกและก็ประหยัดเวลา...” I20-250756

1.2) อยากกินอะไรก็ซื้อให้ : ไม่จำกัดอาหาร

ผู้มีภาวะเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ ลูกหลานมักซื้อขนม ผลไม้ อาหารบำรุงมาให้รับประทาน มักนึกถึงความสุขของการรับประทานมากกว่าโทษ เนื่องจากผู้มีภาวะเสี่ยงคิดว่าทำงานเหนื่อยมาทั้งชีวิตตอนนี้อยู่ที่กินดีจึงอยากให้ได้รับประทานของดีๆ และรับประทานได้มากๆ และบ่อยครั้งที่รับประทานอาหารนอกบ้าน หลายครอบครัวนิยมรับประทานอาหารตะวันตก เช่น โดนัท ไข่เคเอฟซี พิซซ่า เป็นต้น เนื่องจากได้รับชมหรือฟังจากสื่อ โฆษณาและบริโภคได้สะดวกรวดเร็ว

“...ก่อนหน้าที่คุณพ่อจะใส่บอลลูน กินอาหารทุกอย่างไม่ค่อยจำกัด โดยเฉพาะเมื่อเย็น เราก็ขยันทำและเราเองก็กินด้วยกัน พ่อกินกาแฟ วัน 3-4 แก้ว แต่หลังใส่บอลลูน รู้สึกว่าต้องควบคุมทั้งอาหารและ ต้องกินยาเยอะมาก หากปรับเปลี่ยนได้ตั้งแต่แรกก็คงดี ไม่ต้องเสียเงินเยอะตอนนี้ตัวเองก็เริ่มปรับตัวเรื่องกินไปพร้อม ๆ กับคนป่วย เพราะเราเองก็เริ่มมีไขมันขึ้น ก็กลัว ๆ อยู่...” I29, I30-260856

“...เวลาลูกหลานมาเยี่ยมจะซื้อขนม ผลไม้ ของกินมาฝากมายมาย เวลาเห็นแกกินได้ก็ดีใจ นึกถึงเมื่อก่อนลำบากไม่มีโอกาสได้กิน เมื่อมีฐานะดีขึ้นก็ไม่อยากให้แกลำบาก อยากกินอะไรก็จะซื้อให้ บางทีก็ลืมไปว่าหมอห้าม หรือกินแล้วไม่มีประโยชน์...” I23-300756

“...เวลาว่าง ๆ วันหยุดก็มักจะพาแกไปหาอะไรกินตามห้าง เช่น พิซซ่า ไก่ทอดวันก่อนก็เพิ่งไปกินอาหารทะเล กุ้ง ปู ก็พอทราบว่ามีมาก ๆ ไม่ดี แต่ก็อดไม่ได้ ก็กินกันทั้งบ้าน แต่ก็พยายามบอกให้คนไข้กินน้อย ๆ แต่ก็เข้าใจว่ามันอดไม่ได้...” I19-030856

“...ก็พอทราบอยู่ว่าหมอให้ลดหวาน มัน เค็ม แต่ก็พยายามช่วย ๆ ดู และกระตุ้นเตือน แต่บางทีห้ามบ่อย ๆ แกก็ไม่ค่อยพอใจ บางครั้งบอกกินไม่เค็มหรือกินจืด แต่พบว่ามักล่องบ้วยเค็มวางอยู่ข้างแกเป็นประจำ...” I11-300756

2) การออกกำลังกาย

2.1) ทำงานหาเงิน ไม่มีเวลาไปออกกำลังกาย

บุคคลในครอบครัวของผู้มีภาวะเสี่ยงมีการออกกำลังกายน้อยมาก บางรายไม่เคยออกกำลังกายเลย เลยขาดคนชักชวนให้ผู้มีภาวะเสี่ยงออกกำลังกายโดยให้สาเหตุของการไม่ออกกำลังกายว่าไม่มีเวลา ใช้ชีวิตเร่งรีบเพราะทำงาน

“...ไม่ได้ออกกำลังกายเพราะต้องขายของทั้งวัน ยืนจนเมื่อย ขายเสร็จก็เหนื่อยแล้ว กินแล้วก็ชวนกันนอนเลยพากันอ้วนทั้งบ้าน...” I24-300756

“...ไม่มีเวลา ทำงานยุ่งทั้งวัน ก็เห็นแกยึดเหยียดบ้าง ครั้งละ 10 นาที 20 นาที ก็บอกให้แกทำต่อไปแต่หลัง ๆ แกบนปวดเข่า เลยไม่ค่อยได้ทำ นั่งดูทีวีแทนก็ปล่อยแกไป...” I11-300756

“...ออกกำลังกายหากมีเพื่อนไปด้วยก็จะดีสนุก หรือไม่อย่างนั้นก็มีวิธีง่าย ๆ ทำได้ที่บ้านแต่มันก็ติดปัญหาตรงที่ไม่มีเวลาต้องทำงาน...” I35-230856

“...ออกกำลังกายเธอ บอกตรง ๆ เกือบทุกคนในบ้านไม่เคยออกกำลังกายอย่างเป็นจริงเป็นจัง ส่วนใหญ่ทำงาน กลับถึงบ้านต่างคนต่างกินข้าว ดูทีวี และก็นอน มีบ้างที่หลานชายวัยรุ่นไปเตะฟุตบอลกับเพื่อน ๆ แต่คนอื่น ๆ ไม่มีใครชวนใครเลย...” I41-260856

2.2) ทำงานบ้าน หรือกิจวัตรประจำวัน คือการออกกำลังกาย

กิจกรรมส่วนใหญ่นิยมดูทีวีอยู่กับบ้าน หรือไปเดินห้าง มีส่วนน้อยที่คอยกระตุ้นให้ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจออกกำลังกาย เช่น การเดินระยะสั้น ๆ การยืดเหยียดในผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องข้อเข่า จึงออกกำลังกายได้ไม่มากและไม่รู้ว่าต้องออกกำลังกายแค่ไหนและอย่างไรจึงจะเหมาะสมและเข้าใจว่าการทำนา กุ้ง กวาดบ้าน ถูบ้าน ก็เป็นการออกกำลังกาย

“...โดยส่วนตัวไม่ค่อยได้ออกกำลังกายส่วนใหญ่ก็ปั่นจักรยานไปซื้อของหน้าหมู่บ้าน หากจะชวนคนป่วยไปออกกำลังกาย เราก็ไม่รู้ว่าต้องออกอย่างไรถึงจะพอ เพราะแกก็อายุเยอะแล้ว...” I28-180856

“...ทำนา กุ้ง ทำงานบ้าน กวาดบ้าน ถูบ้าน ก็เหนื่อยแล้ว คิดว่าไม่ต้องออกกำลังกายอีก...” I12-230856

“...ทำงานกันตลอด สามี่ไม่เคยออกกำลังกายเลย คิดว่าทำงานหนักแล้ว เหนื่อยแล้ว ประชุมทั้งวัน พอหลังใส่ชุดลวดก็มีข้อจำกัดในการออกกำลังกายต้องเรียนรู้อีกเยอะ คิดว่าไม่มีโรคดีที่สุด ตัวเองก็มีไขมันสูงก็เลยเริ่มกลัว ก็ดูแลเรื่องอาหารการกิน กินผักกินปลาน่าจะดีที่สุด ตอนนี้ก็บอก ลูก ๆ ให้ดูแลตัวเองบ้าง...” I29, I30-260856

3) พามาตรวจตามนัด

ครอบครัวพาผู้มีภาวะเสี่ยงมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ ถือเป็นปัจจัยเชิงบวกที่ส่งเสริมให้ผู้มีภาวะเสี่ยงดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้นเนื่องจากส่วนใหญ่สัมพันธ์ภาพในครอบครัวดี สามี่ ภรรยา บุตรหรือหลาน จะเป็นผู้พาผู้มีภาวะเสี่ยงมาพบแพทย์ หากติดภารกิจจะเลื่อนการพบแพทย์ ทำให้ไม่มาตามนัดทุกครั้ง แต่จะพยายามพามาพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง เน้นสอบถามเกี่ยวกับยา ผลการตรวจที่พบ และแผนการรักษาครั้งต่อไป ทุกครั้งที่มาพบแพทย์จะขอเข้าห้องตรวจด้วยเสมอ

“...พยายามพาคุณพ่อ คุณแม่มาตรวจนัด ไม่เคยขาด หากวันไหนติด
ธุระ ก็จะขอเลื่อนและพามาตรวจอีกครั้งวันหลัง แต่ก็จะสอบถาม
เรื่องยาเสมอไม่ให้ขาด...” I39-230856

“...เวลาไม่สบายก็พามาตรวจก่อนนัด แต่บางครั้งก็เหมือนแก
เหงา ๆ หรือวิตกกังวลเกินเหตุ สงสัยคิดถึงลูกอีกคนที่ไม่ค่อยได้มา
เยี่ยม และกลางวันก็อยู่คนเดียว ไม่มีเด็ก ๆ คอยแก้เหงา...”

I21-300756

“...ก็คอยดูแลเรื่องยาให้ ยาตัวไหนหมอให้หยุด หรือปรับลดเพิ่ม ก็
ดูแลจัดการให้ พยายามพามาตรวจตามนัดทุกครั้ง หากไม่ว่างก็จะ
เลื่อนนัด และพามาตรวจอีกครั้งวันหลัง จะขอเข้าห้องตรวจเพื่อฟัง
หมออธิบายตลอด เกี่ยวกับผลเลือด ผลการตรวจต่าง ๆ และ
คำแนะนำ แต่เรื่องอาหารบางครั้งควบคุมยาก บางทีแกแอบกินสิ่งที่
หมอบอกห้ามเราก็ไม่รู้...” I23, I24-300756

“...วันนี้มาตรวจพร้อมกันสองคน สามี่ ภรรยา ไม่เคยขาดยา แต่อาจ
มีบ้างที่ไม่ตรงนัด เนื่องจากติดงาน หากว่างจากงานก็จะมาตรวจ
และพบแพทย์ไม่เคยขาด ก็มาเป็นคู่ มาจนพยาบาลจำได้แล้ว...”

I33, I26-180856

4) ทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้คลายเครียด

บุคคลในครอบครัวรับรู้ว่าคุณเครียดส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยทางกายตามมา จึงมี
วิธีการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงเท่าที่จะทำได้ หรือพยายามหากิจกรรมยามว่างให้ทำเพื่อให้ไม่เครียดหรือ
กังวล แต่ก็มีอุปสรรคบ้างเรื่องเวลา ที่ต้องรอให้ลูกหลานว่างจึงพามาตรวจตามนัด หรือพาทำกิจกรรม
ต่าง ๆ เช่น พาไปวัด ซึ่งจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมพบว่าผู้มีภาวะเสี่ยงบางรายเกรงใจลูกหลานที่ต้อง
เสียเวลาพามาตรวจ หรือหากมีกิจกรรมที่โรงพยาบาลจัดขึ้น ลูกหลานก็อาจไม่มีเวลาพามา
กิจกรรม

“...ก็สังเกตอยู่เหมือนกันนะค่ะ เพราะถ้าวันไหนดูแลเครียด ๆ นอน
ไม่หลับก็มักจะความดันขึ้นทุกที ก็เลยหาซื้อแผ่นโยนที่แกชอบมาให้
ดูคลายเครียด ก็ช่วยได้ระดับหนึ่ง แต่จริง ๆ แล้วเหมือนอยากพูดคุย
กับคนอื่น ๆ มากกว่าเพราะสังเกตว่าเวลามีใครมาที่บ้านหรือหลาน ๆ
มาเยี่ยมจะรู้สึกดีขึ้นมา พุดคุยเก่งขึ้นเป็นพิเศษ...” I24-300756

“...กิจกรรมยามว่างอันหนึ่งที่คุณแม่ทำแล้วมีความสุขก็คือ การปลูกต้นไม้ หากแข็งแรงดี ไม่ปวดเข่ามากก็ปลูกต้นไม้ ตัดแต่งสวนอยู่ตลอด เราก็หาซื้อพันธุ์ไม้มาให้ แต่ระยะหลังไม่ค่อยได้ทำเนื่องจากปวดเข่า...” I11-300756

“...ตอนนี้เห็นแกอยู่บ้านเหงา ๆ ไม่มีอะไรทำ วัน ๆ ดูแต่ทีวี บางครั้งเหมือนน้อยใจไม่มีลูกหลานมาเยี่ยม ถ้าโรงพยาบาลมีจัดกิจกรรมกลุ่ม ก็อยากพาแกมาเจอคนอื่นบ้าง จะได้พูดคุยกับคนวัยเดียวกัน จะได้ไม่เหงา กับลูกหลานก็พยายามบอกพี่ ๆ น้อง ๆ ให้มาเยี่ยมแกบ้าง อย่างน้อยเดือนละครั้งก็ยังดี...” I11-300756

“...วันไหนที่คุณพ่อคุณแม่มีนัดกับหมอ ตัวเองก็จะโทรศัพท์นัดคิวนัดแผนไทยไว้ให้ ซึ่งทำนทั้ง 2 ก็ชอบมากนะค่ะ บอกว่านัดแล้วดี รู้สึกสบายตัว ก็ผ่อนคลายไปอีกแบบ เป็นอีกวิธีที่อยากแนะนำให้คนอื่น ๆ ลองทำดูบ้าง...” I39-230856

“...บางครั้งเกรงใจลูก ต้องลางานพามาตรวจเวลาไม่สบาย หรือเวลาที่หมคนัดตรวจพิเศษ ก็ต้องรอวันที่เค้าว่าง หากโรงพยาบาลจัดกิจกรรมขึ้นมา ก็รู้ว่าเค้าต้องเสียเวลาริเปล่า บางทีวันหยุดอยากให้พาไปทำบุญที่วัดบ้างก็ยังลำบาก เพราะมีลูก ๆ ต้องดูแลอีก...” I40-230856

5) ไม่คิดว่าเป็นโรคเรื้อรังจะรุนแรง

ส่วนใหญ่บุคคลในครอบครัว ไม่ทราบปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ รับรู้เพียงว่าโรคหลอดเลือดหัวใจมีโอกาสเสียชีวิตสูง รวมทั้งไม่ทราบว่าการเจ็บป่วยด้วยไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจด้วย และคิดว่าโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถรักษาให้หายขาดได้

“...การเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือเบาหวานทำให้เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ด้วยเธอ...” I32-190856, I39-230856

“...ทำไม่คนที่เป็นเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูงถึงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้มากกว่าคนอื่นที่ไม่เป็นโรค” I11-300756, I21-300756

“...โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเกิดจากอะไร พ่อเพิ่งเสียชีวิตไป หมอบอกว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มันเกินจากอะไร และเราจะ

ป้องกันอย่างไรได้บ้าง...”I41-260856

“...โรคหลอดเลือดหัวใจตีบรักษาด้วยบอลลูนก็หายขาด...”

I42-050856

“...คุณพ่อเป็นความดัน และสูบบุหรี่เยอะ พวกเราก็ไม่คิดหรอกว่าคุณพ่อจะเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ไม่คิดว่าจะรุนแรงถึงเสียชีวิต เพราะเห็นแก่งทำงานได้ปกติ แต่พอเป็นแล้วอะไร ๆ ก็ไม่เหมือนเดิม เห็นพ่อบอกว่าการเป็นโรคเกิดจากพฤติกรรมเราทั้งนั้น ไม่เจอกับตัวไม่เชื่อและพ่อบอกว่าถ้าโรงพยาบาลควรให้คำแนะนำกับคนไข้มากกว่านี้...”I26,127 - 300757

6) ค่ารักษาแพงแต่ไม่มีปัญหา

ส่วนใหญ่สมาชิกครอบครัวทราบเป็นอย่างดีถึงค่ารักษาพยาบาล ไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการรักษา บางครั้งหากยาหรือค่าตรวจพิเศษมีราคาแพงมาก จะขออนุญาตแพทย์ไปซื้อยานอกโรงพยาบาลหรือตรวจที่อื่นแล้วนำผลมาให้แพทย์รักษาต่อรวมทั้งจะกำกับดูแลให้ผู้มีภาวะเสี่ยงรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ

“...ค่ายาแพงนะ แต่ก็ไม่ใช่เป็นปัญหามากนักบางครั้งขอมอไปซื้อ

ข้างนอก มอก็อนุญาต...”I23-300756

“...หากหมอให้ตรวจพิเศษอะไรที่แพง ๆ และก็ไม่เร่งด่วน เช่น ตรวจเลือด หรือเอ็กซเรย์ ก็จะขอไปตรวจตามสิทธิ์ที่เบิกได้ และนำผลมาให้หมอที่นี้ดูเพื่อวินิจฉัยและรับยาต่อ...”I24-300756

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมของผู้มีภาวะเสี่ยงซึ่งข้อมูลเหล่านี้สามารถวิเคราะห์โอกาสพัฒนาเพื่อเป็นข้อมูลส่วนหนึ่งในการชักนำให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจดังนี้

ตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์ประเด็นของครอบครัวที่อาจมีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ และโอกาสพัฒนาเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม

หัวข้อ	โอกาสพัฒนา
1. ด้านการรับประทานอาหาร - ไม่ได้ปรุงแยก ทำกินรวมกัน - อยากกินอะไรก็ซื้อให้ : ไม่จำกัดอาหาร	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัวเกี่ยวกับปริมาณอาหาร ค่าพลังงานที่เหมาะสมในแต่ละวัยและแต่ละกลุ่มโรครายบุคคลและรายกลุ่ม 2. จัดกลุ่มย่อยให้เรียนรู้เกี่ยวกับการอ่านฉลากอาหารและการเลือกวัตถุดิบ เครื่องปรุง 3. จัดกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายหลังการเรียนรู้ 4. กระตุ้นให้ครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารของสมาชิกไปพร้อม ๆ กับผู้มีภาวะเสี่ยง
2. ด้านการออกกำลังกาย - ทำงานหาเงิน ไม่มีเวลาไปออกกำลังกาย - ทำงานบ้าน หรือกิจวัตรประจำวัน คือการออกกำลังกาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ความรู้การออกกำลังกายพื้นฐานที่เหมาะสมกับแต่ละวัย กับแต่ละบุคคลและที่สมาชิกสามารถปฏิบัติร่วมกันได้ 2. แนะนำวิธีการออกกำลังกายที่สามารถทำได้เมื่ออยู่บ้าน 3. กระตุ้นให้ครอบครัวออกกำลังกายไปพร้อม ๆ กับผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ
3. พามาตรวจตามนัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. ส่งเสริมสัมพันธภาพให้ดียิ่งขึ้น ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดูแลรักษา 2. เอื้อการนัดหมายให้เหมาะสมกับวันเวลาของครอบครัว 3. เปิดช่องทางสื่อสารการสอบถามข้อมูลได้สะดวกขึ้นเมื่อมีปัญหา 4. ตรวจสอบยา รายการยา ให้มีเพียงพอไม่ขาดยา
4. ทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้คลายเครียด	<ol style="list-style-type: none"> 1. กระตุ้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม โดยจัดกิจกรรมให้เอื้อในเรื่องของเวลาที่แต่ละครอบครัวสะดวก 2. จัดกลุ่มย่อยเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนวิธีการผ่อนคลายความเครียดและหางานอดิเรกที่ชอบและเหมาะกับแต่ละบุคคล 3. ให้พบปะพูดคุยรายเดี่ยวและรายกลุ่มกับผู้เชี่ยวชาญการแพทย์แผนไทย-จีน เพื่อเรียนรู้วิธีผ่อนคลาย การยืดเหยียด ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้เองที่บ้าน และการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับธาตุของตนเอง

ตารางที่ 16 (ต่อ)

หัวข้อ	โอกาสพัฒนา
5. ไม่คิดว่าเป็นโรคเรื้อรังจะรุนแรง	<ol style="list-style-type: none"> จัดเสวนาเพื่อสร้างความเข้าใจเรื่อง โรคหลอดเลือดหัวใจและปัจจัยเสี่ยง ให้ความรู้และคำแนะนำเป็นระยะ ๆ แก่ผู้มีภาวะเสี่ยงร่วมกับสมาชิก ครอบครัว และผู้ดูแล ตลอดระยะเวลาของการมาตรวจรักษา เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ซักถามเมื่อมีข้อสงสัยได้ตลอดเวลา จัดทำคู่มือโรคหลอดเลือดหัวใจและปัจจัยเสี่ยง เพื่อให้สมาชิกเกิดความเข้าใจและสร้างความตระหนักเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคและวิธีการลดปัจจัยเสี่ยง
6. ค่ารักษาแพงแต่ไม่ใช่ปัญหา	<ol style="list-style-type: none"> ให้ข้อมูลขั้นตอนการรักษาในปัจจุบันและอนาคต รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่อาจจะเกิดขึ้นทั้งหมด แนะนำแหล่งประโยชน์อื่น ๆ นอกเหนือจากที่ผู้มีภาวะเสี่ยงและครอบครัวใช้อยู่เพื่อเป็นทางเลือกในการตัดสินใจ

4.2.3 ปัจจัยด้านระบบบริการ และการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของบุคลากรสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ระบบบริการ และการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ของโรงพยาบาลนครธน โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ทั้งรายเดี่ยว รายกลุ่มได้แก่แพทย์จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 4 คน เภสัชกรจำนวน 1 คน นักกายภาพบำบัดจำนวน 1 คน และนักโภชนาการ 1 คน ได้แก่นความคิดเห็นที่สำคัญที่สามารถแยกเป็นประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. นโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพชัดเจน แต่ขาดความต่อเนื่อง

โรงพยาบาลกำหนดวิสัยทัศน์และนโยบายที่เน้นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ ผู้รับบริการทุกประเภทรวมถึงผู้มีภาวะเสี่ยงมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 ผู้บริหารให้การสนับสนุนในการดำเนินงานมาโดยตลอด ไม่ว่าจะเป็นงบประมาณและทรัพยากรต่าง ๆ แต่การดำเนินงานประสบปัญหาขาดการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย ประเด็นการให้บริการ และลำดับความสำคัญของกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งประเด็นของการให้บริการ การจัดกิจกรรมเน้นหนักการรณรงค์แบบทั่วไปและขาดความต่อเนื่อง อันเนื่องมาจากขาดการติดตามและประเมินผล กิจกรรมที่ปฏิบัติไปแล้ว กิจกรรมใหม่ที่จัดมักเป็นสิ่งที่หน่วยงานหรือบุคลากรริเริ่มใหม่ บางกิจกรรมวิธีการปฏิบัติไม่ชัดและไม่สอดคล้องกับนโยบายที่กำหนด บางกิจกรรมไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน บางครั้งต่างคนต่างทำ กิจกรรมบางอย่างจัดขึ้นตามนโยบายของภาครัฐที่เน้นให้รณรงค์ เช่น ร่วมกับสถาบันการศึกษา ในการจัดกิจกรรมรวมพลัง

ลดน้ำหนักในบุคคลากรของโรงพยาบาลและโรงงานต่าง ๆ การให้คำปรึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น กิจกรรมบางอย่างเป็นบริการสุขภาพเชิงธุรกิจ

“...นโยบายด้านส่งเสริมของโรงพยาบาลชัดเจน แต่เราไม่ต่อเนื่อง บุคคลากรไม่ต่อเนื่อง ของไปผู้บริหารอนุมัติ เราทำไป เจียบไป ไม่สามารถประเมินผลหรือติดตามผลได้อย่างชัดเจน...” I06_P3L84

“...นโยบายด้านการส่งเสริมมีชัดเจนว่าเน้นการส่งเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ แต่แนวทางและวิธีการปฏิบัติไม่ชัดเจน ปฏิบัติไม่ได้ ไม่สอดคล้องกัน บางครั้งเหมือนต่างคนต่างทำ ขาดการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน...” I05_P2L30

“...นโยบายชัด แต่การปฏิบัติไม่สอดคล้อง เช่น อาหารสำหรับบุคคลากร กิจกรรมที่จัดขาด ๆ หาย ๆ โรงพยาบาลเน้นการรักษา มากกว่าการส่งเสริม เช่น ของรัฐบาลมีการออกเยี่ยมบ้าน แต่ของเรามีเจ้าหน้าที่การตลาดออกไปเพื่อเพิ่มยอดลูกค้ารายใหม่...”

