

บทที่ 1

บทนำ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นการรายงานผลการศึกษากึ่งทดลองเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมกับ EGAT-RAMA heart score ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 4 แห่ง ในจังหวัดศรีสะเกษ ทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย โดยผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่กำหนดขึ้นโดยผู้วิจัยตลอดระยะเวลา 1 ปี หลังจากนั้นประเมินปัจจัยเสี่ยงโดยเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ในบทนำนี้ ผู้วิจัยได้บรรยายถึงความสำคัญ, ที่มาของปัญหาของการวิจัย, ระบุคำถามการวิจัย, วัตถุประสงค์, ประโยชน์ที่จะได้รับ, วิธีการหรือสิ่งแทรกแซง, ข้อตกลงเบื้องต้น, ข้อจำกัด, คำนิยามศัพท์ที่ใช้ ตลอดจนกรอบแนวคิดในการวิจัย

ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย (Background and rationale)

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Heart Disease, CHD) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตและทุพพลภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก อีกทั้งยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา คาดว่าในปีพ.ศ.2573 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้เกือบ 10 ล้านคน⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยพบว่าในปีพ.ศ.2547 โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหกในเพศชาย และอันดับสามในเพศหญิง เช่นเดียวกับภาวะโรคที่พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น^(2,3)

ปัจจัยเสี่ยงของโรคนี้แบ่งเป็น 2 ประเภทคือ ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ ที่สำคัญได้แก่ อายุ เพศ ประวัติการเจ็บป่วยด้วย โรคหลอดเลือดหัวใจในครอบครัว ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ ที่สำคัญได้แก่ ระดับความดันโลหิต, ระดับไขมันในเลือด, ความอ้วน, การเป็นเบาหวาน และขาดการมีกิจกรรมทางกาย⁽⁴⁾ กลยุทธ์ในการควบคุมป้องกันโรคนี้ต้องดำเนินการทั้งในกลุ่มเสี่ยงสูง (High-risk strategy) และระดับประชากร (Population strategy)⁽⁵⁾ จึงจะทำให้อัตราการป่วยและเสียชีวิตลดลงได้ ดังเช่นที่ประสบความสำเร็จในประเทศที่พัฒนาแล้ว⁽⁶⁻⁸⁾

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง⁽⁹⁾ นอกจากความดันโลหิตสูงจะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจแล้ว ผู้ป่วยยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ร่วมด้วยทั้งเบาหวาน ความอ้วน ไขมันในเลือดสูง^(10, 11) ส่งผลให้โอกาสเกิดโรคยิ่งสูงขึ้น ดังนั้นแนวทางในการรักษาในปัจจุบัน จึงเน้นไปที่การประเมินปัจจัยเสี่ยงรวม (Global risk

strategy) แทนที่จะดูปัจจัยเสี่ยงเพียงตัวใดตัวหนึ่ง (Single risk factor strategy)⁽¹²⁻¹⁴⁾ ซึ่งมีวิธีประเมินโดยการรวมปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยเข้าด้วยกัน เพื่อพยากรณ์โอกาสในเกิดโรคในช่วงระยะเวลาที่กำหนด อาจนับเป็นจำนวนปัจจัยเสี่ยงหรือคำนวณเป็นคะแนน นำมาใช้ประโยชน์ในการระบุกลุ่มเสี่ยงเพื่อเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจให้ยา และลดปัจจัยเสี่ยงโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงสูง

มีการทบทวนผลของการประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในสถานบริการ พบว่าทำให้แพทย์สั่งยาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น และทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง โดยได้ผลในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง และไม่ส่งผลเสียต่อผู้ป่วย อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่นำมาทบทวนยังมีน้อย เนื่องจากการใช้วิธีการประเมินยังมีการใช้ไม่แพร่หลาย และกลยุทธ์ที่ใช้ส่วนใหญ่เน้นไปที่ผู้ให้บริการ^(15, 16)

กลยุทธ์ที่ใช้เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงนั้นส่วนใหญ่จะใช้วิธีการให้สุขศึกษา และคำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงร่วมกับการให้ยา ซึ่งผลการทบทวนพบว่าทำให้ระดับความดันโลหิต ระดับโคเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol, TC) และการสูบบุหรี่ลดลง แม้จะไม่มีผลชัดเจนต่อการลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่การลดปัจจัยเสี่ยงก็ได้ผลในกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง⁽¹⁷⁾

