

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน จังหวัดเลย

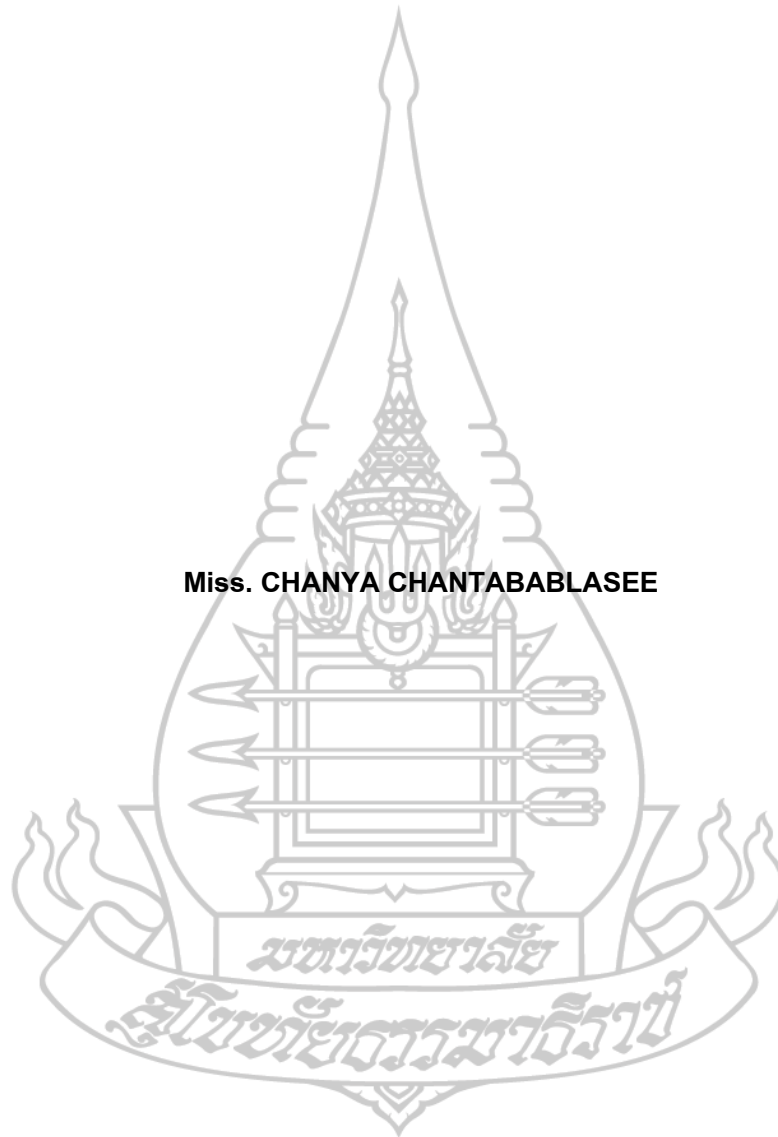


นางสาวจรรยา จันทะบัณฑาศรี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสโขทัยธรรมราชวิทยาลัย

พ.ศ. 2566

**The Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for Care of
Hypertension Patients with Atrial Fibrillation in the Community, Loei Province**



Miss. CHANYA CHANTABABLASEE

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master Nursing Science in Community Nurse Practitioner

School of Nursing

Sukhothai Thammathirat Open University

2023

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน จังหวัดเลย
ชื่อและนามสกุล	นางสาวจรรยา จันทะบับภาศรี
แขนงวิชา / วิชาเอก	การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา	1. รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	2. รองศาสตราจารย์ ดร.นพวรรณ เปี้ยชื่อ

วิทยานิพนธ์นี้ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2566

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนวยสัตย์ชื่อ)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุทธิพร มูลศาสตร์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เปี้ยชื่อ)

..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.นราธิป ศรีราม)

ชื่อวิทยานิพนธ์

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน จังหวัดเลย

ผู้วิจัย นางสาวจรรยา จันทะบัวภาศรี รหัสนักศึกษา 2635100080

ปริญญา: พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ (2) รองศาสตราจารย์ ดร.

นพวรรณ เปี้ยชื่อ ปีการศึกษา 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว 2) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน และ 3) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน

รูปแบบการวิจัยและพัฒนา มีขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกตามแนวคิดของซุคัพ กลุ่มตัวอย่างแบ่งตาม 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกระตุ้นเพื่อค้นหาปัญหาและแนวปฏิบัติทางคลินิก กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ จำนวนกลุ่มละ 12 คน 2) การสนับสนุนและค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ กลุ่มตัวอย่างคือตำราและงานวิจัย จำนวน 11 เรื่อง พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 คน และผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน 3) การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปทดลองใช้ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ จำนวนกลุ่มละ 15 คน และ 4) การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ในการปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างถูกเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 1) แนวคำถามการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย 2) แนวทางการระดมสมองเพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก 3) แบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกอะกรีทู 4) แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และ 5) แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และสถิติทดสอบวิลต์ค็อกชัน ไชน์ แรงค์

ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ได้แก่ ใจสั่น หายใจหอบเหนื่อย เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย มีภาวะเลือดออกง่าย ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ความกลัวในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่และการเข้าสังคม ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลตามปัญหาเหล่านี้ 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกประกอบด้วย ขั้นตอนและคำจำกัดความในการดูแล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วัตถุประสงค์ กิจกรรมและการประเมินผลพยาบาล ซึ่งการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกตามวิธีของอะกรีทู ทุ ในภาพรวมได้ร้อยละ 92.86 และรายหมวดได้ร้อยละ 90.00-97.78 และ 3) หลังทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก พบว่าผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แต่ผลลัพธ์ทางคลินิกไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ โรคความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจห้องบนพลิ้วไหว แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก พฤติกรรมการดูแลตนเอง

Thesis title: “The Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for Care of Hypertension Patients with Atrial Fibrillation in the Community, Loei Province”

Researcher: “Miss. CHANYA CHANTABABLASEE”; ID: “2635100080”;

Degree: Master of Nursing Science (Community Nurse Practitioner);

Thesis advisors: (1) Associate Professor Sutteeporn Moonsart;(2) Associate Professor Noppawan Piaseu ; **Academic year:** 2023

Abstract

The purposes of this study were 1) to study the problems and needs of hypertensive patients with atrial fibrillation; 2) to develop a clinical nursing practice guideline (CNPg) for the care of hypertensive patients with atrial fibrillation in the sample community; and 3) to study the effectiveness of the developed CNPg for the care of hypertensive patients with atrial fibrillation in the community.

The research design was a research-and-development model. A clinical nursing practice guideline (CNPg) was developed according to Soukup’s concept. The sample group was divided into four steps: 1) Evidence-triggered phase: the sample consisted of 12 patients and 12 registered nurses; 2) Evidence-support phase: the sample consisted of 11 textbooks and research papers, 12 registered nurses, and 5 experts; 3) Evidence-observed phase: the sample group consisted of 15 patients and 15 registered nurses; and 4) Evidence-based phase. The samples for every phase were purposefully selected. Research tools included: 1) a focus group guideline for exploring patient problems and needs; 2) a brainstorming guideline for developing clinical nursing practice guidelines; 3) The Appraisal of Guidelines Research and Evolution II: AGREE II; 4) questionnaires of knowledge and self-care behavior of patients; and 5) a satisfaction questionnaire for the registered nurses about use of the CNPg. Data were analyzed by descriptive statistics, content analysis, and the Wilcoxon signed rank test.

The results illustrated that 1) the problems and needs of patients were the physical problems of heart palpitations, dyspnea, dizziness, fatigue, and bleeding tendency; 2) lack of self-care knowledge; and 3) fear of communicating with personnel and society. Therefore, patients needed care for these problems. 2) The clinical nursing practice guidelines that were developed included steps and definitions of care, nursing diagnosis, objectives, implementations, and evaluation. The quality assessments of the CNPg by AGREE II were 92.86% overall and 90.00–97.78% in each item. 3) After CNPg testing, the knowledge and self-care behaviors of patients were significantly improved at .05. The clinical data were not significantly different (p -value<.05). Registered nurses’ satisfaction with using the CNPg was at the highest level.