I07_P5L112

2. เน้นการรักษามากกว่าป้องกัน

การปฏิบัติงานของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการดูแลรักษาผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกทั้งอายุรกรรมและอายุรกรรมหัวใจ หรือจุดบริการอื่น ๆ ปฏิบัติงานประจำด้วย การซักประวัติ บันทึกผลการวัดสัญญาณชีพ และให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่มีการประเมินคัดกรองเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้ผู้มีภาวะเสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่มีการให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการลดหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงเฉพาะราย กรณีผู้ใช้บริการเป็นโรคเบาหวาน จะมีศูนย์ส่งเสริมสุขภาพให้คำปรึกษา ส่วนใหญ่ผู้ใช้บริการจะได้รับคำปรึกษาเมื่อแพทย์ส่งปรึกษา ซึ่งปัจจุบันมีผู้ป่วยเบาหวานได้รับคำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพียงร้อยละ 50 และยังไม่มีการจัดกิจกรรมกลุ่ม ส่วนใหญ่แพทย์จะเป็นทั้งผู้ให้การรักษา เป็นที่ปรึกษาให้กับทีมสหสาขาวิชาชีพในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย และให้คำแนะนำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนไปพร้อม ๆ กัน มีติดตามผลการรักษาโดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย สังเกตตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจพิเศษอื่นๆ เพื่อประเมินโรคแทรกซ้อน การรักษาส่วนใหญ่เน้นหนักไปที่การรับประทานยา มีการแนะนำให้ลด หวาน มัน เค็ม บ้าง แต่ไม่สามารถประเมินได้ว่าผู้รับบริการเข้าใจหรือไม่ และปฏิบัติได้ตามคำแนะนำจริงมากน้อยเพียงใด ทีมสุขภาพอื่น ๆ จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อได้รับการส่งปรึกษาจากแพทย์เท่านั้น

“...ปัจจุบันการดูแลหรือการให้คำแนะนำจะเป็นผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งถือเป็นผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่แล้ว แต่การบริการ ปัจจุบันยังไม่เห็นภาพของการให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมหรือคำแนะนำในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดสูง หรือกลุ่มที่น้ำหนักเกิน...” I04_P1L3

“...ปัจจุบันจะพบว่า การให้คำแนะนำส่วนใหญ่บริการเฉพาะผู้ป่วยเบาหวาน การดำเนินงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจควรเริ่มตั้งแต่ Check up และแบ่งระดับความเสี่ยงมากน้อยแค่ไหนควรมีการให้ความรู้ รู้จักการป้องกัน Primary prevention และ Secondary prevention การคัดกรองหรือให้ข้อมูลและคำแนะนำ ควรเริ่มจากพยาบาลก่อน...” I08_P1L15-23

“...การส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบันคิดว่าแนวคิดที่ออกมาผิด เรามุ่งตรงกับการรักษาโรค มากกว่าการป้องกัน จริง ๆ แล้วเราต้องเน้นการป้องกัน การดูแลตนเองอย่างไรไม่ให้เกิดโรคเบาหวาน ความดันไขมัน...” I01_P1L19

“...พยาบาลลิ้มบทบาทที่แท้จริงของตน ทำให้ย้อนคิดว่า ทุกวันนี้พยาบาลทำอะไรในการดูแลผู้ป่วย วัดสัญญาณชีพ เจาะเลือด ทำตามแผนการรักษาของแพทย์ ตรวจสอบผลเลือด ส่งพบแพทย์ ออกบัตรนัด รับยา ก่อนถึงวันนัด โทรเตือนนัด ซึ่งขาดบทบาทที่ควรจะเป็น ขาดการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาหาร การออกกำลังกาย...” I02_P1L11

“...ระบบบริการยังขาดความต่อเนื่อง การประสานงานไม่ดี ส่วนใหญ่เน้นงานประจำมากกว่า ไม่ได้มุ่งเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพของผู้รับบริการอย่างจริงจัง...” I05_P1L27

“...ในส่วนของผู้รับบริการ OPD มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาบำบัด ปัจจุบันเป็นผู้ป่วยในกลุ่มเบาหวาน ที่มีแผนการรักษาของแพทย์ว่าให้เชิญโภชนากรมาให้คำปรึกษากับผู้ป่วย...” I06_P2L33

3. ขาดการสื่อสารข้อมูลการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงระหว่างหน่วยงานต่างๆ

กิจกรรมและงานต่าง ๆ ที่จัดขึ้นเพื่อการส่งเสริมสุขภาพหรือการป้องกันการเกิดโรคให้แก่ผู้มีภาวะเสี่ยงพบว่า เจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้หรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง อาจเกิดจากความไม่รู้หรือไม่เข้าใจวัตถุประสงค์ของกิจกรรมหรืองานนั้น ๆ ทราบแต่ว่าโรงพยาบาลกำหนดให้ปฏิบัติตาม การชี้แจงหรืออธิบายให้บุคลากรแต่ละหน่วยงานในแต่ละระดับทราบความสำคัญของเรื่องนี้มีน้อย และไม่เข้าใจว่าหน่วยงานตนเองเกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ในจุดใด ประเด็นใด วิธีปฏิบัติระหว่างหน่วยงานจึงไม่ชัดเจน ส่งผลให้เกิดความเข้าใจไม่ตรงกัน ประกอบกับมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารหลายครั้ง ส่งผลให้บุคลากรต้องปรับตัวกับวิธีการทำงานที่เปลี่ยนไป และไม่แน่ใจว่ากิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพหรือป้องกันการเกิดโรคให้ผู้มีภาวะเสี่ยงยังคงต้องปฏิบัติอยู่หรือไม่ เห็นชัดเจนได้จากในอดีตเมื่อ 6-7 ปีก่อนมีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ทำงานเป็นทีม มีการร่วมมือกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพจัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันให้คำแนะนำผู้ป่วย เมื่อมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหาร กิจกรรมเหล่านี้ก็เปลี่ยนไป การสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลในประเด็นต่าง ๆ เช่น การประเมิน การให้คำแนะนำตามแผนการรักษาและการแนะนำเพื่อป้องกันโรคจึงไม่ครอบคลุม ไม่ครบถ้วน ขาดการบันทึกและทำให้การเข้าถึงข้อมูลไม่สะดวกไปโดยปริยาย

“...เจ้าหน้าที่แต่ละจุดมองว่า การส่งเพื่อได้รับคำแนะนำเป็นเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานมากกว่า และการแนะนำดูเป็นเรื่องยุ่งยาก ต้องเข้าห้อง ต้องใช้เวลา การสื่อสารระหว่างหน่วยงานยังขาดความเข้าใจที่ตรงกัน ขาดความเชื่อมโยง อีกฝ่ายรอให้ส่ง แต่อีกฝ่ายรอรับ ก็เลยทำอะไรได้ไม่เต็มที่...” I03_P2L5

“...ระบบเมื่อก่อน OK เราได้ทำงานร่วมกัน และผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเต็มที่ เป็นระบบ มี Flow ที่ชัดเจน ซึ่งเป็นระบบการส่งต่อผู้ป่วยให้ศูนย์ส่งเสริมมีการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ มีการกำหนดวันเวลาและหัวข้อ ซึ่งแต่ละหัวข้อแต่ละแผนกเค้าจะคิดและกำหนดขึ้นเอง และออกมาเป็นตารางและกิจกรรมร่วมกัน เหตุที่กิจกรรมเหล่านี้หายไป อาจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง อะไร อะไรก็เปลี่ยนไป...” I03_P4-5L85, L150

“...สิ่งที่เคยทำในอดีตร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ คือ คลินิกเบาหวาน Class Club camp โดยจัดให้ความรู้หมุนเวียนกันใน 1อาทิตย์ แต่ก็จัดเมื่อหลายปีก่อน นานมากแล้ว และก็เลิกกันไป อาจเป็นเพราะ

ความไม่ต่อเนื่อง หรือเป็นเพราะการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของการบริหาร มีการเปลี่ยนหัวหน้า จึงทำให้รูปแบบกิจกรรมเปลี่ยนไป...”

I07_P1L5, L24

“...ปัจจุบันเราทำงานตาม Flow ที่สืบทอดกันมา เคยมีที่ต้องการให้เป็นเชิงรุก เดินเข้าไปหาผู้ป่วย แทนที่จะรอรับให้ส่งผู้ป่วยมาที่ห้องให้คำปรึกษา ปัจจุบันก็ทำบ้าง แต่ยังไม่เต็มที่...” I04_P8L220

“...กิจกรรมที่ทำ ยังขาดการติดตาม และประเมินผล ว่าทำแล้วจะวัดอะไร ทำไปเพื่ออะไร รู้ว่าทำแล้วดี การติดตามประเมินผลหลังให้คำแนะนำ ยังไม่เคยประเมินผลเป็นรายบุคคล ว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปอย่างไร ไม่มีแบบประเมินที่ชัดเจน หรือในแต่ละรายมีการเปลี่ยนแปลงค่าทางคลินิกไปในทางที่ดีขึ้นหรือไม่ยังไม่มีการติดตามขนาดนั้น...” I04_P7L168

“...กรณีที่แพทย์ส่งปรึกษาจะบันทึกการให้คำแนะนำ ใน OPD Card หากบางรายที่ผู้ป่วยขอรับคำปรึกษาเองก็จะไม่มีการบันทึก...”

I06_P2L43

“...ระบบ IT ควรเข้ามาช่วย ควรมีระบบเตือนให้หน่วยงานต่าง ๆ ทราบประวัติที่สำคัญ เช่นการแพ้ยา อาหารต่าง ๆ ควรเตือนให้ทราบ ไม่ใช่ครั้งก่อนมามีข้อมูลบอก ครั้งนี้มาข้อมูลหายไป ส่งผลให้เกิดอันตรายแก่ผู้ใช้บริการ และการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำหรือคำปรึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ ควรเข้าถึงง่าย...” I06_P3L81

4. ทรัพยากรไม่เอื้อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพ

4.1 ทรัพยากรด้านโครงสร้างมีเพียงพอ แต่ขาดการบริหารจัดการให้เกิดการนำมาใช้อย่างคุ้มค่าสถานที่กว้างขวาง มีอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ช่วยในการออกกำลังกาย แต่ปริมาณการใช้งานน้อยมากจากการสังเกตพบว่า อุปกรณ์ต่าง ๆ ถูกจัดเก็บเป็นอย่างดีในห้อง แต่ขาดการรณรงค์ให้ผู้มีภาวะเสี่ยงรวมถึงผู้ใช้บริการอื่นไปใช้ประโยชน์ สถานที่มีเพียงพอสำหรับการจัดกิจกรรมกลุ่ม หากจำเป็นต้องจัดกิจกรรมเกี่ยวกับอาหารก็สามารถปรับเปลี่ยนสถานที่เพื่อให้เกิดความเหมาะสมและปลอดภัยได้

“...อุปกรณ์ต่าง ๆ ถูกจัดเก็บเป็นอย่างดีในห้อง มีลู่วิ่ง มีเครื่องปั่นจักรยาน แต่ไม่มีการรณรงค์ให้ใครไปใช้ประโยชน์และยังไม่ประชาสัมพันธ์ให้เกิดการใช้งาน...” I04_P6L168

“...สถานที่ของโรงพยาบาลจัดกิจกรรมได้สบาย แต่ถ้าจะให้มีการลงมือทำจริง ควรมีห้องสอนแสดง จะได้เกิดการเรียนรู้ที่ดีกว่า...” I06_P4L102

“...สถานที่สำหรับการจัดกิจกรรมมีอยู่แล้ว มองว่าขึ้นอยู่กับปริมาณของผู้รับบริการมากกว่า ช่วงแรก ๆ อาจจะใช้จุดตรวจ 2 ได้ หากจัด Class สำเร็จ ก็ค่อยปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสม...” I07_P5L126

4.2 ทรพยากรด้านบุคคลากรมีจำนวนจำกัด และมีความรู้ไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรคให้กับผู้มีภาวะเสี่ยง หลายครั้งที่มีการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน หรือเบาหวานสัจจร แต่จัดได้เพียง 1 – 2 ครั้ง เพราะผู้สนใจน้อย ไม่สามารถจัดต่อเนื่องและต้องถูกยกเลิก สาเหตุจากอัตรากำลังไม่เพียงพอ และบุคคลากรขาดความรู้และทักษะรวมทั้งความมั่นใจในการให้คำแนะนำผู้ใช้บริการ

“...ปัญหาอุปสรรคของการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมา เป็นเรื่องของความไม่ต่อเนื่องส่วนหนึ่งเพราะอัตรากำลังไม่เพียงพอ เช่น กิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายผู้ป่วยเบาหวานในอดีต จัดเจ้าหน้าที่ลงไปแต่ไม่มีผู้ใช้บริการ อีกทั้งไม่มีเจ้าหน้าที่ประสานงานและให้ข้อมูลเชิญชวนผู้ใช้บริการ ทางแผนกเองก็ยุ่ง คิดว่าเราอยู่แผนกจะทำงานมากกว่า...” I07_P1L24

“...เคยมีน้องให้ข้อมูลแนะนำคนไข้ผิด แพทย์ไม่ยอมรับ ฉะนั้นคนต้องมีความรู้พอ” “แต่จะให้ดีที่สุดก็มองว่าหากพยาบาลรู้ทุกเรื่องจะดีมาก สามารถให้คำปรึกษาจบในที่เดียว แต่คงเป็นไปได้ยาก ค่อยเป็นค่อยไป...” I04_P2L51, P3L64

“...แต่สิ่งที่หน่วยงานหรือพยาบาลไม่ปฏิบัติอาจเป็นเพราะคนไม่พอหรือคนไม่รู้จริง พอถูกถามมาก ๆ ก็กลัวตอบไม่ได้ สิ่งที่พยาบาลทำเองได้ คือ การให้คำแนะนำ หากรายละเอียดลงลึกก็สามารถส่งต่อสหสาขาวิชาชีพได้...” I03_P4L102

“...ปัญหาที่เกิดขึ้น เพราะไม่มีการจัดกิจกรรมเนื่องจากแพทย์ไม่มีเวลา เจ้าหน้าที่ไม่พอ และกิจกรรมของโรงพยาบาลไม่ดึงดูดพอ...”

I01_P4L91

“...เวลาให้คำปรึกษา พยาบาลควรมีความรู้ สามารถให้คำแนะนำเบื้องต้นได้ แต่พบว่า มักจะให้ข้อมูลไม่ถูกต้อง หรือแม้กระทั่งเรื่องไขมัน เจ้าหน้าที่ก็ไม่สามารถให้คำแนะนำหรือเข้าใจได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญที่ควรทำความเข้าใจ และมีความรู้เพิ่มมากขึ้น เจ้าหน้าที่ต้องมีความชำนาญ และสามารถให้ความรู้แก่ผู้ป่วยได้...” I01_P5L129, P6L139

“...ปัญหาที่สำคัญ ก็คือ เรื่องของบุคลากร ซึ่งประกอบไปด้วยคนไม่พอ และขาดระบบการจัดการที่ดี คนมีความรู้เรื่องยาไม่เต็ม 100 เปอร์เซ็นต์และมีปัญหาทักษะในการสื่อสาร...” I05_P3L81

4.3 ขาดสื่อในการส่งเสริมการเรียนรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยง โรงพยาบาลหรือหน่วยงานต่าง ๆ ใช้แผ่นพับ โบชัวร์เป็นสื่อหลักประกอบการพูดให้คำแนะนำโรคต่าง ๆ แต่ทุกหน่วยงานก็มีความเห็นตรงกันว่าแจกไปไม่มีประโยชน์ ไม่ช่วยให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้น ผู้ใช้บริการไม่อ่าน แต่การให้คำแนะนำของพยาบาลในปัจจุบันเป็นเพียงคำพูดที่ให้ผู้ป่วยลด หวาน มัน เค็ม แต่ไม่สามารถบอกวิธีการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมให้ผู้ป่วยเข้าใจและนำไปปฏิบัติได้ และมีความเห็นว่าควรมีสื่ออื่นที่ช่วยให้ผู้มีภาวะเสี่ยงเรียนรู้ได้มากกว่านี้

“...อยากจัดให้มี Cooking club เพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นภาพ ควรเลือกวัตถุดิบจำพวกผัก เครื่องปรุง และทำอาหารอย่างไร ปรุงอย่างไรใช้เกลือ น้ำตาลน้อยที่สุด หรือใช้น้ำมันน้อยที่สุดทำอย่างไร ทำสด ๆ ให้เห็น ผู้ป่วย...” I06_P4L108

“...การให้คำแนะนำผู้ป่วย ควรมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบและวิธีการ เช่น มีภาพเคลื่อนไหวเป็นแบบวิดีโอ มีรูปภาพมากกว่าตัวหนังสือ หรือให้ดูของจริง จะทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ง่ายกว่า ซึ่งการพูดให้ฟังหรือแจกโบชัวร์ไม่ประโยชน์...” I05_P4L81

“...มีน้องพยาบาลบอกว่า อยากจะแนะนำและให้ข้อมูล แต่บางทีก็ไม่มั่นใจ กลัวให้ข้อมูลผิด ๆ หากมีสื่อช่วย อธิบายไปมีภาพและข้อมูลประกอบทำให้มีความมั่นใจมากขึ้น...” I03_P3L60

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าระบบการดูแลมีผลต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ การดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้รับบริการที่ผ่าน มาไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร อันเนื่องมาจากปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ซึ่งสามารถวิเคราะห์โอกาสพัฒนาในแต่ละด้าน ดังนี้

ตารางที่ 17 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านระบบบริการและโอกาสพัฒนาในการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม

หัวข้อ	โอกาสพัฒนา
1. นโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพชัดเจน แต่ขาดความต่อเนื่อง	<ol style="list-style-type: none"> 1. ควรมีการสื่อสารนโยบายให้กับผู้ปฏิบัติและผู้รับบริการรับทราบ และกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง 2. กำหนดโครงการ กิจกรรมให้ชัดเจน เน้นการทำงานเป็นทีม มีผู้รับผิดชอบ มีการติดตามและประเมินผล 3. ปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติแบบเดิม ๆ เน้นกิจกรรมที่สร้างความน่าสนใจ เน้นการปฏิบัติมากกว่าการอ่านหรือศึกษาจากเอกสาร
2. เน้นการรักษามากกว่าป้องกัน	<ol style="list-style-type: none"> 1. ร่วมกันวิเคราะห์ระบบบริการปัจจุบัน ค้นหาปัญหา สาเหตุของการไม่ปฏิบัติตามนโยบายส่งเสริมสุขภาพ 2. สะท้อนให้เห็นปัญหา และสร้างความตระหนักให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทบทวนบทบาทหน้าที่ของตน 3. ร่วมกันแก้ไขปัญหา และพัฒนาระบบบริการในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย 4. ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ในการจัดโครงการ/กิจกรรม เพื่อปรับเปลี่ยนและส่งเสริมสุขภาพผู้รับบริการ 5. ให้ผู้มีภาวะเสี่ยงและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมต่าง ๆ 6. ติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 17 (ต่อ)

หัวข้อ	โอกาสพัฒนา
3. ขาดการสื่อสารข้อมูลการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ	<ol style="list-style-type: none"> 1. กิจกรรม โครงการต่าง ๆ ที่จัดขึ้นควรให้ทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นจนดำเนินการแล้วเสร็จ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันและปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน มีเป้าหมายร่วมกัน 2. กำหนดรูปแบบการสื่อสารและประสานงาน เพื่อให้เข้าถึงข้อมูลของผู้รับบริการได้ถูกต้อง รับทราบปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการได้ 3. มีการประเมินผลการปฏิบัติ และดำเนินการแก้ไขร่วมกัน
4. ทรัพยากรไม่เอื้อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพ - โครงสร้าง - บุคลากร - สื่อ	<ol style="list-style-type: none"> 1. พัฒนาความรู้ ทักษะ ของเจ้าหน้าที่ ทั้งพยาบาล โภชนากร กายภาพ และเภสัช ให้เข้าใจในความรู้หรือคำแนะนำเบื้องต้นของกันและกันในการให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการ 2. ตกลงร่วมกันในจัดเตรียมสถานที่ เพื่อให้การบริการแก่ผู้มีภาวะเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม สะดวกต่อการเข้าร่วมกิจกรรม 3. จัดสรรเวลาในการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้สหสาขาวิชาชีพสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการบริการแก่ผู้มีภาวะเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม 4. จัดหาเครื่องมือ สื่อต่าง ๆ เพื่อช่วยให้บุคลากรเกิดความมั่นใจในการให้คำปรึกษาแก่ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ 5. ให้ IT เข้ามามีส่วนช่วยในการเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย สะดวกต่อการค้นหา และติดตามประเมินผลการให้คำปรึกษา

5. พยาบาลปฏิบัติตามมาตรฐานการบริการพยาบาล แต่ยังมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ

จากการวิเคราะห์ระบบการดูแลของพยาบาลวิชาชีพโดยประมวลจากประเด็นที่พบในปัจจุบันด้านระบบบริการและการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของบุคลากรในโรงพยาบาล โดยนำมาเทียบกับมาตรฐานการบริการพยาบาล (สำนักการพยาบาล. 2550)พบว่า พยาบาลปฏิบัติตามมาตรฐานการบริการพยาบาลทุกมาตรฐาน เพียงแต่ยังปฏิบัติได้ไม่เต็มที่และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นยังไม่เต็มประสิทธิภาพ ดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติตามมาตรฐานการบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพและโอกาสพัฒนาในการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม

มาตรฐานการบริการพยาบาล	โอกาสพัฒนา
1.การประเมินคัดกรอง	1. กำหนดรูปแบบในการประเมินคัดกรอง เพื่อจัดลำดับความสำคัญ และความเร่งด่วนในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่ผู้มีความเสี่ยง 2. นิเทศแนวทางในการปฏิบัติแก่เจ้าหน้าที่ เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ 3. กำหนดวิธีการในการบันทึกข้อมูลผู้มีความเสี่ยง ตามแบบฟอร์มที่กำหนด
2. การพยาบาลในระยณะขณะตรวจรักษา	1. ดูแล และเฝ้าอำนวนยให้กระบวนการรักษาของแพทย์ เป็นไปอย่างถูกต้อง ปลอดภัย ตามหลักบ่งชี้ถูกต้อง และ ความเร่งด่วนของปัญหา 2. ดูแลสิ่งแวดล้อม สื่อ ต่าง ๆ ให้เอื้อต่อการให้คำแนะนำ ระหว่างการตรวจรักษา ให้เพียงพอ พร้อมใช้ และทันสมัย เช่น รูปภาพ รูปหัวใจจำลอง
3. การพยาบาลในระยณะหลังการตรวจรักษา	1. ให้ข้อมูลที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจงกับผู้ใช้บริการแต่ละบุคคล เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องโดย 1.1ระหว่างการรอฟังผลการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ สำหรับผู้มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ และยังไม่เคยได้รับคำปรึกษาจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งพบพยาบาลเพื่อรับคำปรึกษาในการส่งเสริมสุขภาพ
	1.2 อธิบาย / ให้คำแนะนำ/มอบเอกสาร /สื่อสารการดูแลสุขภาพที่ตรงกับปัญหาและความต้องการ 2. บันทึกข้อมูลการให้คำแนะนำในเอกสารที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ
4. การดูแลต่อเนื่อง	1.ประเมินความต้องการ การดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพ ของผู้มีความเสี่ยงและครอบครัวที่ประเมินแล้วพบว่าอาจไม่เข้าใจ หรือไม่สามารถปฏิบัติได้ 2. วางแผนในการให้คำแนะนำก่อนการจำหน่าย

ตารางที่ 18 (ต่อ)

มาตรฐานการบริการพยาบาล	โอกาสพัฒนา
	3. ดูแลติดตามต่อเนื่องที่บ้าน (โทรศัพท์เยี่ยม) กรณีพบว่ามีความโน้มสูงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่และอาจเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ 4. สื่อสาร ส่งต่อ ข้อมูล ระหว่างหน่วยงานภายในและภายนอก 5. บันทึกข้อมูลการให้คำแนะนำ และผลของการติดตาม
5. การสร้างเสริมสุขภาพ	1. ค้นหาศักยภาพหรือกิจกรรมการดูแลสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงที่ปฏิบัติอยู่แล้วมาส่งเสริมให้ปฏิบัติให้มากขึ้น 2. แนะนำกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพใหม่ ๆ ให้ผู้มีภาวะเสี่ยงนำไปปฏิบัติ พร้อมอธิบายประโยชน์ที่จะได้รับ 3. จัดกิจกรรมรายบุคคลและรายกลุ่มให้ผู้มีภาวะเสี่ยงทดลองปฏิบัติจริงและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงความรู้สึกและประโยชน์ที่ได้รับ 4. ประเมินผลการจัดกิจกรรม บันทึกและรายงานการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ
6. การคุ้มครองภาวะสุขภาพ	1. ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างต่อเนื่อง โดย 1.1 ดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันอันตรายจากการรับบริการ 1.2 จัดสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อป้องกันการติดเชื้ระหว่างรับการรักษา 1.3 จัดเตรียมอุปกรณ์เพื่อช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินต่อชีวิต 2. บันทึกและประเมินผลเมื่อเกิดเหตุ

