ศึกษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ที่มารับบริการ ณ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ประจำปี 2556

นางภริตพร ไชยรักษ์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
สารบัญ	ก
สารบัญตาราง	ข
(ก) ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา	
1. ชื่อผลงาน ศึกษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่มารับบริการ ณ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ประจำปี 2556	1
2. ระยะเวลาการดำเนินงาน	1
3. สัดส่วนของผลงานในส่วนที่ตนเองปฏิบัติ	1
4. ผู้ร่วมจัดทำผลงาน	1
5. บทคัดย่อ	1
6. บทนำ	2
7. วัตถุประสงค์	3
8. วิธีการดำเนินงาน/วิธีการศึกษา	3
9. ผลการดำเนินงาน	5
10. การนำไปใช้ประโยชน์	12
11. ความยุ่งยากในการดำเนิน/ปัญหา/อุปสรรค	12
12. ข้อเสนอแนะ/วิจารณ์	13
13. กิตติกรรมประกาศ	13
14. เอกสารอ้างอิง	13
ข) ข้อเสนอแนวคิด/วิธีการ เพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น	
ศึกษาอัตราการบรรลุระดับ LDL-C เป้าหมายตามมาตรฐานในผู้ป่วยไขมันในเลือดผิดปกติที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี	15

สารบัญตาราง

รายละเอียดตาราง	หน้า
ตารางที่ 1 แสดง ผลของการรักษาผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ	9
ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละผู้ป่วยมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติครั้งแรกกับครั้งที่สอง จำแนกตามชนิดของการตรวจไขมันในเลือด	10
ตารางที่ 3 แสดงเปรียบเทียบค่าระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ก่อนการดูแลรักษาและหลังการเข้ารับการดูแลรักษา	11
ตารางที่ 4 แสดงผลเปรียบเทียบความสัมพันธ์กันของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติก่อนการดูแลรักษาและหลังการเข้ารับการดูแลรักษา	11

สารบัญรูปภาพ

รายละเอียดตาราง	หน้า
ภาพที่ 1 ขั้นตอนการให้บริการ	6

(ก) ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงานเรื่อง ศึกษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่มารับบริการ ณ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ประจำปี 2556

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2556 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 25556

3. สัดส่วนของผลงานในส่วนที่ตนเองปฏิบัติ 100 %

4. ผู้ร่วมจัดทำผลงาน

5. บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) เพื่อศึกษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ประชากรกลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่คลินิกผู้ป่วยนอก คลินิกผู้ป่วยที่มีความเต็มใจให้ข้อมูล จำนวน 10 คน และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก ที่มารับบริการระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2556 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2556 จำนวน 180 คน

ผลการศึกษา พบว่า เดิมของโรงพยาบาล ระบบการดูแลผู้ป่วยไขมันในเลือดผิดปกติยังไม่มีแนวทางการดูแลชัดเจนขึ้นอยู่กับแพทย์ผู้ตรวจ การดูแลรักษายังไม่มีแนวทางการวินิจฉัยและการรักษาอย่างเป็นระบบ ส่วนใหญ่การรักษาจะเป็นไปตามความคิดเห็นของแพทย์แต่ละท่าน และมีการตรวจนัดเพื่อพิจารณาการปรับยาตามระดับไขมัน ส่วนใหญ่จะเป็นการให้ยาเดิมแก่ผู้ป่วย ไม่มีแนวทางการรักษาที่เป็นของโรงพยาบาล (Guideline Dyslipidemia) ที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยการรักษาผู้ป่วยอาศัยความรู้เดิมของแพทย์ที่มีอยู่เดิม ระบบการตรวจรักษาแต่ละคนยังมีความแตกต่างกัน

ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่มารับบริการอายุเฉลี่ย 49.72 ปี มีผลการรักษาระดับไขมันแบ่งตามชนิดการตรวจไขมันในเลือดครั้งแรก และครั้งที่สอง พบว่า ครั้งแรกผู้รับบริการมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติชนิด Total cholesterol (ค่าผิดปกติ Total cholesterol $\geq$ 200 มก/ดล) ร้อยละ 48.8 รองลงมาชนิด LDL cholesterol (ค่าผิดปกติ LDL cholesterol $\geq$ 130 มก/ดล) ร้อยละ 38.5 และชนิด Triglyceride(ค่าผิดปกติ Triglyceride $\geq$ 150 มก/ดล) ร้อยละ 27.1 ตามลำดับ

ครั้งที่สองพบผู้รับบริการมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติชนิด Total cholesterol ร้อยละ 50.3 รองลงมาชนิด LDL cholesterol ร้อยละ 41.7 และชนิด Triglyceride ร้อยละ 31.3 ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบค่าระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติก่อนการดูแลรักษาและหลังการเข้ารับการดูแลรักษา 3 เดือน พบว่าในการติดตามรักษาค่าระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วย ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติชนิด Total cholesterol ชนิด LDL cholesterol และชนิด Triglyceride เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์กันมีแนวโน้นลดลง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % (P value>0.05)

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าในทางปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยมีแนวโน้นลดลง แต่ยังไม่ถือว่าบรรลุเป้าหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ควรมีมาตรการในการพัฒนาเพื่อเพิ่มอัตราการบรรลุระดับไขมันเป้าหมายในผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดผิดปกติ การจัดทำแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาล การรักษาผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ต้องเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย อาหาร และยาควบคู่กับจึงจะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพ

6. บทนำ

หลักการและเหตุผล

ปัญหาและแนวโน้มของระบบสุขภาพไทยในปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับแบบแผนการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตที่เปลี่ยนไป จากโรคติดต่อมาเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากการเสื่อมถอยของสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกายและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic Conditions) ที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาเพิ่มขึ้นในประเทศกำลังพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลกได้สำรวจการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผลกระทบใน 23 ประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งรวมถึงประเทศไทยด้วย การให้บริการในสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ จึงต้องมีการปรับตัวเพื่อจัดบริการให้เหมาะสมและมีคุณภาพ คณะกรรมการการศึกษาเรื่องโคเลสเตอรอลแห่งชาติ (National Cholesterol Education Panel หรือ NCEP) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นผู้นำในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยในภาวะไขมันผิดปกติทั่วโลก ได้ตีพิมพ์หลักการและคำแนะนำในการรักษาภาวะดังกล่าวตามข้อมูลการวิจัย (Evidence-based) เป็นเวลานานกว่า 14 ปี ได้ตีพิมพ์หลักการและคำแนะนำ การรักษาภาวะไขมันผิดปกติสามารถทำได้โดยสองวิธีหลัก ได้แก่ การใช้ยาลดไขมัน (Lipid Lowering Agents) และการรักษาโดยไม่ใช้ยา ในช่วงเวลาดังกล่าว NCEP ในการรักษามาแล้ว 3 ชุด โดยชุดล่าสุดได้แก่ NCEPIII ตีพิมพ์เมื่อต้น ปี พ.ศ. 2544 ผลงานวิจัยจากต่างประเทศจำนวนมากชี้ให้เห็นว่าอัตราการบรรลุระดับไขมันเป้าหมายของ NCEP ยังอยู่ในระดับที่ต่ำ โดยเฉพาะ Low-Density Lipoprotein Cholesterol (LDL-C) ซึ่งจัดเป็นเป้าหมายหลักของการรักษา ทำให้เกิดผลเสียที่สำคัญคือ ไม่สามารถลดอัตราการและเจ็บป่วยจากโรคแทรกซ้อนต่างๆ ของโรคไขมันในเลือดผิดปกติในผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ข้อมูลด้านการบรรลุระดับไขมันเป้าหมายในประเทศไทยยังมีอยู่จำกัด ดังนั้นการศึกษาอัตราการบรรลุระดับไขมันเป้าหมายของผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าวในประเทศไทยจึงเป็นสิ่งจำเป็นและอาจนำไปสู่การพัฒนามาตรฐานการรักษาผู้ป่วยต่อไป

ภาวะไขมันผิดปกติ (Dyslipidemia) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นภาวะที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดแข็งและโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดก็เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของคนในประเทศ ซึ่งหากไม่ป้องกันให้เหมาะสมจะทำให้พัฒนาเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างน้อยถึง ร้อยละ 10 เมื่อมีอายุมากขึ้น โดยเฉพาะในช่วงอายุ 50-60 ปี อีกทั้งยังเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศไทย และปัจจุบันยังเป็นโรคที่มีแนวโน้มสูงขึ้น จากการสำรวจ พบว่า โรคภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีความชุกประมาณการอย่างน้อย 1 ใน 500 คนของประชากรทั่วไปอีกทั้งพบว่ามีความชุกมากขึ้นในเขตเมืองและมีมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ (Marks D and others.2003)