Keywords : Hypertension, Atrial fibrillation, Clinical Nursing Practice Guideline, self-care behavior.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มุลศาสตร์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.นพวรรณ เปียชื่อ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่ได้กรุณาชี้แนะแนวทาง ให้คำแนะนำ ให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งการสนับสนุนให้กำลังใจ และต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ จนประสบความสำเร็จ ผู้ศึกษาจึงขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนาศัตย์ชื่อ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมนึก สกุลหงส์โสภณ อาจารย์ ดร.กฤษณพร ทิพย์กาญจนาเรขา นายแพทย์ชัยยา ปานันท์ นายสมโชค กัญยาเยาว และนางสาววนิดา เคนทองดี ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเลย และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่อนุญาตและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการทดสอบเครื่องมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาลท่าลี่ ท่านสาธารณสุขอำเภอท่าลี่ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่อนุญาตและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการเก็บข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี และขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการร่วมวิจัยครั้งนี้ ทำให้การวิจัยครั้งนี้บรรลุความสำเร็จได้เป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ผู้ให้กำเนิด ขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวทุกท่านที่ให้ความรัก ความห่วงใยเป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้านมาโดยตลอดตั้งแต่เริ่มต้นจนถึง ปัจจุบัน ทำให้ผู้วิจัยมีกำลังใจต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ จนประสบความสำเร็จในการวิจัย และท้ายที่สุดขอขอบคุณเพื่อน ๆ และบุคคลที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ และให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

นางสาวจรรยา จันทะบับภาศรี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	6
นิยามคำศัพท์	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	10
ความรู้โรคความดันโลหิตสูง	11
ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง	11
ปัจจัยเสี่ยงและกลไกการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	12
การวินิจฉัยและการรักษาโรคความดันโลหิตสูง และหัวใจห้องบนพลิ้วไหวจากโรคความดันโลหิตสูง	15
การดูแลผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว	26
การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก	33
ความหมายและประโยชน์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก	33
ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก	35
แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	39
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว	40
การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในพื้นที่ที่ศึกษา	44

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	52
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	52
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	54
การตรวจสอบเครื่องมือ	64
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	66
การเก็บรวบรวมข้อมูล	66
การวิเคราะห์ข้อมูล	67
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	69
ตอนที่ 1 ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว	69
ตอนที่ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว	77
ตอนที่ 3 ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน	90
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	101
สรุปการวิจัย	101
อภิปรายผล	104
ข้อเสนอแนะ	115
บรรณานุกรม	116
ภาคผนวก	120
ประวัติผู้วิจัย	207

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 จำนวน อัตราป่วย และอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ปี 2561-2565 จังหวัดเลย.....	46
ตารางที่ 2.2 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี.....	47
ตารางที่ 2.3 ผลการดำเนินงานวาร์ฟารินคลินิกจังหวัดเลย.....	48
ตารางที่ 3.1 ผลการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติ แยกรายหมวด.....	57
ตารางที่ 3.2 ผลการตรวจสอบหาความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว.....	65
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว จำแนกข้อมูลทั่วไป.....	70
ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว จำแนกตามข้อมูลสุขภาพ.....	71
ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว จำแนกตามปัญหาและความต้องการ.....	76
ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	77
ตารางที่ 4.5 หลักฐานเชิงประจักษ์ในการศึกษาเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวชุมชน.....	78
ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในการทดลองแนวปฏิบัติ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	91
ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในการทดลองแนวปฏิบัติ จำแนกตามข้อมูลสุขภาพ.....	92
ตารางที่ 4.8 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และหัวใจห้องบนพลิ้วไหวที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง.....	94
ตารางที่ 4.9 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว.....	95

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.10 การเปรียบเทียบข้อมูลทางคลินิก.....	96
ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	97
ตารางที่ 4.12 ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก.....	98



สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดงานวิจัย.....	5
ภาพที่ 4.1 ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว.....	83



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข องค์การอนามัยโลกประมาณการว่ามีประชากรวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 30–79 ปีทั่วโลกป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 1.28 พันล้านคนทั่วโลก โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยมีจำนวนน้อยกว่าครึ่ง (ร้อยละ 42) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เพียง 1 ใน 5 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (World Health Organization: WHO, 2023) รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยจากการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พบว่าในปี พ.ศ. 2562 – 2563 ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นร้อยละ 25.4 ซึ่งพบในประชากรชายร้อยละ 26.7 และประชากรหญิงร้อยละ 24.2 และมีความชุกสูงสุดในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป (วิชัย เอกพลากร, 2564) เมื่อเปรียบเทียบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประเทศตามเขตสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2565 พบว่าเขตสุขภาพที่ 8 มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2561–2565 เป็น 9,518.26, 10,193.63, 10,689.92, 11,299.98 และ 11,882.80 ต่อแสนประชากรตามลำดับ จังหวัดเลยซึ่งเป็นจังหวัดหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 8 ที่มีอัตราความชุกสูงที่สุดเมื่อเทียบกับจังหวัดที่อยู่ในเขตสุขภาพเดียวกัน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2561–2565 จังหวัดเลยมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็น 12,491.91, 13,183.12, 13,794.22, 14,390.12 และ 15,031.92 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (HDC Report, 16 ตุลาคม พ.ศ. 2565) ซึ่งเป็นความชุกที่ใกล้เคียงกับระดับประเทศ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ถือเป็นภัยเงียบ เนื่องจากโดยมากไม่แสดงอาการของโรค แต่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นจำนวนมาก เมื่อเทียบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศตามเขตสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2565 พบว่าเขตสุขภาพที่ 8 มีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดจาก 12 เขตสุขภาพไม่รวมกรุงเทพมหานคร โดยมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 2.59 ประมาณการค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2557 พบว่าประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 80,000 ล้านบาทต่อปี ต่อจำนวนผู้ป่วยประมาณการ 10 ล้านคน (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์, 2557) ซึ่งจังหวัดเลยการเสียชีวิต

ด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของจังหวัดในปี พ.ศ. 2564 เมื่อพิจารณาข้อมูลในจังหวัดเลยพบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 76,812 คน สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีเพียงร้อยละ 47.35 (เป้าหมายร้อยละ 60)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดหัวใจห้องบนพลิ้วไหว (Atrial Fibrillation: AF) โดยผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสพัฒนาจนเกิดหัวใจห้องบนพลิ้วไหวสูงกว่าผู้ที่ไม่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 1.7 เท่า อีกทั้งโรคความดันโลหิตสูงยังเพิ่มความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากหัวใจห้องบนพลิ้วไหว ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจวาย และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้โดยที่ร้อยละ 30 ของผู้มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว จะต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง และร้อยละ 10 จะต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง ในรอบหนึ่งปี ซึ่งมีแนวโน้มการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็น 2 เท่าของเพศเดียวกันและอายุเท่ากัน ในด้านคุณภาพชีวิตของผู้มีหัวใจห้องบนพลิ้วไวมากกว่าร้อยละ 60 ของผู้มีหัวใจห้องบนพลิ้วไวมียุทธศาสตร์เรื่องการออกกำลังกาย แต่มีเพียงร้อยละ 17 เท่านั้นที่มีภาวะทุพพลภาพ ด้านจิตวิทยาพบว่าผู้มีหัวใจห้องบนพลิ้วไวมียุทธศาสตร์วิตกกังวลมากขึ้น ตลอดจนพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 16-20) และมีผู้ป่วยบางส่วนมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย ร้อยละ 20-30 ของผู้มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวพบภาวะหัวใจวาย หรือภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายทำงานผิดปกติตามมา ร้อยละ 20-30 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด และร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบพบว่าเป็นผู้เคยมีหัวใจห้องบนพลิ้วไวมามาก่อน และอัตราการเสียชีวิตของผู้มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวเป็น 1.5-3.5 เมื่อเทียบกับผู้ที่เพศเดียวกัน และอายุเท่ากัน โดยสาเหตุของการเสียชีวิตสูงสุดคือโรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 49) (สมาคมโรคหัวใจแห่งสหภาพยุโรป: The European Society of Cardiology, 2020) ซึ่งการเกิดหัวใจห้องบนพลิ้วไหวเพียง 5-6 นาที สามารถทำให้เกิดภาวะลิ่มเลือดได้ ผู้ป่วยที่โรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวจึงถือว่าเป็นผู้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดลิ่มเลือด จำเป็นต้องได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Verdecchia, Angeli & Reboldi, 2017)

ปัจจุบันการรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากหัวใจห้องบนพลิ้วไวยังนิยมใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด แม้จะมีการค้นคว้ายาต้านการแข็งตัวของเลือดในกลุ่มไม่ต้านฤทธิ์ของวิตามินเคมากขึ้น แต่ยาออกฤทธิ์และหมดฤทธิ์อย่างรวดเร็ว จึงจำเป็นต้องเคร่งครัดเรื่องการรับประทานยา หากลิ่มจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น และประสบการณ์ใช้ยากลุ่มไม่ต้านฤทธิ์ของวิตามินเคในประเทศไทยยังไม่มากเท่ายาแอสไพรินทั้งในเรื่องของขนาดยา กลไกการออกฤทธิ์ คุณสมบัติทางเภสัชศาสตร์ ปฏิสัมพันธ์กับยากลุ่มอื่น การจัดการกับภาวะ

เลือดออก รวมถึงการใช้ยาในกรณีเฉพาะต่าง ๆ ดังนั้นยาตัวฟารินจึงยังเป็นที่นิยมใช้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในประเทศไทย (วิพัชร พันธวิมล, 2562) แต่เนื่องจากยาตัวฟารินเป็นยาที่มีช่วงในการรักษาแคบ (narrow therapeutic index) และมีความแปรปรวนระหว่างบุคคลสูง (wide interindividual variability) จึงทำให้อาจได้รับการรักษาที่ไม่ได้ประสิทธิภาพเท่าที่ควร หรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา การปรับขนาดยาตัวฟาริน เพื่อให้อยู่ในช่วงของการรักษาจึงมีความสำคัญ และเป็นขนาดจำเพาะในแต่ละบุคคล จึงจำเป็นต้องมีการติดตามการรักษาด้วยค่า INR (International Normalized Ratio) อย่างใกล้ชิด (นิตยสุภา วัฒนชัย และสุทธิดา แก้วมุงคุณ, 2560) ทำให้เกิดความแออัดของผู้รับบริการในโรงพยาบาลศูนย์ และผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการเดินทางทำให้มีความจำเป็นในการเปิดคลินิกตัวฟารินในโรงพยาบาลชุมชน

เครือข่ายงานการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาตัวฟารินจังหวัดเลยจัดตั้งขึ้นเพื่อตอบสนองแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาโรคหัวใจ ในปี พ.ศ. 2559 โดยจัดให้มีการจัดตั้งตัวฟารินคลินิกในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อลดความแออัดของผู้รับบริการในโรงพยาบาลศูนย์ เพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาตัวฟารินสำหรับเจ้าหน้าที่ และเพิ่มอัตราของผู้ป่วยรับยาตัวฟารินที่ไอเอ็นอาร์อยู่ในช่วงของการรักษา จากการศึกษาข้อมูลเครือข่ายงานการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาตัวฟารินจังหวัดเลย พบว่า ใน พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวทั้งหมด 4,437 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่รับบริการในตัวฟารินคลินิก 1,060 คน แม้จะได้รับการปรึกษาด้านการใช้ยาก่อนพบแพทย์ผู้ป่วยที่ไอเอ็นอาร์ไม่อยู่ในช่วงของการรักษาแล้วก็ตาม แต่ยังคงพบว่าร้อยละของการเข้าถึงช่วงการรักษาไม่ถึงร้อยละ 50 แต่ยังคงพบปัญหาการเข้าถึงช่วงการรักษาไม่ถึงเกณฑ์ที่ตั้งไว้ร้อยละ 70 และยังคงภาวะเลือดออกรุนแรง (Major bleeding) แม้จะน้อยกว่าร้อยละ 1 แต่ถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และเป็นอันตรายในผู้ป่วยที่ได้รับยาตัวฟาริน

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวพบว่า ความรู้ในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด และการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุขมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบสั้นพลิ้วที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (พรรณี ไพศาลทักษิณ, อภิรติ คำเงิน, จันทร์จิรา ยานะชัย, และณัฐติมาภรณ์ เคนหงส์, 2561) และการพัฒนาการบริบาลทางเภสัชกรรมเชิงรุกในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง โดยการเยี่ยมบ้านทางเภสัชกรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีค่า TTR ตามเป้าหมาย และยังคงช่วยติดตามแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ (พิกรม อโศกบุญรัตน์ และทิภาดา สามสีทอง, 2564) แต่ยังคงพบปัญหาจากการ

ไช้ยวาร์ฟารินที่พบมากที่สุด คือ ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง รองลงมาคือผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่มากเกินไป ผู้ป่วยเกิดอันตรายกิริยาระหว่างยา และผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ส่วนปัญหาจากการใช้ยาอื่น ๆ ที่พบ ได้แก่ การเก็บยาไม่เหมาะสม การแบ่งเม็ดยาไม่ถูกต้อง และการไม่เข้าใจคำสั่งการใช้ยา (สาวิตรี เหล่าไพบูลย์กุล, อังคนา ช่วยชัย, ศิวกร บันลือพีช, ภากร บรรณโสภิชญ์, ศิรปภา มาตรมุลตรี และวรรณดี คงเทพ, 2562) และภาวะเลือดออกโดยการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย พบว่า ทั้ง 2 รายมีภาวะเลือดออก โดยผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาเกินขนาด ทำให้มีจ้ำเลือดที่แขนและขาทั้ง 2 ข้าง ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด และผู้ป่วยรายที่ 2 มีอาการเลือดกำเดาไหลเป็นบางวัน (เกษราภรณ์ จันดี, 2563)