ตารางที่ 18 (ต่อ)

มาตรฐานการบริการพยาบาล	โอกาสพัฒนา
7. การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ข้อมูลและความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างถูกต้องเหมาะสม 2. พัฒนาเอกสาร สื่อ วิธีการให้คำแนะนำ ข้อมูล และความรู้ต่าง ๆ ด้วยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัว เพื่อครอบคลุมและเหมาะสมกับผู้มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ 3. จัดกิจกรรมการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นผลจากการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ 4. ประเมินผลการตอบสนองต่อการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ 5. บันทึกการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพตามแบบฟอร์มที่กำหนด
8. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	<ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างความตระหนักเพื่อให้พยาบาลให้การดูแลผู้ใช้บริการโดยเคารพในศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นมนุษย์ ตลอดจนพิทักษ์สิทธิตามขอบเขต บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ 2. ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง จำเป็นแก่ผู้มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ 3. เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วม ชักถามประเด็นสงสัย และมีสิทธิ์เลือกในการดูแลรักษา
9. การบันทึก	<ol style="list-style-type: none"> 1. บันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างเป็นระบบครอบคลุมกระบวนการพยาบาล เพื่อสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ 2. นำผลการบันทึกไปพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล

4.3 กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและระบบบริการ การปฏิบัติหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ควรให้ความสำคัญกับอายุการออกกำลังกายและการจัดการความเครียดเป็นลำดับแรก โดยเน้นกลุ่มผู้สูงอายุเป็นหลัก เนื่องจากพบว่าผู้ที่

มีอายุตั้งแต่ 63 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย อีกทั้งการออกกำลังกายและการจัดการความเครียด เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยอื่นที่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลางและมาก ผู้วิจัยยังคงให้ความสำคัญเช่นเดียวกัน โดยพิจารณาเพิ่มเติมและสอดคล้องระหว่างกระบวนการพัฒนาตามความเหมาะสม

ในส่วนของการพัฒนาระบบการดูแลนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเห็นว่าควรเริ่มต้นและเป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลวิชาชีพก่อนเป็นลำดับแรกเนื่องจากเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิด มีช่วงเวลาที่อยู่กับผู้มีภาวะเสี่ยงและครอบครัวมากที่สุด อีกทั้งเป็นบุคคลที่ติดต่อประสานงานกับทุกหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจไม่ว่าจะเป็น แพทย์ โภชนากร นักกายภาพบำบัด เกสซิกเกอร์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทย-จีน แผนกเวชระเบียน แผนกคอมพิวเตอร์ เป็นต้น และเป็นบุคคลสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลครั้งนี้ ภายใต้งานทำงานร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดนี้ ผู้วิจัยเน้นการยกระดับให้ผู้มีภาวะเสี่ยงปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง ลดปัจจัยเสี่ยงที่จะนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เน้นครอบครัวให้เข้าใจและตระหนักในสิ่งที่มีภาวะเสี่ยงต้องปฏิบัติและเป็นแรงสนับสนุนที่ดี ส่วนบุคลากรสุขภาพทั้งหมดจะผลักดันให้ทุกคนปฏิบัติหน้าที่ของตนให้เต็มศักยภาพโดยมีเป้าหมายเดียวกันคือ ป้องกันผู้มีภาวะเสี่ยงไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผู้วิจัยใช้การประชุมใหญ่และย่อยเป็นระยะเพื่อสร้างความเข้าใจ รับทราบปัญหา สร้างความตระหนักเกี่ยวกับระบบบริการที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน บทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องที่ปฏิบัติได้ดีอยู่แล้ว และส่วนที่ยังไม่มีและต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคต กำกับ ติดตาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสะท้อนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยจัดประชุมใหญ่แบบเป็นทางการจำนวน 4 ครั้ง ครั้งแรกเป็นการประชุมหัวหน้าแผนกของฝ่ายการพยาบาล ครั้งที่ 2 เป็นการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคูณภาพทางคลินิก กลุ่มอายุรกรรม (PCT MED) ครั้งที่ 3 เป็นการประชุมเจ้าหน้าที่พยาบาลสำหรับเจ้าหน้าที่ในฝ่ายการพยาบาล และครั้งที่ 4 เป็นการประชุมเสวนาโรคหลอดเลือดหัวใจป้องกันได้

การประชุมย่อยจัดแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ 5 ครั้ง และการประชุมกลุ่มย่อยแบบไม่เป็นทางการระหว่างผู้มีภาวะเสี่ยง ครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ จำนวน 2 ครั้ง ซึ่งการประชุมแต่ละครั้งประกอบไปด้วย แพทย์ 1 ท่าน เกสซิกเกอร์ 1 ท่าน นักกายภาพบำบัด 1 ท่าน โภชนากร 1 ท่าน พยาบาล 2 ท่าน เจ้าหน้าที่ศูนย์คุณภาพ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านแพทย์แผนไทย-จีน 1 ท่าน และพยาบาลเวชปฏิบัติ 1 ท่าน วัตถุประสงค์เพื่อให้รับทราบปัญหาในรายละเอียด และเน้นกิจกรรมการบริการที่สหสาขาวิชาชีพต้องการให้เกิดขึ้น ออกแบบโครงการที่มีการวางแผนงาน วัน เวลา สถานที่ จัดทำกิจกรรม กำหนดระบบและวิธีการปฏิบัติ ระบุบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ และยังเป็นเวทีให้ทุกฝ่ายได้แลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน สื่อสารพูดคุย ส่งต่อข้อมูลที่ต่างฝ่ายต่างเข้าถึงและประเมินผลกันและกันได้ง่าย โดยผู้วิจัยมีบทบาทในการกระตุ้นให้กิจกรรมดำเนินไปตามที่ผู้ให้บริการและ

ผู้ให้บริการวางแผนไว้ ร่วมติดตามผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยง และ ประเมินความพึงพอใจของผู้ให้และผู้ให้บริการ ซึ่งสามารถแบ่งกระบวนการพัฒนาได้เป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 รับรู้ปัญหาและร่วมมือแก้ไขอย่างสร้างสรรค์

ผู้วิจัยเป็นผู้ริเริ่มนำผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุรแพทย์โรคหัวใจ อายุรแพทย์โรคต่อมไร้ท่อ ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัว พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์หัวใจ พยาบาลวิชาชีพ ประจำแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน หัวหน้าพยาบาลในฝ่ายการพยาบาล รองผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล เกสซ์กร โภชนากร นักกายภาพบำบัด พยาบาลประจำศูนย์คุณภาพ และผู้เชี่ยวชาญด้านแพทย์แผน ไทย-จีน เข้ามาร่วมในประชุมย่อยและประชุมร่วมทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อให้ทุก ฝ่ายรับทราบสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือด หัวใจ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ กิจกรรมการดูแลผู้มี ภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจที่ปฏิบัติอยู่แล้วและยังไม่ปฏิบัติ บทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่ายปฏิบัติอยู่ แล้วและยังไม่ปฏิบัติ พร้อมให้ทุกฝ่ายนำเสนอความต้องการและความคาดหวังของตนให้ผู้เกี่ยวข้อง รับทราบ หลังจากนั้นกำหนดเป็นข้อตกลงเป้าหมายร่วมกันที่ต้องการบรรลุ และให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เสนอบทบาทหน้าที่ กิจกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคต ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจเสนอ กิจกรรมที่ต้องการ พร้อมกับได้รับคำแนะนำเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ครบถ้วน เหมาะสม ระยะเวลาที่ใช้ในระยะนี้ประมาณ 2 เดือน (ตุลาคม-พฤศจิกายน 2556)

ระยะที่ 2 ร่วมกันกำหนดกิจกรรมและบทบาทหน้าที่

เป็นระยะที่ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกำหนดกิจกรรมและโครงการที่ต้องการปฏิบัติ ตามลำดับก่อนหลังให้เกิดขึ้นและร่วมกันทบทวนบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ เพื่อให้ผู้มีภาวะเสี่ยงโรค หลอดเลือดหัวใจได้รับการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ เริ่มจากย้าผู้มีภาวะเสี่ยงและครอบครัว เห็นความสำคัญของข้อตกลง เป้าหมายที่กำหนดในระยะที่ 1 ทั้งรายบุคคล รายครอบครัวและราย กลุ่ม ประชุมที่ทีมการดูแลผู้ป่วยโดยผู้วิจัยเน้นย้ำพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือด หัวใจ และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยครอบครัวที่เป็นอุปสรรคต่อการป้องกันผู้มีภาวะ เสี่ยงเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ บริการที่เกิดขึ้นในอดีต ระบบบริการในปัจจุบัน และสิ่งต้องการให้ เกิดขึ้นในอนาคต กระตุ้นให้ทีมสุขภาพ ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัว แสดงความ คิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อกิจกรรมและโครงการอย่างอิสระ ทุกฝ่ายร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบที่ตนมั่นใจว่าจะปฏิบัติได้ การทำงานเป็นทีมและย้าเป้าหมายที่ต้องการบรรลุร่วมกัน ระยะที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 2 เดือน (พฤศจิกายน-ธันวาคม 2556) ซึ่งสามารถวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ ที่ทุกฝ่ายเห็นว่าจำเป็นต้องเพิ่มเติมในการพัฒนาระบบบริการพยาบาล ดังนี้

ตารางที่ 19 ผลการวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	บทบาทหน้าที่ในการพัฒนาระบบบริการพยาบาล
แพทย์	<ul style="list-style-type: none"> - บทบาทเป็นที่ปรึกษาในทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะเรื่องการรักษาการตรวจวินิจฉัยเพื่อเฝ้าระวังการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ - บทบาทการเป็นผู้ให้ความรู้เรื่องโรค การรักษา แก่ผู้รับบริการและทีมสุขภาพ ในการจัดกิจกรรมกลุ่ม - บทบาทเป็นที่ปรึกษาในการกำหนดแนวทางในการปฏิบัติในการประเมินและคัดกรองผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ
เภสัชกร	<ul style="list-style-type: none"> - จัดกิจกรรมเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับยา ปัญหาจากการใช้ยา ติดตามผลการใช้ยา ข้อควรระวังในการรับประทานยาแก่ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัวเป็นที่ปรึกษาเรื่องยาให้แก่พยาบาล โภชนากร และนักกายภาพบำบัด เพื่อให้มีความรู้และความเข้าใจถูกต้องตรงกัน - จัดทำสื่อเกี่ยวกับยาเพื่อประกอบการให้คำปรึกษา - ติดตามประเมินผลพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ
นักกายภาพบำบัด	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นที่ปรึกษาเรื่องการออกกำลังกายให้แก่พยาบาล โภชนากร และเภสัชกร เพื่อให้มีความรู้และความเข้าใจถูกต้องตรงกัน - จัดกิจกรรมการให้ความรู้และการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ - สาธิตและฝึกทักษะการบริหารกล้ามเนื้อ การประยุกต์อุปกรณ์ภายในบ้านหรือที่ทำงาน มาใช้เพื่อสะดวกต่อการออกกำลังกาย - ประเมินผลความเข้าใจและความสามารถในการออกกำลังกายหลังสาธิตและฝึกปฏิบัติ
นักโภชนากร	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัวให้แก่พยาบาล กายภาพบำบัด และเภสัชกร เพื่อให้มีความรู้และความเข้าใจถูกต้องตรงกัน - จัดกิจกรรมการให้ความรู้ให้คำปรึกษา เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัว

ตารางที่ 19 (ต่อ)

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	บทบาทหน้าที่ในการพัฒนาระบบบริการพยาบาล
	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินผลความเข้าใจหลังให้ความรู้และให้คำปรึกษา
<p>ผู้เชี่ยวชาญด้านแพทย์แผนไทย-จีน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการผ่อนคลาย ทางด้านร่างกาย จิตใจ เพื่อส่งเสริมให้เกิดสมาธิ มีสุขภาพกายใจ ดีขึ้น แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ - จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เน้นการผ่อนคลายกายและจิต สร้างสมาธิ เช่นการนวดผ่อนคลาย ฤๅษีดัดตน เป็นต้น - ติดตามประเมินผล
<p>พยาบาลวิชาชีพ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินคัดกรอง ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ - ให้คำปรึกษา/ให้ความรู้เรื่องโรคแก่ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ - วางแผนในการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพ และครอบครัว - ร่วมพัฒนาสื่อในการให้ข้อมูล ความรู้ เรื่องโรคและการป้องกัน - ฝึกเทคนิค ทักษะในการให้คำแนะนำรูปแบบใหม่ - เป็นศูนย์กลางในการรวบรวมวัน เวลา หัวข้อ จากทีมสหสาขา เพื่อดำเนินกิจกรรมในการให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ - ผู้บริหารการดูแล (Care management) ที่จะต้องออกแบบการประเมินผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัวของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ การพยาบาลและการประเมินผล การเปลี่ยนแปลงของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัวบนการบูรณาการความรู้โรคหลอดเลือดหัวใจ (พยาธิสรีระวิทยา ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค การป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยง) ด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์และผลงานวิจัย
<p>พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ประสานงานและเฝ้าอำนวยความสะดวก และบุคลากรสุขภาพ ปฏิบัติตามข้อตกลง เป้าหมายที่ต้องการให้บรรลุ

ตารางที่ 19 (ต่อ)

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	บทบาทหน้าที่ในการพัฒนาระบบบริการพยาบาล
	<ul style="list-style-type: none"> - นำและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ดีในการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ในการคัดกรอง การให้คำปรึกษา การจัดเก็บและการเข้าถึงข้อมูล สื่อ คู่มือต่าง ๆ และการเปลี่ยนแปลง - ให้ความรู้ ตีความสามารถ สร้างความมั่นใจ และเป็นพี่เลี้ยงการปฏิบัติกับพยาบาลวิชาชีพ ในการซักประวัติ การคัดกรอง การตรวจร่างกาย การวินิจฉัยความเสี่ยงและความรุนแรง การให้การพยาบาลตามผลการวินิจฉัยที่พบและการประเมินผลการพยาบาลที่ให้ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ครอบครัว สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสามารถดูแลตนเองได้ - เป็นที่ปรึกษา ที่ให้ข้อมูลต่าง ๆ (Consultant) แก่ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัว ตลอดจนบุคลากรสุขภาพในการเลือกตัดสินใจที่จะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ กิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง บนการ เข้าใจในแบบแผนวิถีดำเนินชีวิตและวิถีการทำงานของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายเพื่อช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนที่วางไว้ได้มากขึ้น
ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วมกำหนดรูปแบบและปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ - ร่วมติดตามประเมินผลกิจกรรมที่จัดขึ้น และให้ข้อเสนอแนะในการปรับเปลี่ยนกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง - ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำ ร่วมกำหนดวิธีการและพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการปรับเปลี่ยนสามารถบอกปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ เพื่อให้สหสาขาวิชาชีพ แก้ไขและตอบสนองให้เหมาะกับเฉพาะบุคคล - ร่วมคิดและกำหนดรูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 19 (ต่อ)

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	บทบาทหน้าที่ในการพัฒนาระบบบริการพยาบาล
ครอบครัว	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วมติดตามประเมินผลกิจกรรมที่จัดขึ้น และให้ข้อเสนอแนะในการปรับเปลี่ยนกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง - ร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการส่งเสริมสุขภาพผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

ระยะที่ 3 การดำเนินกิจกรรมและประเมินผล

เป็นระยะของการลงมือปฏิบัติด้วยตนเองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกส่วน ตามโครงการและกิจกรรมที่กำหนดไว้ ภายหลังจากที่ร่วมกันทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นและแก้ไขปัญหาภายใต้บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเป็นระยะ จนกระทั่งทุกฝ่ายสามารถออกแบบกิจกรรม ที่จะนำไปใช้ในการให้บริการแก่ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจได้จริงและดำเนินการได้อย่างอิสระ ระยะนี้มีกิจกรรมต่าง ๆ เกิดขึ้น โดยเน้นกิจกรรมให้คำปรึกษาและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการรับประทานยา มีการกำหนดวัน เวลา หัวข้อในการจัดกิจกรรม มีการจัดเตรียมสถานที่ สื่อการสอน คอมพิวเตอร์ ระบบการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมที่ผู้มีความเสี่ยงแต่ละรายได้รับ โดยพยาบาลวิชาชีพของศูนย์หัวใจเป็นศูนย์กลางของการติดต่อประสานงานและแสดงบทบาทหลักในการดูแลผู้มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัว โดยผู้วิจัยค่อย ๆ ลดบทบาทลงเป็นเพียงสมาชิกในทีมการพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพของศูนย์หัวใจจะทำหน้าที่ประเมินคัดกรองผู้มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและบันทึกข้อมูลที่คัดกรองได้ลงแบบฟอร์มอย่างเป็นระบบ ส่งต่อผู้มีความเสี่ยงเข้ารับคำปรึกษากับทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้คำปรึกษาแก่ผู้มีความเสี่ยงตามตารางกิจกรรมที่กำหนด และติดตามเยี่ยมผู้มีความเสี่ยงเพื่อประเมินผลการปรับเปลี่ยนและกระตุ้นเพื่อสร้างแรงจูงใจเป็นระยะ ๆ ในเรื่องของอาหาร การออกกำลังกาย ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และยาที่ผู้มีความเสี่ยงมีการใช้บ่อย มีการจัดทำสื่อการเรียนรู้เพื่อให้ทุกคนเข้าถึงง่ายวางไว้หน้าจอคอมพิวเตอร์ ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 4 เดือน (ธันวาคม 2556-มีนาคม 2557)

ทีมสหสาขาวิชาชีพได้แสดงบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างเด่นชัดและร่วมกันจัดกิจกรรมตามตารางที่กำหนดไว้และปรับเปลี่ยนรูปแบบให้เหมาะสมกับอายุของผู้มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ เน้นสร้างแรงจูงใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยพิจารณาให้เหมาะสมและสอดคล้องกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล และให้ผู้มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบกิจกรรมต่าง ๆ มีการ

แลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ทีมสามารถดำเนินงานสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน วางแผนให้ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัว ร่วมกำหนดรูปแบบกิจกรรม สื่อต่าง ๆ ในการให้ความรู้ ให้ตรงกับความต้องการมากที่สุด ให้คำปรึกษา ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้สมาชิกได้พูดคุยแลกเปลี่ยนสิ่งดี ๆ ที่ปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับวิถีชีวิตและสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ เช่น การออกกำลังกายในบ้าน การรับประทานอาหาร วิธีการเลือกซื้อของบริโภค การปรุงอาหาร การรับประทานยาอย่างถูกต้องปลอดภัย และการผ่อนคลายความเครียด

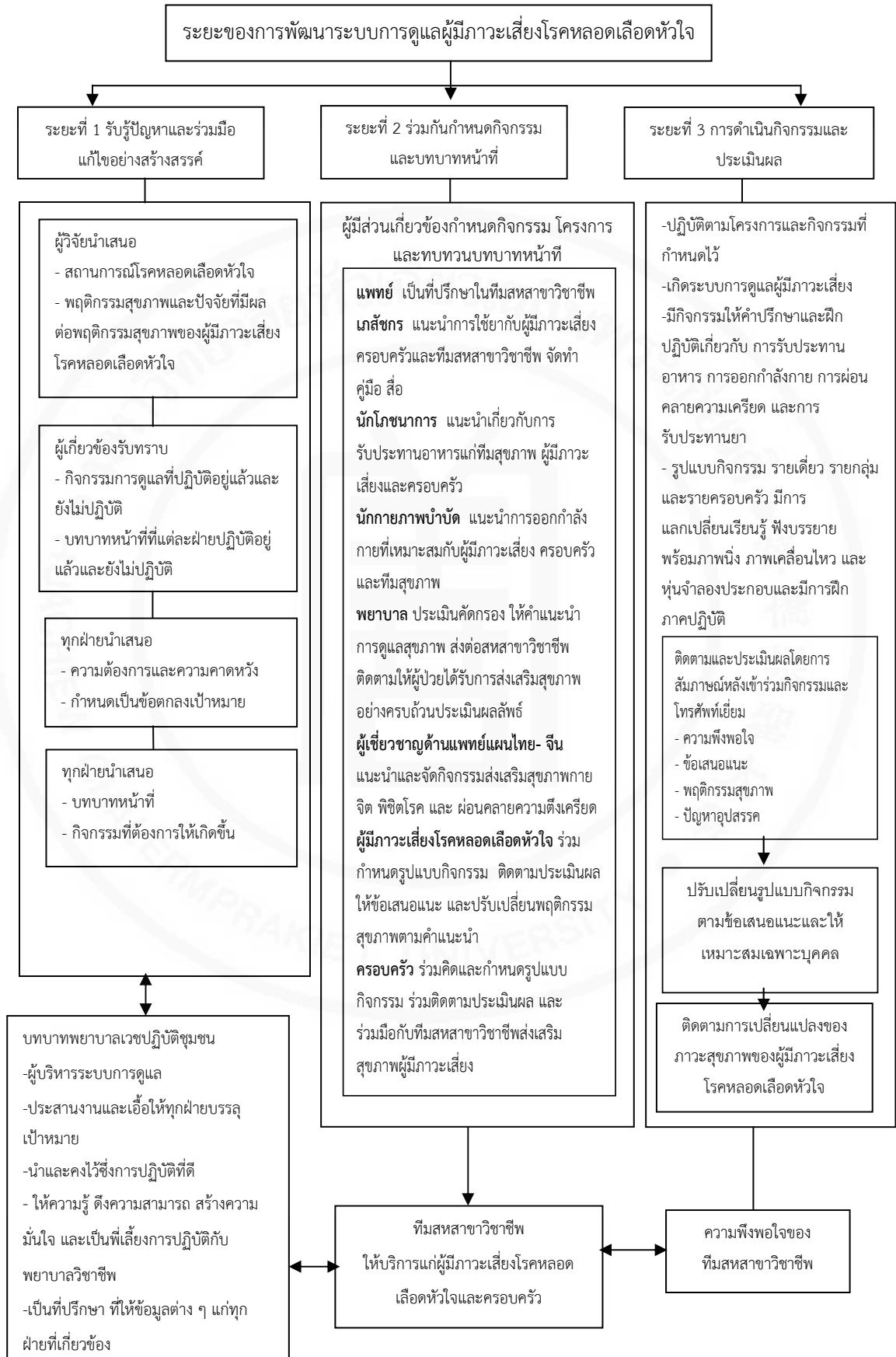
กิจกรรมในระยะนี้มีทั้งกิจกรรมประจำวันและกิจกรรมที่จัดวางไว้เป็นระยะทุก 4 เดือน กิจกรรมประจำวันจะมีการกำหนดวันเวลาในการให้บริการ กำหนดหัวข้อและผู้รับผิดชอบในแต่ละวัน มีการจัดบริการให้คำปรึกษาแก่ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจทุกวัน ตั้งแต่เวลา 08.00-10.00 น. โดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความชำนาญ ผู้ใช้บริการจะได้รับการประเมินคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยพยาบาลวิชาชีพและบันทึกลงในแบบฟอร์มที่กำหนด ส่งต่อข้อมูลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่รับผิดชอบในแต่ละวัน ทีมสหสาขาวิชาชีพดำเนินกิจกรรมให้คำปรึกษา และบันทึกกิจกรรมลงในแบบฟอร์ม เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบและวางแผนในการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงครั้งต่อไป ในการดำเนินกิจกรรมจะให้บริการแก่ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัวไปพร้อม ๆ กันเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น มีการสอบถามความพึงพอใจ ข้อเสนอแนะ ในการปรับปรุงในการจัดกิจกรรมครั้งต่อ ๆ ไป เนื้อหาและรูปแบบกิจกรรมที่จัดเป็นระยะ 4 เดือน ได้จากการนำข้อเสนอแนะของการให้บริการประจำวันมาดำเนินการในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นการจัดกิจกรรมรวมทุกสหสาขาวิชาชีพในวันเดียวกัน จัดเป็น Workshop เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ครอบครัว และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่เคยได้รับการขยายหลอดเลือดด้วยบอลูน กิจกรรมรายวันที่เกิดขึ้นประกอบด้วยหัวข้อ ดังต่อไปนี้ 1) อาหารช่วยส่งเสริมในการรักษาโรค โดยนักโภชนาการ 2) ดูกายดูจิต พิชิตโรค โดยผู้เชี่ยวชาญแพทย์แผนไทย-จีน 3) ทางเลือกเกี่ยวกับการมีสุขภาพดี โดยพยาบาลศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ 4) ออกกำลังกายช่วยคุณได้ โดยนักกายภาพบำบัด 5) รับประทานยาอย่างไรให้ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ โดยเภสัชกร 6) ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจและการลดปัจจัยเสี่ยง โดยพยาบาลศูนย์หัวใจ และ 7) รู้โรค รู้ทัน รู้รักษา โดยพยาบาลศูนย์แมทาบอลิก ซึ่งสามารถสรุปลักษณะกิจกรรมที่เกิดขึ้นทั้งหมดดังนี้ 1) กิจกรรมเดี่ยว 2) กิจกรรมกลุ่ม 3) กิจกรรมรายครอบครัว ซึ่งจะมีลักษณะของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ฟังบรรยายพร้อมภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว และหุ่นจำลองประกอบ และมีการฝึกภาคปฏิบัติ ซึ่งจะจัดผสมผสานกันตามความเหมาะสมเฉพาะบุคคล

