

# ภาวะสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด กรณีศึกษา : ตำบลคูบางหลวง จังหวัดปทุมธานี

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน RN.,Ed.M.(Nursing) \*

ดวงกมล วัตราคุลย์ RN.,DNS. \*\*

กนกพร แจ่มสมบุรณ์, RN, MNS. \*\*\*

วรรณิษ พัวไพโรจน์, RN., MSPH. \*

ปัทมา พิระพันธ์, RN., MNS. \*\*\*\*

ยุพา อู๋ยู่ยี่ RN.BNS \*\*\*\*\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ และประสบการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพโรคหัวใจและหลอดเลือด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ multi-stage random sampling ในกลุ่ม ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) จำนวน 214 ราย ที่ตำบลคูบางหลวง จังหวัดปทุมธานี เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและแบบสัมภาษณ์คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติบรรยาย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 71.03 ประมาณร้อยละ 40 เป็นผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างทั้งหญิงและชายมีภาวะสุขภาพคล้ายคลึงกัน เช่น เคยมีอาการเจ็บหน้าอก และบุคคลในครอบครัว (สายตรง) เป็นโรคหัวใจ ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับน้ำหนักเกิน และอ้วน และผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจของกลุ่มเพศหญิงผิดปกติมากกว่ากลุ่มเพศชาย กลุ่มตัวอย่างทั้งหญิงและชาย ร้อยละ 30.4 มีคะแนนความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้าในระดับรุนแรง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเรื้อรังเพียงร้อยละ 53.7 ที่เคยมีอาการเจ็บหน้าอกเคยไปใช้บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลทั่วไปในการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ กลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยร้อยละ 28.01 เคยไปใช้บริการตรวจคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ส่วนปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการไปใช้บริการด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ขาดอุปกรณ์ที่ทันสมัย ให้บริการล่าช้า ไม่ได้รับข้อมูลว่ามีบริการตรวจคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือด และผู้สูงอายุมีข้อจำกัดความสามารถในการเดินทางไปใช้บริการ

จากการศึกษานี้ให้หลักฐานเชิงประจักษ์ว่าประชาชนผู้สูงอายุในชุมชนมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจในระดับรุนแรง จึงเป็นโอกาสที่บุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถจัดโปรแกรมเพื่อพัฒนาศักยภาพประชาชนในชุมชนให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งควรประเมินและค้นหาความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในโรค NCD เพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจอย่างสม่ำเสมอ.

**คำสำคัญ :** ภาวะสุขภาพ, การเข้าถึงบริการสุขภาพ, กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

\* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยชินวัตร

\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และสูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

\*\*\* พยาบาลเชี่ยวชาญสถาบันโรคทรวงอก

\*\*\*\* พันตำรวจเอกหญิง โรงพยาบาลตำรวจ \*

\*\*\*\*\* พยาบาลประจำการ อบต.คูบางหลวง จังหวัดปทุมธานี

# Health Status and Health Service Accessibility of Cardiovascular Risk Population, Case Study: Khu Bang Luang Subdistrict, Pathum Thani province

*Penchun Saenprasarn Ed.M. (Nursing) \**

*Duangkamol Wattradul, RN,DNS. \*\**

*Kanogporn Jamsomboon, MNS. \*\*\**

*Voranich Puapairoj, MSPH. \**

*Pattama Peelapun, RN,MNS. \*\*\*\**

*Yupha Yuyuen, RN, BNS. \*\*\*\*\**

## Abstract

The objectives of this study were to assess health status and study experience in accessing to care of cardiovascular risk groups. Multi-stage random sampling were conducted in people of non communicable disease (NCD) 214 cases at Khu Bang Luang sub district, Prathum Thani province. Data were collected using cardiovascular risk assessment and interviewed open-ended questions of using health care service of cardiovascular disease (CVD healthcare). Quantitative data were analyzed using descriptive statistic, while open-ended questions were analyzed using content analysis

The resulted illustrated that most of sample was female (71.03%). About 40 percentages of them were elderly group. They had the same health status such as having ever had chest pain and having family history of heart disease. Both female and males Sample had BMI in overweight and obese level. The result of abnormal electrocardiogram was found more in female group than in male group. About 30.4 percent of them had cardiovascular risk score in ten years at the severe level. Only 53.7% of the NCD group with chest pain had been checked electrocardiogram in general hospital. Less than a 28.01% of them had been checked up with cardiovascular risk assessment at community hospital. The barrier factors of accessing to CVD healthcare were lack of high technology equipments, long waiting times, and no information of CVD health screening including limited ability to use the services in elderly group.

This study was an evidence for the high risk of CVD in elderly groups which was the challenge for health care personnel to develop capacity building of behavior modication program for people in community. In addition, the assessment of CVD risk in other chronic NCD disease should be detected and monitored to prevent heart disease consistently.