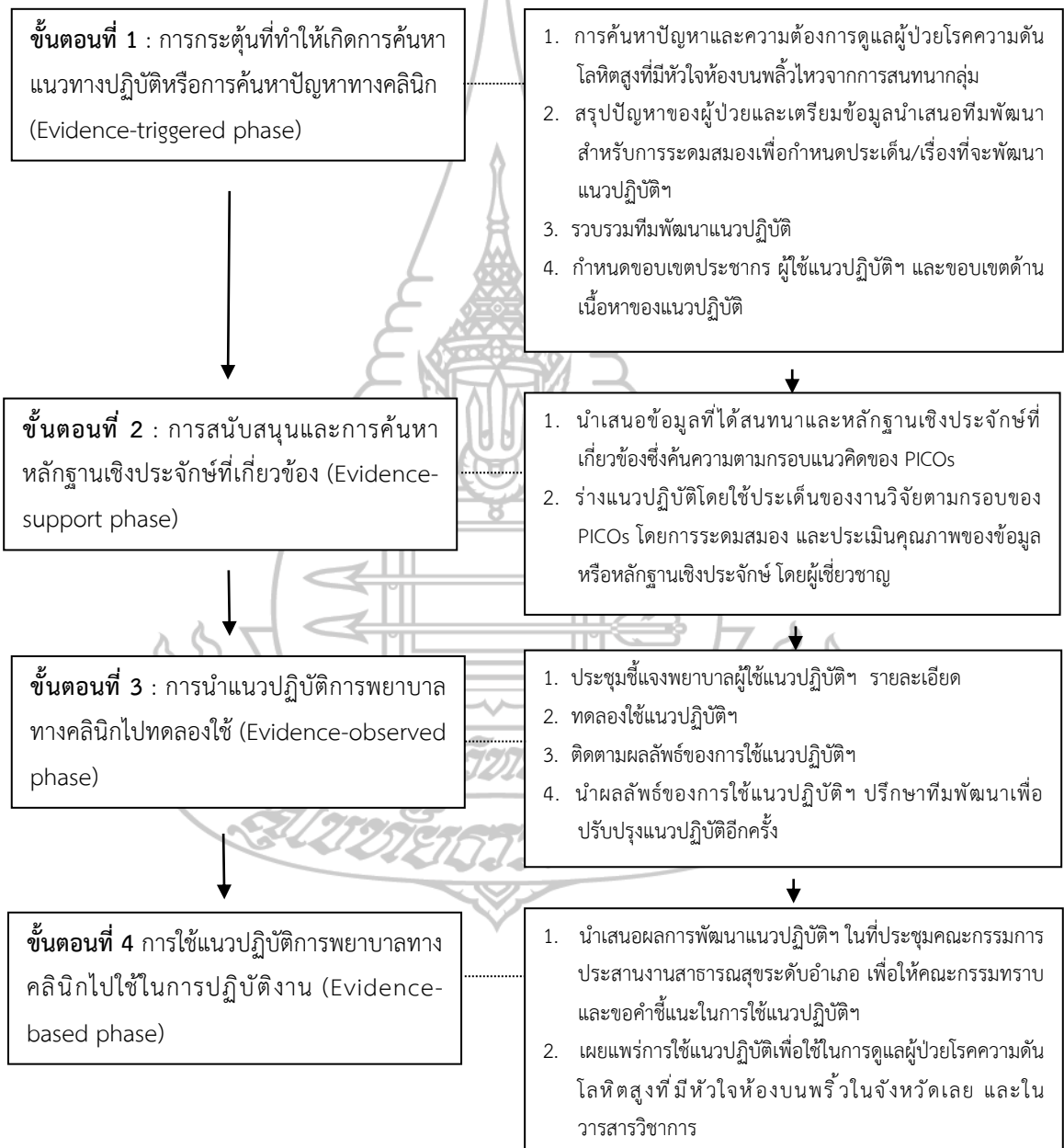
ปัจจุบันยังไม่พบแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน ดังนั้น การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว จึงมีความสำคัญ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพ (Soukup, 2000) การศึกษาแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกระตุ้นที่ทำให้เกิดการค้นหาแนวทางปฏิบัติหรือการค้นหาปัญหาทางคลินิก 2) การสนับสนุนและการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง 3) การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปทดลองใช้ และ 4) การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว รวมทั้งเพื่อให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานปฐมภูมิมีแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชนที่มีประสิทธิภาพต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 2.1 เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว
- 2.2 เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน
- 2.3 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพ (Soukup, 2000) การศึกษาแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกระตุ้นเพื่อค้นหาปัญหาและแนวปฏิบัติทางคลินิก 2) การสนับสนุนและค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปทดลองใช้ 4) การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ในการปฏิบัติงาน



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดงานวิจัย

4. ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้มีขอบเขตดังนี้

4.1 ขอบเขตด้านประชากร

4.1.1 ประชากร

1) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในเขตพื้นที่รับผิดชอบจังหวัดเลย จำนวน 4,437 คน

2) เป็นพยาบาลวิชาชีพในเขตพื้นที่รับผิดชอบจังหวัดเลย จำนวน 1,350 คน

4.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 การกระตุ้นที่ทำให้เกิดการค้นหาแนวปฏิบัติหรือค้นหาปัญหาทางคลินิก เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในเขตพื้นที่รับผิดชอบอำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย จำนวน 12 ราย ถูกเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง และ 2) กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปทดลองใช้ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในเขตพื้นที่รับผิดชอบอำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย จำนวน 15 ราย ถูกเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง

2) พยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ในขั้นตอนที่ 1 การกระตุ้นที่ทำให้เกิดการค้นหาแนวปฏิบัติหรือค้นหาปัญหาทางคลินิก ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุน และค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ และขั้นตอนที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปทดลองใช้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่รับผิดชอบอำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย จำนวน 12 คน ถูกเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง และกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในขั้นตอนที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปทดลองใช้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่รับผิดชอบอำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย จำนวน 15 คน ถูกเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง

4.2 ขอบเขตด้านตัวแปรที่ศึกษา ตัวแปรต้น ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจในชุมชน ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติ

4.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา ระยะเวลาในการศึกษาโดยใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพ (Soukup, 2000) การศึกษาแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกระตุ้นเพื่อค้นหาปัญหาและแนวปฏิบัติทางคลินิก 2) การสนับสนุนและค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) การนำ

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปทดลองใช้ 4) การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ในการปฏิบัติงานระหว่างวันที่ 5 มกราคม พ.ศ. 2566 ถึง 6 ตุลาคม พ.ศ. 2566

5. นวัตกรรมที่เฉพาะ

5.1 ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว หมายถึง ความแตกต่างระหว่างสภาพที่เป็นอยู่และสภาพที่ควรจะเป็นที่สังเกตได้ ซึ่งความแตกต่างนี้ทำให้เกิดปัญหาและหากไม่ได้รับการแก้ไข พัฒนาหรือสนองตอบจะก่อให้เกิดผลเสีย แต่หากได้รับการแก้ไข การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกก็จะเป็นผลดีต่อหน่วยงานและผู้ป่วย ความต้องการในการดูแลสุขภาพตนเอง มุ่งเน้นไปที่ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ ดังนี้

5.1.1 ปัญหาและความต้องการการดูแลด้านร่างกาย หมายถึง ความแตกต่างระหว่างสภาพที่เป็นอยู่และสภาพที่ควรจะเป็นที่สังเกตได้ ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน

5.1.2 ปัญหาและความต้องการการดูแลด้านจิตใจ หมายถึง ความแตกต่างระหว่างสภาพที่เป็นอยู่และสภาพที่ควรจะเป็นที่สังเกตได้ในการปรับประคับประคองสภาพจิตใจให้อยู่ในภาวะปกติ โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับ เรื่องต่าง ๆ อาทิเช่น ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการใจสั่น และความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา

5.1.3 ปัญหาและความต้องการการดูแลทางสังคม หมายถึง ความแตกต่างระหว่างสภาพที่เป็นอยู่และสภาพที่ควรจะเป็นที่สังเกตได้ด้านสังคมที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวมีข้อจำกัดในการเข้าสังคมและถูกรบกวน

5.2 แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน หมายถึง เอกสารหรือข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบสำหรับพยาบาล เพื่อช่วยในการตัดสินใจอย่างเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โดยจัดทำเป็นคู่มือ (manual) ตามขั้นตอน (step) ของกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในปัญหาทางคลินิกที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งประยุกต์การใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การใช้แผนการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล โดยสร้างขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่กล่าวถึงแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อช่วยในการตัดสินใจของทีมผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน

5.3 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว หมายถึง กระบวนการสร้างและทดสอบ ซึ่งเป็นการจัดทำตามข้อเสนอแนะสร้างขึ้นจากการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม เพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจสำหรับเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน โดยให้กลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือกลุ่มผู้พัฒนาแนวปฏิบัติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและผ่านการประเมินคุณค่าของหลักฐานจากผู้เชี่ยวชาญ ตามรูปแบบขั้นตอนของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกระตุ้นเพื่อค้นหาปัญหาและแนวปฏิบัติทางคลินิก 2) การสนับสนุนและค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปทดลองใช้ 4) การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ในการปฏิบัติงาน