จากงานวิจัยของ Inter Asia Collaborative Group พบว่าคนไทยกว่า 4 ล้านคนมีระดับไขมันผิดปกติ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของคนไทยในกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี พบได้ถึงร้อยละ 25 และเป็นเหตุปัจจัยที่ทาให้เกิดการเสียชีวิตและทุพพลภาพจากโรคหัวใจ หลอดเลือดในสมองตีบ อัมพาต แต่เป็นภาวะที่ควบคุมและ รักษาได้ ข้อมูลระดับประเทศจากกรมบัญชีกลาง และสำนักนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีผู้ป่วยภาวะไขมันผิดปกติ (Dyslipidemia) ถึงร้อยละ 26.1 คิดเป็นผู้หญิง ร้อยละ 31.2 และเป็นผู้ชายร้อยละ 19.9 (วิชัย เอกพลากร.2555) ผลการให้บริการในศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี พบว่า ผู้รับบริการที่มาตรวจสุขภาพ ในปี 2554 จำนวน 1,321 คน มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ คือชนิดระดับโคเลสเตอรอล (Total Cholesterol,TC) ร้อยละ 47.57 มีระดับ

ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride, TG) ร้อยละ 27.65 และในปี 2555 จำนวน 1,489 คน มีระดับโคเลสเตอรอล ร้อยละ 58.52 มีระดับไตรกลีเซอไรด์ ร้อยละ 30.63

จากปัญหาดังกล่าว การดูแลรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในสถานบริการในประเทศไทย เน้นที่การรักษาด้วยการใช้ยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หรือใช้ร่วมกันทั้งสองวิธี แต่ยังพบปัญหาของการให้บริการที่ยังพบว่ามีผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม แม้ว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติจะมีแนวทางในการตรวจคัดกรองและป้องกันโรคที่มีการตีพิมพ์อยู่มากมายทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งในประเทศไทยมีการใช้แนวทางการบริการรูปแบบคุณภาพที่แนะนำจากการทบทวนหลักฐานความรู้ส่วนใหญ่อ้างอิงแนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือดโดยอาศัยมาตรฐานของ National Cholesterol Education Program (NCEP) Adult Treatment Panel III ทั้งทฤษฎีการทดลองและมาตรฐานในการดูแลรักษา แต่การดูแลอย่างเหมาะสมที่ใช้ตามแนวทางที่แนะนำนั้น ยังพบว่าไม่มีการศึกษาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ ทั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เล็งเห็นความสำคัญและตัดสินใจศึกษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่มารับบริการ ณ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ประจำปี 2556 เพื่อศึกษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน และเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาบริการที่มีมาตรฐานของผู้ป่วยโรคนี้ให้มีการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนในภาพรวมต่อไป

7. วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ ที่มารับบริการ ณ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ปี 2556

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อประเมินผลระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ
2) เพื่อติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
3) เพื่อศึกษาปัญหา และอุปสรรคของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ

8. วิธีการดำเนินงาน/วิธีการศึกษา/ขอบเขต

รูปแบบการศึกษา การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research)

กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) กลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี และ 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1) กลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่คลินิกผู้ป่วยนอก ในการศึกษาครั้งนี้ มาจากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ในประชากรที่มีความเต็มใจให้ข้อมูล ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้อง สมบูรณ์ครบถ้วนมากที่สุด ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งหมด จำนวน 10 คน ดังนี้

- แพทย์ผู้ดูแลรักษา	จำนวน	3	คน
- หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก	จำนวน	1	คน
- พยาบาลผู้ให้บริการ คลินิกผู้ป่วยนอก	จำนวน	3	คน
- นักเทคนิคการแพทย์	จำนวน	1	คน
- เภสัชกร	จำนวน	1	คน
- เจ้าหน้าที่เวชระเบียน	จำนวน	1	คน

2) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ มาจากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ที่มารับบริการระหว่าง วันที่ 1 พฤษภาคม 2556 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2556 จำนวน 180 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1) **แบบสังเกตการณ์ และแบบสอบถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกลุ่มตัวอย่างในคลินิกผู้ป่วยนอก** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ สร้างขึ้นโดยการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการรักษาผู้ป่วยที่ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และทฤษฎีวิจัยการประเมินผลเพื่อกำหนดเป็นนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร และสร้างแบบสอบถามจากนิยามเชิงปฏิบัติการ และตัวชี้วัดด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

2) **การคัดเลือกแฟ้มประวัติผู้ป่วย** การศึกษานี้เป็นแบบ Retrospective โดยเป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากแฟ้มประวัติ (Hos.XP) ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ที่มารับบริการระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2556 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2556 จำนวน 181 คน ข้อมูลที่ใช้จะเป็นข้อมูลล่าสุดของผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยรับการรักษามากกว่าหนึ่งครั้งในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา ระยะเวลาในการรักษาเริ่มนับจากวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

3) เก็บข้อมูลย้อนหลังจากแฟ้มประวัติ (Hos.XP) ของผู้ป่วย ข้อมูลที่เก็บเพื่อวิเคราะห์ในส่วนขององค์ประกอบที่ 6 (Outcome of care : O) ผลของการรักษาผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ผลการรักษา และการติดตามผล โดยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยประกอบด้วย เพศ อายุ ข้อมูลส่วนผลการรักษาประกอบด้วย ระดับไขมันในเลือด สำหรับการติดตามผลการรักษาประกอบด้วย ระยะเวลาการการติดตามระดับไขมัน และการตรวจไขมันในเลือด

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งการดำเนินการออกเป็น 2 ระยะ คือ

ก่อนดำเนินการ ผู้ศึกษาได้มีการทบทวนเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องกับเรื่องภาวะไขมันในเลือดปกติ ทั้งการวินิจฉัย และการรักษา การติดตามการรักษาต่าง ๆ และทบทวนระบบบริการในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (CPG/SOP) ของศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี การเตรียมทีมงานผู้รับผิดชอบ ระบบส่งต่อเพื่อรับการดูแลและรักษาต่อเนื่อง หลักจากทบทวนเสร็จแล้ว ผู้ศึกษาได้จัดทำเครื่องมือสำหรับการศึกษา เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ประสานงานและขอความร่วมมือจากคณะเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยนอก ที่มีความเต็มใจให้ข้อมูล ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้อง สมบูรณ์ ครบถ้วนมากที่สุด เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บข้อมูล กำหนดวัน เวลา ที่เริ่มออกเก็บแบบสอบถาม และเริ่มดำเนินเก็บแบบสอบถามตามกำหนด

ระยะดำเนินการ ผู้ศึกษาเข้าไปแนะนำตัว และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและสังเกตการทำงานที่ผู้ป่วยนอก(OPD) ทั้งการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ ทั้ง แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักเทคนิคการแพทย์รวมถึงระบบการทำงาน โดยการสอบถามหัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก (OPD) ในเรื่อง โครงสร้าง นโยบาย ทรัพยากร แหล่งงบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูง (DLP) แพทย์ เกณฑ์การวินิจฉัยการรักษา (diet control, lifestyle modification, medication, advice) การติดตามผู้ป่วย ลักษณะการทำงานในคลินิกโรคเรื้อรัง พยาบาลหน้าที่ความรับผิดชอบ นักเทคนิค

การแพทย์ เช่น เวลา ตามมาตรฐาน เภสัชกร เวชภัณฑ์/ยาที่มีอยู่ ข้อเสนอแนะ การเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการให้บริการ (Summative Evaluation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้การวิเคราะห์เอกสาร (Documentary Studies) การรวบรวมเก็บข้อมูลย้อนหลังจากแฟ้มประวัติ (Hos.XP) ของผู้ป่วยตัวอย่างที่สุ่มมา และการหาข้อมูลจากฐานข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ผลการรักษา และการติดตามผล โดยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยประกอบด้วยเพศ อายุ ข้อมูลส่วนผลการรักษาประกอบด้วย ระดับไขมันในเลือด สำหรับการติดตามผลการรักษาประกอบด้วย ระยะเวลาการการติดตามระดับไขมัน และการตรวจไขมันในเลือด หลังจากนั้น ผู้ศึกษาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล หากไม่ครบถ้วนจะประสานกลับไปยัง เจ้าหน้าที่กลุ่มตัวอย่างขอข้อมูลเพิ่มเติม เมื่อตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนแล้ว นำข้อมูลมาวิเคราะห์ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา สรุปเนื้อหาและการจัดกลุ่มเรียบเรียงเป็นข้อมูลพรรณนา สรุปและนำเสนอข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ใช้วิธีแบบผสมผสานระหว่างรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพและวิจัยเชิงปริมาณ

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การวิเคราะห์ Content Analysis จากแบบสอบถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่บริการการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เป็นไปตามแนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือดโดยอาศัยมาตรฐานของ National Cholesterol Education Program (NCEP) Adult Treatment Panel III นำข้อมูลมาสรุปเป็นหมวดหมู่ และเรียบเรียงเป็นข้อมูลบรรยาย

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อประเมินองค์ประกอบที่ 6 ผลของการรักษาผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ในการศึกษาครั้งนี้ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอ้างอิง มีรายละเอียดดังนี้

- สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- สถิติอ้างอิง ได้แก่ Paired t-test