ในการติดตามและประเมินผลนั้น ดำเนินการหลังเข้าร่วมกิจกรรมและโทรศัพท์เยี่ยม ผู้ใช้บริการเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อกิจกรรมและคำปรึกษาที่ได้รับ ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับเปลี่ยนรูปแบบกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทางโรงพยาบาลจัดขึ้น และสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เกิดขึ้น

หลังจากได้รับคำแนะนำจากทีมสหสาขาวิชาชีพในเรื่องของพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายร่างกายและจิตใจ การรับประทานยา สอบถามถึงปัญหา อุปสรรค ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสิ่งที่ต้องการให้ทางโรงพยาบาลช่วยเหลือเพิ่มเติม โรงพยาบาลผู้ติดตาม จะบันทึกลงในแบบฟอร์มที่กำหนด โดยโทรศัพท์เยี่ยมทุก 15 วัน ในกลุ่มผู้สูงอายุ และทุก 1 เดือนในกลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี นอกจากนั้น จะมีการติดตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด (LDL) เป็นต้น ในส่วนของระบบบริการพยาบาล มีการติดตามความต่อเนื่องของการบริการ ปัญหา อุปสรรค และความพึงพอใจในการร่วมดำเนินกิจกรรมและโครงการทุกวันและทุก 4 เดือนกระบวนการพัฒนา ทั้ง 3 ระยะสามารถสรุปเป็นแผนภูมิได้ดังนี้



แผนภูมิที่ 4 กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม



4.4 ผลการเปลี่ยนแปลงหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม

4.4.1 การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

1) การรับรู้ตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ

จากตารางที่ 20 จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมสูงขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญ ค่าเฉลี่ยก่อนการพัฒนาระบบ 3.91 ค่าเฉลี่ยหลังการพัฒนาระบบ 4.11 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ค่าเฉลี่ยก่อนการพัฒนาระบบ 4.31 ค่าเฉลี่ยหลังการพัฒนาระบบ 4.55 การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ค่าเฉลี่ยก่อนการพัฒนาระบบ 4.28 ค่าเฉลี่ยหลังการพัฒนาระบบ 4.54 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันค่าเฉลี่ยก่อนการพัฒนาระบบ 4.44 ค่าเฉลี่ยหลังการพัฒนาระบบ 4.54 และแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค ค่าเฉลี่ยก่อนการพัฒนาระบบ 3.82 ค่าเฉลี่ยหลังการพัฒนาระบบ 4.08 แต่การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรค ค่าเฉลี่ยก่อนการพัฒนาระบบ 2.75 ค่าเฉลี่ยหลังการพัฒนาระบบ 2.83 ก่อนและหลังการพัฒนาไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 20 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม

การรับรู้ตนเองต่อ พฤติกรรมสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย		ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน		T-test	P-value
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค	4.31	4.55	0.51	0.31	-4.66	.00
ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ	4.28	4.54	0.47	0.32	-4.88	.00
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกัน	4.44	4.54	0.39	0.32	-4.71	.00
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรค	2.75	2.83	0.77	0.73	-4.43	.07
แรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค	3.82	4.08	0.58	0.42	-2.67	.01
รวม	3.91	4.11	0.31	0.25	-6.41	.00

2) ภาวะสุขภาพ

จากตารางที่ 21 จะเห็นได้ว่าระดับความดันโลหิตลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบน ค่าเฉลี่ยก่อนการพัฒนาระบบ 143.60

ค่าเฉลี่ยหลังการพัฒนาระบบ 128.60 และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวล่างค่าเฉลี่ยก่อนการพัฒนา ระบบ 78.80 ค่าเฉลี่ยหลังการพัฒนาระบบ 72.53 เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก ค่าดัชนี มวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือด ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ พบว่าไม่ แตกต่างกัน

ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ยของภาวะสุขภาพเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะ เสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม

ภาวะสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย		ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน		T-test	P-value
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง		
น้ำหนัก	70.52	70.18	16.47	17.04	.52	.61
ดัชนีมวลกาย	27.97	28.00	5.18	5.25	-.16	.87
ระดับความดันโลหิตตัวบน	143.60	128.60	18.91	16.38	4.55	.00
ระดับความดันโลหิตตัวล่าง	78.80	72.53	12.14	9.43	3.36	.00
ระดับน้ำตาลในเลือด	129.11	124.31	48.51	32.96	.72	.48
ระดับโคเรสเตอรอล	215.00	204.57	29.84	44.52	.62	.55
ระดับไขมันในเลือด(LDL)	104.05	99.30	31.81	29.00	.95	.35

3) พฤติกรรมสุขภาพ

จากตารางที่ 22 พบว่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ยภายหลังการพัฒนาระบบการ ดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ คะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนาระบบ 3.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.36 และคะแนนเฉลี่ยหลังพัฒนาระบบ 3.69 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.34 แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการ ความเครียด การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ก่อนและหลังการพัฒนาระบบไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 22 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้มี ภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม

พฤติกรรมสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย		ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		T-test	P-value
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง		
การรับประทานอาหาร	3.48	3.61	0.43	0.46	-1.78	0.08

ตารางที่ 22 (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย		ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		T-test	P-value
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง		
การออกกำลังกาย	2.75	2.92	0.79	0.66	-1.46	0.15
การจัดการความเครียด	3.46	3.50	0.52	0.60	-0.61	0.55
ไม่สูบบุหรี่ / ไม่ดื่มสุรา เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน	4.22	4.34	0.91	0.85	-1.09	0.28
การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย	4.33	4.44	0.54	0.48	-1.26	0.22
คะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย	3.58	3.69	0.36	0.34	-2.13	0.04*

4.4.2 ผลการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและระบบบริการ

จากการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าการเปลี่ยนแปลงระบบบริการและบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ดังนี้

1) ระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.1) มีการประเมินและคัดกรองปัจจัยเสี่ยงของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ตามแบบฟอร์มที่กำหนด (FM MED – 012) โดยพยาบาลวิชาชีพส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มมากขึ้น สามารถจัดลำดับความเร่งด่วนของผู้มีภาวะเสี่ยงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ อีกทั้งรู้สึกมีคุณค่าในงานที่ทำ

“...ก่อนหน้านี้อีกไม่เคยทราบมาก่อนว่ามีปัจจัยเสี่ยงอะไรบ้าง พอมาทำตรงจุดนี้ได้รับหน้าที่ในการประเมินคัดกรอง ก็เรียนรู้ว่ามีปัจจัยเสี่ยงอะไรบ้าง ทำให้มีความรู้เพิ่มมากขึ้น และรู้สึกว่ามีประโยชน์ทั้งต่อตนเองและผู้ป่วย...” I10-201256

“...แบบฟอร์มที่กำหนดช่วยให้ประเมินและคัดกรองได้ว่าผู้ป่วยรายใดที่ควรได้รับการส่งเสริมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และช่วย แบ่งระดับได้ว่าใครเสี่ยงมาก ใครเสี่ยงน้อย...” I9-201256

“...น้อง ๆ พยาบาลบอกว่ามีแบบฟอร์มช่วยให้ประเมินคัดกรองได้ง่ายขึ้น ทำให้มีความรู้และเข้าใจปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น...” I05-261256

1.2) มีการส่งต่อเพื่อให้ได้รับคำปรึกษาจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่เน้นการสร้างความตระหนัก เสริมสร้างแรงจูงใจและตั้งเป้าหมายร่วมกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้มีความเสี่ยงจะได้รับการส่งต่อเพื่อให้ได้รับคำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระหว่างการรอคอยแพทย์ รอผลการตรวจเลือด และรอรับยา

“...การให้บริการในช่วงของการรอพบแพทย์รอผลเลือด และรอรับยาเป็นช่วงจังหวะที่ดีในการให้คำแนะนำ และเป็นการสร้างคุณค่าระหว่างการรอคอยซึ่งผู้ป่วยได้พบกับผู้ชำนาญการในแต่ละสาขาโดยตรง...” I11,I13-270157

“...ได้รับรู้อะไรใหม่ ๆ ที่ไม่เคยรู้ เข้าใจง่าย อีกอย่างก็ไม่ต้องเสียเวลาไปนั่งรอรับยา โดยไม่ได้ทำอะไร มาออกกำลังกายดีกว่ากับนักกายภาพดีกว่า...” I6,I7-270157

“...สหสาขาวิชาชีพมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และครอบครัว มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันในการปรับเปลี่ยน ร่วมกันค้นหาวิธีร่วมกันที่เหมาะสมกับเฉพาะบุคคล...” I12, 13-270157

“...ระบบบริการผู้มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ การให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมเป็นสิ่งสำคัญ เพราะที่ผ่านมาทางโรงพยาบาลยังไม่เคยให้การดูแลคนกลุ่มเหล่านี้...” I11,I13-270157

1.3) บันทึกผลการให้คำปรึกษา เพื่อสื่อสารภายในทีมโดยใช้ระบบ HIS ของโรงพยาบาล จัดเป็นระบบของการจัดเก็บข้อมูลของผู้มีความเสี่ยงโดยสร้างเป็นหัวข้อ HPH ซึ่งในอดีตไม่เคยมีมาก่อน สามารถเข้าถึงประวัติการประเมินคัดกรอง การให้คำปรึกษา และการติดตามครั้งต่อไปได้ สะดวกมากขึ้น อีกทั้งยังช่วยในการพัฒนารูปแบบของการบันทึกเมื่อพบว่าข้อมูลไม่สมบูรณ์

“...ในทีมหรือจุดบริการอื่น ๆ สามารถเข้าถึงและติดตามบันทึกผลการให้คำปรึกษาและข้อมูล อื่น ๆ ของผู้ใช้บริการได้ง่าย ว่าได้รับคำแนะนำเรื่องอะไรแล้วบ้าง จะได้ช่วยกันติดตามและประเมินซ้ำ...”

I14-270157

“...เมื่อสร้างหมวด HPH เป็นหมวดหนึ่งในการดูประวัติของผู้ป่วย ทำให้สามารถติดตามผลการให้คำปรึกษาของทีมสหสาขาวิชาชีพได้ง่ายขึ้น...” I11-270157

“...การบันทึก ควรเพิ่มรายละเอียดในการให้คำแนะนำมากกว่านี้ ข้อความที่ต้องการสื่อให้ทีมรับทราบเพื่อติดตามและประเมินต่อ และควรประเมินความเข้าใจของผู้มีภาวะเสี่ยงและครอบครัวหลังให้คำปรึกษา...” I16-220157

1.4) ติดตามและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะสุขภาพ และความพึงพอใจของผู้ให้และผู้ให้บริการ

“...ระบบบริการผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ รู้สึกว่าทำแล้วมีประโยชน์และก็ค่อนข้างพอใจที่ตนเองได้มีส่วนร่วม...” I11, I13-270157

“...จากการสอบถามผู้ใช้บริการบอกว่าชอบนะค่ะมีประโยชน์โดยส่วนตัวมองว่าการทำตรงนี้ดีค่ะ มีประโยชน์ก็เต็มใจให้ความร่วมมือเต็มที...” I6, I7-270157

“...การส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการถือเป็นงานสำคัญ จะทำแล้วไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นเงิน ที่เห็นชัดเจนเหมือนกับบริการอื่น ๆ แต่ได้รับความรู้สึกของการเป็นผู้ให้ อีกอย่างผู้ใช้บริการก็รู้สึกดี มองว่าโรงพยาบาลใส่ใจ เป็นห่วงเป็นใย ถึงแม้ว่าผู้ใช้บริการอาจจะไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก็ตาม...” I13-270157

“...มีการติดตามความพึงพอใจหลังเข้าร่วมกิจกรรมค่ะ และก็ติดตามความดันโลหิต น้ำตาล ไขมัน น้ำหนัก โดยมอบหมายให้น้อง ๆ ที่ศูนย์หัวใจช่วยติดตาม และก็โทรเยี่ยม โดยผู้สูงอายุก็จะโทรเยี่ยมทุก 15 วัน ส่วนกลุ่มอื่น ๆ ก็ทุก 1 เดือนค่ะ...” I05-180257

“...กิจกรรมที่จัดขึ้นพบว่าได้รับการตอบรับจากผู้ใช้บริการดีนะค่ะ เพราะจากการวิเคราะห์แบบสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจพบว่าผู้มีภาวะเสี่ยงและครอบครัว มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ร้อยละ 50 ระดับมาก ร้อยละ 46.7 และส่วนใหญ่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมชอบรูปแบบและวิธีการออกกำลังกายมากค่ะ...” I10-250357

2) ทำงานแบบร่วมมือกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ และครอบครัว

ทุกฝ่ายเข้าใจถึงความสำคัญและผลกระทบของพฤติกรรมสุขภาพ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ทีมสุขภาพสนับสนุน ช่วยเหลือ ชี้แนะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยไปตามปัญหาและความต้องการ วิธีการที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้มีภาวะเสี่ยงและครอบครัวดังข้อมูลที่ยืนยัน ต่อไปนี้

“...การจัดกิจกรรมโครงการส่งเสริมสุขภาพดีมาก ทำงานเป็นทีม เห็นถึงความร่วมมือ ร่วมแรงของแต่ละสหสาขาวิชาชีพ ผู้ใช้บริการได้พบกับผู้ชำนาญในแต่ละสาขา และภายในทีมเองก็มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ผู้มีภาวะเสี่ยงและครอบครัวมีส่วนร่วมกำหนดวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับวิถีชีวิต และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ได้รับการประเมินความพร้อมทั้งในแง่ของความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ...” I08, I14-211256

“...กิจกรรมดูกาย ดูจิต เข้าร่วมแล้วดีนะค่ะ รู้สึกผ่อนคลาย สามารถไปปฏิบัติเองที่บ้านได้ สบาย ๆ เวลาเข้าร่วมแล้วดีค่ะ ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนรู้สึกสบายใจขึ้น...” I44-040257

4) มีการพัฒนาสื่อเพื่อประกอบการให้คำปรึกษา

จัดทำสื่อที่มีความเหมาะสม เข้าใจง่ายโดยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย และเป็นไปตามความต้องการของผู้มีภาวะเสี่ยงและครอบครัว ทีมสหสาขาวิชาชีพได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สื่อที่จัดทำขึ้นส่งผลให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเป็นไปตามมาตรฐานเดียวกันซึ่งประกอบไปด้วย องค์ความรู้ที่เป็นทั้งภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหวของแต่ละสหสาขาวิชาชีพจัดเก็บไว้ที่คอมพิวเตอร์ สามารถเข้าถึงได้ง่าย สมุดความรู้โรคหัวใจ คู่มือผู้ป่วยเบาหวาน สำหรับผู้มีภาวะเสี่ยงและครอบครัว และหุ่นจำลองรูปหัวใจ

“...สื่อต่าง ๆ ที่ใช้ในการให้คำปรึกษา ทุกคนสามารถเข้าถึงง่ายโดยจัดวางไว้หน้า Desk top ในห้องให้คำปรึกษา และในแต่ละช่วงของโครงการจะจัดทำเป็นคู่มือในการให้คำปรึกษา...” I14-211256

“...อยากให้มีการทำอาหารสุขภาพง่าย ๆ ให้ดูเพิ่มเติม มีเมนู 2-3 รายการ แจกให้ เพราะการฟังอย่างเดียว บางครั้งจำได้ไม่หมด...” I32-221256

“...การออกกำลังกายที่โรงพยาบาลจัดขึ้น อยากให้มีภาพให้ดู หรือปฏิบัติไปพร้อม ๆ กัน และเป็นวิธีง่าย ๆ ที่สามารถทำได้ที่บ้าน เหมาะกับวัยของผู้ป่วย และสิ่งที่ได้รับมีประโยชน์มาก ที่ผ่านมาคิดว่าการทำงานบ้านก็ถือว่าเป็นการออกกำลังกาย เข้าใจผิดมาตลอด ...” I40-221256

“...คำแนะนำเรื่องยาเด็ยวนี้ชัดเจน แต่อยากให้แนะนำเม็ดยาตัวจริงมาให้ดูด้วย ดูไปพร้อม ๆ กัน จะทำให้เข้าใจได้มากขึ้น พุดลอย ๆ จำไม่ได้ เด็ยวก็ลืม...” I28-221256

5) ปรับเปลี่ยนเวลา / กิจกรรมการให้บริการ

การร่วมกันสะท้อนสิ่งที่ควรปรับปรุงในวิธีการดำเนินกิจกรรมให้เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการภายในและภายนอก

“...จากการดำเนินกิจกรรม พบว่าในเวลาที่กำหนด อาจมีผู้ให้บริการเข้าร่วมกิจกรรมน้อย ควรปรับเปลี่ยนเวลาใหม่ เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น...” I06-270157

“...กิจกรรมบางอย่าง อยากให้จัดเดี่ยว เพราะบางครั้งก็ไม่อยากให้ใครรับรู้เรื่องของตัวเอง แต่บางอย่างก็จัดกลุ่มได้ เช่น การทำอาหาร การออกกำลังกาย สามารถ เรียนรู้พร้อม ๆ กันได้...” I36-181256

“...ทางจุดบริการของแผนกต่าง ๆ หลังจากประเมินผู้ให้บริการ ควรมีเจ้าหน้าที่คอยบริการ และเสนอแนะ ชี้ชวนให้ผู้ให้บริการเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น หรือเสนอให้แพทย์เป็นผู้ชี้ชวนเนื่องจากผู้ให้บริการจะค่อนข้างเชื่อฟังแพทย์มากกว่า...” I04-270156

“...ควรมีการหมุนเวียนตารางกิจกรรม เนื่องจากผู้ให้บริการมักมาพบแพทย์วันเดิม เช่นนัดวันจันทร์ ก็จะมาวันจันทร์ ผู้ให้บริการก็จะได้รับคำแนะนำเรื่องเดิม ตารางควรมีการปรับเปลี่ยนหมุนเวียน ...” I14-120157

“...ควรมีการประชาสัมพันธ์มากกว่านี้ เช่นเสียงตามสาย หรือติดประกาศในลิฟท์ เพื่อกระตุ้นทั้งผู้ให้บริการภายในและภายนอก...” I15-120157

“...น่าจะนำกิจกรรมและโครงการเหล่านี้สู่ชุมชน เช่น วัด หรือ โรงเรียน เพื่อเป็นการกระตุ้นและสร้างความตระหนักให้ชุมชน ช่วยกันปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ...” I03-120157

6) ทำงานตามบทบาทหน้าที่เชิงวิชาชีพมากขึ้น

พบว่าแพทย์แสดงบทบาทชัดเจนในการเป็นที่ปรึกษาการจัดการจัดการกรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นผู้ให้ความรู้แก่ทีมสุขภาพ เป็นผู้รักษาผู้มีภาวะเสี่ยงและครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ รับผิดชอบหลักประเมินคัดกรอง ดูแลให้ผู้มีภาวะเสี่ยงได้รับคำปรึกษาจากสหวิชาชีพ และติดตามประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนทำหน้าที่ในการจัดการ กระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ริเริ่มจัดระบบการปฏิบัติงานในรูปแบบใหม่ที่มีมาตรฐานโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นผู้ให้คำปรึกษาในการดำเนินกิจกรรมและประสานงานให้ทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องดำเนินกิจกรรมอย่างมีส่วนร่วม มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน เป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในแต่ละไตรมาส ดำเนินงานเกี่ยวกับคู่มือ เอกสารต่าง ๆ โดยศึกษาจากงานวิจัยและหลักฐานทางวิชาการ ทีมสหสาขาวิชาชีพนอกจากทำกิจกรรมตามบทบาทที่กำหนดแล้ว ยังชักชวนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมเรียนรู้และส่งเสริมให้ผู้มีภาวะเสี่ยงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ผู้มีภาวะเสี่ยงบอกเล่าถึงพฤติกรรมสุขภาพของตนที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างภาคภูมิใจ ดังจะเห็นได้จากข้อมูลที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัวสะท้อนดังต่อไปนี้

“...ตอนนี้รู้แล้วว่าต้องปรับเปลี่ยนเรื่องอะไร เมื่อก่อนดื่มชาเขียวที่โฆษณาในทีวีวันละ 3 ขวด เพิ่งรู้ว่ามันน้ำตาลเกินเยอะมาก คงต้องลดหรือเลิกกินไปเลย หรือแบ่งให้เพื่อนกินบ้าง...” I33-221256

“...ก็พยายามลดปริมาณอาหารมื้อเย็นแม่บ้านก็คุมไม่ให้กินเยอะ แต่บางทีก็ห้ามยาก ยิ่งช่วงปีใหม่ ตรุษจีน กินเยอะมาก พอว่าง ๆ ก็ไปปั่นจักรยานออกกำลังกายครั้งละ 20 กิโลเมตร พบว่าไขมันไม่ดีขึ้น แต่ไขมันดีผมก็เพิ่มขึ้นนะ...” I39-270157

“...ตอนนี้คุณแม่คุมน้ำตาลได้ดีค่ะ ค่าอยู่ในเกณฑ์ดีขึ้น จาก 126 เหลือ 113 และน้ำหนักก็ลดลงจาก 73.2 กิโลกรัม เหลือ 71.7 กิโลกรัม ในระยะเวลา 2 เดือน ก็พยายามคุมเรื่องอาหาร และพามาตรวจตามนัดทุกครั้ง แต่ก็พบว่าแกมีแอบกินบ้าง เช่น ชาไข่มุก...”