ในประเทศไทย มีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงถึง 1 ใน 5 ของประชากร⁽¹⁸⁾ ในขณะที่คุณภาพการรักษายังต่ำกว่ามาตรฐาน ส่วนใหญ่ยังขาดการบันทึกปัจจัยเสี่ยง, การประเมินภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการให้คำปรึกษาเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง⁽¹⁹⁾ ส่งผลให้มีผู้ป่วยเพียง 1 ใน 3 ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน ที่ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตในระดับปกติได้น้อยกว่าผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ และยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ มากกว่า เช่น การสูบบุหรี่ และเป็นเบาหวาน⁽²⁰⁾

ในโรงพยาบาลชุมชน จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น อันเป็นผลจากการคัดกรองตามโครงการของกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่ระบบบริการยังมีข้อจำกัดของบุคลากร, ภาระงานที่หนัก และงบประมาณจำกัด^(21, 22) ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพการรักษาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนและโรคหลอดเลือดหัวใจในที่สุด ดังนั้นการหามาตรการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเป็นความสำคัญเร่งด่วน

อย่างไรก็ตาม ข้อด้อยของกลยุทธ์ลดปัจจัยเสี่ยงที่ผ่านมา พบว่าศึกษาในผู้ป่วยเป็นโรคแล้ว ทำในสถานบริการเฉพาะทางหรือหน่วยวิจัยที่ต้องมีการดำเนินการอย่างเข้มข้น และใช้ระยะเวลานาน ทำให้ไม่เหมาะสมกับสถานบริการสุขภาพทั่วไป ทั้งนี้เมื่อทบทวนมาตรการลดปัจจัยเสี่ยงที่ได้ผล พบว่ากลยุทธ์ที่ใช้ในการลดปัจจัยเสี่ยงควรประกอบไปด้วย การประเมินและปรับ

วิธีการตามลักษณะผู้ป่วย, การให้สุศึกษาและสร้างทักษะโดยใช้การสื่อสารสองทาง, การกำกับดูแลตนเอง, มีการตั้งเป้าหมาย, ค้นหาอุปสรรคและจัดการแก้ไข, มีการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพหรือใช้พยาบาลเป็นหลัก ร่วมกับการติดตามหลายครั้ง ทั้งนี้เทคนิคการให้คำปรึกษาแบบย่อ 5A's (Assess, Advise, Agree, Assist, Arrange) ครอบคลุมองค์ประกอบดังกล่าว และใช้ระยะเวลาน้อยกว่า ซึ่งใช้ได้ผลในการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ^(23, 24)

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการใช้กลวิธีประเมินความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือการให้สุศึกษาและการให้คำปรึกษา ทำให้ลดปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นการนำกลวิธีดังกล่าวมาดำเนินการร่วมกันน่าจะทำให้ลดปัจจัยเสี่ยงได้ แต่ต้องเป็นวิธีการที่สามารถปฏิบัติได้ ไม่เพิ่มภาระงาน การศึกษาวิจัยจึงเสนอรูปแบบโปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการประเมินความเสี่ยงโดยใช้ EGAT-RAMA heart score ซึ่งเป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นจากข้อมูลระดับชาติของประเทศไทย ⁽²⁵⁾ เพื่อใช้ในการสื่อสารเพื่อกระตุ้นผู้ป่วย ร่วมกับการให้คำปรึกษาแบบย่อ 5A's เพื่อให้การจัดการความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจมีความเป็นไปได้ มีความเหมาะสมกับพื้นที่และขยายผลต่อกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ ต่อไป

คำถามการวิจัย (Research question)

การใช้โปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมกับ EGAT-RAMA heart Score ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลชุมชน จะลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

วัตถุประสงค์ทั่วไป (General objective)

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมกับ EGAT-RAMA heart Score สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลชุมชน

วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific objectives)

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลชุมชน ระหว่างโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังให้โปรแกรม 12 เดือน

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลชุมชน ระหว่างโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังให้โปรแกรม 12 เดือน

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลชุมชน ระหว่างโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังให้โปรแกรม 12 เดือน