**Keywords :** Health Status, Access to care, cardiovascular risk groups

---

\* Instructor, Nursing Faculty, Shinawatra University

\*\* Assistant Professor, Adult and Geriatric Nursing Department, the Thai Red Cross College of Nursing

\*\*\* Expert Nurse, Central Chest Institute of Thailand

\*\*\*\* Police Colonel, Police General Hospital

\*\*\*\*\* Register Nurse, Kubangluang Sub district Administrative Organization, Pathum Thani

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคไม่ติดต่อ (non communicable disease [NCD]) ที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทยและของโลกนั้นเกิดจากการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดแดงหัวใจ จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี 2553 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นจำนวนถึง 7.2 ล้านคน หรือ คิดเป็นร้อยละ 12.2 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด<sup>1</sup> สถานการณ์โรคหัวใจของประเทศไทย มีแนวโน้มการเกิดโรคหัวใจเพิ่มขึ้น เนื่องจากอัตราการป่วยต่อประชากรทุก 1 แสนคน ในปี 2555 เท่ากับ 427 คน เพิ่มจากปี 2547 ซึ่งมีอัตราการป่วยต่อประชากรทุก 1 แสนคน เท่ากับ 185 คน และพบว่าใน พ.ศ. 2556 มีผู้เสียชีวิตถึง 54,530 คน เฉลี่ยวันละ 150 คน หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 6 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น<sup>2</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยประมาณหนึ่งในสามจนถึงครึ่งหนึ่งเสียชีวิตก่อนมาโรงพยาบาล โดยจะเสียชีวิตที่บ้าน ที่ทำงาน หรือในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพไม่เพียงพอ นอกจากนี้ในปัจจุบันมีผู้ป่วยสูงอายุและเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการเสียชีวิตสูง และมีข้อจำกัดในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล<sup>3</sup>

เบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่บั่นทอนสุขภาพของผู้ป่วยให้มีความเสื่อมถอยมากขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แก่ร่างกายทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ถ้าผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงต่อเนื่องนานๆ หรือมีความดันโลหิตสูงจะก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมามากมาย เช่น โรคหัวใจ ไตวาย ตาบอด เส้นเลือดในสมองตีบ เป็นอัมพาตครึ่งซีก เป็นต้น ซึ่งโรคแทรกซ้อนดังกล่าวเป็นสาเหตุหนึ่งที่น่าไปสู่ภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิต แม้ว่าปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์จะก้าวหน้าไปมากก็ตาม แต่ความชุกและอัตราการอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคดังกล่าวกลับมีแนวโน้มสูงขึ้น<sup>4</sup> จากสถิติที่รายงานโดยสำนักโรคไม่ติดต่อใน

ปี 2556 พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1,081 ต่อแสนประชากร และโรคความดันโลหิตสูง 1,629 ต่อประชากรแสนคน ถ้าหากไม่มีมาตรการแก้ไขปัญหาดังกล่าว แนวโน้มประชากรโรคเรื้อรังจะมีปริมาณสูงเพิ่มขึ้นทุกปี<sup>5</sup> ดังนั้นจึงควรมีการจัดบริการสุขภาพเชิงรุกเพื่อสร้างเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจในชุมชน และส่งเสริมการมารับการรักษาเมื่อเกิดอาการผิดปกติทางโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยความรวดเร็วทันเวลา

การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด (accessibility to coronary artery disease health care service) ในการศึกษานี้หมายถึงการรับรู้ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดเกี่ยวกับบริการสุขภาพ ประสิทธิภาพการใช้บริการ และอุปสรรคในการไปใช้บริการสุขภาพด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยที่ระบบบริการสุขภาพนั้นประกอบด้วยระบบบริการสาธารณสุขที่มีแพทย์ พยาบาล และบุคลากรวิชาชีพอื่นๆ เป็นบุคลากรหลักในการให้บริการดูแลตั้งแต่ในระดับโรงพยาบาลชุมชน รวมถึงระบบที่ดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว<sup>6</sup> สำหรับในการศึกษานี้จะเน้นเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในการใช้บริการสุขภาพด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด

จากการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลจังหวัดขอนแก่นภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของบัวลักษณ์ จันทระและคณะ<sup>7</sup> พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ส่วนใหญ่ร้อยละ 83.7 มีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับโรคตา โรคปวดเข่า ปวดข้อ ปวดหลัง มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 24.9 ได้รับการด้านการส่งเสริมสุขภาพโดยได้คำแนะนำเกี่ยวกับการกินยา กินอาหาร การวัดความดันโลหิต มีผู้สูงอายุร้อยละ 55.11 เคยไปใช้บริการตรวจสุขภาพประจำปี และมีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 50 ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ

โรคหัวใจ ส่วนปัญหาอุปสรรคในการไปใช้บริการสุขภาพ คือ สถานบริการให้บริการล่าช้า เสียเวลารอ ไม่เชื่อมั่นในคุณภาพของยาและคุณภาพบริการ ส่วนอุปสรรคด้านการใช้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ สภาพร่างกายไม่อำนวยไปใช้บริการคัดกรองสุขภาพ ไม่มีเวลา ไม่มีชมรมผู้สูงอายุหรือกิจกรรมผู้สูงอายุใกล้บ้าน การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่ายังเขตเทศบาลยังขาดการจัดบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชนใกล้บ้าน ขาดการเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรัง

นอกจากนี้จากการศึกษาของพัชราภรณ์ อุ้นเตจ๊ะ และศิริอร สิ้นธุ<sup>8</sup> พบว่าพฤติกรรม การเข้าถึง การรักษาในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) ของผู้ป่วย STEMI ค่อนข้างช้ากว่าเวลาที่กำหนดตามมาตรฐาน เนื่องจากผู้ป่วยและผู้พบเหตุยังมีการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไม่ถูกต้องมีผลให้ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาลศูนย์ตติยภูมิโรคหัวใจนานมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง หลอดเลือดหัวใจตีบ เบาหวาน และไตวายเรื้อรัง ใช้เวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติโรคเรื้อรังมาก่อน และแม้ผู้ป่วยและญาติจะทราบหมายเลขโทรศัพท์ การแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ร้อยละ 28 แต่ส่วนใหญ่เดินทางไปโรงพยาบาลเอง มีเพียงร้อยละ 4 เท่านั้นที่โทรศัพท์หมายเลข 1669 แจ้งการแพทย์ฉุกเฉิน งานวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหัวใจยังขาดความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการที่บ่งชี้ที่อันตรายของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และผู้ป่วยยังขาดข้อมูลของระบบบริการที่ตนเองสามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างรวดเร็ว