9. ผลการดำเนินงาน/ผลการศึกษา

9.1 ผลการศึกษา

1. ข้อมูลจากการสอบถามเจ้าหน้าที่

เจ้าหน้าที่คลินิกผู้ป่วยนอก ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเจ้าหน้าที่ที่มีความเต็มใจให้ข้อมูล จำนวน 10 คน ประกอบด้วย ตำแหน่งแพทย์ผู้ดูแลรักษา จำนวน 3 คน หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก จำนวน 1 คน พยาบาลผู้ให้บริการคลินิกผู้ป่วยนอก จำนวน 3 คน นักเทคนิคการแพทย์ จำนวน 1 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่เวชเบียน จำนวน 1 คน

2. จากการสังเกตการณ์การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่มารับบริการในศูนย์อนามัย ที่ 7 อุบลราชธานี พบว่า

นโยบาย มีนโยบายเฉพาะของโรงพยาบาลที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยไขมันในเลือดผิดปกติ เป็นเพียงนโยบายภาพรวมที่ให้มีการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและผู้ป่วยมีความพึงพอใจ มีการประชุมพัฒนาระบบบริการในรูปแบบคณะกรรมการ

โครงสร้างและรูปแบบบริการ มีความเป็นรูปธรรมของบริการ คือ มีการจัดโครงสร้างงานการบริการแยกเป็นสัดส่วน มีการจัดรูปแบบขั้นตอนการให้บริการที่เป็นขั้นตอนและการให้บริการตามมาตรฐาน ได้แก่ การจัดคิวให้บริการ กำหนดระยะเวลาที่ต้องรอโดยประมาณให้ผู้รับบริการตามความเหมาะสม การจัดบริการที่เป็นขั้นตอน ลดเวลาการรอคอยทุกจุดบริการ เช่น รอการตรวจการรับยา ฯลฯ การซักประวัติ ประวัติครอบครัวเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ, ประวัติครอบครัวเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดแดงแข็งก่อนวัยอันควร การตรวจร่างกาย บันทึกน้ำหนักตัวและความสูง เพื่อคำนวณหา body mass index (BMI) โดยใช้น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม หารด้วยกำลังสองของส่วนสูงเป็นเมตร การตรวจทางห้องปฏิบัติการและพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกาย ยกเว้นข้อบ่งชี้ในการควรตรวจ มีเพียงการกำหนดของช่วงอายุมากกว่า 35 ปี แต่ยังไม่มีการกำหนดข้อบ่งชี้อื่นเพิ่มเติม การพิจารณาข้อบ่งชี้แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาเป็นหลัก ตามภาพที่ 1 ขั้นตอนการให้บริการ

ภาพที่ 1 ขั้นตอนการให้บริการ

ลักษณะบริการ การให้บริการจะให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจ เจ้าหน้าที่ให้บริการมีความกระตือรือร้น มีสีหน้าท่าทางยิ้มแย้ม การให้บริการมีการพัฒนาและปรับปรุงบริการเพื่อให้ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอยู่เสมอ มีการตรวจสอบมาตรฐาน มีการประเมินความพึงพอใจและการรับฟังข้อร้องเรียน มีสภาพแวดล้อมของการให้บริการ และสิ่งอำนวยความสะดวก บริเวณสะอาด โล่ง อากาศถ่ายเทสะดวก มีการจัดหาเก้าอี้เพียงพอต่อผู้ป่วยและญาติ มีจุดบริการน้ำดื่มเพียงพอ บุคลากรมีจำนวนเพียงพอต่อการให้บริการโดยมีการจัดทีมในการรักษาแบบสหวิชาชีพ มีความรู้ ความเข้าใจและเต็มใจในการให้บริการ

มีการมอบหมายหน้าที่ชัดเจนในการหน้าที่ มีอุปกรณ์ที่ใช้ตรวจครบถ้วน มีสถานที่เป็นหลักแหล่งชัดเจน มีการแบ่งแยกจุดต่างๆ เช่น จุดคัดกรอง ห้องเจาะเลือด สถานที่ Health education ห้องตรวจแยก 2 ห้อง ห้องจ่ายยา พื้นที่ให้บริการค่อนข้างคับแคบและแออัดเมื่อเทียบกับปริมาณของ ผู้มารับบริการ

งบประมาณทางการเงิน/ครุภัณฑ์ มีการสนับค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ ตรวจน้ำตาลในเลือด(FBS), ไขมันชนิดโคเลสเตอรอล (Chol) ,ไขมันชนิดไตรกรีเซอร์ไรด์(TG),HDL,LDL,ตรวจการทำงานของไต(Bur/cr) ,ตรวจการทำงานของตับ(SGOT/SGPT/Alk), ตรวจภาวะเสี่ยงต่อ โรคเก๊าท์ (Uric acid) เวชภัณฑ์ยา/เวชภัณฑ์มิใช่ยา ยารักษามีการจัดสรรสั่งซื้อยามาตลอด สม่ำเสมอและเพียงพอต่อความต้องการ ไม่เคยมีการขาดยาจาก Stock ยาที่ใช้ในการรักษามีเกณฑ์การให้ยา simvastatin โดยมีการให้กินยาแบบ long life รักษา LDL สูงด้วย simvastatin และ TG ด้วย gemfibozil ระบบการสั่งซื้อยา เป็นไปตามการประชุมต่อรองราคายารายปี มีการต่อรองซื้อยาจากบริษัทที่เข้าประมูล ทำให้การสั่งซื้อยาชนิดใหม่ๆ เข้ามาในรพ. เป็นไปได้ยาก

การจัดทำข้อมูลผู้ป่วย มีการเก็บข้อมูลด้วยฐานข้อมูลสำเร็จรูปโปรแกรม Hos.XP ซึ่งยังมีปัญหาในการใช้งานยาก การจัดทำเกณฑ์การคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพจำแนกผู้รับบริการโดยใช้ปิงปอง 7 สี บอกระดับอาการป่วย จำแนกผู้รับบริการเป็น 3 กลุ่ม มีแผ่นการประเมินปิงปอง 7 สี มีแผ่นพับขั้นตอนการให้บริการ มีใบซักประวัติโรคประตัว การตรวจร่างกาย ประวัติการเจ็บป่วยของตนเองและครอบครัว

การตรวจวินิจฉัยและการรักษา แพทย์ส่วนใหญ่มีหน้าที่ให้ความรู้ สั่งยา สั่งเจาะเลือด การรักษาใช้การตัดสินใจขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล โดยอิงตามความรู้เดิมของแพทย์ ใช้เวลาตรวจผู้ป่วยคนละ 2-3 นาที ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วย Dyslipidemia ได้แก่ Review ประวัติยาก, ประวัติไม่สมบูรณ์ต้องใช้เวลานาน, Lab ที่เจาะยังไม่เห็นแนวโน้มผู้ป่วยได้เท่าที่ควร ทำให้การปรับเปลี่ยนยาผู้ป่วยมีความยากลำบากเพิ่มขึ้น แพทย์มีการแนะนำผู้ป่วย การดำเนินโรคแนวทาง การรักษา ระยะเวลาที่ต้องกินยาและพิจารณาปรับยาตามผู้ป่วย ในกรณีนัดติดตามผู้ป่วย dyslipidemia หลังได้ยา simvastatin แพทย์จะเลือกการนัดติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติหลากหลาย เช่น lipid pofile (LDL HDL TG CHOL) หรือเฉพาะ LDL หรือใช้ CHOL ในการ screening และการติดตามผล ในบางกรณีการเลือกว่าผู้ป่วยรายใดไม่ต้องเจาะเลือด จะใช้ความรู้ที่มีอยู่ และดูจากอาการทางกายของผู้ป่วยแต่ละราย ถ้าหากพบว่าผู้ป่วยมีผลข้างเคียงจากยา แพทย์คิดว่าควรจะพิจารณาเปลี่ยนกลุ่มยา นอกจากนี้ยังพบว่า ชนิดของยาในโรงพยาบาลมีจำกัด กรณีผู้ป่วยที่ได้รับยา simvastatin ขนาดสูง แพทย์ทราบว่ามีแนวโน้มต้องปรับยาแต่คงระดับยาเดิมไว้อยู่

ปฏิสัมพันธ์ (Inter-personal care) และการบริการต่อเนื่อง มีการให้การปรึกษาให้คำแนะนำ สุขศึกษาแก่ผู้รับบริการและครอบครัว เจ้าหน้าที่คอยให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน แก่ผู้รับบริการและหรือครอบครัว แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซักถามความเข้าใจเกี่ยวกับโรค มีระบบประกันคุณภาพ เช่น ตู้รับฟังความคิดเห็น การติดตามระดับไขมันในเลือดหลังการรักษา ไม่มีหลักเกณฑ์การรักษาชัดเจน ระยะเวลาในการตรวจติดตาม ผู้ป่วยรวมถึงเป็นผู้นัดผู้ป่วย ระยะเวลาในการ follow up ติดตามการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามคำสั่งของแพทย์ แต่ไม่ทราบหลักเกณฑ์ในการนัดหมาย และสามารถเป็น ผู้สั่งตรวจตามใบนัด ก่อนพบแพทย์ และพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันสูงทุกคนได้รับคำแนะนำว่าให้ควบคุมอาหาร มีส่วนน้อยที่ได้รับคำแนะนำให้ออกกาลังกาย