5.4 ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากการที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน การประเมินประสิทธิผลมีผลลัพธ์มี 3 ด้าน ดังนี้

5.4.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและหัวใจห้องบนพลิ้วไหวที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ความจำและความเข้าใจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและหัวใจห้องบนพลิ้วไหวที่เกิดจากความดันโลหิตสูง ในด้านความรู้เกี่ยวกับโรค การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด และการรับประทานยา

5.4.2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา

5.4.3 ผลการลัพธ์ทางคลินิก หมายถึง ผลการตรวจร่างกายที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก เช่น ชีพจร ระดับความดันโลหิต และผลการตรวจเลือดเพื่อทดสอบระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในช่วงของการรักษา (Time in Therapeutic Range: TTR หมายถึง ระยะเวลาที่ค่าไอเอ็นอาร์ (International Normalized Ratio: INR) ของผู้ป่วยอยู่ในช่วงเป้าหมายการรักษาที่กำหนด โดยที่ $INR = PT$ ของผู้ป่วยหารด้วยค่าเฉลี่ย PT ของคนปกติ และ PT (Protopin time) คือ ค่าระยะเวลาการแข็งตัวของเลือด)

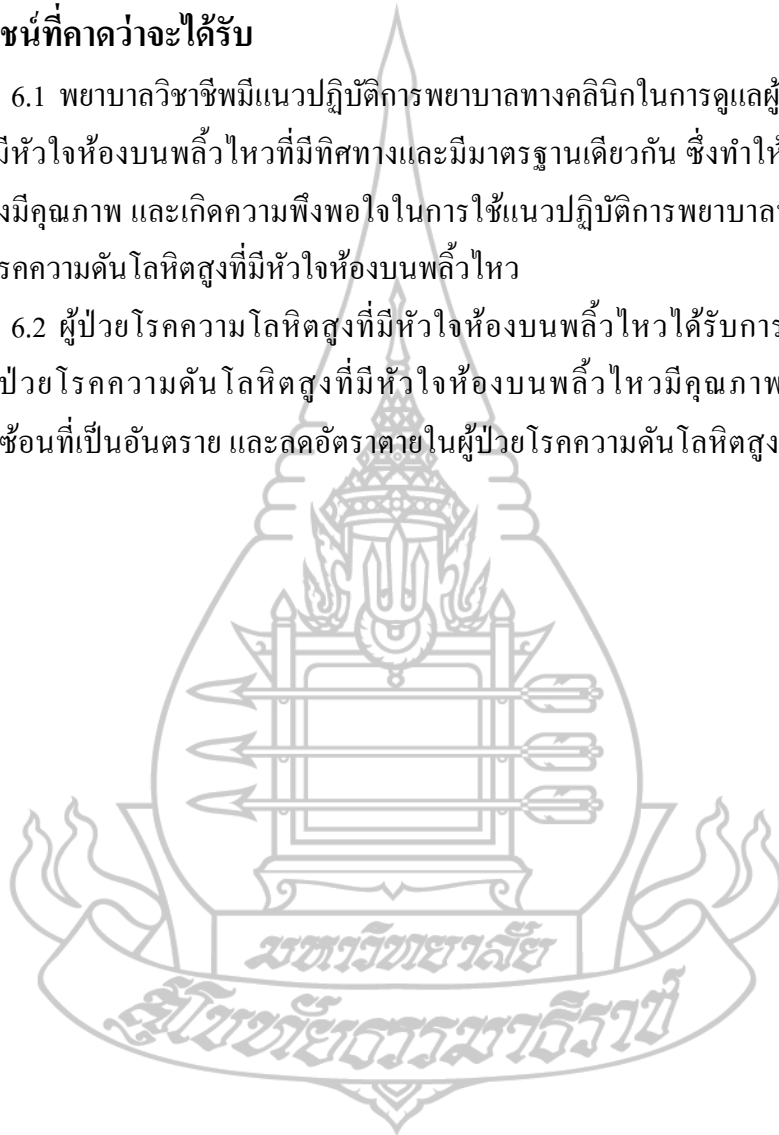
5.5 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวใน

รูปแบบการเดินของหัวใจห้องบนพลั่วไหวและได้รับการดูแลในวาร์ฟารินคลินิกในโรงพยาบาลชุมชน ไม่รวมภาวะแทรกซ้อนของหัวใจในรูปแบบอื่น มีประวัติรับบริการที่วาร์ฟารินคลินิกโรงพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนอย่างน้อย 6 เดือน

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 พยาบาลวิชาชีพมีแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลั่วไหวที่มีทิศทางและมีมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งทำให้มีผลลัพธ์ในการดูแลได้อย่างมีคุณภาพ และเกิดความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลั่วไหว

6.2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลั่วไหวได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลั่วไหวมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย และลดอัตราการตายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลั่วไหว



บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน จังหวัดเลย ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูล แนวคิดทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ความรู้โรคความดันโลหิตสูง

1.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

1.2 ปัจจัยเสี่ยงและกลไกการเกิดโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว

1.3 การวินิจฉัยและการรักษาโรคความดันโลหิตสูง และหัวใจห้องบนพลิ้วไหวจากโรคความดันโลหิตสูง

1.4 การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว

1.5 ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว

2. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว

2.1 ความหมายและประโยชน์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

2.2 ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

2.3 แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว

4. การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในพื้นที่ศึกษา

4.1 สถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ศึกษา

4.2 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว

4.3 ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว

1. ความรู้โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่หลอดเลือดมีความดันเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเมื่อหัวใจบีบตัวเลือดจะถูกลำเลียงจากหัวใจภายในหลอดเลือดไปยังทุกส่วนของร่างกาย ทำให้เกิดแรงกระทำของเลือดที่กดทับผนังหลอดเลือด ส่งผลให้แรงด้านการไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น หัวใจจึงต้องบีบรัดตัวแรงขึ้น ดังนั้นเมื่อวัดความดันโลหิตส่วนปลายจึงทำให้ได้ค่าความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้น

1.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

องค์การอนามัยโรค (WHO, 2021) ให้คำจำกัดความค่าความดันโลหิต คือแรงที่เกิดจากการไหลเวียนของหลอดเลือดแดงและผนังหลอดเลือดแดง โดยเขียนเป็นตัวเลข 2 ตัว ตัวแรก (systolic Blood Pressure: SBP) คือความดันในหลอดเลือดแดงเมื่อหัวใจบีบตัว และตัวเลขตัวที่สอง (Diastolic Blood Pressure: DBP) คือความดันในหลอดเลือดแดงเมื่อหัวใจคลายตัว เมื่อวัดความดันโลหิตตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป โดยที่ทั้ง 2 ครั้งไม่ใช่วันเดียวกัน ได้ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกได้มากกว่าเท่ากับ 140 mmHg (SBP \geq 140 mmHg) ทั้ง 2 วัน และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าเท่ากับ 90 mmHg (DBP \geq 90 mmHg) ทั้ง 2 วัน จะถือว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง(Hypertension)

วิชัย เอกพลากร (2564) ให้คำจำกัดความโรคความดันโลหิตสูงหมายถึงผู้ที่มีความดันซิสโตลิกเฉลี่ยตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป (SBP \geq 140 mmHg) หรือความดันไดแอสโตลิกเฉลี่ยตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป (DBP \geq 90 mmHg) หรือกำลังได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาลดความดันโลหิตสูง

สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2562) ให้คำจำกัดความโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตมาตรฐานที่สถานพยาบาลได้ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก \geq 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก \geq 90 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันโลหิตที่วัดจากบ้านได้ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก \geq 135 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก \geq 85 มิลลิเมตรปรอท