จังหวัดปทุมธานี เป็นจังหวัดหนึ่งในเขต 4 (ภาคกลาง) เป็นเขตบริการสุขภาพที่มีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจสูงถึง 82.46 ต่อประชากรแสนรายซึ่งเป็นอัตราการเสียชีวิตที่สูงในเขตบริการสุขภาพของประเทศไทย<sup>9</sup> นอกจากนี้ตำบล

คูบางหลวง อำเภอลาดหลุมแก้ว เป็นชุมชนในจังหวัดปทุมธานีที่มีสังคมความเป็นอยู่ที่หลากหลาย คือ เป็นชุมชนเมืองที่มีประชากรกลุ่มชุมชนอิสลาม และชุมชนพุทธอย่างละครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งหมด มีกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มประชากรวัยทำงาน และมีอัตราความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) จำนวนมาก<sup>10</sup> ดังนั้นเมื่อประชาชนจำนวนมากมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอาจส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ รวมทั้งการเข้าถึงบริการ การดูแลสุขภาพของประชาชน อย่างไรก็ตาม ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการด้านการดูแลรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชาชนในชุมชนตำบลคูบางหลวงยังมีการศึกษาที่จำกัด จึงมีความจำเป็นต้องศึกษา ภาวะสุขภาพและสถานการณ์ การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านการดูแลรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อนำไปสู่แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และ ระบบเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด และเพื่อพัฒนาศักยภาพประชาชนในการเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพ อันจะไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจ และส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสม

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชาชนตำบลคูบางหลวง จังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อศึกษาการใช้บริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ตำบลคูบางหลวง จังหวัดปทุมธานี

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เพื่อ

ศึกษาภาวะสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพใน ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในชุมชนตำบลคูบางหลวง จังหวัดปทุมธานี

**ประชากรที่ใช้ในการวิจัย**

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และประชาชนทั่วไปที่มีพันธุกรรมโรคกลุ่มเสี่ยง ที่อาศัยในตำบลคูบางหลวง จังหวัดปทุมธานี

**กลุ่มตัวอย่าง**

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีที่ไม่ทราบขนาดของประชากรที่แท้จริงใช้สูตรของ Cochran<sup>11</sup> จึงกำหนดสัดส่วนของ ประชากรที่ต้องการจะสุ่มร้อยละ 15 หรือ (P=0.15) มีค่าความเชื่อมั่น 95% หรือ (Z = 1.96) และยอมให้คลาดเคลื่อนร้อยละ 5 หรือ (d=0.05) ใช้สูตรดังนี้

$$n = \frac{P(1-P)Z^2}{d^2}$$

แทนค่า

$$n = \frac{0.15(1-0.15) 1.96^2}{.05^2} = 195.84 \text{ ราย}$$

$$n = 195 + (\text{ร้อยละ}10 \text{ ของ } 195) = 214 \text{ ราย}$$

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มหลายลำดับขั้น (multi-stage random sampling) โดยใช้วิธีจับฉลากจากตารางสุ่มบัญชีรายชื่อจาก 13 หมู่บ้านๆ ละ 16-17 คน จำนวน 214 คน โดย กำหนดคุณสมบัติดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาด้านการคิดรู้ 2) ผู้ที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่า เป็นโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/ยังไม่มีประวัติการเป็นโรคหัวใจ 3) ผู้ที่มีพันธุกรรมที่เป็นโรคเบาหวาน/ความดัน โลหิตสูง/โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ/อัมพาต/อัมพฤกษ์ 4) มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

คุณสมบัติการคัดออก (exclusion criteria)

คือกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงไม่สามารถให้ ข้อมูลได้หรือสัมภาษณ์ได้

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา**

1. แบบประเมินภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ สร้างโดยสมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก (ประเทศไทย) ซึ่งดัดแปลงมาจาก Rama EGAT score<sup>12</sup> ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล อายุ เพศ ประวัติการสูบบุหรี่ โรคประจำตัวต่างๆ เช่น ความดันโลหิต เบาหวาน คะแนนความเสี่ยงมีค่า -2 ถึง 16 นำค่าคะแนนความเสี่ยงมาเทียบกับ ตารางความเสี่ยงของโอกาสเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ และความรุนแรงในเวลา 10 ปี มีคำถามปลายเปิดสอบถามเกี่ยวกับ พฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การคลายเครียด ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงและแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) ได้เท่ากับ 1.00

2. แบบสัมภาษณ์การใช้บริการสุขภาพด้านการรักษาโรคหัวใจและทรวงอก พัฒนาโดยคณะผู้วิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างมีคำถามปลายเปิด ประกอบ การไปใช้บริการการรักษาด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดในสถานพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา สาเหตุที่ไม่ไปใช้บริการสุขภาพ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการใช้บริการโรคหัวใจและหลอดเลือด แบบสัมภาษณ์นี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงและแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) ได้เท่ากับ 1.00