3. การวิเคราะห์ผลการรักษาผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติจากข้อมูล Hos.XP

เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการให้บริการ (Summative Evaluation) รวบรวมข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เอกสาร (Documentary Studies) เก็บข้อมูลย้อนหลังจากแฟ้มประวัติ (Hos.XP) ของผู้ป่วยตัวอย่างที่สุ่มมา และการค้นหาข้อมูลจากฐานข้อมูล ประกอบด้วย อายุ ผลการรักษาระดับไขมันในแบ่งตามชนิดการตรวจไขมันในเลือด และผลการการติดตามระดับไขมัน เกณฑ์ที่ใช้ตัดสินระดับไขมันผิดปกติในเลือดที่พิจารณาเริ่มการรักษาด้วยการกินยา คือ 1) Total cholesterol ≥ 200 มก/ดล 2) LDL cholesterol ≥ 130 มก/ดล 3) Triglyceride ≥ 150 มก/ดล 4) HDL cholesterol *<40* มก/ดล ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อประเมินองค์ประกอบที่ 6 ผลของการรักษาผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ พบว่า

อายุ ผู้รับบริการที่มาตรวจภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ จำนวน 180 คน มีอายุเฉลี่ย 49.66 ปี อายุน้อยที่สุด 35 ปี อายุมากที่สุด 60 ปี (S.D.=6.829)

ผลการรักษาระดับไขมันแบ่งตามชนิดการตรวจไขมันในเลือดครั้งแรก จำนวน 180 คน ร้อยละ 100 เป็นชนิด Total cholesterol จำนวน 178 คน ร้อยละ 98.9 ค่าต่ำสุด 53 มก/ดล ค่าสูงสุด 427 มก/ดล มีค่าเฉลี่ยระดับไขมัน 199.80 มก/ดล (S.D.=47.75) แปลค่าว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ค่าผิดปกติ Total cholesterol ≥ 200 มก/ดล) ตรวจพบผู้ป่วยมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติครั้งแรก จำนวน 87 คน ร้อยละ 48.8 ซึ่งเป็นค่าระดับที่ควรเริ่มรับยาลดไขมันและนัดมาตรวจรักษาต่อเนื่อง โดยแบ่งการแปลค่าเป็น 2 ระดับ คือ มีผลระดับไขมันอยู่ในระดับก่ำกึ่ง 47 คน ร้อยละ 26.4 คน และผลระดับไขมันอยู่ในระดับสูง 40 คน ร้อยละ 22.5 เป็นชนิด Triglyceride จำนวน 59 คน ร้อยละ 32.8 ค่าต่ำสุด 49 มก/ดล ค่าสูงสุด 836 มก/ดล มีค่าเฉลี่ยระดับไขมัน 194.02 มก/ดล (S.D.=144.08) แปลค่าว่าอยู่ในเกณฑ์ผิดปกติ (ค่าผิดปกติ Triglyceride ≥ 150 มก/ดล) ตรวจพบผู้ป่วยมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติครั้งแรก จำนวน 16 คน ร้อยละ 27.1 ซึ่งเป็นค่าระดับที่ควรเริ่มรับยาลดไขมันและนัดมาตรวจรักษาต่อเนื่อง โดยแบ่งการแปลค่าเป็น 2 ระดับ คือ มีผลระดับไขมันอยู่ในระดับก่ำกึ่ง 14 คน ร้อยละ 23.7 คน และผลระดับไขมันอยู่ในระดับสูง 2 คน ร้อยละ 3.4 เป็นชนิด HDL cholesterol จำนวน 83 คน ร้อยละ 46.7 ค่าต่ำสุด 24 มก/ดล ค่าสูงสุด 88 มก/ดล มีค่าเฉลี่ยระดับไขมัน 49.48 มก/ดล (S.D.=13.33) แปลค่าว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ค่าผิดปกติ HDL cholesterol *<40* มก/ดล) ตรวจพบผู้ป่วยมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติครั้งแรก จำนวน 19 คน ร้อยละ 22.9 ซึ่งเป็นค่าระดับที่ควรเริ่มรับยาลดไขมันและนัดมาตรวจรักษาต่อเนื่อง เป็นชนิด LDL cholesterol จำนวน 78 คน ร้อยละ 43.3 ค่าต่ำสุด 19 มก/ดล ค่าสูงสุด 199 มก/ดล มีค่าเฉลี่ยระดับไขมัน 115.83 มก/ดล (S.D.=6.80) แปลค่าว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ค่าผิดปกติ LDL cholesterol ≥ 130 มก/ดล) ตรวจพบผู้ป่วยมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติครั้งแรก จำนวน 30 คน ร้อยละ 38.5 ซึ่งเป็นค่าระดับที่ควรเริ่มรับยาลดไขมันและนัดมาตรวจรักษาต่อเนื่อง โดยแบ่งการแปลค่าเป็น 2 ระดับ คือ มีผลระดับไขมันอยู่ในระดับก่ำกึ่ง 21 คน ร้อยละ 26.9 คน และผลระดับไขมันอยู่ในระดับสูง 9 คน ร้อยละ 11.6

ผลการการติดตามระดับไขมันตรวจครั้งที่สองเฉพาะในกลุ่มที่ตรวจพบผู้ป่วยภาวะไขมันผิดปกติ พบว่า ชนิด Total cholesterol จำนวน 87 คน ร้อยละ 100 ติดตามการรักษาต่อเนื่องตามนัด 27 คน ร้อยละ 31.0 ค่าต่ำสุด 130 มก/ดล ค่าสูงสุด 296 มก/ดล มีค่าเฉลี่ยระดับไขมัน 206.89 มก/ดล (S.D.=39.78) แปลค่าว่าอยู่ในเกณฑ์ผิดปกติ (ค่าผิดปกติ Total cholesterol ≥ 200 มก/ดล) ยังตรวจพบผู้ป่วยมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ 16 คน ร้อยละ 50.3

ชนิด Triglyceride จำนวน 16 คน ร้อยละ 100 ติดตามการรักษาระดับไขมันต่อเนื่องตามนัด 16 คน ร้อยละ 100 ค่าต่ำสุด 84 มก/ดล ค่าสูงสุด 836 มก/ดล มีค่าเฉลี่ยระดับไขมัน 229.25 มก/

ดล (S.D.=144.08) แปลค่าว่าอยู่ในเกณฑ์ผิดปกติ (ค่าผิดปกติ Triglyceride ≥ 150 มก/ดล) ยังตรวจพบผู้ป่วยมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ 5 คน ร้อยละ 31.3 ชนิด HDL cholesterol จำนวน 19 คน ร้อยละ 100 ติดตามการรักษาระดับไขมันต่อเนื่องตามนัด 10 คน ร้อยละ 52.6 ค่าต่ำสุด 30 มก/ดล ค่าสูงสุด 74 มก/ดล มีค่าเฉลี่ยระดับไขมัน 48.9 มก/ดล (S.D.=15.05) แปลค่าว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ค่าผิดปกติ HDL cholesterol *<40* มก/ดล) ยังตรวจพบผู้ป่วยมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ 3 คน ร้อยละ 30.0

ชนิด LDL cholesterol จำนวน 30 คน ร้อยละ 100 ติดตามการรักษาระดับไขมันต่อเนื่องตามนัด 12 คน ร้อยละ 40.0 ค่าต่ำสุด 52 มก/ดล ค่าสูงสุด 166 มก/ดล มีค่าเฉลี่ยระดับไขมัน 12.08 มก/ดล (S.D.=33.79) แปลค่าว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ค่าผิดปกติ LDL cholesterol ≥ 130 มก/ดล) ยังตรวจพบผู้ป่วยมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ 5 คน ร้อยละ 41.7

เปรียบเทียบค่าระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ก่อนการดูแลรักษาและหลังการเข้ารับการดูแลรักษา 3 เดือน โดยใช้ Paired t-tes การติดตามรักษาค่าระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วย พบว่า ชนิด Total cholesterol ก่อนการดูแลรักษามีค่าระดับไขมัน Mean = 218.15 (s.d.= 47.622) หลังการเข้ารับการดูแลรักษา3เดือน มีค่าระดับไขมัน Mean = 206.89 (s.d.=39.787) เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์กันมีแนวโน้นลดลง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % (P value >0.05) t = 1.754 ชนิด Triglyceride ก่อนการดูแลรักษามีค่าระดับไขมัน Mean = 322.33 (s.d.= 228.434) หลังการเข้ารับการดูแลรักษา 3 เดือนมีค่าระดับไขมัน Mean = 282.11(s.d.= 224.097) เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์กันมีแนวโน้นลดลง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น95% (P value > 0.05) t = 1.553 ชนิด LDL cholesterol ก่อนการดูแลรักษามีค่าระดับไขมัน Mean = 137.00 (s.d.= 35.699) หลังการเข้ารับการดูแลรักษา 3 เดือนมีค่าระดับไขมัน Mean =116.83 (s.d.=30.472) เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์กันมีแนวโน้นลดลง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % (P value > 0.05) t = 1.206 ชนิด HDL cholesterol ก่อนการดูแลรักษามีค่าระดับไขมัน Mean = 50.17 (s.d.= 11.822) หลังการเข้ารับการดูแลรักษา 3 เดือนมีค่าระดับไขมัน Mean = 55.00 (s.d.=13.971) เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์กันมีแนวโน้นเพิ่มขึ้น อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (P value > 0.05) t = -.869