I45-0402

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ และศึกษาผลการเปลี่ยนแปลงหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจของโรงพยาบาลนครธน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากทะเบียนประวัติของผู้รับบริการที่ศูนย์หัวใจและแบบสัมภาษณ์ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม กลุ่มเป้าหมายหลัก คือ ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี ที่ศูนย์หัวใจจำนวนทั้งหมด 30 คนกลุ่มเป้าหมายรองคือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการดูแล ซึ่งได้แก่ ครอบครัวของผู้มีภาวะเสี่ยง แพทย์พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เกสเซอร์ นักโภชนากร นักกายภาพบำบัด และผู้เชี่ยวชาญด้านแพทย์แผนไทย-จีนจำนวนทั้งสิ้น 30 คน

วิเคราะห์ลักษณะส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ การรับรู้ตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ และ t-test ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านระบบบริการ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจใช้การวิเคราะห์เนื้อหา เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจหลังการพัฒนาระบบการดูแลด้วยสถิติ paired t-test วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ข้อเสนอแนะและความพึงพอใจเกี่ยวกับกิจกรรมที่เกิดขึ้นด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 ลักษณะส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และการรับรู้ตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 58 ปี สถานภาพคู่ การศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีหน้าที่เป็นผู้หารายได้ และอาศัยอยู่กับครอบครัว โดยมากเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง และมีภาวะน้ำหนักเกิน พบว่ารอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐานในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ผู้มีภาวะเสี่ยงไม่สูบบุหรี่ และส่วนน้อยที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

การรับรู้ตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่าโดยรวมอยู่ในระดับดี การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

พฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนและการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย พบว่าผู้มีภาวะเสี่ยงมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยพฤติกรรมดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยเป็นพฤติกรรมที่ผู้มีภาวะเสี่ยงปฏิบัติมากที่สุด รองลงมา คือ การไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เมื่อพิจารณาด้านการรับประทานอาหารพบว่า การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้เป็นประจำทุกวันเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด และน้อยที่สุด คือ รับประทานขนมขบเคี้ยวต่าง ๆ เช่น มันฝรั่งทอด เป็นต้น สำหรับพฤติกรรมออกกำลังกายพบว่า เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุด โดยออกกำลังกายจนกระทั่งมีเหงื่อออก หัวใจเต้นเร็วขึ้นเป็นพฤติกรรมที่ไม่ปฏิบัติมากที่สุด และรองลงมา คือ ออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที ด้านการจัดการความเครียดพบว่า การหาสาเหตุเมื่อรู้สึกไม่สบายใจและหาทางแก้ไขที่สาเหตุนั้น ๆ (ไม่หนีปัญหา) เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด และปฏิบัติน้อยที่สุด คือ รับประทานยาคลายเครียดหรือยานอนหลับเมื่อรู้สึกเครียด

5.1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

ปัจจัยด้านบุคคล ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ และแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค สำหรับเพศ สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ และสิทธิในการรักษาเมื่อเจ็บป่วย พบว่าไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้มีภาวะเสี่ยง

ปัจจัยด้านครอบครัว ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่ามีทั้งปัจจัยเชิงบวกและเชิงลบ ปัจจัยเชิงบวกมีประเด็นสำคัญดังนี้ 1) ดูแลพามาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ 2) ทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้คลายเครียด และ 3) แม้ค่ารักษาแพงแต่ไม่เป็นปัญหา ปัจจัยเชิงลบ มีประเด็นสำคัญดังนี้ 1) การรับประทานอาหารไม่ปรุงแยก ทำกินรวมกัน และอยากกินอะไรก็ซื้อให้ ไม่จำกัดอาหาร 2) ไม่มีเวลาออกกำลังกายเพราะต้องทำงานหาเงิน และเข้าใจว่าทำงานบ้านหรือกิจวัตรประจำวัน คือการออกกำลังกาย และ 3) ไม่คิดว่าการเป็นโรคเรื้อรังจะรุนแรง

ปัจจัยด้านระบบบริการ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ พบประเด็นสำคัญ ดังนี้ 1) นโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพชัดเจน แต่ขาดความต่อเนื่อง 2) เน้นการรักษามากกว่าป้องกัน 3) ขาดการสื่อสาร ส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ

4) ทรัพยากรไม่เอื้อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพ และ5) พยาบาลปฏิบัติตามมาตรฐานการบริการพยาบาล แต่ยังมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ

5.1.3 กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม

รูปธรรมของการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วมแบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 รับรู้ปัญหาและร่วมมือแก้ไขอย่างสร้างสรรค์

ผู้วิจัยนำผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุรแพทย์โรคหัวใจ อายุรแพทย์โรคต่อมไร้ท่อ ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัว พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์หัวใจ พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน หัวหน้าพยาบาลในฝ่ายการพยาบาล รองผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล เกสัชกร โภชนากร นักกายภาพบำบัด พยาบาลประจำศูนย์คุณภาพ และผู้เชี่ยวชาญด้านแพทย์แผนไทย-จีน เข้ามาร่วมในการประชุมย่อยและประชุมแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อให้ทุกฝ่ายรับรู้ปัญหาและร่วมมือหาแนวทางแก้ไข มีสิ่งสำคัญที่รับรู้ร่วมกัน ดังนี้

1. สถานการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. กิจกรรมการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจที่ปฏิบัติอยู่แล้วและยังไม่ปฏิบัติ
3. บทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่ายปฏิบัติอยู่แล้วและยังไม่ปฏิบัติ
4. ความต้องการและความคาดหวังในบทบาทหน้าที่และกิจกรรมที่ต้องการให้เกิด
5. การกำหนดข้อตกลงและเป้าหมายร่วมกัน

ระยะที่ 2 ร่วมกันกำหนดกิจกรรมและบทบาทหน้าที่

เป็นระยะที่ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกำหนดกิจกรรมและบทบาทหน้าที่ในลักษณะเน้นโครงการที่ต้องการปฏิบัติตามลำดับก่อนหลัง และร่วมกันทบทวนบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ ซึ่งสามารถวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ที่ทุกฝ่ายเห็นว่าจำเป็นต้องเพิ่มเติมในการพัฒนาระบบบริการพยาบาล ดังนี้

1. แพทย์เป็นที่ปรึกษาในการกำหนดแนวทางในการปฏิบัติในการประเมินและคัดกรองผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. เกสัชกรเป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับยา เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำแก่ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพจัดทำสื่อเพื่อประกอบการให้คำปรึกษา
3. นักกายภาพบำบัด ให้ความรู้และร่วมออกแบบกิจกรรมในการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพ

4. นักโภชนากรให้ความรู้ ให้คำปรึกษา เกี่ยวกับอาหาร การออกแบบเมนูอาหารที่เหมาะสมกับผู้มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ครอบครัวยุ และทีมสหสาขาวิชาชีพ

5. ผู้เชี่ยวชาญด้านแพทย์แผนไทย – จีน จัดกิจกรรมและเป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการผ่อนคลาย สร้างสมาธิ เช่น การนวด ฤๅษีดัดตน เป็นต้น

6. พยาบาลวิชาชีพ ทำการประเมินคัดกรอง ให้คำปรึกษา และวางแผนการดูแลให้ ผู้มีความเสี่ยงได้รับคำปรึกษาจากสหสาขาวิชาชีพจนครบถ้วน ร่วมพัฒนาสื่อ ติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในภาพรวมทั้งทางด้านคลินิกและพฤติกรรมสุขภาพ

7. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เป็นผู้บริหารระบบการดูแล ออกแบบการประเมิน คัดกรอง การพยาบาลและการประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของผู้มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและ ครอบครัวยุ ด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์และผลงานวิจัยประสานงานและเอื้ออำนวยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทุกฝ่ายปฏิบัติตามข้อตกลงและเป้าหมายที่ต้องการบรรลุและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ดี ให้ความรู้ ถึง ความสามารถ สร้างความมั่นใจ เป็นที่เลี้ยงการปฏิบัติกับพยาบาลวิชาชีพ และเป็นที่ปรึกษาให้แก่ทีม

8. ผู้มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมกำหนดรูปแบบและปฏิบัติกิจกรรมสร้าง เสริมสุขภาพร่วมติดตามประเมินผล ให้ข้อเสนอแนะ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำ ร่วมกำหนดวิธีการและพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการปรับเปลี่ยน

9. ครอบครัวยุ ร่วมคิดและกำหนดรูปแบบการทำกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เลือกรูปแบบและวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมกับวิถีชีวิต

ระยะที่ 3 การดำเนินกิจกรรมและประเมินผล

เป็นระยะของการลงมือปฏิบัติด้วยตนเองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ตามโครงการและกิจกรรมที่ กำหนดไว้ ระยะนี้มีกิจกรรมให้คำปรึกษา การฝึกปฏิบัติรายวัน และกิจกรรมรวมทุกสหสาขาวิชาชีพ ตามความชำนาญเฉพาะ ราย 4 เดือน เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย ความเครียด และการรับประทานยา ด้วยสื่อที่พัฒนาขึ้นใหม่ กิจกรรมที่เกิดขึ้นมีดังนี้

1. อาหารช่วยส่งเสริมในการรักษาโรค โดยนักโภชนากร
2. ดูแลจิต สุขใจ พิชิตโรค โดยผู้เชี่ยวชาญแพทย์แผนไทย-จีน
3. ทางเลือกเกี่ยวกับการมีสุขภาพดี โดยพยาบาลศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ
4. ออกกำลังกายช่วยคุณได้ โดยนักกายภาพบำบัด
5. รับประทานยาอย่างไรให้ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ โดยเภสัชกร
6. ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจและการลดปัจจัยเสี่ยง โดยพยาบาลศูนย์หัวใจ
7. รู้โรค รู้ทัน รู้รักษา โดยพยาบาลศูนย์แม่ทาบอกลี

ลักษณะกิจกรรมที่เกิดขึ้นมีทั้งลักษณะ 1) กิจกรรมเดี่ยว 2) กิจกรรมกลุ่ม 3) กิจกรรมราย ครอบครัวยุ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ฟังบรรยายพร้อมภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว และหุ่นจำลอง โดยจัด

ผสมผสานกัน หรือปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสมเฉพาะบุคคล มีการจัดเตรียมสถานที่ คอมพิวเตอร์ ระบบการสืบค้นและการส่งต่อข้อมูล โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่และระบบที่ร่วมกันกำหนดขึ้น ดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพประเมินคัดกรองและบันทึกข้อมูลลงแบบฟอร์ม ส่งต่อผู้มีภาวะเสี่ยงเข้ารับคำปรึกษากับทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้คำปรึกษาแก่ผู้มีภาวะเสี่ยงตามตารางกิจกรรมที่กำหนด และติดตามเยี่ยม ประเมินผลการปรับเปลี่ยนและกระตุ้นเพื่อสร้างแรงจูงใจเป็นระยะ ๆ ในเรื่องของการออกกำลังกาย ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และยาที่ผู้มีภาวะเสี่ยงใช้อยู่

2. ทีมสหสาขาวิชาชีพแสดงบทบาทหน้าที่ของตนเอง ร่วมกันจัดกิจกรรมตามตารางที่กำหนด ปรับเปลี่ยนรูปแบบให้เหมาะสมกับอายุของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ เน้นสร้างแรงจูงใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบกิจกรรมต่าง ๆ เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างสหสาขาวิชาชีพ

3. ทุกสหวิชาชีพให้บริการแก่ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัวไปพร้อม ๆ กัน โดยเน้นให้ผู้มีภาวะเสี่ยงและครอบครัวแสดงความคิดเห็น สะท้อนความพึงพอใจ ระบุข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงการจัดกิจกรรมครั้งต่อไป และมีการจัดกิจกรรมรวมโดยสหสาขาวิชาชีพในวันเดียวกันในทุก 4 เดือน ลักษณะกิจกรรมที่เกิดขึ้นจะมีทั้งรายเดี่ยว รายกลุ่ม และรายครอบครัว มีการให้คำปรึกษาทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติผสมผสานกันตามความเหมาะสมเฉพาะบุคคล

4. ผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพติดตามและประเมินผลการดำเนินงานหลังเข้าร่วมกิจกรรม ด้วยการโทรศัพท์เยี่ยมและสอบถามความพึงพอใจ ตลอดจนขอเสนอแนะเพื่อการปรับเปลี่ยนรูปแบบกิจกรรม สอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เกิดขึ้นหลังได้รับคำแนะนำเรื่องพฤติกรรมรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายด้านร่างกายและจิตใจ การรับประทานยาปัญหา อุปสรรค ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยบันทึกลงในแบบฟอร์มที่กำหนด โทรศัพท์เยี่ยมทุก 15 วัน ในกลุ่มผู้สูงอายุ และทุก 1 เดือนในกลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ติดตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพซึ่งประกอบไปด้วยน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด (LDL)

5.1.4 ผลการเปลี่ยนแปลงหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม

1) การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.1) การรับรู้ตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ค่าเฉลี่ยการรับรู้ตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมสูงขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนากระบวนการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1.2) ภาวะสุขภาพ

ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบนและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวล่างลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนากระบวนการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือดของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการพบว่าไม่แตกต่างกัน

1.3) พฤติกรรมสุขภาพ

ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพภายหลังการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการไม่แตกต่างกัน

2) ผลการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและระบบบริการมีดังนี้

2.1) เกิดระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย

(1) การประเมินและคัดกรองปัจจัยเสี่ยงของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจตามแบบฟอร์มที่กำหนด (FM MED - 012) โดยพยาบาลวิชาชีพ

(2) การส่งต่อเพื่อให้ได้รับคำปรึกษาจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่เน้นการสร้าง ความตระหนักและเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

(3) การบันทึกผลการให้คำปรึกษา เพื่อสื่อสารภายในทีมโดยใช้ระบบ HIS ของโรงพยาบาล

(4) การติดตามและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจด้านพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะสุขภาพ และความพึงพอใจของผู้ให้และผู้ให้บริการ

2.2) เกิดการทำงานแบบร่วมมือกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัว โดยทุกฝ่ายแสดงบทบาทหน้าที่เด่นชัดมากขึ้น มีการทบทวนตาม ข้อตกลงและเป้าหมายเดียวกันที่ต้องการบรรลุร่วมกันสะท้อนซึ่งกันและกันถึงสิ่งที่ควรปรับปรุงใน วิธีการดำเนินกิจกรรมให้เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

2.3) มีการใช้สื่อที่พัฒนาขึ้นเพื่อประกอบการให้คำปรึกษาแก่ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัว อีกทั้งเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากรสุขภาพ เกิดความรู้ ความเข้าใจเป็นมาตรฐานเดียวกัน จนเป็นวิธีการทำงานปกติ

2.4) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนทำหน้าที่หลักในการจัดการให้ระบบการดูแลใหม่พัฒนาอย่างต่อเนื่อง เป็นผู้ให้คำปรึกษา และประสานงาน ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ดำเนินงานเกี่ยวกับคู่มือ เอกสารและ สื่อต่าง ๆ เพื่อให้สหสาขาวิชาชีพปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายได้อย่างคล่องตัว

5.2 อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาดังนี้

5.2.1 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

1) จากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าอายุสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ระดับต่ำในทิศทางตรงกันข้ามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับสกุณฑลา รอดไม้ (2548 : 89) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 41 – 50 ปี, 51 – 60 ปี และอายุมากกว่า 60 ปี และสอดคล้องกับ เตื่อนใจ ทองคำ (2549 : 129) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า เหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะอายุที่มากจะสัมพันธ์กับภาวะความเสื่อมของหลอดเลือดหัวใจ รวมทั้งผู้มีภาวะเสี่ยงส่วนใหญ่โดยทั่วไปจะพบว่ามีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน ซึ่งล้วนเป็นโรคที่เกิดจากกระบวนการเสื่อมสลายของหลอดเลือดทั้งสิ้น (อภิชาติ สุคนธสรณ์. 2553) ความเสื่อมอันเนื่องมาจากอายุที่เพิ่มขึ้นซึ่งทำให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่เสื่อมโทรมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมทำให้สูญเสียความสามารถและศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง (ภาณุ อดุลรัตน์. 2556) เมื่ออายุมากขึ้นอย่างเข้าสู่ผู้สูงอายุจึงทำให้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้มีภาวะเสี่ยงลดลง ยืนยันได้จากร้อยละ 83 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีอายุมากกว่า 65 ปี (หัสยา ประสิทธิ์ดำรง. 2553 ; ผ่องพรรณ อรุณแสง. 2554)

2) ผลการศึกษาแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคพบว่าสัมพันธ์ระดับต่ำในทิศทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของสกุณฑลา รอดไม้ (2548 : 97) ที่พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเช่นเดียวกับ สุจิตรา เหมวิเชียร, ประณีต ส่งวัฒนา และวิภาวี คงอินทร (2550) ที่พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนได้มากที่สุด ซึ่งโจเซฟ (Joseph. 1980 : 132) กล่าวว่าแรงจูงใจเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลเกิดความพร้อมและหันมาดูแลสุขภาพตนเอง แรงจูงใจอาจเกิดจากสิ่งเร้าทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งส่งผลให้บุคคลมีความสนใจ ตั้งใจหรือต้องการ

หรือไม่สนใจ ไม่ตั้งใจหรือไม่ต้องการที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ หรือให้ความร่วมมือในการรักษาก็ได้ ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจก็เช่นเดียวกัน อาจเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเดิมที่มีอยู่ทำให้ขาดแรงผลักดันที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองให้เหมาะสมได้

5.2.2 กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม มีสิ่งท้อภิปราย ดังนี้

1) การพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจเริ่มต้นจากการนำเสนอให้ทุกฝ่ายเห็นความสำคัญและปัญหาของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เน้นย้ำให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเห็นถึงคุณค่าและความสำคัญของบทบาทหน้าที่ของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพผู้มีภาวะเสี่ยงต่อโรคนี้และปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และแผนเข็มมุ่งของโรงพยาบาล กระตุ้นให้เสนอความต้องการและความคาดหวังของตนเองให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ นำเสนอกิจกรรม โครงการต่าง ๆ ในอดีต ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรคที่พบ ความภาคภูมิใจและสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคต ทุกฝ่ายกำหนดเป้าหมายร่วมกันซึ่งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจประกอบไปด้วย สหสาขาวิชาชีพ ผู้มีภาวะเสี่ยงและครอบครัว ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการดำเนินงานเพื่อการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งถือเป็นขั้นตอนในการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม (วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย. 2554 : 14 – 15) สอดคล้องกับสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุขและมหาวิทยาลัยมหิดล (2553) ที่กล่าวว่าการมีส่วนร่วมจะต้องประกอบด้วย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องตั้งแต่เริ่มต้น ไปจนถึงขั้นดำเนินกิจกรรมและประเมินผลที่ทุกฝ่ายได้รับประโยชน์ร่วมกัน

2) การพัฒนาระบบการดูแลที่เกิดขึ้นประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยแต่ละส่วนจะดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างชัดเจน พร้อมกับประสานเพื่อเติมเต็มการทำงานซึ่งกันและกันโดยมีเป้าหมายร่วม คือ ป้องกันไม่ให้เกิดผู้มีภาวะเสี่ยงเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจภายใต้นโยบายการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลที่สนับสนุนวัสดุ เครื่องมือ อุปกรณ์ต่าง ๆ โดยให้อิสระในการบริหารระบบงานของตนเองให้เหมาะสมกับบริบท ปัญหาที่มีอยู่ และลักษณะผู้ใช้บริการ สอดคล้องกับ วงเดือน ภาษา, สุชัยญา เบญจวัฒนานนท์, กาญจนา เปสี และพนิตนาฏ รัชชมนิ (2554) ที่กล่าวว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพสุขภาพแบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจะก่อให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยที่ครบวงจรต่อเนื่องและยั่งยืน การบริการด้วยความใส่ใจเอื้ออาทรจากผู้ให้บริการทุกฝ่ายและผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองต่อความต้องการอย่างครอบคลุม

การพัฒนาระบบการดูแลครั้งนี้ใช้แนวคิดของการมีส่วนร่วม ซึ่งแนวคิดดังกล่าวเน้นการรับรู้ปัญหาร่วมกัน การช่วยกันวางแผนแก้ไข การกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้มี

ส่วนเกี่ยวข้อง การร่วมกันประเมินผลและปรับปรุงแก้ไขพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ทุกฝ่ายเกิดการเรียนรู้และได้รับประโยชน์โดยตรงกับตนเอง พร้อม ๆ กับการได้แสดงศักยภาพของตนออกมาอย่างเต็มที่ภายใต้บทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ สิ่งเหล่านี้นับได้ว่าช่วยสร้างขวัญและกำลังใจหรือค่านิยมที่ทำให้ภาคภูมิใจต่องานที่ทำ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และได้พัฒนาตนเองเพิ่มมากขึ้น

3) ความร่วมมือจากหน่วยงานสนับสนุนเพื่อให้การพัฒนาระบบสมบูรณ์มากขึ้นการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจครั้งนี้ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานสนับสนุนต่าง ๆ ได้แก่ แผนกคอมพิวเตอร์ แผนกเวชระเบียน แผนกโสตศอนิลาสิกขา ฝ่ายสื่อสารการตลาด และฝ่ายพัฒนารัฐกิจซึ่งทำให้สามารถสื่อสาร เชื่อมโยงข้อมูลต่าง ๆ เป็นไปอย่างต่อเนื่องและเข้าถึงง่ายมากขึ้น ส่งผลให้เกิดระบบการประเมินคัดกรอง ระบบการจัดเก็บและการบันทึกข้อมูล การเข้าถึงข้อมูลผู้มีภาวะเสี่ยง คู่มือความรู้โรคหลอดเลือดหัวใจ คู่มือผู้ป่วยเบาหวาน สื่อความรู้ต่าง ๆ ของแต่ละสหสาขาวิชาชีพ กิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพรายวัน รายเดือน และระบบการให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับประสบการณ์ของประเทศอังกฤษที่พบว่าการบริหารจัดการโรคเรื้อรังที่ดื้อนั้น หน่วยบริการควร 1) ใช้ระบบสารสนเทศเพื่อเข้าถึงข้อมูลสำคัญรายบุคคลและภาพรวมทั้งหมด 2) ระบุและค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3) แจกแจงผู้ป่วยตามความเสี่ยง 4) ให้ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นเจ้าของในการดูแลรักษา 5) มีการดูแลรักษาที่เชื่อมโยง 6) ใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพ 7) บูรณาการการดูแลรักษาระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 8) บูรณาการการดูแลรักษาระหว่างหน่วยงาน 9) มุ่งลดการเข้ารับบริการที่ไม่จำเป็นทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในและ 10) ให้การดูแลรักษา ณ หน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งซับซ้อนน้อยที่สุด (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ. 2553)

5.2.3 ผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม

1) ด้านการรับรู้ตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

ภายหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับความดันโลหิตตัวบน และระดับความดันโลหิตตัวล่าง มีค่าเฉลี่ยลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพภายหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพในการดำเนินกิจกรรม ในการให้คำปรึกษา ให้ความรู้และคำแนะนำ โดยให้ผู้มีภาวะเสี่ยงและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ส่งผลให้เกิดการรับรู้สูงขึ้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ของบุญชู เหลิมทอง (2553) ที่พบว่ามีความเห็นเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้

โอกาสเสี่ยง และมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของศรีธัญญา เพิ่มศิลป์ (2553) ที่พบว่ามีความเฉลียวฉลาดด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการมีภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีการเปลี่ยนแปลงค่าน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของวิจิตร วรธนะวุฒิและคณะ (2554) ที่พัฒนาหุ่นส่วนสุขภาพในชุมชนสำหรับผู้ป่วยเบาหวานโดยการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผลพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีระดับความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) ด้านบทบาทหน้าที่ ระบบการดูแลที่เกิดขึ้นและความพึงพอใจ

2.1) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนได้ปรับบทบาทของตนเองให้เกิดคุณค่ามากขึ้น บูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ประสานงานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ร่วมวิเคราะห์ปัญหา วางแผนงานโครงการ สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกัน และเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนขั้นสูง (สภาการพยาบาล. 2551) ที่ระบุว่ามิบทบาทในการวางแผน ออกแบบการบริการ กำหนดเป้าหมายและประเมินผล ร่วมกับผู้มีภาวะเสี่ยงและครอบครัว มีส่วนร่วมกำหนดกิจกรรมและพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของแต่ละบุคคล ซึ่งส่งผลให้เกิดกระบวนการคัดกรอง การให้คำปรึกษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การบันทึกข้อมูล การจัดเก็บข้อมูล การส่งต่อสื่อสาร การพัฒนาสื่อความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการติดตามประเมิน เกิดรูปแบบการให้บริการรายวัน และรายเดือนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายพึงพอใจ โดยผู้ให้บริการรู้สึกถึงความมีคุณค่าของงานที่ได้ปฏิบัติ ได้ให้สิ่งดี ๆ มีประโยชน์ แก่ผู้ใช้บริการ ในขณะที่ผู้ใช้บริการรู้สึกได้ถึงประโยชน์ของการได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมกับตนเอง สามารถนำไปปฏิบัติได้ ครอบครัว มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมกับผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ส่งผลให้เกิดการรับรู้และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทหลัก ๆ ที่สำคัญ 3 ด้านในการศึกษาครั้งนี้ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดโรค และการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยบูรณาการความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ (พยาธิสรีระวิทยาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค การป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยง) ด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์และผลงานวิจัยมาออกแบบกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการและกำกับระบบการดูแล (care management) บุคคล กลุ่มคน ครอบครัว ที่เน้นการตรวจคัดกรองและ

จัดการปัญหาสุขภาพที่พบให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพราะจะทำให้สามารถให้การดูแลรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2551)

นอกจากนี้ ยังเน้นการให้คำปรึกษาซึ่งนับว่าเป็นการช่วยให้ผู้มีภาวะเสี่ยงมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลรักษาตนเอง เข้าใจความสำคัญและผลกระทบของพฤติกรรมสุขภาพและการเกิดโรค เข้าใจและหาวิธีเอาชนะอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง เกิดการให้คำมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติด้วยความตั้งใจและเต็มใจ ซึ่งสะท้อนออกมาด้วยการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนากระบวนการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2549)