3. อุปกรณ์การตรวจประเมินสุขภาพ ได้แก่

เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก สายวัด เครื่องวัดส่วนสูง เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีการตรวจความเที่ยงตรงของเครื่องมือและใช้อยู่เป็นประจำจากโรงพยาบาลชุมชน ลาดหลุมแก้ว

4. การประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดยใช้เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจของสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิที่ผ่านการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานจากบริษัทเครื่องมือแพทย์แล้ว ตรวจประเมินในผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจ โดยคัดกรองผู้ที่มีประวัติเจ็บหน้าอก หรือมีโรคอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต และผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ได้กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง 89 ราย และเพศชาย 38 ราย

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติให้ดำเนินโครงการฯจากคณะกรรมการจริยธรรมของสมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก ผู้วิจัยได้ประสานงานกับองค์การบริหารส่วนตำบลและพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด 214 ราย และเก็บข้อมูลดังนี้

1. ชักประวัติและประเมินภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด คณะผู้วิจัยตรวจร่างกายโดยใช้อุปกรณ์ที่ได้มาตรฐาน ประเมินความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว และ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจโดยใช้เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ที่มีประวัติเจ็บหน้าอก หรือมีโรคอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต และบันทึกผลการตรวจในประเมินภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

2. สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ปลายเปิดพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ออกกำลังกาย การคลายเครียด และการใช้บริการสุขภาพด้านการรักษาโรคหัวใจและทรวงอก โดยบันทึกในแบบประเมินภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและแบบสัมภาษณ์การใช้บริการสุขภาพด้านการรักษา

โรคหัวใจและทรวงอก

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้หลังจากผ่านการพิจารณาและอนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมของสมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก ตามเอกสารรับรองเลขที่ CVTR0001/2557 คณะผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้บริหารโรงพยาบาลประจำตำบล เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจก่อนเก็บข้อมูล โดยสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการให้การรักษาพยาบาล ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะนำมาเผยแพร่โดยไม่เปิดเผยชื่อและไม่ระบุเป็นรายบุคคล ผลการวิเคราะห์นำไปใช้เพื่อหาแนวทางพัฒนาการดูแลสุขภาพชุมชน

### การวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย

1. วิเคราะห์ข้อมูลการประเมินภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา
2. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามปลายเปิด ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และสรุปประเด็นสำคัญที่เกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพอุปสรรคการใช้บริการสุขภาพด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด

### ผลการวิจัย

#### ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 40 นับถือศาสนาอิสลาม ส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 90 ส่วนร้อยละ 10 ใช้สิทธิการรักษาประกันสังคม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร มีรายได้พอเลี้ยงชีพ ร้อยละ 30 มีอาชีพรับจ้าง มีรายได้พอเลี้ยงชีพแต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ ส่วนกลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยร้อยละ 5 ไม่ได้

ประกอบอาชีพเนื่องจากเป็นผู้สูงอายุและมีบุตรหลานเลี้ยงดู

**ภาวะสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด**

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงร้อยละ 71.03 พบว่ากลุ่มผู้หญิงร้อยละ 47.4 มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 61 ปี (mean= 58, Range= 29 – 89, SD.=12.92) กลุ่มผู้ชายร้อยละ 56.5 มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 61 ปี (mean= 60 ,Range, 35 – 101, SD.=11.56) กลุ่มผู้หญิงส่วนใหญ่ร้อยละ 87.5 ไม่

เคยสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างผู้ชายร้อยละ 80.4 เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว กลุ่มตัวอย่างทั้งผู้หญิงและชายส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 57.9 และ 75.8 ตามลำดับ และมีโคเลสเตอรอลสูงในกระแสเลือด ร้อยละ 42.8 และ 33.9 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างผู้หญิงและผู้ชายเคยมี อาการเจ็บหน้าอก ร้อยละ 30.3 และ 32.3 ตามลำดับ และบุคคลในครอบครัว (สายตรง) เคยเป็นโรคหัวใจ ร้อยละ 21.1 และ 21.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประวัติและการเจ็บป่วยของเพศหญิงและเพศชาย (n= 214)

ข้อมูล	หญิง (n=152)		ชาย (n=62)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ	≤ 40 ปี	20	13.2	2	3.2
	41 – 60 ปี	63	41.4	25	40.3
	≥ 61 ปี	69	45.4	35	56.5
		Range= 29 – 89, Mean = 58, SD.=12.92		Range =35 – 101 mean =60 , SD.=11.56	
<b>ประวัติการสูบบุหรี่</b>					
	ไม่เคยสูบบุหรี่	133	87.5	12	19.4
	เคยแต่เลิกสูบแล้ว	19	12.5	50	80.4
<b>ความดันโลหิตสูง</b>					
	ใช่	88	57.9	47	75.8
	ไม่ใช่	62	40.8	12	19.4
	ไม่ทราบ	2	1.3	3	4.8

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประวัติและการเจ็บป่วยของเพศหญิงและเพศชาย (n= 214) (ต่อ)