4. เพื่อเปรียบเทียบความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลชุมชน ระหว่างโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังให้โปรแกรม 12 เดือน

5. เพื่อเปรียบเทียบระดับ Total cholesterol ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลชุมชน ระหว่างโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังให้โปรแกรม 12 เดือน

6. เพื่อเปรียบเทียบระดับ High Density Lipoprotein Cholesterol (HDL-C) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลชุมชน ระหว่างโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังให้โปรแกรม 12 เดือน

7. เพื่อเปรียบเทียบความชุกของการสูบบุหรี่ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลชุมชน ระหว่างโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังให้โปรแกรม 12 เดือน

8. เพื่อเปรียบเทียบเส้นรอบเอว ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลชุมชน ระหว่างโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังให้โปรแกรม 12 เดือน

สมมติฐานของการวิจัย (Hypothesis)

โปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถลดคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจลงร้อยละ 16.1 หลังให้โปรแกรม 12 เดือน ที่ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยมีอำนาจการทดสอบร้อยละ 90

เหตุผลสนับสนุน

1. จากการศึกษาของ Wood DA และคณะ⁽²⁶⁾ ที่พบว่าหลังจากประเมินความเสี่ยงและ

ให้โปรแกรมลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดและหัวใจ กลุ่มทดลองมีคะแนนความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 16.1

2. จากการศึกษาของ Winster A และคณะ⁽²⁷⁾ ที่พบว่าหลังจากประเมินความเสี่ยงแล้วให้ข้อมูลผู้ป่วยแก่แพทย์และให้สุศึกษาคะแนนความเสี่ยงลดลงร้อยละ 24.5

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected benefit and application)

1. หากการใช้โปรแกรมทำให้ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงได้ จะสามารถขยายผลสู่สถานบริการระดับอื่น ๆ ได้ หรือขยายผลสู่โรคเรื้อรังอื่น ๆ แต่หากพบว่าไม่สามารถลดปัจจัยเสี่ยงได้ จะต้องปรับปรุงกลวิธีใหม่

2. เจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยมีความตระหนักในการลดปัจจัยเสี่ยง เนื่องจากมีข้อมูลประกอบการตัดสินใจ

3. ทำให้คุณภาพการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีระบบการบันทึกที่ตีรวมทั้งมีการประเมินภาวะแทรกซ้อน และการให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต

4. ในระยะยาวหากสามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้จะส่งผลต่อการลดอัตราเสียชีวิต

ตัวแปร (Variables)

ตัวแปรอิสระ (Independent variables)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ, เพศ, เขตที่อยู่, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, อาชีพ, รายได้ต่อเดือน, ผู้ดูแล, ระยะเวลาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง, การได้รับสุศึกษาหรือการอบรมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ, จำนวนครั้งการนัด, ยาที่ใช้

ตัวแปรตาม (Dependent variables)

1. คะแนนความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ, ระดับความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ
3. ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย ระดับความดันโลหิต, ระดับ Total cholesterol, ระดับ HDL-C, การสูบบุหรี่ และเส้นรอบเอว

วิธีการหรือสิ่งแทรกแซง (Extraneous variables)

การให้โปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมกับ EGAT-RAMA heart score

ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

การประเมินการได้รับ 5A's, พฤติกรรมการสูบบุหรี่, การรับประทานอาหาร, กิจกรรมทางกาย ใช้การสอบถามเท่านั้น โดยการสูบบุหรี่จะมีการสุ่มตรวจโคตินินในน้ำลายเพื่อยืนยันความถูกต้อง

ข้อจำกัดของงานวิจัย (Limitation)