2.2) ระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงครั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อการป้องกันการเกิดโรค หลอดเลือดหัวใจโดยใช้มาตรการการป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) เช่น การประเมินคัดกรองผู้มีภาวะเสี่ยง ลดปัจจัยเสี่ยงด้วยการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ละเลิกบุหรี่ สุรา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์) สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา เพ็ญศิริินภา, ปราณี ภาณุภาส และจำเรียง เรืองมาก (2554 : 6) ที่กล่าวว่า การลดปัจจัยเสี่ยงด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตถือเป็นหัวใจสำคัญเพราะเป็นการแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุ (WHO.2007) และการป้องกันที่ได้ผลต้องดำเนินการร่วมกันทั้งผู้ที่มีความเสี่ยงและบุคคลแวดล้อม โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว เพราะพฤติกรรมของสมาชิกทุกคนมีอิทธิพลอย่างมากต่อการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2554) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เน้นสมาชิกครอบครัวเป็นรายบุคคลให้แนะนำหรือจัดโปรแกรมการสอนแก่ผู้มีภาวะเสี่ยงจึงเฉพาะเจาะจงกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม อุปนิสัย การรับรู้ ระดับความรู้ ฐานะทางเศรษฐกิจของกลุ่มเป้าหมายได้ง่ายและนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงอย่างชัดเจน (นิตยา เพ็ญศิริินภา, ปราณี ภาณุภาส และจำเรียง เรืองมาก 2554 : 7)

2.3) ผลจากการพัฒนาระบบการดูแลแบบมีส่วนร่วม พบว่าผู้มีภาวะเสี่ยงและครอบครัว มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ร้อยละ 50.0 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 46.7 สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร ร่องานาม (2551) ที่พัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบองค์รวม สำหรับผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่าผู้ป่วยเบาหวานและบุคลากรสุขภาพ พึงพอใจต่อระบบบริการใหม่ในระดับมาก คือ ร้อยละ 85.3 และการได้รับความร่วมมือจากบุคคลในครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพผู้ป่วยดีขึ้น และค่าใช้จ่ายลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาในออสเตรเลีย ที่พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบบริการจุดเดียวเบ็ดเสร็จ โดยสหสาขาวิชาชีพ ที่มีการกำหนดแนวทางในการประเมินและคัดกรองความเสี่ยง ตลอดจนการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ค่า HbA1c ลดลง ผู้ใช้และผู้ให้บริการรู้สึกพึงพอใจกับรูปแบบการดูแลที่ถูกพัฒนาขึ้น (Shephard. et al. 2005 : 371)

อาจเนื่องจากการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกขั้นตอนของการพัฒนาทำให้รู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ ทุกฝ่ายได้รับประโยชน์ร่วมกันและเป็นไปตามข้อตกลงและเป้าหมายที่กำหนดไว้

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหาร

1.1) ผู้บริหารควรส่งเสริมสนับสนุน และสร้างแรงจูงใจให้เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายใช้ระบบที่พัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ เพื่อช่วยในการพัฒนาระบบประสบความสำเร็จ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงได้อย่างชัดเจน

1.2) ควรติดตามผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งระยะสั้นและระยะยาวโดยวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้เกิดความต่อเนื่องปัญหาอุปสรรคของการดำเนินการและการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพ

2) ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติพยาบาล

2.1) ควรติดตามผลการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ และครอบครัวเป็นระยะ อันจะนำมาซึ่งการค้นหาวิธีปฏิบัติที่ตอบสนองความต้องการได้อย่างถูกต้อง

2.2) ควรทบทวนผลการพัฒนาระบบทั้งระยะสั้นและระยะยาว เพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรคและวิธีการที่จะช่วยให้ให้รูปแบบต่าง ๆ ในระบบชัดเจนมากขึ้นและมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

3) ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

3.1) ควรมีการวิจัยประเมินผลการดำเนินงานของการพัฒนาระบบการดูแลแบบมีส่วนร่วม เพื่อวัดประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และนำไปสู่การปรับปรุงรูปแบบให้ดีขึ้นต่อไป

3.2) เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดเรื่องระยะเวลา จึงควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาวในกลุ่มตัวอย่างเดิมเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปทุก 3 เดือนหรือ 6 เดือน และติดตามการเปลี่ยนแปลงของบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการดูแลแบบมีส่วนร่วม

บรรณานุกรม

- กนกพร วิสุทธิกุล. (2540) **พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นตอนปลายในกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2553) **สถิติสาธารณสุข 2553**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2554) **รายงานประจำปี 2553**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กอบกุล บุญปราศรัย. (2546) **พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร : พีเอลิฟวิง.
- กันยารัตน์ อุบลวรรณ. (2540) **พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคกลางของประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์ ว.ม. (สาขาพยาบาลศาสตร์) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กัทลีย์ ดันธณกุลและคณะ. (2548) **รูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิบางมะพร้าว เครือข่ายโรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน อ.หลังสวน จ.ชุมพร**. ม.ป.ท. : ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทยและสำนักงานกองทุนสร้างเสริมหลักประกันสุขภาพ.
- ชนิษฐา กวีวุฒิพันธ์. (2551) **การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลที่มีคุณภาพในแผนกผู้ป่วยนอก**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2554) **บทบาทของเภสัชกร**. [ออนไลน์]
แหล่งที่มา : <http://www.pharm.chula.ac.th/course23/index.php> (4 มกราคม 2556)
- คณาจารย์สถาบันราชชนก. (2541) **การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 4**. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : โรงพิมพ์ยุทธินทร์.
- จริยวัตร คมพยัคฆ์ และพูลสุข หิงคานนท์. (2553) **“การพยาบาลชุมชน” บทความวิชาการ การศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ 9**. กรุงเทพมหานคร : ศิริยอดการพิมพ์.
- จันทร์เพ็ญ ประโยงค์. (2550) **การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมเบาหวานในชุมชนสีดอนชัย ตำบลบ้านธิจ.ลำพูน**. การศึกษาค้นคว้าอิสระ พย.ม. (สาขาการพยาบาลชุมชน) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัยเชียงใหม่.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- จาวรรรณ มานะสุรการ. (2544) **ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง : ผลกระทบและการพยาบาล.** สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จิตติมา อีร์พันธ์เสถียร. (2549) **การศึกษาคุณภาพบริการแผนกผู้ป่วยนอก กรณีศึกษา โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์กรมมหาชน) สาขาพร้อมมิตร. วิทยานิพนธ์ ว.ม.** (สาขาวิชาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- จิตรา สุตสงวน. (2549) **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว. วิทยานิพนธ์ ว.ม.** (สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ) สมุทรปราการ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- จีราพร ทองดี. (2547) **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ พย.ม.** (สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เจนเนตร พลเพชร. (2544) **การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ พย.ม.** (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉวีวรรณ บุญสุยา และคณะ. (2551) **ผลการสำรวจสถานะสุขภาพประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร พ.ศ.2551.** นครปฐม : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เฉลิมพล ต้นสกุล. (2541) **พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข.** กรุงเทพมหานคร : สหประชาพานิชย์.
- เฉลียว ปิยะชน. (2547) **วิธีป้องกันหลอดเลือดแข็งตีบตัน : การฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์องค์รวม.** กรุงเทพมหานคร : ตาตาพับลิเคชั่น.
- ชุตินธร เรียนแพง. (2548) **การจัดการตนเองและความผาสุกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์ พย.ม.** (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชุมศักดิ์ พุกษาพงษ์. (2548) **คู่มือโรคหัวใจ.** กรุงเทพมหานคร : ไกล่หมอ.
- ณัฐนิชา โปธิกานัน. (2543) **การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ พย.ม.** (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ณัฐวิภรณ์ สุขหนองบึง และเมตตา คำพิบูลย์. (2554) **การปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.).** สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- ดวงตา สุวรรณรัตน์. (2552) **ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มประคับประคองต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) สงขลา : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- คุณณี สุทธิปริยาศรี. (2542) **การเฝ้าระวังทางโภชนาการ.** พิมพ์ครั้งที่ 15. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ศิรนาท โกวิทเจริญตระกูล. (2542) **การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช.** ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- เดือนใจ ทองคำ. (2549) **พฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในอำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์.** วิทยานิพนธ์ ศ.ม. (สาขาจิตวิทยาชุมชน) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ทรรศนีย์ นาคราช, วนิดา คุรงค์ฤทธิชัย, จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และอดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์. (2550) **การพัฒนากระบวนการการดูแลและป้องกันอาการหอบหืดซ้ำอย่างมีส่วนร่วมในเด็กก่อนวัยเรียน.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- ธานินทร์ ศิลปะจารุ. (2552) **การวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS.** พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร : ซีเอ็ดยูนิเคชั่น จำกัด (มหาชน).
- ธิดิ สันบุญ. (2545) **ระบาดวิทยาโรคเบาหวาน.** อ้างถึงใน วิทยา ศรีดามา. (บรรณาธิการ). **การดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ยูนิตี้ พับลิเคชั่น.
- นิชาภา โพธาเจริญ, นภาพร แก้วนิมิตชัย, วนิดา คุรงค์ฤทธิชัย และสุนีย์ ละกำป็น. (2556) **การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการป้องกันและควบคุมโรคอ้วนของประชาชนในชุมชนอรุณนิเวศน์.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- นิตยา จันทร์เรืองมหาผล และอรพินท์ มุกดาติลก. (2550) **หนึ่งโรคหลายร้อยผลกระทบ จับตาย “เบาหวาน” ฆาตกรเงียบ.** อ้างถึงใน กิตติพันธ์ จิระจรัส (บรรณาธิการ). กรุงเทพมหานคร : บริษัทธนาเพรส จำกัด.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- นิตยา เพ็ญศิริินภา, ปราณี่ ภาณุภาส และจำเรียง เรืองมาก. (2554) **การเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด : แนวคิด และการปฏิบัติ.** กรุงเทพมหานคร : บริษัท จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด.
- นุชรรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์. (2549) **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ ว.ม. (สาขาสุขศึกษา) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- น้ำเพชร หล่อตระกูล. (2543) **การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บรรจบ อุบลแสนและรุจี พรชัย. (2550) “ความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลสังคม จังหวัดหนองคาย” **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.** 2 (มกราคม-มีนาคม) หน้า 873-879.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. (2553) **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- บุญชู เหลิมทอง. (2553) **ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กองทัพอากาศ.** วิทยานิพนธ์ ว.ม. (สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญเทียน แก้วมงคล. (2552) **การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมการออกกำลังกายบ้านห้วยเกียง ตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุษบา ตันติศักดิ์. (2535) **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยโรค เอสแอล อี.** วิทยานิพนธ์ ว.ม. (สาขาพยาบาลศาสตร์) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เบญจมาศ วงศ์มณีวรรณ. (2547) **การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลลำปาง.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ประเพียร ทักษะสุด. (2543) “ผลของการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม” **ลำปางเวชสาร** ปีที่ 21 (มกราคม-มีนาคม) [ออนไลน์]แหล่งที่มา:[http://pubnet.moph.go.th/redabstract.php?abstractid=906&filename=lp/vol21no1/orig in](http://pubnet.moph.go.th/redabstract.php?abstractid=906&filename=lp/vol21no1/orig%20in) (25 มีนาคม 2557)
- ประภา เพ็ญสุวรรณ. (2540) **พฤติกรรมสุขภาพ**. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ปรารักษ์ทิพย์ อุจระรัตน์. (2541) **การบริหารทางการแพทย์**. กรุงเทพมหานคร : บุญศิริการพิมพ์.
- ปรีชา เอื้อโรจนอังกูร. (2553) **ศาสตร์และศิลป์ ในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือด**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มิตรสัมพันธ์.
- ปาริชาติ โรจน์พลากร-ก๊วย และยวดี ฤๅษา. (2549) **สถิติสำหรับงานวิจัยทางการแพทย์และการใช้โปรแกรม SPSS for Windows**. กรุงเทพมหานคร : บริษัท จุดทอง จำกัด.
- ปิยะมิตร ศรีธรา. (2550) **สถานการณ์ “โรคหลอดเลือดหัวใจ” ในประเทศไทย** มุลินธิหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด สวีชาญการพิมพ์.
- ปิยาภรณ์ นิกร์นิภา. (2549) **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข**. วิทยานิพนธ์ ว.ม. (สาขาสุขศึกษา) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- เปล่งศรี ไววุฒินันท์. (2554) **การมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของสุขภาพมารดาและทารกของโรงพยาบาลในสังกัดกองทัพเรือ**. สารนิพนธ์ ส.ม. (สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554) **การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด**. พิมพ์ครั้งที่ 8. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา.
- ผาสุข แก้วเจริญตา. (2549) **รายงานการวิจัย การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลลับแล**. ม.ป.ท. : สำนักกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และชมรมพยาบาลแห่งประเทศไทย.
- พัชรินทร์ วิมลโรจน์, นภาพร แก้วนิมิตรชัย, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย และจรรย์วัตร คมพยัคฆ์. (2554) **การจัดการความเสี่ยงการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนบ้านสมสนุก ตำบลท่าสะอาด อำเภอเขกา จังหวัดเลย**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

บรรณานุกรม (ต่อ)

พัชรี รัตมีแจ่ม, จริยาวัตร คมพยัคฆ์, กนกพร นทีธนสมบัติ และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย. (2551)

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาครรภ์แรก

: **กรณีศึกษาในโรงพยาบาลหัวเฉียว.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

พันทิพา อินทรภิมย์. (2550) **ผลการใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยเบาหวานอย่างครบวงจร :**

กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครปฐม. นครปฐม : กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครปฐม.

พิกุล ดินามาศ. (2550) **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม**

ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ พย.ม.

(สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เพ็ญพิมล ธัมมรัคคิต. (2537) **สรีรวิทยาของการออกกำลังกาย.** อ้างถึงใน วิรุพท์ เหล่าภัทรเกษม

(บรรณาธิการ). **กีฬาเวชศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร :

พีบี ฟลอเรนบุคส์เซ็นเตอร์.

แพทยสภา. (2555) **เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา.** [ออนไลน์]

แหล่งที่มา : <http://www.tmc.or.th/pdf/00054.pdf> (4 มกราคม 2556)

ภานุ อดดกลิ่น. (2556) **ทฤษฎีการสูงอายุ.** อุดรธานี : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี [ออนไลน์]

แหล่งที่มา : <http://www.bcnu.ac.th>. (22 มิถุนายน 2557)

ภาวนา กิริติยุตวงศ์. (2548) **การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน : มโนมติสำคัญสำหรับการดูแล.** ชลบุรี

: บริษัท พี.เพรส.

มนฤดี กุศล. (2552) **การพัฒนาแนวทางการดูแลโดยส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล**

ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลหนองคาย. รายงานกรณีศึกษา

อิสระ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

มาลี จันทร์เทพ. (2545) **แบบแผนการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค**

หลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรุงเทพมหานคร.

วิทยานิพนธ์ ว.ม. (สาขาสุขศึกษา) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

มัลลิกา จินาคำ. (2550) “การวิเคราะห์ระบบบริการพยาบาลงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล

ศรีสังวาลย์” **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.** 2 (กรกฎาคม-กันยายน) หน้า 1403 -1408.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546) **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542**. กรุงเทพมหานคร :
นามมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.
- เรืองศักดิ์ ศิริมล. (2542) **การออกกำลังกายกับการควบคุมโรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน
โรคหัวใจขาดเลือด : ทบทวนองค์ความรู้กับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน**. นนทบุรี :
ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วงเดือน ฤชา, สุชัยญา เบญจวัฒนานนท์, กาญจนา เปสีและพนิตนาฏ รัชมณี. (2554)
“การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชัยภูมิ” **วารสารกองการพยาบาล**.
38 (มกราคม-เมษายน) หน้า 31-41.
- วชิราภรณ์ ป่อน้อย. (2550) **ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองต่อความกลัวของ
เด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับการฉีดวัคซีน**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาล
กุมารเวชศาสตร์) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย. (2554) **กลวิธีค้นหาและการพัฒนาศักยภาพชุมชน : แนวคิดและกรณีศึกษา
ในชุมชน**. เอกสารประกอบการเรียนวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนชน 2. สมุทรปราการ
: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- วิจิตร วรธนะวุฒิ, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, หทัยชนก บัวเจริญ และจริยาวัตร คมพยัคฆ์. (2554)
การพัฒนาหุ่นส่วนสุขภาพสำหรับผู้เป็นเบาหวานโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน.
วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- วิชัย เอกพลากร. (2549) **สุขภาพบนฐานความรู้ กรณีการสร้างภูมิคุ้มกันให้หัวใจและหลอดเลือด
คนไทย**. กรุงเทพมหานคร : อุษาการพิมพ์.
- _____. (2550) **สะกตรอยปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด**. กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิ
สาธารณสุขแห่งชาติ .
- วิชัย เอกพลากร และสมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2551) **เช็คหัวใจไม่ให้ตายเฉียบพลัน**.
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์กรีน-ปัญญาญาณ.
- วิภาวรรณ จรรย์ศุภรินทร์. (2544) **การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรง
สนับสนุนจากญาติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลเลิดสิน**. วิทยานิพนธ์ ว.ม. (สาขา
สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- วิมลพร ไสยวรรณ. (2545) **การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมในหน่วยงาน
อุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขา
การบริหารการพยาบาล) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- ศกลวรรณ แก้วกลีน และนิตยา พันธุเวทย์. (2554) **ประเด็นรณรงค์วันหัวใจโลก. กรุงเทพมหานคร
: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.**
- ศรัณยา เพิ่มศิลป์. (2553) **ผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับ
แรงสนับสนุนทางสังคมในการควบคุมระดับน้ำในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มา
รับบริการที่โรงพยาบาลอุบลรัตน์ อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ ว.ม.
(สาขาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ) ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.**
- ศิริพร ร่องหานาม. (2552) **“การพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน
โรงพยาบาลมหาสารคาม” วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
27 (กรกฎาคม-กันยายน) หน้า 22-30.**
- ศิริพร ปาระมะ. (2549) **พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้เข้ารับการตรวจ
สุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลลี่ จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาล
ผู้ใหญ่) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- สกุศลลา รอดไม้. (2548) **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ ว.ม. (สาขาวิชา
สุขศึกษา) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.**
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549) **แนวทางเวชปฏิบัติการ
ป้องกัน การคัดกรองและสืบค้นระยะเริ่มแรกของโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ และ
โรคมะเร็งในผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.**
- สถาบันเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข (สรส). (2550) **โครงการจัดการความรู้และการวิจัย
เชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายคุณธรรม.
กรุงเทพมหานคร : พริกหวานกราฟฟิค จำกัด.**
- สภาการพยาบาล. (2551) **ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. [ออนไลน์]
แหล่งที่มา : <http://www.tnc.or.th> (20 กรกฎาคม 2556)**
- สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี. (2553) **การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง : บูรณาการสู่
การปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร : จุดทอง จำกัด.**