ข้อมูล	หญิง (n=152)		ชาย (n=62)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เบาหวาน</b>				
ใช่	45	29.6	22	35.5
ไม่ใช่	101	66.5	34	54.8
ไม่ทราบ	6	3.9	6	9.7
<b>โคเลสเตอรอลสูง</b>				
ใช่	65	42.8	21	33.9
ไม่ใช่	59	38.8	24	38.7
ไม่ทราบ	28	18.4	17	27.4
<b>บุคคลในครอบครัว (สายตรง) เป็นโรคหัวใจ</b>				
ใช่	33	21.7	13	21.0
ไม่ใช่	106	69.7	38	61.3
ไม่ทราบ	12	7.8	11	17.7
<b>เคยมีอาการเจ็บหน้าอก</b>				
มี	46	30.3	20	32.3
ไม่มี	106	69.7	42	67.7

เมื่อจำแนกโดยดัชนีมวลกายของเอเชียพบว่า ร้อยละ 24.4 ส่วนกลุ่มตัวอย่างผู้ชายส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 38.7 มีน้ำหนักเกิน ร้อยละ 35.5 และมีน้ำหนักเกิน ร้อยละ 30.5 และอ้วน ร้อยละ 14.5 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามดัชนีมวลกายของเพศหญิงและเพศชาย (n= 214)

ข้อมูล	หญิง (n=152)		ชาย (n=62)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ดัชนีมวลกาย (BMI)</b>				
ผอมระดับ1 (17.0-18.4 กก./ม. <sup>2</sup> )	14	9.2	7	11.3
ปกติ (18.5-22.9 กก./ม. <sup>2</sup> )	54	35.5	24	38.7
น้ำหนักเกิน (23.0-24.9 (กก./ม. <sup>2</sup> ))	47	30.9	22	35.5
อ้วน (>25 กก./ม. <sup>2</sup> )	37	24.4	9	14.5

และผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจของกลุ่มตัวอย่างผู้หญิงปกติ ร้อยละ 46.1 ส่วนกลุ่มผู้ชายตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ ร้อยละ 40.3 ส่วนผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติส่วนใหญ่เป็นคลื่นหัวใจไฟฟ้า

ที่ไม่อันตรายถึงแก่ชีวิตและกำลังรักษา เช่น หัวใจเต้นช้า หัวใจเต้นสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation) หัวใจโต เป็นต้น ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจของเพศหญิงและเพศชาย (n=127)

ผลการตรวจ EKG	หญิง (n=89)		ชาย (n=38)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ	70	78.65	25	65.78
ผิดปกติ	19	21.35	13	34.22

จากการประเมินตามแบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 214 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ

30.4 มีระดับความเสี่ยงเป็นโรคหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า ในระดับรุนแรงคือมีคะแนนความเสี่ยงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ10 ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำแนกตาม RAMA EGAT (n=214)

ระดับความเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระดับความเสี่ยงเป็นโรคหัวใจใน 10 ปี</b>		
0%	10	4.6
1%	25	11.7
2%	25	11.7
3%	6	2.8
4%	40	18.7
5%	17	7.9
7%	18	8.4
8%	8	3.7
10%	40	18.7
12%	24	11.2
15%	1	.5

### การใช้บริการสุขภาพด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด

#### การใช้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดที่โรงพยาบาลชุมชน

จากการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามปลายเปิด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่า 2-3 โรค และเคยไปใช้บริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา เพื่อไปใช้

บริการตรวจตามนัดเกี่ยวกับโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 85.04, 41.6 และ 50 ตามลำดับ มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.3 เคยได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเนื่องจากเคยมีอาการเจ็บหน้าอกและมีประวัติความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และได้รับคำแนะนำในการดูแลป้องกันโรคหัวใจเพียงร้อยละ 39.7 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ไปใช้บริการด้านการรักษาโรคหัวใจและทรวงอก

ลักษณะการไปใช้บริการสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ตรวจรักษาโรคความดันโลหิต (n= 214)	182	85.04
ตรวจรักษาโรคเบาหวาน (n=214)	67	31.3
ตรวจรักษาโรคไขมันในเลือดสูง(n=214)	86	50
ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (n=214)	115	53.7
คำแนะนำในการดูแลป้องกันโรคหัวใจ (n=214)	85	39.7

### การใช้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล

กลุ่มตัวอย่างเคยไปใช้บริการด้านการตรวจเช็คสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลใน 1 ปีที่ผ่านมา ได้แก่ การวัดความดันโลหิต การตรวจเช็คเบาหวาน การรักษาโรคเบื้องต้น และได้รับคำ

ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ร้อยละ 59.4, 31.6, 48.6 และ 23.4 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามมีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 28.01 เคยมาตรวจคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือด (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ไปใช้บริการด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล

ลักษณะการไปใช้บริการสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ตรวจความดันโลหิต (n= 214)	127	59.4
ตรวจเช็คเบาหวาน (n=214)	67	31.6
รักษาโรคเบื้องต้น(n=214)	107	48.6
ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเอง(n=214)	50	23.4
การคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือด(n=214)	60	28.01

## อุปสรรคในการไปใช้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างผู้หญิงและชายประมาณร้อยละ 30 ที่เคยมีอาการเจ็บหน้าอกและเคยไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับตติยภูมิ) โดยไม่ได้ไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนหรือไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เนื่องจาก ระบุว่าเครื่องมือไม่ทันสมัย ใช้เวลาในการรอคอยนานในการส่งต่อการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

นอกจากนี้ผลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการไปใช้บริการด้านการคัดกรองและตรวจโรคหัวใจและหลอดเลือดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล พบว่ากลุ่มตัวอย่างในวัยทำงานส่วนใหญ่ไม่ได้รับข้อมูลว่ามีบริการเกี่ยวกับการคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือการตรวจร่างกายประจำปี ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุไม่สามารถไปใช้บริการด้วยตนเองเนื่องจากสภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวย

## อภิปรายผลการวิจัย

### ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการประเมินภาวะสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักโรคไม่ติดต่อ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว เช่น เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และมีเพศหญิงมากกว่าเพศชายและส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่ตอนปลายและผู้สูงอายุและสอดคล้องกับสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2546 – 2556 พบว่าจำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในประชากรกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุ<sup>13</sup>

จากการประเมินภาวะสุขภาพโดยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในกลุ่มตัวอย่าง 127 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 25 รายมีผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ

ชนิดหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation: AF) ถึง 10 ราย ทั้งนี้ Atrial Fibrillation (AF) เป็นภาวะหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะมีทั้งเร็วและช้า ไม่สม่ำเสมอ เกิดจากการนำไฟฟ้าในหัวใจที่ผิดปกติ ปกติกระแสไฟฟ้าเริ่มต้นจากจุดเดียวที่ห้องหัวใจห้องบนส่งผ่านไฟฟ้ายังหัวใจห้องล่าง ในกรณี AF กระแสไฟฟ้าเริ่มจากห้องหัวใจห้องบนหลายจุด ต่างส่งไฟฟ้ามายังหัวใจห้องล่าง ทำให้หัวใจเต้นไม่สอดคล้องกัน<sup>14</sup> การศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยเสี่ยงสูงในการเกิด Atrial Fibrillation ได้แก่ เป็นผู้สูงอายุ มีโรคความดันโลหิตสูง มีระดับไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวานเป็นระยะเวลานาน ซึ่งอาจมีการรักษาและควบคุมอาการความดันโลหิตสูงไม่สม่ำเสมอ ส่งผลให้มีการอุดตันและตีบแข็งของหลอดเลือดหัวใจ มีโครงสร้างของหัวใจผิดปกติ มีหัวใจห้องล่างซ้ายโต (Left ventricular hypertrophy) และมีหัวใจด้านบนข้างซ้ายโต ส่งผลให้มีการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจไม่มีประสิทธิภาพ<sup>15</sup> การเต้นของหัวใจผิดปกติ AF นี้ทำให้มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าของคนปกติและมีโอกาสที่จะเกิดเส้นเลือดในสมองอุดตัน ชนิดลิ่มเลือด (embolic stroke) เพิ่มขึ้น 2-7 เท่า<sup>16</sup>

ส่วนกลุ่มตัวอย่าง 5 ราย มีผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิดหัวใจเต้นช้า (Bradycardia) เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและได้รับการรักษาด้วยยากันเบต้า (Beta blocker) เพื่อลดความดันโลหิตซึ่งผลข้างเคียงของยากันเบต้า คือการเกิดหัวใจเต้นช้าต่ำกว่า 60 ครั้งต่อนาที หรืออาจเกิดหัวใจเต้นช้าชนิด second degree AV block หรือ third degree AV block ซึ่งเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้<sup>17</sup> ดังนั้นพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลควรมีการตรวจคัดกรองภาวะหัวใจเต้นผิดปกติชนิดหัวใจเต้นช้าและหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว (AF) ควบคู่กับประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยากันเบต้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง วิธีการคัดกรองที่ประเมินได้โดยพยาบาลวิชาชีพคือการคลำชีพจรก่อน

หากพบว่าชีพจรผิดปกติ อาจต้องส่งต่อการรักษาไปโรงพยาบาลชุมชน และมีการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมโดยการตรวจคลื่นไฟฟ้าเพื่อยืนยันผลการวินิจฉัยและวางแผนการรักษา<sup>18</sup>

### ระดับความเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจใน 10 ปี

กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศหญิงและชายร้อยละ 30.4 มีประวัติโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีภาวะน้ำหนักเกิน และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใน 10 ปีข้างหน้าในระดับรุนแรงคือ มีคะแนนการประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 สอดคล้องกับการศึกษาของ ทองทิว แซจอหอ และคณะ<sup>19</sup> เนื่องจากผลการประเมินดัชนีมวลกายในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน และวัยสูงอายุ และพบว่าทั้งเพศชายและหญิงมากกว่าร้อยละ 15 - 24.5 มีภาวะอ้วน กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ว่าในแต่ละวันชอบกินอาหารเค็ม อาหารมัน อาหารทอด และชอบเนื้อสัตว์ที่ติดมัน ชอบกินขนมหวานไทย แต่กินผักหรือผลไม้ค่อนข้างน้อย ไม่มีพฤติกรรมออกกำลังกาย เนื่องจากอ้างว่าไม่มีเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานสว่านเสริมสุขภาพพบว่าจากการสำรวจในประชากรอายุมากกว่า 15 ปี แนวโน้มของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนเพิ่มสูงขึ้น ผู้มีภาวะน้ำหนักเกิน-อ้วน (BMI  $\geq$  25 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup>) มีถึงร้อยละ 15.28 โดยเพศหญิงมีความชุกภาวะน้ำหนักเกินมากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า และพบในประชาชนส่วนใหญ่ที่ขาดการออกกำลังกาย<sup>20,21</sup> นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหญิงและชายร้อยละ 40 ในการศึกษานี้มีระดับไขมันในเลือดสูงซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจได้สูงสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>12,22</sup>

### การเข้าถึงบริการสุขภาพในการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด

จากข้อมูลสัมภาษณ์ปลายเปิดพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดัน

โลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง ไปใช้บริการรักษาโรคเรื้อรังเป็นประจำที่โรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไรก็ตามมีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นความดันโลหิตสูงเพียงร้อยละ 53 ที่ได้รับการตรวจประเมินโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีความดันโลหิตสูงและมีภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงแล้ว ได้แก่ มีหัวใจด้านล้างซ้ายโต (Left ventricular hypertrophy) ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวจากการมีไขมันหรือมีหินปูนไปสะสมระหว่างหลอดเลือด ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้อวัยวะต่างๆ เช่น หัวใจมีภาวะหัวใจขาดเลือด และอาจเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตได้<sup>23</sup>

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะความดันโลหิตสูงบางรายไม่ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นประจำทุกปีได้ให้เหตุผลว่ามาตรวจที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องแต่ไม่ได้พบแพทย์ที่เคยรักษาเป็นประจำ เนื่องจากมีการหมุนเวียนแพทย์ที่รักษาและขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในส่วนภูมิภาค อย่างไรก็ตามการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นถือว่าการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจในประชาชนที่มีอายุมากกว่า 40 ปีที่ยังไม่เป็นโรคหัวใจ และมีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 2 ปัจจัยขึ้นไปได้แก่ ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน อ้วน สูบบุหรี่ มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจ<sup>24</sup> ดังนั้นควรมีแนวทางปฏิบัติการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเป็นประจำทุกปี รวมทั้งควรมีพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญให้คำปรึกษาแนะนำในการดูแลตนเองในกลุ่มโรคเรื้อรังเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด<sup>25</sup>

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 28.01 เคยไปใช้บริการสุขภาพในการคัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด การตรวจคัดกรองโรคไม่ติดต่อ

เรื้อรัง (NCD) รวมทั้งไปรับคำปรึกษาในการดูแลสุขภาพตนเองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เนื่องจากการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นการให้บริการสุขภาพซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด<sup>25</sup>

### อุปสรรคในการไปใช้บริการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด

ผลการศึกษาค้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้หญิงและชาย ประมาณร้อยละ 30 ที่เคยมีอาการเจ็บหน้าอกและเคยไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับตติยภูมิ) โดยไม่ได้ไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนหรือไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เพราะรับรู้ว่าการเดินทางไม่ทันสมัย ใช้เวลาในการรอคอยนานในการส่งต่อการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างอาศัยในชุมชนที่มีการคมนาคมสะดวกสามารถเดินทางไปโรงพยาบาลทั่วไปที่รักษาโรคหัวใจได้รวดเร็วกว่า โดยเฉพาะการไปใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไปเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินจะได้รับความสะดวกกว่า มีระยะเวลาการรอพบแพทย์หรือผู้ให้บริการสุขภาพเหมาะสม แพทย์หรือพยาบาลได้ให้เวลาเพียงพอในการสอบถามหรือให้คำปรึกษาในการดูแลสุขภาพแก่กลุ่มตัวอย่างและครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30.4 มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจระดับสูงถึงร้อยละ 10 และจากการสัมภาษณ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 28.05 เคยมาใช้บริการการตรวจคัดกรองโรคหัวใจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ทราบว่ามีการให้บริการเกี่ยวกับการคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือการตรวจร่างกายประจำปี รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุไม่สามารถมารับบริการด้วยตนเองเนื่องจากไม่สามารถไปใช้บริการด้วยตนเองซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของของ บัวลักษณ์ จันทระและคณะ<sup>7</sup> ทั้งนี้อาจเกิดจากการ

บริการดูแลสุขภาพเชิงรุกและการประชาสัมพันธ์ด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพในชุมชนยังไม่ทั่วถึงเนื่องจากภาระสัดส่วนตัวของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพไม่เพียงพอกับภาระงานที่ค่อนข้างมากไม่สามารถจัดบริการที่ครอบคลุมเป็นองค์รวม ทำให้บริการเชิงรุกโดยเฉพาะส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง<sup>26</sup>

ผลจากการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างในชุมชนส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจในระดับสูง การเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้านด้านการคัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดและการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการเดินทางไปใช้บริการสุขภาพ ดังนั้นควรมีการรณรงค์และให้บริการเชิงรุกในชุมชนให้มีการตรวจคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อควบคุมป้องกันปัญหาสุขภาพและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งพยาบาลและทีมสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลควรประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ และหน่วยงาน/องค์กรอื่นๆทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน เพื่อร่วมกันพัฒนาศักยภาพประชาชนในชุมชน โดยมีการเสริมพลัง (Empower) ประชาชนทุกกลุ่มทุกช่วงวัยในชุมชนให้มีความรู้ ความสามารถ รวมทั้งมีทักษะที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถตัดสินใจในการดูแลตนเองและการเลือกใช้บริการสุขภาพได้ถูกต้องเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม<sup>27</sup>