ดังนั้น โรคความดันโลหิตสูงจึงหมายถึงการที่บุคคลมีความค่าความดันโลหิตที่วัดในสถานพยาบาลได้ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกได้มากกว่าเท่ากับ 140 mmHg (SBP \geq 140 mmHg) และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าเท่ากับ 90 mmHg (DBP \geq 90 mmHg) หรือมีค่าความดันโลหิตที่บ้านได้ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกได้มากกว่าเท่ากับ 135 mmHg (SBP \geq 135 mmHg) และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าเท่ากับ 85 mmHg (DBP \geq 85 mmHg)

หลังจากมีการประเมินซ้ำในวันที่แตกต่างกัน หรือกำลังได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาลดความดันโลหิตสูง

1.2 ปัจจัยเสี่ยงและกลไกการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

1.2.1 ปัจจัยเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

นพวรรณ เปียเชื้อ (2563) กล่าวว่าโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการร่วมกัน ซึ่งแบ่งได้ 2 กลุ่ม ดังนี้

1) **ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้** คือปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ (1) พันธุกรรม รวมถึงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในครอบครัว โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน (2) อายุ โดยความดันโลหิตจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น (3) เพศ โดยเพศชายมีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศหญิง (4) เชื้อชาติ โดยอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงพบมากที่สุดในชาวผิวดำ และพบน้อยที่สุดในชาวผิวขาว

2) **ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้** คือปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพรวมถึงการดำเนินชีวิตที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ได้แก่ (1) การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ มีวิถีชีวิตแบบเนือยนิ่ง 2. การบริโภคอาหารที่มีไขมันและโซเดียมสูง (3) ความเครียด โดยความเครียดทั้งร่างกายและจิตใจกระตุ้นระบบซิมพาเทติก โดยการหลั่งสารแคทีโคลามีน ส่งผลให้หลอดเลือดหดตัว หัวใจจึงต้องบีบตัวแรงขึ้น ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นชั่วคราว และหากมีความเครียดอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (4) การสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือด (5) การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งส่งผลให้ระดับไตรกรีเซอรัลในเลือดเพิ่มสูงขึ้น และกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ต่อมหมวกไตหลั่งสารคอร์ติซอล และอิพิเนฟรินเพิ่มขึ้น ทำให้หัวใจเพิ่มการบีบตัวและความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น (6) ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยการเพิ่มของคอเรสเตอรอล และไตรกรีเซอไรด์เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือด ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น (7) ดัชนีมวลกาย โดยผู้ที่มีดัชนีมวลกายสูง มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายปกติ 2 – 6 โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง

1.2.2 กลไกการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ (Primary or essential hypertension) หมายถึง โรคความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นเอง หรือสาเหตุที่แน่ชัดไม่ได้ พบได้ประมาณร้อยละ 85-95 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด และโรคความดันโลหิตสูงชนิดทุติยภูมิ (Secondary hypertension) หมายถึง โรคความดันโลหิตสูงที่มาจากสาเหตุอื่น

เช่น การตีบของหลอดเลือดที่ไต การมีก้อนที่ต่อมหมวกไต เป็นต้น โดยมีกลไกที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มของระดับความดันโลหิต จนกระทั่งกลายเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Harrison, Coffman & Wilcox, 2021) ดังนี้

1) *ไต และของเหลวในร่างกาย* มีบทบาทสำคัญ 4 ประการในการควบคุมความดันโลหิต ประการแรก คือ การผลิตเรนินซึ่งเป็นแอสปาร์ติกโปรตีนเอส (aspartic protease) ที่แยกแองจิโอเทนซิโนเจน (Angiotensinogen) กับแองจิโอเทนซิน วัน (Angiotensin I) ซึ่งจะถูกเอนไซม์ปรับเปลี่ยนแองจิโอเทนซิน วัน (Angiotensin I-converting enzyme: ACE) เปลี่ยนเป็นแองจิโอเทนซิน ทู (Angiotensin II) ในระบบเรนิน - แองจิโอเทนซิน (Renin-angiotensin system: RAS) เรนินถูกสังเคราะห์ในชั้นต้นเป็นโปรเรนนินสารตั้งต้นที่ใช้งานไม่ได้ แปลงเป็นเรนินที่ใช้งานอยู่เมื่อจับกับ PRR (ตัวรับโปรเรนนิน) ภายใต้สภาวะปกติ เรนินจะถูก produced โดยเซลล์เฉพาะของหลอดเลือดแดง และถูกปล่อยออกมาเพื่อตอบสนองต่อการลดความดันโลหิต หรือการส่งไซโตไคน์ไปยังเซลล์ ซึ่งการกระตุ้นเป็นเวลานานของเส้นประสาทที่ไตทำให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดแดงเกิดการเปลี่ยนแปลง ประการที่สอง คือ การเปลี่ยนแปลงของการขับปัสสาวะ และการขับไซโตไคน์โดยไตเป็นแหล่งขับน้ำและไซโตไคน์ที่สำคัญในรูปแบบของปัสสาวะ ระดับความดันโลหิตที่เพิ่มอย่างเฉียบพลันจะทำให้ท่อไตหดตัว จนไม่สามารถดูดซึมไซโตไคน์ได้ และระดับความดันโลหิตที่เพิ่ม สามารถย้ายตัวขนส่งร่วมไซโตไคน์คลอไรด์ที่ไวต่อโพแทสเซียมในท่อส่วนปลายได้ ประการที่สาม คือ การสร้างสัญญาณสะท้อนผ่านเส้นประสาทส่วนปลายของไต ประมาณร้อยละ 90 ของเส้นประสาทไตเป็นเส้นประสาทส่วนปลายที่ส่งสัญญาณไปยังไต จึงช่วยเพิ่มการสลายไซโตไคน์ในท่อไต และการปล่อยเรนินทำให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดแดง และส่งไปยังก้านสมองการกระตุ้นประสาทซิมพาธิกส่วนแอลฟาทำให้หลอดเลือดแดงหดตัว ทำให้มีความต้านทานของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการทำงานของระบบเรนิน - แองจิโอเทนซินให้ผลิตแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin II) ส่งผลให้หลอดเลือดแดงหดตัวซึ่งทำให้ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้นและการกระตุ้นประสาทซิมพาธิกส่วนเบต้าทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น และแรงบีบตัวของหัวใจเพิ่มขึ้น ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และประการที่สี่ คือการทำหน้าที่เป็นจุดกระตุ้นภูมิคุ้มกัน ความดันโลหิตสูงที่เกิดจากแองจิโอเทนซิน ทู และกระตุ้นเซลล์เดนไดรติกสำหรับแอนติเจนในไตที่ย้ายไปยังอวัยวะน้ำเหลืองทุติยภูมิ เพื่อเปิดใช้งานเซลล์ T ซึ่งถูกบล็อกที่ไต แสดงให้เห็นว่าไตมีบทบาทในการสร้างแอนติเจน

2) *หลอดเลือด* ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดมีปฏิกิริยาต่อแรงดันที่เกิดจากการบีบตัวของหัวใจที่เพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอ ประกอบกับในผู้ใหญ่มีปริมาณเลือดและการเพิ่มขึ้นของแรงจากการเต้นของหัวใจ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการทำงานของหลอดเลือดที่ส่งเสริม

การหดตัวของหลอดเลือดและลดการขยายตัวของหลอดเลือด หลอดเลือดแดง จะขยายออกระหว่างซิสโตลและหดตัวใน ไดเอสโตลิก ทำให้เกิดแรงต้านและมีแนวโน้มว่าการแข็งตัวของหลอดเลือดและความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น