รายละเอียดตาม ตารางที่ 1, 2 ,3 และ 4

ตารางที่ 1 แสดง ผลของการรักษาผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

รายการ	**จำนวน n = คน**	**ต่ำสุด (Min)**	**สูงสุด (Max)**	**ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)**	**มาตรฐาน (S.D.)**	**แปลค่า ระดับไขมัน**
1. อายุ	180	35	60	49.66	6.829	ไม่มี
2. ค่าระดับไขมันในเลือดครั้งแรก	180 (100.0)					
ชนิด Total cholesterol	178 (98.9)	53	427	199.80	47.75	ค่าปกติ (เหมาะสม)
ชนิด Triglyceride	59 (32.8)	49	836	194.02	144.08	ค่าผิดปกติ (ก้ำกึ่ง)
ชนิด HDL cholesterol	83 (46.7)	24	88	49.48	13.33	ค่าปกติ (ยอมรับได้)
ชนิด LDL cholesterol	78 (43.3)	19	199	115.83	6.80	ค่าปกติ (ยอมรับได้)

ตารางที่ 1 แสดง ผลของการรักษาผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (ต่อ)

รายการ	จำนวน n = คน	ต่ำสุด (Min)	สูงสุด (Max)	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	มาตรฐาน (S.D.)	แปลค่า ระดับไขมัน
3. ค่าระดับไขมันในเลือดครั้งสอง	27 (100.0)					
ชนิด Total cholesterol	27 (100.0)	130	296	206.89	39.78	ค่าผิดปกติ (ก้ำกึ่ง)
ชนิด Triglyceride	16 (59.3)	84	836	229.25	144.08	ค่าผิดปกติ (สูง)
ชนิด HDL cholesterol	10 (37.4)	30	74	48.9	15.051	ค่าปกติ (ยอมรับได้)
ชนิด LDL cholesterol	12 (44.4)	52	166	112.08	33.79	ค่าปกติ (ยอมรับได้)

หมายเหตุ

- เกณฑ์ที่ใช้ตัดสินระดับไขมันผิดปกติในเลือดที่พิจารณาเริ่มการรักษาด้วยการกินยา คือ 1) Total cholesterol $\geq$ 200 (มก/ดล) 2) LDL cholesterol $\geq$ 130 (มก/ดล) 3) Triglyceride $\geq$ 150 (มก/ดล) 4) HDL cholesterol *<40*
- จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 180 คน ชนิดการตรวจไขมันในเลือดจะตรวจหาระดับไขมันแตกต่างกันขึ้นอยู่กับการพิจารณาของแพทย์เป็นหลัก ดังนั้น ผลการรักษาระดับไขมันจึงแบ่งตามชนิดการตรวจไขมันในเลือด จึงมีผลตรวจชนิดของไขมันที่ต่างกัน
- จำนวนกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ไม่เท่ากัน เนื่องจากวิเคราะห์ข้อมูลจากการติดตามเมื่อครบกำหนดการมาตามนัด 3 เดือน และจำนวนกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 จะติดตามเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติและจำเป็นต้องมาตรวจเลือดซ้ำเท่านั้น
- เป็นข้อมูลจริงที่ได้ในระบบการติดตามการรักษาจากการวิเคราะห์ข้อมูลในระบบ Hos.XP เพื่อวิเคราะห์การรักษาตามความเป็นจริงในมาตรฐานของโรงพยาบาล

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละผู้ป่วยมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติครั้งแรกกับครั้งที่สอง จำแนกตามชนิดของการตรวจไขมันในเลือด (N=180 คน)

ชนิดของการตรวจไขมัน ในเลือดของผู้ป่วย	**เกณฑ์ตัดสินระดับไขมันในเลือด (คน/ร้อยละ)**				
	n	**ระดับไขมันปกติ**	**ระดับไขมันที่มีภาวะผิดปกติ**		
		เหมาะสม	**ก้ำกึ่ง**	**สูง**	**รวม**
ครั้งแรก					
ชนิด Total cholesterol (1)	178 (98.9)	91 (49.2)	47 (26.4)	40 (11.0)	**87 (48.8)**
ครั้งที่สอง(ติดตามเฉพาะผลผิดปกติ)					
ชนิด Total cholesterol (2)	27 (31.0)	11 (40.7)	10 (37.0)	6 (22.2)	**16 (59.3)**
ครั้งแรก					
ชนิด Triglyceride (1)	59 (32.8)	43 (72.9)	14 (23.7)	2 (3.4)	**16 (27.1)**
ครั้งที่สอง(ติดตามเฉพาะผลผิดปกติ)					
ชนิด Triglyceride (2)	16 (100)	11 (68.8)	4(25.0)	1(6.3)	**5 (31.3)**

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละผู้ป่วยมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติครั้งแรกกับครั้งที่สอง จำแนกตามชนิดของการตรวจไขมันในเลือด (ต่อ)

ชนิดของการตรวจไขมันในเลือดของผู้ป่วย	**เกณฑ์ตัดสินระดับไขมันในเลือด (คน/ร้อยละ)**				
	n	**ระดับไขมันปกติ**	**ระดับไขมันที่มีภาวะผิดปกติ**		
		เหมาะสม	**ก้ำกึ่ง**	**สูง**	**รวม**
ครั้งแรก					
ชนิด LDL cholesterol (1)	78 (43.3)	48 (61.5)	21 (26.9)	9 (11.6)	**30 (38.5)**
ครั้งที่สอง(ติดตามเฉพาะผลผิดปกติ)					
ชนิด LDL cholesterol (2)	12 (40.0)	7 (58.3)	4 (33.3)	1 (8.3)	**5 (41.7)**
ชนิดของการตรวจไขมันในเลือดของผู้ป่วย	n	**ระดับไขมันผิดปกติ (ต่ำ)**	**ระดับไขมัน**		
			เหมาะสม	**สูง**	**รวม**
ครั้งแรก					
ชนิด HDL cholesterol (1)	83 (53.1)	19 (22.9)	44 (53.0)	20 (24.1)	64 (77.1)
ครั้งที่สอง(ติดตามเฉพาะผลผิดปกติ)					
ชนิด HDL cholesterol (2)	10 (52.6)	3 (30.0)	5 (50.0)	2 (20.0)	7 (70.0)

หมายเหตุ

- (1) การตรวจเลือดครั้งที่ 1 (2) การตรวจเลือดครั้งที่ 2
- เกณฑ์ที่ใช้ตัดสินระดับไขมันผิดปกติในเลือดที่พิจารณาเริ่มการรักษาด้วยการกินยา คือ 1) Total cholesterol $\geq$ 200 (มก/ดล) 2) LDL cholesterol $\geq$ 130 (มก/ดล) 3) Triglyceride $\geq$ 150 (มก/ดล) 4) HDL cholesterol *<40*
- จำนวนกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ไม่เท่ากัน เนื่องจากวิเคราะห์ข้อมูลจากการติดตามเมื่อครบกำหนดการมาตามนัด 3 เดือน และจำนวนกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 จะติดตามเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติและจำเป็นต้องมาตรวจเลือดซ้ำเท่านั้น

ตารางที่ 3 แสดงเปรียบเทียบค่าระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ก่อนการดูแลรักษาและหลังการเข้ารับการดูแลรักษา

Paired Samples Statistics

การเปรียบเทียบ		Mean	N	s.d.
Pair 1	Total cholesterol (1)	218.15	27	47.622
	Total cholesterol (2)	206.89	27	39.787
Pair 2	LDL cholesterol (1)	137.00	12	35.699
	LDL cholesterol (2)	116.83	12	30.472
Pair 3	HDL cholesterol (1)	50.17	10	11.822
	HDL cholesterol (2)	55.00	10	13.971
Pair 4	Triglyceride (1)	322.33	16	228.434
	Triglyceride (2)	282.11	16	224.097

หมายเหตุ สถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % (P value < 0.05)
(1) การตรวจเลือดครั้งที่ 1 (2) การตรวจเลือดครั้งที่ 2

ตารางที่ 4 แสดงผลเปรียบเทียบความสัมพันธ์กันของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติก่อนการดูแลรักษาและหลังการเข้ารับการดูแลรักษา

Paired Samples Test

การเปรียบเทียบ	Mean	S. d.	t	df	P value
Pair 1 Total cholesterol (1) – (2)	11.26	33.357	1.754	26	.091
Pair 2 LDL cholesterol (1) – (2)	20.17	40.970	1.206	11	.282
Pair 3 HDL cholesterol (1) – (2)	-4.83	13.630	-.869	9	.425
Pair 4 Triglyceride (1) – (2)	40.22	77.691	1.553	15	.159

หมายเหตุ สถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % (P value < 0.05)
(1) การตรวจเลือดครั้งที่ 1 (2) การตรวจเลือดครั้งที่ 2