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาโปรแกรมที่มีระบบพยาบาลที่เลี้ยงที่สามารถอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถใช้แบบประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและมีศักยภาพในการดูแลประชาชนในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสารสนเทศและประชาสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 8 มีนาคม 2558] เข้าถึงได้จาก: [http://pr.moph.go.th/iprg/module.php?mod=news\\_print&idHot\\_new=69712](http://pr.moph.go.th/iprg/module.php?mod=news_print&idHot_new=69712)
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพ. 'โรคหัวใจคร่าชีวิตคนไทย ชม.ละ 6 คน. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2558] เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaihealth.or.th/Content/25927-โรคหัวใจคร่าชีวิตคนไทย ชม.ละ 6 คน.html>
3. Srimahachota S, Kanjanavanit R, Boonyaratavej S, Boonsom W, Veerakul G, Tresukosol D. et al, Demographic, Management Practices and In Hospital Outcomes of Thai Acute Coronary Syndrome Registry (TASCR). J Med assoc Thai 2007; 90 (Suppl 1):1-11.
4. โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์. รู้ทัน เข้าใจ อยู่อย่างปลอดภัยกับโรคความดันและเบาหวาน.[ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 8 มีนาคม 2558] เข้าถึงได้จาก: <https://www.bumrungrad.com/th/betterhealth/2010/30th-anniversary/living-with-hypertension-and-diabetes>
5. สำนักโรคไม่ติดต่อ, กรมควบคุมโรค. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 8 มีนาคม 2558] เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>
6. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, et al. What does access to health care' mean? J Health Serv Res Policy 2002; 7(3):186-88.
7. บัลลัษณ์ จันทรະ, จิราพร เขียวอยู่, วงศเลาหศิริวงศ์. การเข้าถึงบริการสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (บศ) 2550; 7(3):60-71
8. พัชราภรณ์ อุ้นเต๊ะ, ศิริอร สินธุ. โครงการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (STEMI) เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.niems.go.th/th/DownloadFile.aspx?CateType=KnowledgeBase>
9. ลาวัลย์ ออกสุข, วาสนา รวยสูงเนิน. การรับรู้อาการและการตัดสินใจมารับการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน. วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 30(2): 89-97.
10. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. จำนวน และอัตราการตาย 11 โรคไม่ติดต่อและอุบัติเหตุทางถนนต่อประชากรแสนคน จำแนกตามจังหวัดในเขตบริการสาธารณสุข และจำแนกตาม สคร. 12 เขต และภาพรวมประเทศ (รวมกรุงเทพมหานคร) ข้อมูล อัปเดต 24 มี.ค 58 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>
10. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2550-2554. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/index2.htm>
11. Cochran WG. Sampling Techniques. 3rd ed., John Wiley & Sons;1977.
12. สุกิจ แยมวงษ์. โครงการการพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด. [ออนไลน์]. 2548.[เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2558]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.thainhf.org/document/research/research\\_199.pdf](http://www.thainhf.org/document/research/research_199.pdf)

13. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.การวิเคราะห์พื้นที่และกลุ่มเป้าหมายเพื่อดำเนินการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง[ออนไลน์]. 2557. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 8 มีนาคม 2558] เข้าถึงได้จาก: <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>
14. สุรพันธ์ สิทธิสุข. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์; 2555.
15. Verdecchia P, Reboldi G, Gattobigio R, Bentivoglio M, Borgioni C, Angeli F, et al. Atrial brillation in hypertension: predictors and outcome. *Hypertension* 2003; 41:218-223.
16. ปฤษฎัพร กิ่งแก้ว, ธัญญา คู่พิทักษ์จร, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, ศิตาพร ยังกง, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส, ยศ ตีระวัฒนานนท์. การประเมินความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2556; 7(3):346-59.
17. Cullington D, Yassin A, Cleland J. Beta-blockers in the treatment of cardiovascular disease. *Prescr J* 2008; 5(June):31-39.
19. Harris K, Edwards D, Mant J. How can we best detect atrial brillation? *J R Coll Physicians Edinb* 2012; 42 Suppl 18: 5-22.
19. ทองทิว แซจอหอ, อัมพร คำหล้า, สุปราณี พัฒนจิตวิไล. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครราชสีมา. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2554; 29(1): 41-50.
20. สำนักงานกองทุนสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพ. สถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 8 มีนาคม 2558] เข้าถึงได้จาก:<http://corp.thaihealth.or.th/resource-center/facts/risky>
21. สำนักสถิติสังคม. สรุปผลที่สำคัญการสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2555.
22. ประกาย จิโรจน์กุล, สมจิต นีปัทมหัตพงษ์, จิตาพร เขียนวงษ์, เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ, ณิชฎาญ ไร่เสถียร ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจหลอดเลือดในการศึกษาภาคตัดขวาง วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2556; 24(1) :44-55.
23. พรวลี ปรปักษ์ขาม. ภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูงด้านโรคหัวใจ. ใน ไวยวรรณ ธรรมัย สมเกียรติ โพธิ์สัตย์ สิทธิชัย อาชายนดี สุวีพร คนละเอียด คู่มือการให้ความรู้ เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2555. หน้า 59-68.
24. Fisch C, Ryan TJ, Williams SV, Achord JL, Akhtar M, Crawford MH, et al. Clinical competence in electrocardiography: a statement for physicians from the ACP/ACC/AHA task force on clinical privileges in cardiology. *Circulation* 1995; 91: 2683-2686.
25. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาหัวใจ (ฉบับ 25 มีนาคม 56) [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 8 มีนาคม 2558] เข้าถึงได้จาก: [www.kkpho.go.th/homes/index.php/downloads/doc](http://www.kkpho.go.th/homes/index.php/downloads/doc).
26. สุพัตรา ศรีวินชชากร และคณะ. สถานการณ์ระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย พ.ศ.2553. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ทหารผ่านศึก;2553
27. วิจิตร ศรีสุพรรณ, กาญจนา จันทร์ไทย. (บรรณาธิการ).คู่มือปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ: จุดทองจำกัด; 2556