3) *ระบบประสาทส่วนกลาง* การกระตุ้นประสาทซิมพาธิกส่วนแอลฟา ทำให้หลอดเลือดแดงหดตัว ทำให้มีความต้านทานของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการทำงานของระบบเรนิน – แองจิโอเทนซินให้ผลิตแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin II) ส่งผลให้หลอดเลือดแดงหดตัวซึ่งทำให้ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้นและการกระตุ้นประสาทซิมพาธิกส่วนเบต้าทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น และแรงบีบตัวของหัวใจเพิ่มขึ้น ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น ประกอบกับต่อมใต้สมองส่วนหลังมีการหลั่งฮอร์โมนแอนตี้ไดยูเรติกฮอร์โมน (Antidiuretic hormone) เพื่อตอบสนองต่อการลดลงของสารเหลวในระบบไหลเวียน และส่งผลต่อกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดทำให้เลือดที่ไหลผ่านต้องถูกบีบให้ผ่านอย่างแรง เกิดอันตรายต่อเยื่อบุภายในหลอดเลือดซึ่งจะทำให้มีการหลั่งสารที่มีผลต่อหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดมีการหดตัวมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

4) *อัลโดสเตอโรน (Aldosterone)* ผลิตโดยเซลล์ zona granulosa ของต่อมหมวกไตเพื่อตอบสนองต่อ แองจิโอเทนซินทู (Angiotensin II) ในระบบไหลเวียนจะกระตุ้นให้มีการหลั่งของฮอร์โมนแอลโดสเตอโรน (Aldosterone hormone) จากต่อมหมวกไตส่วนบน ทำให้มีการดูดซึมกลับของน้ำและโซเดียมที่ไตมากขึ้น ปริมาณของเลือดในหลอดเลือดจึงเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น

5) *ระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน* มีความสำคัญต่อการแข็งตัวของหลอดเลือด ช่วยเพิ่มการดูดซึมโซเดียมในไต และเพิ่มปริมาตรและการเต้นของหัวใจ ยับยั้งการทำงานของเยื่อผนังหลอดเลือดและการขยายตัวของหลอดเลือดที่เกิดจากการไหล และการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาธิกส่วนแอลฟา ส่งผลให้หลอดเลือดแดงหดตัวซึ่งทำให้ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้นและการกระตุ้นประสาทซิมพาธิกส่วนเบต้าทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น และแรงบีบตัวของหัวใจเพิ่มขึ้น และเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ

6) *กลไกการอักเสบและภูมิคุ้มกัน* ความดันโลหิตสูงในได้รับการยอมรับเป็นเวลามากกว่า 50 ปีว่าการอักเสบของเซลล์สะสมในไตและหลอดเลือดของมนุษย์และสัตว์ที่มีความตึงเครียดมากเกินไปด้วยการทดลองความตึงเครียดมากเกินไป มีส่วนทำให้เกิดความดันโลหิตสูงจากการปรับการทำงานและโครงสร้างไตและหลอดเลือด และไตมีผลต่อการปรับเปลี่ยนเซลล์ภูมิคุ้มกันในหลอดเลือด T เซลล์สะสมในไขมันรอบหลอดเลือดและการผจญภัยของหลอดเลือดขนาดใหญ่ในความดันโลหิตสูง

7) *อิทธิพลทางพันธุกรรม* แม้ว่าการถ่ายทอดทางพันธุกรรมสูงของความดันโลหิตสูง ยังไม่ได้อธิบายความชุกสูงของความดันโลหิตสูงในครอบครัวที่พบได้ทั่วไปในคลินิก แต่จากการศึกษาความสัมพันธ์ทั่วทั้งจีโนมในทศวรรษที่ผ่านมาได้ระบุมากกว่า 1000 นิวคลีโอไทด์ โพลีมอร์ฟิซึมเดี่ยวที่เชื่อมโยงกับความดันโลหิตสูง แม้ว่าโพลีมอร์ฟิซมนิวคลีโอไทด์เดี่ยวแต่ละตัว จะมีผลกระทบเล็กน้อยต่อระดับความดันโลหิต

8) *การบริโภคเกลือและโซเดียม* มีการศึกษาทางระบาดวิทยาขนาดใหญ่จำนวนมากที่เชื่อมโยงการบริโภคโซเดียมในอาหารในระดับสูงกับความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง การบริโภคเกลือเกิดจากความต้านทานส่วนปลายที่เพิ่มขึ้นซึ่งต้องการการสื่อสารระหว่างไตและหลอดเลือดส่วนปลาย การหดตัวของหลอดเลือดที่เพิ่มขึ้นและความผิดปกติของเยื่อผนังหลอดเลือด แทนที่จะเป็นการเพิ่มขึ้นเบื้องต้นในการกักเก็บ Na^+ ของไต การสะสมของโซเดียมในเนื้อเยื่อเพิ่มขึ้นเมื่อบริโภคเกลือสูงหรืออายุมากขึ้น และมีความเกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง และ ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น

9) *ไมโครไบโอมเป็นโมดูลีเตอร์ฉุกเฉินของระดับความดันโลหิต* นอกจากผลกระทบต่อสถานะสมดุลของของเหลวและการกระตุ้นภูมิคุ้มกันแล้ว โซเดียมเป็นส่วนประกอบในอาหารอาจส่งเสริมความดันโลหิตสูงโดยการปรับเปลี่ยนจุลินทรีย์ในลำไส้ การศึกษาล่าสุดจำนวนมากได้เน้นย้ำถึงศักยภาพของไมโครไบโอมที่จะมีอิทธิพลต่อระดับความดันโลหิต รวมถึงระบุผลการปรับสภาพของอาหารและยาต่อองค์ประกอบของจุลินทรีย์ในลำไส้ และเน้นถึงศักยภาพของการรบกวนเหล่านี้ที่จะส่งผลต่อการตอบสนองของโฮสต์รวมถึงการควบคุมความดันโลหิต รวมถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างในผนังลำไส้ และการซึมผ่านของลำไส้ที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดความเป็นไปได้ที่พรีไบโอติกและโปรไบโอติก ยาปฏิชีวนะ และสูตรอาหารเฉพาะสามารถใช้เพื่อปรับเปลี่ยนไมโครไบโอมในลำไส้และสารเมตาโบไลต์เพื่อป้องกันและรักษาความดันโลหิตสูง

1.3 การวินิจฉัยและรักษาโรคความดันโลหิตสูง และหัวใจห้องบนพลิ้วไหวจากโรคความดันโลหิตสูง

1.3.1 การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2562) ได้ให้คำแนะนำในการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงโดยอ้างอิงจากระดับความดันโลหิตมาตรฐานที่วัดได้จากสถานพยาบาลเป็นหลัก ซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนได้จากสาเหตุต่าง ๆ เช่น สิ่งแวดล้อมของห้องตรวจ อุปกรณ์ที่ใช้วัดความดันโลหิต ความชำนาญของบุคลากร ความพร้อมของผู้ถูกตรวจ และ อาจ

ทำให้ระดับความดันโลหิตที่วัดได้อยู่ในเกณฑ์สูงหรือต่ำเกินจริง ดังนั้น ควรจัดระดับการวินิจฉัยเบื้องต้นจากผลการวัดความดันโลหิตในครั้งแรกที่มาพบแพทย์ เป็น 4 ระดับดังนี้

ระดับ 1 ระดับความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง (High normal blood pressure) หมายถึงค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 130/80 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 140/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ "เกือบสูง" แต่หากตรวจพบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในเกณฑ์สูง โดยตรวจพบอาการดังต่อไปนี้อย่างน้อย 1 อาการ วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้

- 1) มีร่องรอยการทำลายของอวัยวะจากโรคความดันโลหิตสูง (target organ damage (TOD))
- 2) มีหรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease, CVD)
- 3) มีหรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคเบาหวาน (diabetes mellitus, DM)
- 4) ประเมินความเสี่ยงของโอกาสการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้าได้มากกว่าร้อยละ 10