1. เนื่องจากมีข้อจำกัดของวิธีการศึกษา จึงไม่สามารถสุ่มหากกลุ่มควบคุมในโรงพยาบาลเดียวกัน ที่มีวิธีการจัดการความดันโลหิตสูงรูปแบบเดียวกัน จึงทำให้มีปัจจัยเสี่ยงแตกต่างกัน จึงให้การวิเคราะห์ที่ควบคุมตัวแปรที่อาจจะมีอิทธิพลต่อผลของโปรแกรม
2. ปัจจัยอื่นที่ไม่ได้นำมาศึกษา เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก (Heavy alcohol consumption), ความเครียด (Stress) และเชื้อชาติ (Race) เนื่องจากเน้นปัจจัยเสี่ยงที่มีอยู่ในสมการ EGAT-RAMA heart score
3. การตัดสินใจให้ยารักษาขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์ เช่น ประเภทยาลดความดันโลหิต การตัดสินใจให้ยาลดระดับไขมันในเลือด อาจ会有ความแตกต่างกันได้ ถึงแม้จะมีแนวทางในการรักษาที่เป็นแนวทางเดียวกัน
4. การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้วัดความน่าเชื่อถือของผู้วัด (Intra-observer reliability) และระหว่างผู้วัดแต่ละคน (Inter-observer or inter-rater reliability) อาจจะมีอคติจากการวัดและการให้กิจกรรม 5A's ได้ แก่ใจโดยมีการประชุมชี้แจงการปฏิบัติ มีคู่มือ และการติดตามตรวจสอบเป็นระยะ
5. การประเมินการปฏิบัติตามโปรแกรม และการรับประทานยาของผู้ป่วยใช้การสอบถาม ซึ่งอาจได้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยใช้การกระตุ้นเตือน และตรวจสอบโดยการติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
6. การประเมินผลปัจจัยเสี่ยง อาจมีอคติจากการที่กลุ่มตัวอย่างและผู้ประเมินทราบว่าจะอยู่ในกลุ่มใด ให้การชี้แจง, มีคู่มือ และเน้นย้ำให้ปฏิบัติตามคู่มือ รวมทั้งมีการติดตามให้คำแนะนำ

ส่วนการประเมินผลระดับ Total cholesterol และ HDL-C ผู้ตรวจไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่กลุ่มใด

7. กลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีความต้องการไปรับยาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนใกล้บ้าน เมื่อเริ่มโครงการไปแล้วจึงทำให้ขาดกิจกรรมการให้คำปรึกษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แก้ไขโดยการอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ติดตามให้โปรแกรมอย่างต่อเนื่อง

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational definition)

ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย เพศ, อายุ, ระดับความดันโลหิต, ระดับ Total cholesterol, ระดับ HDL-C, การสูบบุหรี่, เบาหวาน และเส้นรอบเอว