9.2 สรุปผลการศึกษา

1) การให้บริการไม่มีนโยบายเฉพาะของโรงพยาบาลที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยไขมันในเลือดผิดปกติเป็นเพียงนโยบายภาพรวม การดูแลรักษายังไม่มีแนวทางการวินิจฉัยและการรักษาอย่างเป็นระบบ ส่วนใหญ่การรักษาจะเป็นไปตามความคิดเห็นของแพทย์แต่ละท่าน และมีการตรวจนัดเพื่อพิจารณาการปรับยาตามระดับไขมัน ส่วนใหญ่จะเป็นการให้ยาเดิมแก่ผู้ป่วย ไม่มีแนวทางการรักษาที่เป็นของโรงพยาบาล (Guideline Dyslipidemia) ที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย ไม่มีตัวชี้วัดประเมินผลที่ชัดเจนในเรื่องไขมันในเลือดผิดปกติ การรักษาผู้ป่วยอาศัยความรู้เดิมของแพทย์ที่มีอยู่เดิม ระบบการตรวจรักษาแต่ละคนยังมีความแตกต่างกัน

2) ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ จำนวน 180 คน มีอายุเฉลี่ย 49.66 ปี ผลการรักษาระดับไขมันแบ่งตามชนิดการตรวจไขมันในเลือดครั้งแรก พบว่า ผู้รับบริการมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติชนิด Total cholesterol ร้อยละ 48.8 รองลงมาชนิด LDL cholesterol ร้อยละ 38.5 และชนิด Triglyceride ร้อยละ 27.1 ตามลำดับ

3) ผลการรักษาระดับไขมันแบ่งตามชนิดการตรวจไขมันในเลือดครั้งสอง พบว่า ผู้รับบริการมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติชนิด Total cholesterol ร้อยละ 50.3 รองลงมาชนิด LDL cholesterol ร้อยละ 41.7 และ ชนิด Triglyceride ร้อยละ 31.3 ตามลำดับ

10. การนำไปใช้ประโยชน์

1) เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการให้บริการภาวะไขมันในเลือดสูงสำหรับสถานบริการสาธารณสุข
2) เป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป และเป็นแนวทางในการศึกษาในผู้ป่วยพื้นที่อื่นๆ

11. **ความยุ่งยากในการดำเนินงาน/ปัญหา/อุปสรรค**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาระยะสั้นซึ่งอาจจะยังไม่เห็นผลการรักษาที่ชัดเจน ดังนั้น ควรมีการศึกษาในระยะยาวต่อไปเพื่อติดตามผลของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีการกระตุ้นติดตามอย่างต่อเนื่อง และศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น รวมทั้งเป็นการศึกษาผลการรักษาเพียงระยะ 3 เดือน ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยคำนึงถึงสัดส่วนของเพศชายและเพศหญิง ตลอดจนควรมีการศึกษาถึงต้นทุนในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่ได้ให้บริการ เพื่อวางแผนการลดต้นทุนการบริการให้เกิดความคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ และระบบการคัดกรองและจำแนกผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน ขึ้นอยู่กับความรู้ ความเข้าใจของพยาบาลผู้ให้บริการที่

แตกต่างกัน ดังนั้น ควรมีการศึกษาพัฒนาระบบการคัดกรองและการจำแนกกลุ่มผู้ป่วย (Screening) โดยใช้รูปแบบการคัดกรองปิงปอง 7 สี นำมาพัฒนาในการคัดกรองและจำแนกกลุ่มผู้ป่วยภาวะไขมันผิดปกติ

12. ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาต่อไป

ด้านการบริหาร ควรมีการจัดทำแนวทางในการรักษาให้เป็นมาตรฐาน (Guideline Dyslipidemia) ร่วมทั้งการพัฒนาความรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับภาวะไขมันในเลือดผิดปกติให้เป็นมาตรฐานตรงกัน เช่น การจัดอบรมประจำปี จัดทำระบบการประเมินผลการรักษา และพัฒนาระบบบริการให้มีความรวดเร็วมากขึ้น เช่น การจัดลำดับขั้นตอนการทำงาน ที่ชัดเจน ปรับปรุงระบบ Hos.XP (IT system) ให้ใช้ง่ายขึ้น และระบบการติดตามนัด เช่น การเตือนเมื่อผู้ป่วยขาดนัด loss of follow up) ไปนาน

ด้านการบริการ ควรมีเกณฑ์การคัดครองและการจำแนกกลุ่มผู้ป่วย (Screening) ที่ชัดเจน พร้อมมีการสื่อสารให้บุคลากรที่ให้บริการรับทราบ เพื่อเป็นมาตรฐานเดียวกัน ให้บริการเป็นลำดับขั้นตอนที่ชัดเจน หรือมีการจัดเป็นแบบ one stop service มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ทั้งในลักษณะ Health education ระหว่างรอและหลังพบแพทย์ การใช้สื่อการสอนควรมีการปรับเปลี่ยนวิธีการนำเสนอในส่วนของการแนะนำ เช่น การรับประทานอาหารของผู้ป่วยให้พยายามนำเสนอโดยใช้รูปภาพเป็นหลัก เพิ่มความสนใจในการเสนอเป็นการใช้ model อาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจลักษณะของอาหารมากขึ้น เนื่องจาก model เป็นสิ่งที่จับต้องได้ และในผู้ป่วยกลุ่มควบคุม การแบ่งแยกผู้ป่วยควบคุมไม่ดี(Poor control) ควรจัดให้มีการปรึกษารายบุคคล เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของการกินยา และการมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การประเมินผลการรักษาของผู้ป่วยอยู่สม่ำเสมอ และการแนบบัตรสำหรับการกรอกติดตามหรือสมุดประจำตัว ให้มีข้อมูลทั้งเรื่องของผลเลือด(lab) และการใช้ยาอย่างชัดเจน

13. กิตติกรรมประกาศ

การดำเนินการศึกษาครั้งนี้สำเร็จลงได้ ข้าพเจ้าขอขอบคุณบุคคลหลายท่านโดยเฉพาะนายแพทย์ดนัย ธีวันดา พันเอกนายแพทย์บวร แมลงภู่ทอง และแพทย์หญิงประภาภรณ์ เพชรมาก ผู้ให้การสนับสนุนด้านนโยบายและเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษา ตลอดจนที่ปรึกษาด้านความรู้ด้านวิชาการ แนวทางการดำเนินงาน ผู้ให้คำปรึกษา คำแนะนำและคำชี้แนะเกี่ยวกับเครื่องมือการเก็บข้อมูล ตลอดจนให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ร่วมทั้งคณะทำงานที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีเยี่ยมในการเก็บข้อมูล และร่วมเป็นทีมในการจัดประชุมชี้แจงการดำเนินโครงการศึกษาครั้งนี้ จนประสบความสำเร็จอย่างดียิ่ง นอกจากนี้ ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณเพื่อนร่วมงานทุกท่านและบุคคลที่ผู้ศึกษา มิได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ คอยสนับสนุนและเป็นกำลังใจมาโดยตลอด สุดท้ายนี้ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่และผู้มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างและให้ข้อมูลในการศึกษาเป็นอย่างดียิ่ง

14. เอกสารอ้างอิง

นราธร พิทักษ์อรรณพ และคณะ.***รูปแบบการสั่งใช้ยาลดระดับไขมันในเลือดในโรงพยาบาลราชวิถี.*** ภาควิชาเภสัชกรรม โรงพยาบาลราชวิถี.กรุงเทพฯ2546

นลินี พูลทรัพย์ และจันคนา บูรณะโอสถ.***ยาใหม่ในการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูง Rosuvastatin new drug for hyperlipidemia***.บทความฟื้นฟูวิชาการสำหรับการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์.วารสารไทยไภษัชยนิพนธ์.2547

สุพรรณี ฉิมมะลี. ***ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีไขมันในเลือดสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลกุดจับ*** อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี.2553

ประธาน บูรณกุลกิจการและคณะ. ***ศึกษาแนวทางการรักษาผู้ป่วยภาวะไขมันสูงใน***

โรงพยาบาลสูงเนิน.โรงพยาบาลสูงเนิน .นครราชสีมา.2555

ภก.อภิรักษ วงศรัตนชัย http://www.pha.nu.ac.th/practice/dis1/articles/NCEP%20III.pdf

Expert Panel on Detection.2001, ***Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection***, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (adult treatment panel III); JAMA; 285: 2486-97.

Fusegawa Y,Goto S,Handa S t al.1999.***Plateret spontaneous aggregation in plateletrich plasma is increased in habitual smokers***.Thrombosis research.)

ขอรับรองว่า ผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับการคัดเลือก
(นางภริตพร ไชยรักษ์)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
วันที่ ...../...../.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....
(นางบัวเรียน ศรีวัฒนสมบัติ)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
วันที่...../...../.....

(ลงชื่อ).....
(นางประภาภรณ์ เพชรมาก)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
วันที่...../...../.....

(ลงชื่อ).....
(นายประสิทธิ์ สัจจพงษ์)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี
วันที่...../...../.....