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาสยามบรม
 ราชกุมารีสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขและ
 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2554) **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน
 พ.ศ. 2554.** กรุงเทพมหานคร : ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
- สมปอง ใจกล้า. (2545) **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิก
 โรคหัวใจโรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม.** ปริญญาโท ศ.ม. (สาขาสุขศึกษา)
 กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สมปอง พะมุลิตา. (2554) **การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research).** กรุงเทพมหานคร :
 มายด์ พับลิชชิ่ง.
- สมหมายประภา มลิวัลย์. (2551) **ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อคุณภาพบริการของงาน
 การพยาบาลระบบหัวใจและหลอดเลือด.** การค้นคว้าอิสระ พย.ม. (สาขาวิทยาการสังคม
 และการจัดการระบบสุขภาพ) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สารัช สุขทรโยธิน. (2549) **กลไกการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2.** อ้างถึงใน การดูแลรักษาเบาหวาน
 แบบองค์รวม. ธิติ สนับบุญ และวราภณ วงศ์ถาวรวัฒน์. กรุงเทพมหานคร :
 โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิรินทร์ ศาสตราวุธรักษ์, กิตติกร นิลมานัต, ยุพา อ่องโกศัย, ศรีวรรณ ช่วยนุกูล และวราภรณ์
 คงสุวรรณ. (2550) “การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้านจิตสังคม ในหอผู้ป่วย
 อายุรกรรม” **สงขลานครินทร์เวชสาร** 25 (มกราคม-กุมภาพันธ์) หน้า 68-79.
- สิรินดาตา วงศ์वाल. (2551) **การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีการติดเชื้ทางเดิน
 หายใจส่วนล่างเฉียบพลันและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชา
 การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุจิตรา เหมวิเชียร, ประณีต ส่งวัฒนา และวิภาวี คงอินทร. (2550) “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ
 พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน”
สงขลานครินทร์เวชสาร. 25 (กันยายน-ตุลาคม) หน้า 379-388.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2537) **การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนมติสำคัญสำหรับการดูแล.**
 ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
 ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุทิน ศรีอัษฎาพร และวรรณิ นิธิยานันท์. (2548) **โรคเบาหวาน.** ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะ
 แพทย์ศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2553) **กระบวนการพัฒนาระบบจัดการเบาหวานความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)** อ้างถึงใน จัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล : การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร : สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2555) **การจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน.** นครปฐม : สำนักงานวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพชุมชน (สพช.) สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2540) **การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ.** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- _____. (2540) **วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาพรรณ สุขคล้าย. (2553) **ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจกับภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด.** วิทยานิพนธ์พย.ม. (สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สุมาลี ไชยแสนทา. (2546) **การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนางานทัศนสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น.** วิทยานิพนธ์ ศ.ม. (สาขาวิชาวิจัยและสถิติการศึกษา) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุรีย์ ธรรมิกบวร. (2554) **การพยาบาลองค์กรรวม : กรณีศึกษา.** กรุงเทพมหานคร : ธนาเพรส จำกัด.
- สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550) **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2).** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุขและ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2553) **แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563.** [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.moph.go.th/ops/oic.data>. (26 กุมภาพันธ์ 2556)
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2552) **สถิติสาเหตุการตาย.** [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.nso.go.th> (4 พฤศจิกายน 2555)
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2551) **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการป้องกันโรคหลอดเลือดแดงชั้นปฐมภูมิในประเทศไทย.** กรุงเทพมหานคร : ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553) **คู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2554 เล่มที่ 4 การบริหารงบประมาณ บริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง : บริการควบคุมป้องกันความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง.** กรุงเทพมหานคร : ศรีเมืองการพิมพ์.
- _____. (2553) **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการป้องกันโรคหลอดเลือดแดงชั้นตติยภูมิในประเทศไทย.** กรุงเทพมหานคร : ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2552) **สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2552.** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- _____. (2553) **แนวทางการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง: แนวทางการดำเนินงาน “โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน” นนทบุรี :** โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2554) **กรอบยุทธศาสตร์งาน สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระดับชาติ ปี 2554 – 2558.** กรุงเทพมหานคร : สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.
- _____. (2554) **สถิติการตาย จำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 1000,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญพ.ศ. 2546–2550.** [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.bps.ops.moph.go.th/Death.html>. (10 ตุลาคม 2555)
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2555) **บทบาทของนักกำหนดอาหารต่อการส่งเสริมโภชนาการเชิงรุก.**[ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.nutrition.anamai.moph.go.th/temp/main/view.php> (4 มกราคม 2556)
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2553) **แนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด.** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- สำนักวิชาสหเวชศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. (2554) **บทบาทหน้าที่ของนักกายภาพบำบัด.** [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.sichon.wu.ac.th/source/content.php> (4 มกราคม 2556)
- หทัยชนก บัวเจริญ และคณะ. (2553) **การพยาบาลในระบบสุขภาพ.** สมุทรปราการ : โครงการสำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- หัตสยา ประสิทธิ์ดำรง. (2553) “Pathogenesis and risk factors of coronary artery disease”
อ้างถึงใน **ศาสตร์และศิลป์ในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือด**. ปรีชา เอื้อโรจน์อังกูร
(บรรณาธิการ). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มิตรสัมพันธ์.
- อโณทัย เหล่าเที่ยง. (2550) **ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน
โรงพยาบาลฮอด จังหวัดเชียงใหม่**.วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่)
เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อภิชาติ สุคนธสรพร. (2552) **Practice Guidelines in Cardiology**. เชียงใหม่ : ทริคอิงค์.
_____. (2553) **Coronary Artery Disease**. เชียงใหม่ : ทริคอิงค์.
_____. (2553) **Coronary Artery Disease : The New Frontiers**. เชียงใหม่ : ทริคอิงค์.
- อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพลีธา, ภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์ และธนวันต์ กาบภิรมย์. (2555)
รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2553. สำนักกระบวนวิทยากรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข 43 (17)
- อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. (2550) **การพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล Professional Nursing
Development**. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์ช่างเผือก.
- อุทัยวรรณ สุภิมานิล, สุชาติดา คงธนชโย และดวงใจ บุญคง. (2552) **พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อ
การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยผู้ใหญ่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จ.นครพนม**.
นครพนม : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม.
- อุไร ศรีแก้ว. (2543) **การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ : การดูแลต่อเนื่อง**. สงขลา :
สำนักพิมพ์ลิ้มบราเดอร์การพิมพ์.
- เอกชัย เอกพลากร และสมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2552) **คู่มือเพื่อลดความเสี่ยงจากโรคหัวใจ
ด้วยตัวคุณเอง**. กรุงเทพมหานคร : กรีน-ปัญญาญาณ.
- Abrams, J., Schroeder, J., Frishman, W. H., & Freedman, J. (2007) **Ischemic Heart
Disease : Pharmacologic options for treatment of Ischemic disease**.
In Antman, E. M., & et al. (Eds.), *Cardiovascular Therapeutics : A companion to
Braunwald’s heart disease* (3rd ed.) (page.77-120). Philadelphia : Elsevier
Saunders.
- American Diabetes Association. (2011) “Diagnosis and classification of diabetes
Mellitus” **Diabetes Care**. 34 (Suppl 1) : S62-S69.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- American Heart Association. (2005) **Heart disease and stroke statistic-2005 update**.
Texas : American Heart Association.
- Antman, E. M., & Braunwald, E. (1997) **Heart disease: A text book of cardiovascular
Medicine** (5th ed.). Philadelphia : W.B. Saunders.
- Becker, M.H. & Maiman, L.A. (1975) **The Health Belief Model and Sick Role
Behavior In the Health Belief Model and Personal Health Behavior**.
New Jersey : Charles B. Slack, Inc.
- Brown, C.T. (2003) **Coronary atherosclerotic disease**. In S.A. Price & L.M. Wilson
(Eds.) **Pathophysiology : Clinical concepts of disease process** (6th ed., page
452-479). St. Louis : Mosby.
- Chanutra Kerdmanee. (2000) **Health Behaviors Contributing To Risk Of Coronary
Artery Heart Disease Among Petty Officer Students In The Royal Thai
Navy**. Bangkok : Master's thesis, University of Mahidol.
- Cheitlin, M.D., & Zipes, D.P. (2001) **Cardiovascular disease in the elderly**. In E.
Braunwald, D.P. Zipes, & P. Libby (Eds.), **Heart disease : A textbook of
cardiovascular medicine** (6th ed., page. 2019-2037). Philadelphia : W.B.
Saunders.
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Geenen LA, Izzo JL Jr, et al. (2004)
**The Seventh report of the joint National Committee on Prevention,
Detection, Evaluation, and Treatment of High blood pressure : the JNC 7
report**. JAMA
- Coghlan D., Casey M. (2001) "Action research from the inside : issue and
challenges in doing action research in your own hospital" **J Adv Nurs**. 35
page. 674-82.
- Daft, Richard L. (2006) **The New Era of management**. South-Western
- David, S. Gochman. (1998) **Handbook of Health Behavior Research I Personal and
Social Determinants**. Plenum.
- Ernst, E. et al. (1993) "Fibrinogen as a cardiovascular risk factor: a meta-analysis and
review of the literature" **Ann Intern Med**. 118 page 956-963.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Gordon, M.B., and Libby, P. (2003) **Atherosclerosis**. In L.S. Lilly (ED.), **Pathophysiology of heart disease**. (page.111-130). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- International Diabetes Federation. (2005) **The IDF Consensus Worldwide Definition of the Metabolic Syndrome**. [Online] Available : http://www.idf.org/webdate/docs/MetS_def_FINAL.pdf. (15 May 2014)
- Joseph, L.S. (1980) "Self-care and The Nursing Process" **Nursing Clinics of North America**. 15 page 131-143.
- Kalra S, Narain S, Karki P, Ansari JA, RanabhatK, Basnet N. (2011) **Prevalance of risk factors for coronary artery disease in the community in eastern Nepal-a pilotstudy**. J Assoc Physicians India ; May ; 59 page 300-1.
- Kemmis S. and McTaggart R. (1998) **The Action Research Planner**. Melbourne : University of Deakin Press.
- Killip, T., & Kimball, J. T. (1967) "Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit : A two year experience with 250 patient" **American Journal Cardiology**. 20 page 457-464.
- Mackay, J., and Mensah, G.A. (2004) **The Atlas of Heart disease and Stroke**. World Health Organization center for disease control and prevention.
- Maroof, K.A., Parashar, P., Bansal, and Ahmad, S. (2007) "A study on hypertention amongthebankcmployees of Meerut district of uttar Pradesh" **Indian Journal of PublicHealth**. 54 page 225-227.
- Myers RH.et al. (1990) "Parental history is an independent risk factor for coronary artery disease : the Framingham Study" **Am Heart J**. 120 page 963-969.
- National Heart, Lung and Blood Institute. (2003) **Coronary artery disease**. [Online] Available : <http://www.nhlbi.gov/about/nccp>. (22 January 2012)
- NCEP. **Circulation 2002** ; 106 page 3143.
- Peter WF.et al. (1998) "Prediction of coronary heart disease using risk factor categories" **Circulation**. 97 page 1837-1847.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Phillips JL, Rolley JX, Davidson PM. (2011) “Developing Targeted Health Service Interventions Using the PRECEDE-PROCEED Model : Two Australian Case Studies” **Nurs Res Pract.** ; 2012 : 279431. Doi : 10.1155/2012/279431. Epub 2012 Jul 17.
- Pibernik-Okanovic M, et al. (2004) “Effects of an empowerment-based psychosocial intervention on quality of life and metabolic control in type 2 diabetic patients” **Patient Education and Counseling.** 52 page 193-199.
- Rippe, JM. ; Angelopoulos, T.J. ; and Zukley, L. (2007) “The Rational for Intervention to Reduce the Risk of Coronary Heart disease” **American Journal Lifestyle Medicine.**1 (1) page 10-19.
- Rosamond W.et al. (2007) **Heart disease and stroke statistic update : a report From the American Heart Association Statistics committee and stroke statistics subcommittee.** Kissela, Bret Feb 6 ; 115 (5) page 173.
- Rothman A.A., Wagner, E. H. (2003) “The future of primary care : chronic illness Management : What is the role of primary care” **Annals of international Medicine.** 138 (3) page 256-261.
- Saffitz JE. (2008) “Sympathetic neural activity and the pathogenesis of sudden cardiac death” **Heart Rhythm.** Jan ; 5 (1) page 140-1.
- Shephard MD. et al. (2005) “The impact of point of care testing on diabetes Services along Victoria's Mallee Track: results of a community-based diabetes risk assessment and management program” **Rural Remote Health.** 2005 Jul-Sep ; 5 (3) : 371. Epub 2005 Jul 15.
- Sime, W.E., Eliot, R. S., & Solberg, e. e. (1998) **Stress and heart disease.** In **J.L.Roitmam (Ed.) ACSM resource manual of guidelines for exercise test and Prescription** (3rd ed. ,page 43-49). Baltimore : Williams and Wilkins.
- Simon A. (2012) **Distribution of coronary risk in the population.** Rev. Part Jun ; 62 (6) page 711-5.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Tada Yipintsoi, Apiradee Lim, WoravutJintapakorn. (2005) “Prevalence of Cardiovascular Risk Factors in a Rural Area in Southern Thailand : Potential Ethnic Differences” **J Med AssocThai**. 88 (2) page 196-204.
- Tamam N.et al. (2012) “Primary and Secondary Prevention of coronary artery Disease” **Medline**. ; Apr : 30.
- Umakorn Jaiyungyuen. (2008) **Factors influencing health-promoting behaviors of elderly people with hypertension**. The degree of doctor of public health Bangkok : faculty of graduate studies, Mahidol University.
- Warren, T.Y., Barry, V., Hooker, S.P., Sui, X., Church, T.S., and Blair, S.N. (2010) “Sedentary Behaviors Increase Risk of Cardiovascular Disease Mortality in Men” **Med SciSport Exer**. 42 (5) page 879-885.
- World Health Organization. (2006) **Global Strategy on Diet, Physical Activity and health A Framework to Monitor and evaluate implementation**. Switzerland : Geneva.
- _____. (2007) **Prevention of Cardiovascular Disease.Guildeline for assessment and management of cardiovascular risk**. Switzerland : Geneva.
- _____. (2011) **Cardiovascular disease (CVDs)**. [Online] Available : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html> (4 December 2013)



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัย



ภาคผนวก ข

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ดิฉันนางชญาณิชฐ์ แก้วทองค์ เป็นนักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ กำลังศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ การพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการให้ข้อมูล ถ้าท่านเต็มใจเข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการสัมภาษณ์ถึงข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ การรับรู้ของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้ จะขอข้อเสนอแนะจากท่านในการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ว่าควรมีการพัฒนาในด้านใดบ้าง เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพและเป็นไปตามความต้องการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย

ดิฉันขอรบกวนเวลาของท่านเล็กน้อย เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามนี้โดยจะใช้เวลาประมาณ 20 – 30 นาที โดยข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และไม่มีการเปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ แต่จะนำไปวิเคราะห์ในภาพรวมเพื่อเป็นประโยชน์ ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจต่อไป

การตอบแบบสอบถามนี้เป็นการทำโดยสมัครใจ กรุณาตอบตามความเป็นจริงที่สุด ให้ครบทุกข้อหากท่านมีข้อสงสัยประการใด เกี่ยวกับข้อความถามในการวิจัยครั้งนี้ ดิฉันยินดีอธิบายให้เข้าใจตลอดเวลา หากแม้ท่านไม่ต้องการตอบแบบสอบถามช่วงใดช่วงหนึ่ง หรือต้องการยุติการให้ข้อมูล ท่านสามารถกระทำได้ตามที่ตามความสมัครใจ

ที่สำคัญที่สุดการวิจัยครั้งนี้ จะสำเร็จตามวัตถุประสงค์ได้ก็ด้วยความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากทุกท่านที่กรุณาสละเวลา จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้เป็นอย่างสูง

ชญาณิชฐ์ แก้วทองค์

ผู้วิจัย

ลงชื่อ.....

ผู้ให้ความยินยอมในการวิจัย () ผู้ป่วย () ครอบครัว () บุคลากรทางสุขภาพ

ผนวก ค
แบบสัมภาษณ์
การพัฒนาระบบการดูแลผู้มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ การรับรู้ของผู้มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ โปรดเติมคำลงในช่องว่างหรือใส่เครื่องหมาย “✓” ลงในช่อง ที่ตรงกับที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ชื่อ..... สกุล.....HN.....
เบอร์โทรศัพท์.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล	สำหรับผู้วิจัย
1.เพศ <input type="checkbox"/> 1.ชาย <input type="checkbox"/> 2.หญิง	
2.อายุ.....ปี	
3.สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> 1.โสด <input type="checkbox"/> 3. หย่า <input type="checkbox"/> 2.คู่ <input type="checkbox"/> 4.หม้าย <input type="checkbox"/> 5. แยกกันอยู่	
4.ท่านจบการศึกษาสูงสุดระดับใด <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ <input type="checkbox"/> 2. น้อยกว่าระดับประถมศึกษา <input type="checkbox"/> 3. ประถมศึกษา (ป.1 - ป.6) <input type="checkbox"/> 4. มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1 - ม.3) <input type="checkbox"/> 5. มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือปวช. (ม.4 - ม.6) <input type="checkbox"/> 6.อนุปริญญา หรือปวส. <input type="checkbox"/> 7.ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> 8. สูงกว่าปริญญาตรี <input type="checkbox"/> 9. อื่น ๆ ระบุ.....	

ส่วนที่ 1 (ต่อ)	สำหรับผู้วิจัย
<p>5. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพอะไรเป็นหลัก</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ (แม่บ้าน หรือ พ่อบ้าน)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. เกษียณราชการ</p> <p><input type="checkbox"/> 3. ค้าขาย หรือธุรกิจส่วนตัว</p> <p><input type="checkbox"/> 4. รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ</p> <p><input type="checkbox"/> 5. เกษตรกร</p> <p><input type="checkbox"/> 6. รับจ้าง</p> <p><input type="checkbox"/> 7. ลูกจ้างบริษัทเอกชน</p> <p><input type="checkbox"/> 8. อื่น ๆ ระบุ.....</p>	
<p>6. ลักษณะงานที่รับผิดชอบ</p> <p><input type="checkbox"/> 1. แม่บ้าน</p> <p><input type="checkbox"/> 2. วิชาชีพเฉพาะทาง</p> <p><input type="checkbox"/> 3. ระดับผู้บริหาร</p> <p><input type="checkbox"/> 4. ระดับผู้ปฏิบัติ</p> <p><input type="checkbox"/> 5. แรงงานมีฝีมือ</p> <p><input type="checkbox"/> 6. กรรมกรใช้แรงงาน</p> <p><input type="checkbox"/> 7. ไม่ได้ทำงาน อยู่บ้านเฉย ๆ</p>	
<p>7. รายได้ของครอบครัวท่านเพียงพอกับค่าใช้จ่ายหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1. เพียงพอกับค่าใช้จ่าย</p> <p><input type="checkbox"/> 2. เพียงพอและมีเหลือเก็บ</p> <p><input type="checkbox"/> 3. ไม่เพียงพอ</p> <p><input type="checkbox"/> 4. ไม่เพียงพอและต้องกู้ยืม</p> <p><input type="checkbox"/> 5. อื่น ๆ ระบุ.....</p>	
<p>8. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร</p> <p><input type="checkbox"/> 1. อยู่คนเดียวตามลำพัง</p> <p><input type="checkbox"/> 2. อยู่กับสามี/ภรรยา</p> <p><input type="checkbox"/> 3. อยู่กับครอบครัว (ปู่,ย่า,ตา,ยาย,พ่อ,แม่,พี่,น้อง,หลาน)</p> <p><input type="checkbox"/> 4. อยู่กับสามี/ภรรยา และบุตร</p>	

ส่วนที่ 1 (ต่อ)	สำหรับผู้วิจัย
9. ท่านรับผิดชอบหรือมีบทบาทอย่างไรในครอบครัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. เป็นผู้หารายได้ <input type="checkbox"/> 2. เป็นผู้เลี้ยงดูบุตร/หลาน <input type="checkbox"/> 3. เป็นผู้ทำงานบ้าน <input type="checkbox"/> 4. เป็นผู้ตัดสินใจแก้ปัญหาในครอบครัว (เป็นผู้นำ) <input type="checkbox"/> 5. อื่น ๆ ระบุ..... 	
10. สิทธิในการรักษาพยาบาลเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาลแห่งนี้ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. มี <input type="checkbox"/> 2. ไม่มีสิทธิ์ใด ๆ ชำระเงินเองทั้งหมด <input type="checkbox"/> บัตรประกันชีวิต <input type="checkbox"/> เครดิตบริษัท 	

ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินภาวะสุขภาพ ประเมินคัดกรองปัจจัยเสี่ยง ทำให้ทราบถึงโอกาสต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ โปรดเติมค่าลงในช่องว่าง..... และใส่เครื่องหมาย “ ✓ ” ลงในข้อความ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ตามภาวะสุขภาพที่เป็นจริงของท่าน

แบบสอบถามชุดที่ 1

ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับ ผู้วิจัย
1. โรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน(ผู้วิจัยบันทึก) 1.1 น้ำหนัก.....กิโลกรัม 1.2 ส่วนสูง.....เซนติเมตร 1.3 ค่าดัชนีมวลกาย(BMI)..... กิโลกรัมต่อตารางเมตร 1.4 รอบเอว.....เซนติเมตร			
2. ระดับความดันโลหิต 2.1 ท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง 2.2 ปัจจุบันท่านได้รับยาเพื่อรักษาโรคความดันโลหิตสูง 2.3 ความดันโลหิตครั้งที่ 1..... มิลลิเมตรปรอท(ผู้วิจัยบันทึก) ความดันโลหิตครั้งที่ 2..... มิลลิเมตรปรอท			
3. ระดับน้ำตาลในเลือด 3.1 ท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน 3.2 ปัจจุบันท่านได้รับยาเพื่อรักษาโรคเบาหวาน 3.3 ระดับน้ำตาลในเลือด.....มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ผู้วิจัยบันทึก)			
4. ระดับไขมันในเลือด 4.1 ท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ 4.2 ปัจจุบันท่านได้รับยาเพื่อลดระดับไขมันในเลือด 4.3 ระดับไขมันในเลือด โคเลสเตอรอล..... (ผู้วิจัยบันทึก) แอลดีแอลโคเลสเตอรอล.....ไตรกรีเซอไรด์.....			
5. ท่านมีญาติสายตรง (พ่อ/แม่/พี่/น้อง) เป็นโรคหัวใจขาดเลือด (ถ้ามี ตอบคำถามข้อ 5.1 หรือ 5.2 ด้วย) 5.1 มีญาติเพศชายเป็นโรคหัวใจขาดเลือดอายุ<55 ปี 5.2 มีญาติหญิงเป็นโรคหัวใจขาดเลือดอายุ<65 ปี			

ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับ ผู้วิจัย
6. การสูบบุหรี่ หรือได้รับ (สุดคม) ควันบุหรี 6.1 ปัจจุบันท่านสูบบุหรี (ถ้าสูบวันละ.....มวน) 6.2 ในอดีตท่านเคยสูบบุหรี (ถ้าเคยสูบเลิกมาแล้ว.....ปี) 6.3 ท่านได้รับ(สุดคม)ควันบุหรีเป็นประจำทุกวันหรือ ≥ 5 วันต่อสัปดาห์ (จากบุคคลใกล้ชิด/จากที่ทำงาน)			
7. ความเครียดท่านเคยรู้สึกแบบนี้ใช่หรือไม่ 7.1 รู้สึกโศกเศร้า มีความทุกข์เรื้อรังเป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป 7.2 รู้สึกเก็บกดทางอารมณ์ไม่สามารถระบายได้ 7.3 รู้สึกไม่ปลอดภัย ไม่เป็นมิตรกับบุคคลรอบข้าง 7.4 รู้สึกว่าขาดความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว ไม่ได้รับ การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ 7.5 คิดว่าตนเองเป็นเป็นปมด้อย เป็นภาระให้กับครอบครัว			
8. ท่านคิดว่าตัวท่านเองมีภาวะเครียดบ่อย ๆ			
9. แพทย์ได้แจ้งว่าท่านมีโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานหรือไม่ ถ้ามี ระบุโรค..... ระยะเวลาที่เกิดโรคแทรกซ้อน.....ปี (หากท่านไม่ได้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวานไม่ต้อง ตอบคำถามข้อนี้ ให้ข้ามไป)			

ส่วนที่ 3 การรับรู้ตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย/ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการรับรู้ตามความจริงของท่าน ในแต่ละข้อคำถามให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ไม่มีข้อใดถูกหรือ ผิด (กรุณาตอบทุกข้อ)

การเลือกตอบถือหลักเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อคำถามนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการรับรู้ของท่านมากที่สุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 5
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อคำถามนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือการรับรู้ของท่านปานกลางมีค่าคะแนนเท่ากับ 4
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อคำถามนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึกความคิดเห็น หรือการรับรู้ของท่านมีค่าคะแนนเท่ากับ 3
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อคำถามนั้น ไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการรับรู้ของท่านเพียงปานกลางมีค่าคะแนนเท่ากับ 2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อคำถามนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการรับรู้ของท่านเลยมีค่าคะแนนเท่ากับ 1

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง 5	เห็น ด้วย 4	ไม่ แน่ใจ 3	ไม่ เห็น ด้วย 2	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง 1	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ถ้าท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ทำให้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจลดลง						
2. คนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ถ้าไม่ ควบคุมน้ำหนักอาจทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากขึ้น						
3. การทำจิตใจให้สงบไม่เครียดช่วยลด โอกาสในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้						
4. การดื่มสุร่าจะทำให้หัวใจทำงานหนัก มากขึ้น						

1. (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง 5	เห็น ด้วย 4	ไม่ แน่ใจ 3	ไม่เห็น ด้วย 2	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง 1	สำหรับ ผู้วิจัย
5. การสูบบุหรี่ทำให้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้						
6. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าคนที่มีความดันโลหิตปกติ						
7. ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าคนที่มียระดับน้ำตาลในเลือดปกติ						
8. การรักษาโรคเรื้อรัง (โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง) ไม่สม่ำเสมอจะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้						
9. เมื่อรักษาโรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวาน หรือไขมันในเลือดสูง แม้พบว่าอาการดีขึ้นแล้ว ก็ควรรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่ควรหยุดยาเอง						
10. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง) หากรับประทานอาหารกระป๋อง ของหมักดอง อาหารรสหวาน อาหารที่ปรุงด้วยการทอด ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้						

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง 5	เห็น ด้วย 4	ไม่ แน่ใจ 3	ไม่เห็น ด้วย 2	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง 1	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ถ้าไม่รักษาโรคเรื้อรัง (โรคความดันโลหิตสูงโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง) อย่างถูกต้องจะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและเป็นอันตรายต่อชีวิต						
2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ที่มี ไขมันในเลือดสูงมีโอกาสดังกล่าวเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่าคนปกติ						
3. เมื่อเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจส่งผลให้เกิดภาวะ และค่าใช้จ่ายของครอบครัวเพิ่มมากขึ้น						
4. โรคหลอดเลือดหัวใจอาจส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้						
5. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอาจจะเสียชีวิตได้อย่างกะทันหัน						
6. โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้						
7. โรคหลอดเลือดหัวใจทำให้เกิดความเครียด และเสียสุขภาพจิต						
8. โรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้หัวใจวายหรือล้มเหลวได้						
9. การป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจทำให้ มีโอกาสเสียชีวิตได้มากกว่าบุคคลปกติ						
10. การป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจทำให้เกิดสมองพิการได้ เนื่องจากมีการอุดตันของเส้นเลือด						

3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง 5	เห็น ด้วย 4	ไม่ แน่ใจ 3	ไม่เห็น ด้วย 2	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง 1	สำหรับ ผู้วิจัย
1. การมาตรวจตามนัด ทำให้มีการติดตามและเฝ้าระวังอาการเจ็บป่วย ช่วยป้องกันและลดโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังที่ท่านเป็นอยู่และช่วยให้ท่านมีแนวทางในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องมากขึ้น						
2. การป่วยเป็นโรคเรื้อรัง (โรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน หรือไขมันในเลือดสูง)ในระยะเริ่มต้น การรักษาอย่างต่อเนื่องสามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้						
3. การหยุดรับประทานยาเอง ทำให้เกิดอันตราย						
4. การเล่าอาการเปลี่ยนแปลงให้แพทย์หรือพยาบาลทราบทำให้ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง						
5. การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง เช่น เจ็บหน้าอก ใจสั่น หรือหน้ามืดเป็นลม ทำให้ท่านตรวจพบอาการของโรค ตั้งแต่เริ่มต้น						
6. การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน หรือแอลกอฮอล์ มีผลเสียต่อการทำงานของหัวใจ						
7. การออกกำลังกาย ต้องเริ่มออกจากเบา ๆ ก่อนแล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้ร่างกายและหัวใจปรับตัวได้ แล้วจึงค่อย ๆ ลดลง จึงจะไม่เกิดอันตรายต่อร่างกาย						
8. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมีประโยชน์ต่อร่างกาย						

3. (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง 5	เห็น ด้วย 4	ไม่ แน่ใจ 3	ไม่เห็น ด้วย 2	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง 1	สำหรับ ผู้วิจัย
9. การรับประทานอาหารที่ทำจากไขมันสัตว์ หรือเนื้อสัตว์ติดมัน ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มมากขึ้น						
10. การแสดงความรักและความห่วงใยต่อกันในครอบครัวทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น						
11. การทำจิตใจให้สงบไม่เครียด ช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้						
12. ท่านมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจหรือไม่ ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย สุรา ยาสูบและการจัดการความเครียด						

4. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง 5	เห็น ด้วย 4	ไม่ แน่ใจ 3	ไม่เห็น ด้วย 2	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง 1	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ท่านมีภารกิจมาก จึงไม่มีเวลาไปพบแพทย์						
2. ค่าใช้จ่ายในการรักษา เป็นอุปสรรคที่ทำให้ท่านไม่สามารถไปรับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องได้						
3. ท่านไม่สามารถรับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ได้ เนื่องจากยามีราคาแพง						
4. คนในครอบครัวไม่มีเวลาเอาใจใส่ต่อการเจ็บป่วยของท่าน ไม่สามารถมาตรวจตามนัดได้ เนื่องจากมีภาระงานมาก						
5. ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในเรื่องการรับประทานยา อาหาร และการออกกำลังกายได้ทั้งหมด เนื่องจากการเสื่อมตามวัยทางด้านสายตา การได้ยิน การเคลื่อนไหว และหลงลืมบางครั้ง						
6. ท่านรู้สึกเกรงใจ หรือคิดว่าอาจจะรบกวนและก่อให้เกิดปัญหากับบุคคลในครอบครัว จึงไม่กล้าบอกอาการเจ็บป่วยให้คนในครอบครัวทราบ						
7. ท่านไม่กล้าสอบถามเรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจากแพทย์หรือพยาบาล						
8. เมื่อเจ็บป่วยหรือมีปัญหาทางด้านสุขภาพท่านไม่สามารถปรึกษาแพทย์และพยาบาลได้ตลอดเวลา						
9. สถานที่พักอาศัย หรือชุมชนที่ท่านอยู่ ไม่มีสถานที่สำหรับการออกกำลังกาย						

4. (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง 5	เห็น ด้วย 4	ไม่ แน่ใจ 3	ไม่เห็น ด้วย 2	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง 1	สำหรับ ผู้วิจัย
10. การบริการของโรงพยาบาลที่ล่าช้า ทำให้ท่านไม่ยอมมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง						
11. เมื่อมีปัญหาท่านไม่เคยปรึกษาบุคคลอื่นเพราะคิดว่าไม่สามารถช่วยท่านได้						
12. ท่านไม่สามารถควบคุมเกี่ยวกับชนิดหรือประเภท ของอาหารได้ เนื่องจากต้องรับประทานร่วมกับบุคคลในครอบครัว						
13. ปัจจุบันอาหารเฉพาะโรค เช่น อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หรือไขมันในเลือดสูง ไม่มีขายตามท้องตลาด จะได้รับเมื่อพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเท่านั้น						
14. สิ่งแวดล้อมที่ท่านอาศัย และลักษณะงานที่ รับผิดชอบทำให้ท่านไม่สามารถเลิกบุหรี่ หรือสิ่งเสพติดได้						
15. ท่านสามารถปรับปรุงการปฏิบัติตัวที่ <u>ไม่ถูกต้อง</u> เพื่อป้องกันการเกิดโรค หลอดเลือดหัวใจได้						

5. แร้งจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง 5	เห็น ด้วย 4	ไม่ แน่ใจ 3	ไม่เห็น ด้วย 2	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง 1	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ท่านมีความพอใจในการรักษาของแพทย์ทุกครั้ง						
2. แพทย์และพยาบาลของศูนย์โรคหัวใจให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายแก่ท่านเป็นอย่างดี						
3. ท่านได้รับบริการที่ดีที่สุดสามารถสอบถามปัญหาทางด้านสุขภาพและคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลได้ตลอดเวลา						
4. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเป็นอย่างดีจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล						
5. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายเป็นอย่างดีจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล						
6. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยา เป็นอย่างดีจากเภสัชกรของโรงพยาบาล						
7. กิจกรรมต่าง ๆ ที่โรงพยาบาลจัดขึ้นช่วยให้ท่านสามารถปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้						
8. ท่านมีการปรับพฤติกรรม การรับประทานอาหารการออกกำลังกาย การรับประทานยา เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่และไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว สามารถช่วยเหลือ ดูแลครอบครัวได้						

5. (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง 5	เห็น ด้วย 4	ไม่ แน่ใจ 3	ไม่เห็น ด้วย 2	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง 1	สำหรับ ผู้วิจัย
9. บุคคลใกล้ชิด (ครอบครัว เพื่อน สมาคม ชมรม) ได้มีส่วนช่วยให้ท่านได้ ออกกำลังกายมากขึ้น						
10. ท่านสามารถเป็นตัวอย่างใน การดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิด โรคหลอดเลือดหัวใจได้						
11. บุคคลในครอบครัวคอยดูแล ช่วยเหลือให้ท่านรับประทานยาอย่าง ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ไม่ขาดยา						
12. บุคคลในครอบครัวปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในเรื่องการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกายไปพร้อม ๆ กับท่าน						
13. คนในครอบครัวสนับสนุนให้ ท่านทำกิจกรรมที่ เหมาะสมกับสภาพ ร่างกายของท่าน						
14. คนในครอบครัวสอบถามอาการ เจ็บป่วยของท่านจากแพทย์หรือ พยาบาลและนำมาให้คำแนะนำแก่ท่าน						
15. คนในครอบครัวคอยกระตุ้น เตือน เมื่อท่านไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ของแพทย์หรือพยาบาล						

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับการปฏิบัติจริงของท่านในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาโดยในแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติเป็นตามข้อความสม่ำเสมอทุกวัน

ปฏิบัติเป็นส่วนมาก หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความค่อนข้างบ่อย อย่างน้อย 3-4 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความเป็นบางครั้งอย่างน้อย 1 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความเพียงนาน ๆ ครั้ง อย่างน้อย 1-2 ครั้งต่อเดือน

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความเลย

ข้อความ	พฤติกรรมการดูแลตนเอง					สำหรับ ผู้วิจัย
	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ เป็น ส่วนมาก	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ เป็น ส่วนน้อย	ไม่ ปฏิบัติ	
การรับประทานอาหาร						
1. รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้						
2. รับประทานอาหารทะเล เช่น กุ้ง หอย ปู ปลาหมึก						
3. รับประทานเนื้อปลาแทนเนื้อสัตว์ ชนิดอื่น ๆ						
4. รับประทานอาหารรสจัดโดยไม่เติม เครื่องปรุง เช่น ซีอิ้ว น้ำปลา ใน อาหารที่ ปรุงสำเร็จแล้ว						
5. รับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบ ของกะทิ เช่น แกงเขียวหวาน ขนม กล้วยบัวชี่						
6. รับประทานขนมขบเคี้ยวต่าง ๆ เช่น มันฝรั่งทอด เป็นต้น						
7. รับประทานขนมเค้ก เบเกอรี่ ขนม ปัง						
8. รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารประเภททอด ข้าวขาหมูติดมัน หรือข้าวมันไก่ติดหนัง						
9. รับประทานอาหารประเภทเครื่อง ในสัตว์ เช่น ไส้ ตับหัวใจ ปอด						

ส่วนที่ 4 (ต่อ)

ข้อความ	พฤติกรรมตนเอง					สำหรับ ผู้วิจัย
	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็น ส่วนมาก	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ เป็น ส่วนน้อย	ไม่ ปฏิบัติ	
10. รับประทาน <u>ไข่แดงไม่เกิน</u> สัปดาห์ ละ 3- 4 ฟอง						
การออกกำลังกาย						
11. ออกกำลังกายอย่างน้อย วันละ 30 นาที						
12. ออกกำลังกายจนกระทั่งมีเหงื่อ ออกและชีพจรเต้นเร็วประมาณ 120 ครั้ง ต่อนาที						
13. เดินแทนการขึ้นรถหรือใช้ลิฟท์						
14. ส่วนใหญ่มักจะ นิ่ง ๆ กิน ๆ นอน ๆ						
การจัดการความเครียด						
15. หาสาเหตุเมื่อรู้สึกไม่สบายใจและ แก้ไขที่สาเหตุนั้นๆ (ไม่หนีปัญหา)						
16. ฝึกสมาธิเพื่อทำใจให้สงบ						
17. รับประทานยาคลายเครียดหรือ ยานอนหลับเมื่อรู้สึกเครียด						
18. พักผ่อนนอนหลับเพียงพอและ สมดุลกับการทำงาน						
19. มีกิจกรรม หรือทำงานอดิเรกที่ ตนเองชื่นชอบเช่นเลี้ยงสัตว์ ปลูกต้นไม้ ฟังเพลง เป็นต้น						
การสูบบุหรี่/ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มี คาเฟอีน						
20. สูบบุหรี่						
21. ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์						

ส่วนที่ 4 (ต่อ)

ข้อความ	พฤติกรรมตนเอง					สำหรับ ผู้วิจัย
	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็น ส่วนมาก	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ เป็น ส่วนน้อย	ไม่ ปฏิบัติ	
22. ท่านดื่มชา กาแฟ แทน การรับประทานอาหารเช้า						
การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย						
23. ไปพบแพทย์เมื่อมีอาการเจ็บป่วย มากเท่านั้น						
24. ไปพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกาย และรับยาตามนัด						
25. รับประทานยาต่อเนื่องตาม แผนการรักษาของแพทย์						
26. เมื่อมีอาการผิดปกติจะมี การปรับเปลี่ยนยาด้วยตัวเอง						

ชุดที่ 2 แนวคำถามผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ (สำหรับผู้วิจัย)

2.1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม (บุคลากรสุขภาพ)

1. แต่ละท่านมีบทบาทหน้าที่อย่างไร ในการให้การดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. ระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจที่ผ่านมามีรูปแบบอย่างไร มีกิจกรรมอะไรบ้าง ผลการดำเนินงานเป็นอย่างไร เกิดปัญหาและอุปสรรคอะไรและมีแนวทางในการแก้ไข ปัญหาอย่างไร
3. ในปัจจุบันมีการดำเนินการกิจกรรมหรือโครงการอะไรบ้าง อย่างไร เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ และผลการดำเนินโครงการเป็นอย่างไร
4. ในปัจจุบันท่านคิดว่ามีอุปสรรคอะไรบ้างในการให้บริการผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ
5. ปัญหาและอุปสรรคเหล่านั้นท่านคิดว่าควรมีการดำเนินการแก้ไขอย่างไร
6. ในอนาคตรูปแบบและทางเลือกในการให้การดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร ใครควรมีบทบาทในการดำเนินงาน และผู้ที่มีบทบาทนั้นควรมีการปฏิบัติอย่างไร
7. ท่านคิดว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ และมีผลอย่างไร เช่น
 - 7.1 ปัจจัยส่วนบุคคล
 - 7.3 ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ
 - 7.4 ระบบข้อมูลข่าวสาร
 - 7.4 ระบบบริการและนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพ
 - 7.5 ครอบครัวผู้มีภาวะเสี่ยง
8. ปัจจัยต่าง ๆ ข้างต้นท่านคิดว่ามีรูปแบบหรือวิธีการดำเนินการอย่างไรเพื่อลดปัจจัยนั้น และสามารถส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้มีภาวะเสี่ยงได้

2.2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม (ผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัวครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ)

1. ท่านมีความรู้สึกอย่างไรกับการเจ็บป่วยในปัจจุบัน
2. ท่านคิดว่าตัวท่านเองมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่มากน้อยเพียงใด อย่างไร
3. ท่านคิดว่าท่านมีพฤติกรรมดูแลตนเอง และผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นอย่างไร (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ความเครียด สุรายาสูบ)
4. ท่านคิดว่าควรมีกิจกรรมอะไรบ้างที่ช่วยให้ผู้มีภาวะเสี่ยงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น (บ้าน ชุมชน โรงพยาบาล)

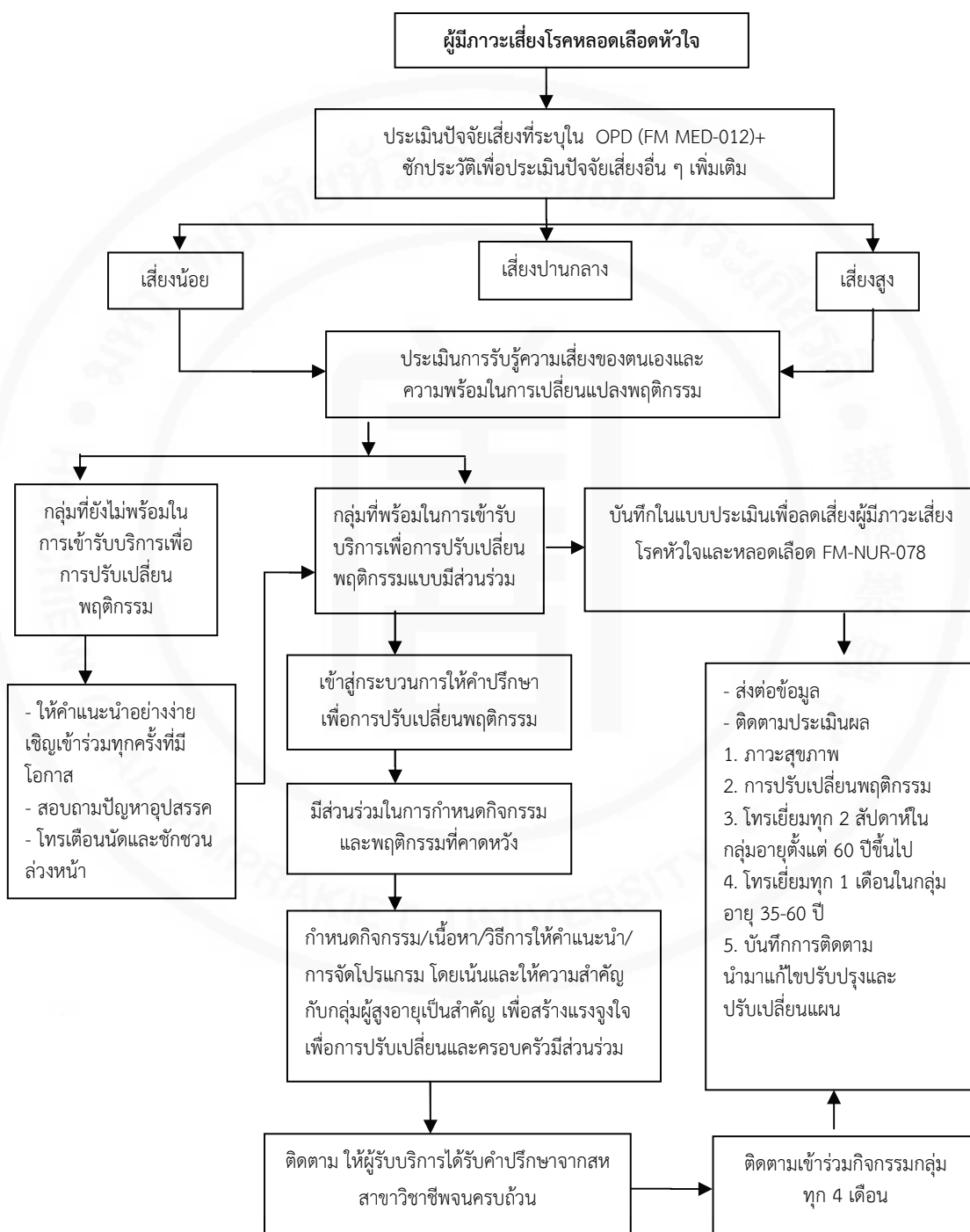
5. อุปสรรคอะไรบ้างที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้มีภาวะเสี่ยง และท่านคิดว่าจะมีวิธีใดบ้างที่ช่วยจัดการกับอุปสรรคนั้น

6. ท่านคิดว่าทางโรงพยาบาลควรมีการปรับปรุงหรือพัฒนาในเรื่องอะไร เพื่อช่วยให้ผู้มีภาวะเสี่ยงสามารถมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น



ผนวก ง

ผลการดำเนินงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม
ขั้นตอนการให้บริการผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ



ภาพแสดงการดำเนินงานกิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยง
โรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม

ร่วมรับรู้ปัญหา สะท้อนคิด สิ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ



ทบทวนบทบาทหน้าที่ กำหนดกิจกรรม ผู้รับผิดชอบ



กำหนดกิจกรรมการบริการ

ตารางการบริการงานส่งเสริมสุขภาพ(1กพ.-31มีค57)

วันจันทร์ - อาทิตย์ เวลา 09.00 – 11.00 น.

วัน	รายการส่งเสริมสุขภาพ	ผู้บรรยาย
วันจันทร์	อาหารช่วยส่งเสริมในการรักษาโรค	นักโภชนาการ
วันอังคาร	ดูกาย & ดูจิต พิชิตโรค	ผู้เชี่ยวชาญแพทย์แผนไทย-จีน
วันพุธ	ทางเลือกสู่การมีสุขภาพดี	พยาบาลศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ
วันพฤหัสบดี	การออกกำลังกายช่วยคุณได้	นักกายภาพบำบัด
ทุกวัน	ทานยาอย่างไรให้ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ	เภสัชกร
วันเสาร์	ความรู้เรื่องโรค	พยาบาลศูนย์แม่แทบอลีก
วันอาทิตย์	รู้โรค รู้ทัน รู้รักษา	พยาบาลศูนย์แม่แทบอลีก

กิจกรรมให้ความรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพ

กิจกรรมให้ความรู้ เพื่อส่งเสริมสุขภาพวันนี้

วันที่ **24** เดือน **เมษายน** ปี **2557**

เรื่อง **การออกกำลังกายช่วยคุณได้**

วิทยากร **กพญ.อรจิรา มธุรสพรวัฒนา** นักกายภาพบำบัด
เลขที่ใบอนุญาต ก.5999

ตารางกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ประจำเดือน **เมษายน** เวลา **9.00-11.00 น.**

วัน	รายการส่งเสริมสุขภาพ	ผู้บรรยาย
จันทร์	อาหารช่วยส่งเสริมในการรักษาโรค	นักโภชนาการ
อังคาร	ดูกาย & ดูจิต พิชิตโรค	ผู้เชี่ยวชาญ แพทย์แผนไทย-จีน
พุธ	ทางเลือกสู่การมีสุขภาพดี	พยาบาล ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ
พฤหัสบดี	การออกกำลังกายช่วยคุณได้	นักกายภาพบำบัด
ศุกร์	ทานยาอย่างไรให้ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ	เภสัชกร
เสาร์	ความรู้เรื่องโรค	พยาบาล ศูนย์แม่แทบอลีก
อาทิตย์	รู้โรค รู้ทัน รู้รักษา	พยาบาล ศูนย์แม่แทบอลีก

แบบประเมินคัดกรอง

โรงพยาบาลนครธน
NAKORNTON HOSPITAL

แบบประเมินคัดกรองปัจจัยเสี่ยง
หัวใจและหลอดเลือด

1. ผลการดำเนินงานการประเมินคัดกรองในแผนกตรวจเลือด (มีแพทย์ รับผิดชอบ)

สูงมาก สูงปานกลาง สูง

2. เมื่อทำการประเมินผลทางการแพทย์ในแผนกตรวจเลือด (มีแพทย์ รับผิดชอบ)

ตามแผนงานเดิมคือ ลด เลิก เวิร์กเอาท์ เดิน วิ่งออกกำลังกายและลดเครื่องดื่ม ลดปริมาณการสูบบุหรี่ ลดการดื่มแอลกอฮอล์ ลดการรับประทานอาหารที่มีไขมัน ลดการรับประทานยาหรือวิตามินเสริม

3. ปัจจัยเสี่ยง

ไม่มีอาการหรือ (BP DM ฯลฯ)

ผลการประเมิน

ไม่ดี

เสร็จสิ้นแล้ว (เช่น วิ่งออกกำลังกาย, งดสูบบุหรี่ ฯลฯ)

ดึงดูดใจจากแผนก

ไม่สามารถประเมินได้ (ไม่พบ)

ผลการประเมินผลยังไม่ชัดเจน

ไม่

โรงพยาบาลนครธน
NAKORNTON HOSPITAL

แบบประเมินคัดกรองปัจจัยเสี่ยง
หัวใจและหลอดเลือด

คัดกรองปัจจัยเสี่ยงหัวใจและหลอดเลือด	ปกติ	ผิดปกติ
1. ญาติสายตรง พ่อ / แม่ / พี่ / น้อง เป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรือมีภาวะ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
* มีญาติสายตรงเป็นโรคขาด < 65 ปี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
* มีญาติสายตรงเป็นโรคขาด < 65 ปี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
* มีญาติสายตรงเป็นโรคขาด ≥ 65 ปีอยู่ชาย ≥ 65	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
2. บุหรี่	<input type="checkbox"/> สูบ <input type="checkbox"/> ไม่สูบ	<input type="checkbox"/> สูบ <input type="checkbox"/> ไม่สูบ
3. ความดันโลหิต ครั้งที่ 1 _____ ครั้งที่ 2 _____ เฉลี่ย _____ / _____ มม.ปรอท (มากกว่า 140/90 มม.ปรอท = ผิดปกติ)		
4. ระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) ≥ 100 mg/dl และหรือ เคยได้รับยาหรืออินซูลินเบาหวาน ระดับน้ำตาล _____ mg/dl		
5. ได้รับการเอกซเรย์ทรวงอกว่ามีไขมันในหลอดเลือดหรือไม่		
6. ไขมันแอลกอฮอล์ _____ มก. ไขมัน _____ มก. ไขมัน _____ มก. (BMI = น้ำหนัก(กิโลกรัม) / สูง(เมตร) ²) = _____ กก./ตร.ม.		
น้ำหนักแรกเกิด ≥ 90 ซม. หรือ ≥ 80 ซม. BMI > 25 กก/ม ²		
7. เคยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ	<input type="checkbox"/> เคยเป็น <input type="checkbox"/> ไม่เคยเป็น	<input type="checkbox"/> เคยเป็น <input type="checkbox"/> ไม่เคยเป็น
8. เคยเป็นโรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> เคยเป็น <input type="checkbox"/> ไม่เคยเป็น	<input type="checkbox"/> เคยเป็น <input type="checkbox"/> ไม่เคยเป็น

สรุป: คุณมีผลการคัดกรองหัวใจและหลอดเลือด ในระดับ

สูง (ผิดปกติ 2 ข้อ) หรือ เป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี หรือ มีญาติสายตรงเป็นโรคหัวใจหรือหัวใจขาดเลือดครอบครัว หรือ เป็นเบาหวานที่คุมไม่ได้ ติดต่อกัน ≥ 2 ครั้งหรือ การตรวจรักษา

แนะนำ ปรับพฤติกรรมและรับประทานยาตามคำแนะนำแพทย์

สูงปานกลาง (ผิดปกติ 3 - 5 ข้อ) หรือ ความดันโลหิตสูงมากกว่า 170/100 (2 ครั้ง ติดกัน) มากกว่า 2 ครั้งหรือ การตรวจรักษาหรือ เคยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

แนะนำ ปรับพฤติกรรมและรับประทานยาตามคำแนะนำแพทย์

สูงมาก (ผิดปกติ > 5 ข้อ) หรือ ประวัติเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือ เป็นเบาหวานที่มีปัญหาไตหรือ ได้รับการวินิจฉัยทางคลินิกว่าเป็นโรคหัวใจหรือผิดปกติ

แนะนำ พบแพทย์

หน้า 1 ของ 2 FM-NUR-078 (last updated 6.6.56 - 6.6.57)

คู่มือ สื่อต่าง ๆ



สมุดความรู้โรคหัวใจ



ศูนย์หัวใจนครธน

นครธน
โรงพยาบาลนครธน

ภาพแสดงการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพรายเดี่ยว รายกลุ่ม และรายครอบครัว
โดยทีมสาขาสาขาวิชาชีพ



ผนวก จ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม

1. ศาสตราจารย์กิตติคุณ นพ.ดร.จิตร สิทธิอมร
อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านงานวิจัย
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์
2. นายแพทย์บุญเสริฐ ชาติละออง
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมหัวใจ
หัวหน้าแผนกสถาบันหัวใจโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์
3. นางสาวพัชรา เตโซ
อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด
หัวหน้าแผนกผู้ป่วยวิกฤตหัวใจโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์
4. ดร.เยาวภา ปฐมศิริกุล
ผู้ช่วยผู้อำนวยการศูนย์พัฒนางานวิจัยและการให้คำปรึกษา
มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย
5. นางสาวทรศนี นาคราช
ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
หัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ - สกุล	นางชฎานิษฐ์ แก้วทองงค์
วัน เดือน ปีเกิด	24 กุมภาพันธ์ 2518
ที่อยู่ปัจจุบัน	โรงพยาบาลนครธน 1 ซอยพระรามที่ 2 ซอย 56 แขวงสามตำ เขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร 10150
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2540	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พยาบาลศาสตรบัณฑิต เกียรตินิยมอันดับ 2
พ.ศ. 2548	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง (การพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน)
พ.ศ. 2552	หลักสูตรระยะสั้น “การบริหารจัดการในองค์การพยาบาลอย่างมี ประสิทธิภาพ” คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2540– 2546	พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกฉุกเฉิน
พ.ศ. 2546 – 2548	ผู้ช่วยหัวหน้าแผนกฉุกเฉิน
พ.ศ. 2548 – 2555	หัวหน้าแผนกฉุกเฉิน
พ.ศ. 2556 – ปัจจุบัน	หัวหน้าศูนย์หัวใจและหัวหน้าแผนกฉุกเฉิน