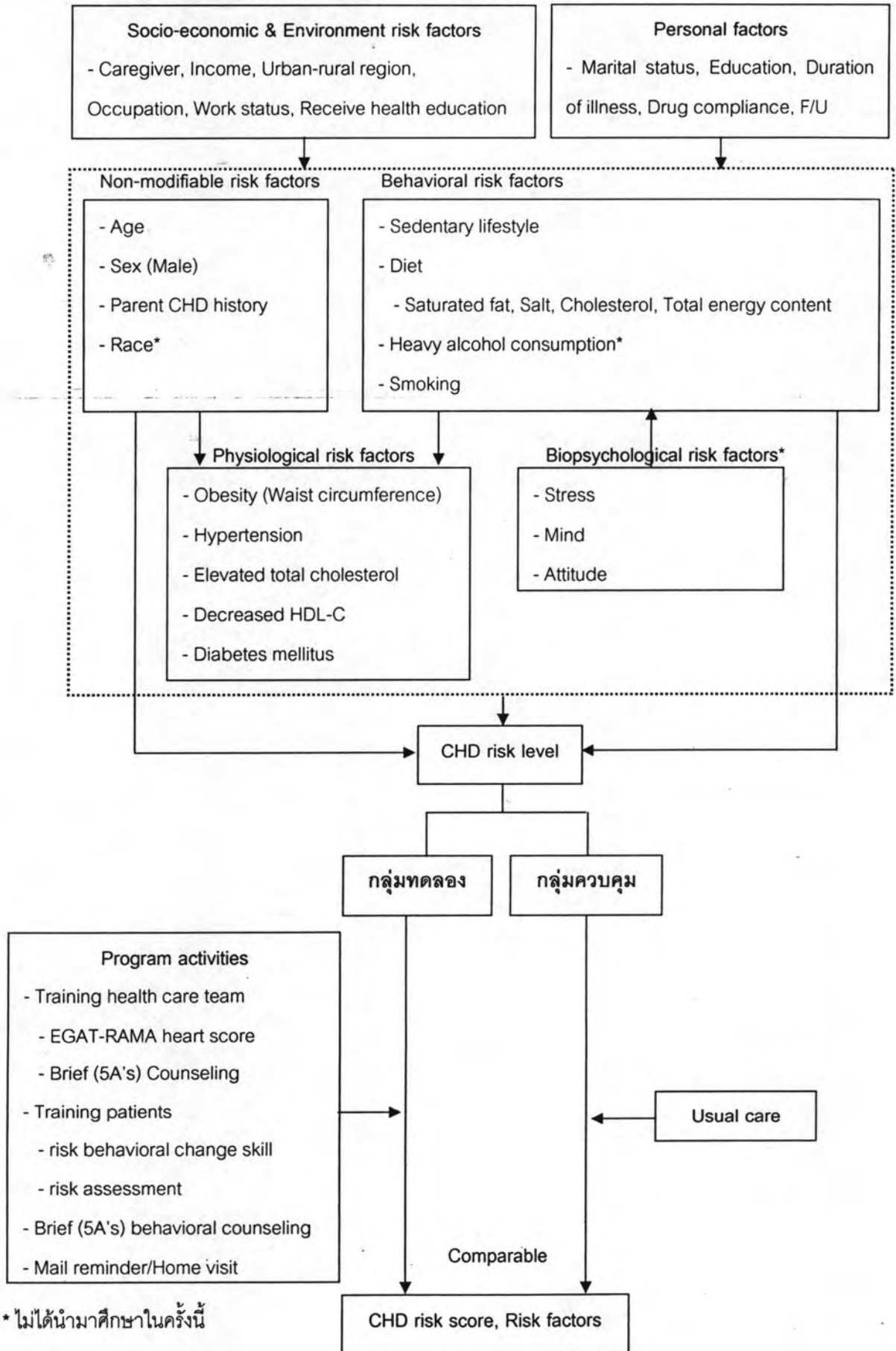
โรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง Myocardial Infarction (MI), Coronary bypass surgery, Angina pectoris ความผิดปกติของ ECG (Electrocardiogram) เช่น Elevated ST segment, Inverted T-wave หรือ T-wave change ซึ่งได้จากประวัติการบันทึกทางการแพทย์และ/หรือมีโอกาสเป็นจากการตรวจ ECG ร่วมกับประเมินโดยใช้ Rose questionnaire

EGAT-RAMA heart score หมายถึง แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ พัฒนาโดยนพ.สุกิจ แย้มวงษ์ แพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยประเมินจากปัจจัยเสี่ยงที่กำหนดในการศึกษาครั้งนี้ พยากรณ์โอกาสในการเกิดโรคใน 10 ปีข้างหน้า โดยให้ค่าจำกัดความของ โรคหลอดเลือดหัวใจที่สำคัญ คือ การเสียชีวิตและไม่เสียชีวิตจาก Acute MI, MI ที่มีอาการและไม่มีอาการ และการทำ Balloon ขยายเส้นเลือดหรือผ่าตัดต่อเส้นเลือดหัวใจ⁽²⁵⁾

โปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจประกอบด้วย กิจกรรม 2 ส่วนคือ (1) การอบรมเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับวิธีการประเมินความเสี่ยงรวม โดยใช้ EGAT-RAMA heart score, การฝึกอบรมการให้คำปรึกษาโดยใช้เทคนิค 5A's, และวิธีการดำเนินโปรแกรม (2) การอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับผู้ป่วย โดยมีกิจกรรม ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ และฝึกทักษะการปรับพฤติกรรมเสี่ยง 3 ด้าน คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, การเพิ่มกิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกาย และการเลิกสูบบุหรี่ หลังอบรมผู้ป่วยจะได้รับการให้คำปรึกษาแบบย่อ 5A's ส่งจดหมายแจ้งและติดตามเยี่ยม

เทคนิคการให้คำปรึกษาแบบ 5A's เป็นการให้คำปรึกษาแบบย่อซึ่งประยุกต์จากการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย การประเมิน (Assess) ให้คำแนะนำ (Advise) มีความเห็นร่วม (Agree) ให้การช่วยเหลือ (Assist) และกำหนดการติดตาม (Arrange)

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual framework)



* ไม่นำมาศึกษาในครั้งนี้