(ข) ข้อเสนอแนวคิด/วิธีการ เพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

1) **ชื่อผลงานเรื่อง** ศึกษาอัตราการบรรลุระดับ LDL-C เป้าหมายตามมาตรฐานในผู้ป่วยไขมันในเลือดผิดปกติที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี
2) **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 1 ตุลาคม 2556 - 30 กันยายน 2557
3) **สรุปเค้าโครงเรื่อง**

3.1) หลักการและเหตุผล

ภาวะไขมันผิดปกติ (dyslipidemia) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในกลุ่มโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากเป็นสาเหตุ (cause) และปัจจัยเสี่ยงสำคัญ (major risk factor) ที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary heart disease ; CHD) หรือ โรคหัวใจขาดเลือด (ischemic heart disease), กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction), โรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบ (peripheral arterial disease) และโรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease) จากงานวิจัยของ Inter Asia Collaborative Group พบว่าคนไทยกว่า 4 ล้านคนมีระดับไขมันผิดปกติ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของคนไทย จากข้อมูลของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่มารับบริการที่ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ปี 2555 จำนวน 180 คน พบว่า ครั้งแรกผู้รับบริการมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติชนิด Total cholesterol (ค่าผิดปกติ Total cholesterol ≥ 200 มก/ดล) ร้อยละ 48.8 รองลงมาชนิด LDL cholesterol (ค่าผิดปกติ LDL cholesterol ≥ 130 มก/ดล) ร้อยละ 38.5 และชนิด Triglyceride(ค่าผิดปกติ Triglyceride ≥ 150 มก/ดล) ร้อยละ 27.1 ตามลำดับ ครั้งที่สองพบผู้รับบริการมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติชนิด Total cholesterol ร้อยละ 50.3 รองลงมาชนิด LDL cholesterol ร้อยละ 41.7 และชนิด Triglyceride ร้อยละ 31.3 ตามลำดับ จะเห็นว่าผู้ป่วยที่มารับการจะพบว่าผู้รับบริการมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติชนิด Total cholesterol และชนิด LDL cholesterol เพิ่มมาขึ้นจากครั้งแรกของการรักษา ชี้ให้เห็นว่า อัตราการบรรลุระดับไขมันเป้าหมายของ NCEP ยังอยู่ในระดับที่ต่ำ โดยเฉพาะ Low Density Lipoprotein Cholesterol (LDL-C) ซึ่งจัดเป็นเป้าหมายหลักของการรักษา ทำให้เกิดผลเสียที่สำคัญคือ ไม่สามารถลดอัตราการตายและเจ็บป่วยจากโรคแทรกซ้อนต่างๆ ของโรคไขมันในเลือดผิดปกติในผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ดังนั้น **ศึกษาอัตราการบรรลุระดับ** LDL-C เป้าหมายตามมาตรฐาน**ในผู้ป่วยไขมันในเลือด**จึงเป็นสิ่งจำเป็นและอาจนำไปสู่การพัฒนามาตรฐานการรักษาผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาอัตราการบรรลุระดับ LDL-C เป้าหมายตามมาตรฐานการรักษาของ NCEP Adult Treatment Panel III ในผู้ป่วยไขมันในเลือดผิดปกติที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

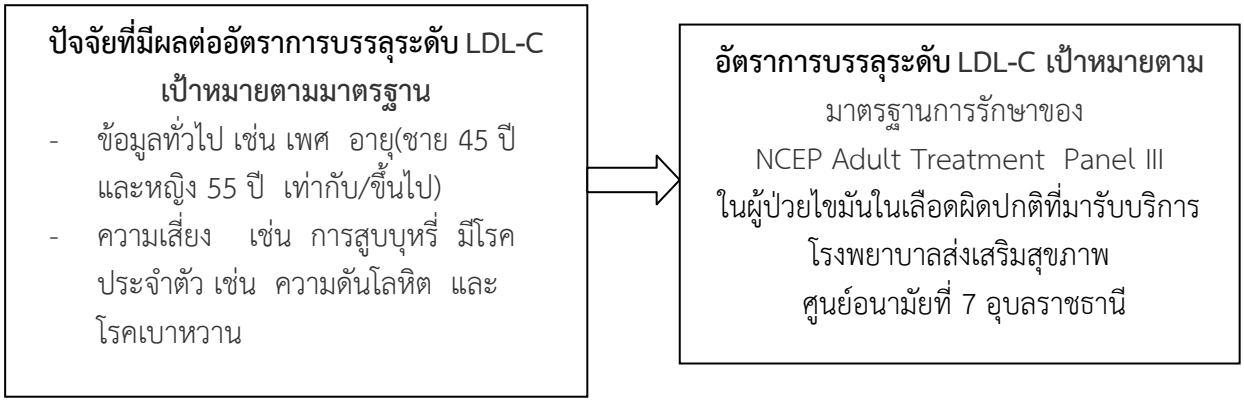
1.2 บทวิเคราะห์

ไขมันในเลือดผิดปกติ หมายถึง ร่างกายไขมันในกระแสเลือดสูง ไขมันที่สูงอาจจะเป็น cholesterol หรือ Triglyceride ก็ได้ ไขมันสูงจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคอัมพาต เนื่องจากไขมันสูงจะตกตะกอนที่ผิวของผนังหลอดเลือดที่เรียกว่าคราบไขมันหรือ Plaqueซึ่งจะ ทำให้หลอดเลือดตีบ หรือคราบอาจจะหลุดลอยไปอุดหลอดเลือดทำให้เกิดโรค ค่าปกติของไขมันอยู่ระหว่าง 140 และ 200 mg/d ทางการแพทย์จะให้ความสนใจเป็นพิเศษกับไขมัน Total Chloresterol และ LDL Choresterol และไขมัน HDL Cholesterol เนื่องจากภาวะทั้งสองสามารถควบคุมโดยการใช้ยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่การเกิดหลอดเลือดแข็งจะเกิดเร็วหากมีภาวะไขมันผิดปกติ ดังนี้ มีระดับของ

triglycerides (TG) สูง ,ไขมัน low-density lipoprotein (LDL) สูง:ซึ่งเป็นไขมันไม่ดี และไขมัน highdensity lipoprotein-cholesterol (HDL-C)ต่ำ ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติสามารถรักษาด้วยการไม่ใช้ยาและการใช้ยา วิธีการไม่ใช้ยา ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดาเนินชีวิต (Therapeutic Lifestyle Change: TLC) ได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่ การจัดการความเครียด การออกกาลังกาย การลดน้าหนักกรณีที่มีน้าหนักเกินมาตรฐาน และการรับประทานอาหารอย่างถูกต้อง การหลีกเลี่ยงการบริโภคไขมันอิ่มตัว และการบริโภคอาหารที่มีผลลดระดับแอลดีแอล (นลินี พูลทรัพย์ และจันคนา บูรณะโอสถ, 2547; พึงใจ งามอุโฆษ และคณะ, 2545) เมื่อจัดการสาเหตุของระดับไขมันในเลือดผิดปกติโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดาเนินชีวิตเป็นเวลา 3-6 เดือนแล้วระดับไขมันในเลือดยังสูงเกินเป้าหมายที่กำหนดจึงต้องมีการใช้ยาร่วมด้วย แพทย์จะพิจารณาเลือกใช้ยาให้เหมาะสมกับความผิดปกติของไขมันของผู้ป่วยแต่ละราย โดยพิจารณาจากชนิดและความรุนแรงของระดับไขมันในเลือดที่ผิดปกติ (พึงใจ งามอุโฆษ และคณะ, 2545; National Cholesterol Education Program [NCEP], 2001)

การจัดการตนเองเป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญในการปรับพฤติกรรมด้านสุขภาพและรักษาภาวะสุขภาพ (Dongbo et al, 2003) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลใช้จัดการกับภาวะเรื้อรังของตน โดยพฤติกรรมที่ปฏิบัติสามารถลดผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจจากภาวะเจ็บป่วย ทาให้บุคคลมีความสามารถจัดการกับผลกระทบของอาการของโรค และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนถึงขั้นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้สามารถอยู่กับภาวะเรื้อรังของโรคได้ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและต้องกระทำอย่างสม่ำเสมอ (Barlow, Wrigth, Sheasby, Turnur, & Hainsworth, 2002) การจัดการตนเองเป็นรูปแบบของพฤติกรรมเพื่อการควบคุมโรคหรือความเจ็บป่วยของบุคคลซึ่งต้องอาศัยความรู้และทักษะในการปฏิบัติการดูแลตนเอง สิ่งสำคัญประการหนึ่งของแนวคิดการจัดการตนเอง คือ บุคคลจะสามารถปฏิบัติการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลนั้นจะต้องมีสมรรถนะแห่งตน (Embrey, 2006) เกิดความมั่นใจว่าตนมีความสามารถที่จะจัดการและดาเนินการกระทาพฤติกรรมนั้นได้สาเร็จตามเป้าหมาย (efficacy beliefs) และรับรู้ว่าพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัตินั้นจะส่งผลตามที่ต้องการ (outcome expectation) โดยบุคคลจะสามารถพัฒนาสมรรถนะแห่งตนได้จาก 4 แหล่ง (Bandura, 1997) ได้แก่ การประสบความสาเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) การชักจูงด้วยคาพูด (verbal persuasion) และสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and effective states) คณะกรรมการการศึกษาเรื่องโคเลสเตอรอลแห่งชาติ (National Cholesterol Education Panel หรือ NCEP) ของประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นผู้นำในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยในภาวะไขมันผิดปกติทั่วโลก ชี้ให้เห็นว่า อัตราการบรรลุระดับไขมันเป้าหมายของ NCEP ยังอยู่ในระดับที่ต่ำ โดยเฉพาะ lowdensity lipoprotein cholesterol (LDL-C) ซึ่งจัดเป็นเป้าหมายหลักของการรักษา ทำให้เกิดผลเสียที่สำคัญ คือ ไม่สามารถลดอัตราการตายและเจ็บป่วยจากโรคแทรกซ้อนต่างๆ ของโรคไขมันในเลือดผิดปกติในผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ข้อมูลด้านการบรรลุระดับไขมันเป้าหมายในประเทศไทยยังมีอยู่จำกัด ดังนั้น ศึกษาอัตราการบรรลุระดับ LDL-C เป้าหมายตามมาตรฐานในผู้ป่วยไขมันในเลือดผิดปกติที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานีจึงเป็นสิ่งจำเป็นและอาจนำไปสู่การพัฒนามาตรฐานการรักษาผู้ป่วยต่อไป

กรอบแนวคิดในการศึกษา



<u>ขั้นตอนในการดำเนินงาน</u>

1) **วิธีกาศึกษา**

1.1)**. การคัดเลือกแฟ้มประวัติผู้ป่วย** การศึกษานี้เป็นแบบ cohortstudy โดยเป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดผิดปกติที่ได้รับยาลดไขมันในเลือด ซึ่งเข้ามารับการบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2556 - 30 กันยายน 2557 ข้อมูลที่ใช้จะเป็นข้อมูลล่าสุดของผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยรับการรักษามากกว่าหนึ่งครั้งในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา ระยะเวลาในการรักษาเริ่มนับจากวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

1.2**) การเก็บข้อมูล** ข้อมูลที่เก็บและนำมาใช้ในการวิเคราะห์แบ่งออกได้เป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ผลการรักษาและการติดตามผลและอาการไม่พึงประสงค์ โดยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยประกอบด้วยเพศ อายุ ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคร่วม โรคแทรกซ้อน ข้อมูลส่วนผลการรักษาประกอบด้วย ข้อมูลยาที่ผู้ป่วยได้รับได้แก่ ยาที่สั่งใช้ ความแรง วิธีรับประทาน ระดับไขมันในเลือด ระยะเวลาการติดตามผล ระยะเวลาการรักษา เป้าหมายการรักษาและการบรรลุเป้าหมายการรักษา สำหรับการติดตามผลการรักษาและอาการไม่พึงประสงค์ประกอบด้วย การติดตามระดับไขมันและโรคร่วมที่สำคัญได้แก่ การตรวจไขมันในเลือด การวัดระดับน้ำตาลในเลือด และการวัดความดันภายใน 1 ปี ก่อนวันที่ทำการเก็บข้อมูล อาการไม่พึงประสงค์ประกอบด้วย ลักษณะอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น ยาที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ และการปฏิบัติของแพทย์เมื่อตรวจพบอาการไม่พึงประสงค์

1.3**) การประเมินผลการรักษา** อ้างอิงแนวทางการรักษาของ NCEP III การประเมินในขั้นแรกเริ่มต้นที่การประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและจำแนกผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่มได้แก่ กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง กลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง และกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำโดยระดับ LDL-C เป้าหมายของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มได้แก่ น้อยกว่า 100, น้อยกว่า 130, และน้อยกว่า 160 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ตามลำดับ ดังในตาราง 1 การรายงานอัตราการบรรลุระดับ LDL-C เป้าหมายคิดเป็นร้อยละของการบรรลุเป้าหมายของผู้ป่วยรวมและผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มเสี่ยง และมีการทดสอบความสัมพันธ์ของระยะเวลาในการรักษาและอัตราการบรรลุเป้าหมาย

1.4) การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมทางสถิติสำเร็จรูป ด้วยสถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย และใช้ Chi-square test เป็นตัวทดสอบความสัมพันธ์ของข้อมูล

2) นิยามคำศัพท์ในการศึกษา

1) **ระดับไขมันในเลือด** หมายถึง ระดับของโคเลสเตอรอลรวม แอลดีแอลโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และ

ระดับเอชดีแอลโคเลสเตอรอล ในเลือดที่เจาะส่งตรวจหลังจากงดอาหาร 9-12 ชั่วโมง และส่งตัวอย่างเลือดเพื่อวิเคราะห์ระดับไขมันในเลือดที่หน่วยปฏิบัติการเคมี ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

2) **อัตราการบรรลุระดับไขมัน LDL-C ตามเป้าหมายมาตรฐาน** หมายถึง ระดับ LDL-C เป้าหมายแบ่งตาม

ระดับความเสี่ยง ดังนี้

ลักษณะของผู้ป่วย	LDL-C เป้าหมาย (มิลลิกรัม/เดซิลิตร)
กลุ่มความเสี่ยงต่ำ มีปัจจัยเสี่ยง 0-1 อย่าง (10-year risk* < ร้อยละ 10)	< 160
กลุ่มความเสี่ยงปานกลาง มีปัจจัยเสี่ยง ≥ 2 อย่าง และมี 10-year risk* ≤ ร้อยละ 20	< 130
กลุ่มความเสี่ยงสูง มีโรค CHD หรือ CHD risk equivalents** หรือมี 10-year risk* > ร้อยละ 20	< 100

- ความเสี่ยงของการเกิดโรค CHD ได้แก่ โรคเบาหวาน (diabetes mellitus), โรคหลอดเลือด

ส่วนปลายตีบ , abdominal aortic aneurysm, และ carotid artery stenosis.

3.3) <u>ผลที่คาดว่าจะได้รับ</u>

ได้ข้อมูลเป็นแนวทางในการวางแผนการจัดการตนเองเป็นรูปแบบของพฤติกรรมเพื่อการควบคุมโรคหรือความเจ็บป่วยของบุคคลซึ่งต้องอาศัยความรู้และทักษะในการปฏิบัติการดูแลตนเอง ในเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อการรักษาให้บรรลุเป้าหมาย และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำการศึกษาครั้งต่อไป

<u>3.4) ตัวชี้วัดความสำเร็จ</u> อัตราการบรรลุระดับไขมัน LDL-C ตามเป้าหมายมาตรฐาน ดังนี้

- **กลุ่มความเสี่ยงต่ำ** มีปัจจัยเสี่ยง 0-1 อย่าง และ 10-year risk* < ร้อยละ 10 มีค่า LDL-C < 160 mg/dL
- **กลุ่มความเสี่ยงปานกลาง** มีปัจจัยเสี่ยง ≥ 2 อย่าง และมี 10-year risk* ≤ ร้อยละ 20 มีค่า LDL-C < 130 mg/dL
- **กลุ่มความเสี่ยงสูง** มีโรค CHD หรือ CHD risk equivalents** หรือมี 10-year risk* > ร้อยละ 20
  มีค่า LDL-C < 100 mg/dL

3.5) <u>แนวคิดการพัฒนางานในอนาคต</u>

โรคไขมันในเลือดผิดปกติเป็นสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือดหลายชนิด ถึงแม้ว่าจะมีงานวิจัยทางคลินิกขนาดใหญ่ที่แสดงให้เห็นประโยชน์ของการควบคุมระดับไขมันและมีคำแนะนำในการรักษาต่างๆ แต่ในทางปฏิบัติพบว่า ยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนมากที่การรักษาไม่บรรลุเป้าหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่จะได้ประโยชน์สูงสุดจากการควบคุมระดับไขมัน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีโรคร่วมที่ส่งผลเสีย เช่น โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ในอัตราที่สูง หนึ่งในแนวทางแก้ปัญหาการรักษาคือ การจัดตั้งทีมรักษาที่มีลักษณะเป็นสหสาขาวิชาชีพ มีข้อมูลงานวิจัยจำนวนมากในต่างประเทศที่แสดงให้เห็นถึงว่า การทำงานร่วมกันในลักษณะของทีมสหสาขาวิชาชีพในการรักษาโรคไขมันในเลือดผิดปกติ สามารถเพิ่มอัตราการบรรลุระดับไขมันเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และนำมาวางแผนในการจัดให้มีมาตรการ และการพัฒนาเพื่อเพิ่มอัตราการบรรลุระดับไขมันเป้าหมายในผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดผิดปกติรวมไปถึงการรักษาโรคร่วมที่สำคัญ เพื่อประโยชน์ในการลดอัตราการตายและเจ็บป่วยจากโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากรไทย **ผลักดัน**การกำหนดระดับ LDL-C เป้าหมายโดย NCEP III เป็นตัวอ้างอิง ร่วมกับแพทย์ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีการกำหนดเป้าหมายที่ไม่แตกต่าง ส่งผลให้อัตราการบรรลุเป้าหมายที่ประเมินไม่เกิดความแตกต่างกัน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับการคัดเลือก

(นางภริตพร ไชยรักษ์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

วันที่...../...../.....