ระดับ 2 อาจเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Possible Hypertension) หมายถึงค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 160/100 มิลลิเมตรปรอท ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ "อาจเป็นโรคความดันโลหิตสูง" นี้ แต่หากตรวจพบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในเกณฑ์สูงสามารถวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้

ระดับ 3 น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Probable Hypertension) หมายถึงค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 160/100 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 180/110 มิลลิเมตรปรอท ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ "น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง" หากตรวจพบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก็ควรวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ และหากมีอาการที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูง เช่น อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ใจสั่น หรือมีประวัติความดันโลหิตสูงในญาติสายตรงหลายคน หรือมีความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงค่อนข้างมาก แพทย์อาจใช้วิจารณญาณเพื่อวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้

ระดับ 4 เป็นโรคความดันโลหิตสูง (Definite Hypertension) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 180/110 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ "เป็นโรคความดันโลหิตสูง" นี้ ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลย แม้ว่าอาจไม่มีอาการใด ๆ และแม้ว่าผลการตรวจประเมินจะพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่สูง

ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลอยู่ในระดับ 1 ถึงระดับ 3 ที่ผลการตรวจประเมินไม่ปรากฏว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ควรได้รับการตรวจเพิ่มเติมการตรวจวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home Blood Pressure Monitoring: HBPM), หรือโดย เครื่องวัดความดันโลหิตแบบผู้ป่วยนอก (Ambulatory Blood Pressure Monitoring: ABPM) คำแนะนำวิธีการและขั้นตอนการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในลักษณะนี้จะช่วยให้เกิดประโยชน์ โดย 1. สามารถรวบรวมผู้ที่มีความดันโลหิตเกือบสูง แต่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มาเข้าสู่ระบบของการรักษาได้ 2. การตรวจวัดความดันโลหิตที่บ้าน เครื่องวัดความดันโลหิตแบบผู้ป่วยนอก และการนัดตรวจความดันโลหิตในสถานบริการ (Office Blood Pressure Measurement: OBPM) ซ้ำ จะช่วยในการวินิจฉัยภาวะที่พบว่ามีระดับความดันโลหิตสูงเมื่อเข้ารับการตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์ (White-Coat Hypertension), ภาวะความดันโลหิตสูงแอบซ่อน (Masked Hypertension) และ Definite Hypertension และทำให้ผู้มารับบริการเกิดความมั่นใจในการวินิจฉัยมากขึ้น เป็นการเพิ่มความตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาให้ถูกต้อง และมาติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

1.3.2 หัวใจห้องบนพลิ้วไหวจากโรคความดันโลหิตสูง

สมาคมโรคหัวใจแห่งสหภาพยุโรป (The European Society of Cardiology, 2020) กล่าวว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดหัวใจห้องบนพลิ้วไหว (Atrial Fibrillation: AF) โดยผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาพัฒนากลายเป็นเกิดหัวใจห้องบนพลิ้วไหวสูงกว่าผู้ที่ไม่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 1.7 เท่า อีกทั้งโรคความดันโลหิตสูงยังเพิ่มความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากหัวใจห้องบนพลิ้วไหว ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจวาย และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

คิมและคณะ (Kim et al, 2019) กล่าวว่าโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เป็นเวลานานทำให้เกิดภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต (Left ventricular hypertrophy: LVH) หัวใจมีความสามารถในการคลายตัวเพื่อรองรับเลือดลดลง และความดันที่หัวใจห้องบนซ้ายสูงขึ้น ซึ่ง

ส่งผลให้หัวใจห้องบนซ้ายขยายตัว และเกิดพังผืดขึ้น จากการเปลี่ยนแปลงของหัวใจห้องบนซ้าย และห้องล่างซ้ายนี้ ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพัฒนาเป็นผู้ป่วยที่มีหัวใจห้องบนพ्लीวไหวรายใหม่ สามารถประมาณการณได้ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่จำเป็นต้องรักษาด้วยยามากกว่า 5 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อหัวใจห้องบนพ्लीวไหวสูง โดยเป็นกระบวนการที่ค่อยเป็นค่อยไป และความเสียหายที่ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

เวอร์เดคเคเรีย, แองจิลิ และ โบลดี (Verdecchia, Angeli & Reboldi, 2017) กล่าวว่า ความดันโลหิตสูง และหัวใจห้องบนพ्लीวไหวเป็นโรคที่มักพบร่วมกัน จากการศึกษาพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหัวใจห้องบนพ्लीวไหวร้อยละ 50 ในเพศชาย และร้อยละ 40 ในเพศหญิง ซึ่งหมายถึงโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุที่สำคัญสาเหตุหนึ่งของหัวใจห้องบนพ्लीวไหว และเมื่อศึกษาข้อมูลของผู้มีหัวใจห้องบนพ्लीวไหว อาจพบผู้ป่วยที่มีประวัติการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากถึงร้อยละ 60-80 ซึ่งกลไกในการเกิดหัวใจห้องบนพ्लीวไหวในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอาจแตกต่างกันในแต่ละบุคคล กลไกที่มีความสำคัญอย่างหนึ่งคือโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของหัวใจ ทำให้ภาวะที่มีการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจห้องบนผิดปกติ (Atrial cardiomyopathy) ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน จนกระทั่งเกิดอาการทางคลินิกทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับระบบไหลเวียนในร่างกาย อีกทั้งการเพิ่มขึ้นของความหนาของผนังหัวใจห้องล่างซ้าย การเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายที่มีพังผืดมากขึ้น และการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายขณะคลายตัวมีประสิทธิภาพลดลง อาจนำไปสู่การขยายตัวและเพิ่มแรงดันของหัวใจห้องบนซ้าย ซึ่งมีหน้าที่สำคัญในการสร้างกระแสไฟฟ้า ความผิดปกติที่เกิดขึ้นทำให้การเชื่อมต่อกระแสไฟฟ้าระหว่างมัดของกล้ามเนื้อหัวใจห้องบนซ้ายเกิดการหักเหไปในทิศทางเดียว และปรากฏการณ์การย้อนกลับของกระแสไฟฟ้าสั้นลง จากความผิดปกตินี้ ทำให้พัฒนาเป็นผู้มีหัวใจห้องบนพ्लीวไหวได้ในที่สุด

ระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน-อัลโดสเตอโรน (Renin-angiotensin-aldosterone) อาจเป็นส่วนหนึ่งของการเกิดหัวใจห้องบนพ्लीวไหวในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงการเพิ่มจำนวนของเซลล์ไฟโบรบลาสต์และเมทริกซ์นอกเซลล์และการเจริญเติบโตมากเกินไปของไมโอไซต์ โดยอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงทางไฟฟ้าทางกายภาพที่อาจเป็นอันตราย แองจิโอเทนซิน ทุ อาจปรับกระแสไอออนบางส่วนในไมโอไซต์ และรบกวนการแลกเปลี่ยนประจุของแคลเซียม (Ca^{2+}) และโพแทสเซียม (K) แม้จะยังไม่พบหลักฐานที่ชัดเจนถึงความเกี่ยวข้องกับแองจิโอเทนซิน ทุ และการเกิดพังผืดที่กล้ามเนื้อหัวใจ แต่จากการศึกษาเส้นใยนำไฟฟ้าของหัวใจ (Purkinje fibers) พบว่าแองจิโอเทนซิน ทุ ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของเส้นใยนำไฟฟ้า เมื่อรวมกับการเพิ่มของประจุ

แคลเซียมบริเวณช่องว่างระหว่างเซลล์แล้ว ทำให้เกิดอัตราการเต้นหัวใจที่ผิดปกติแบบเร็วขึ้น จนกระทั่งพัฒนาเป็นหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในที่สุด

1) การวินิจฉัยหัวใจห้องบนพลิ้วไหวจากโรคความดันโลหิตสูง การตรวจร่างกายที่สำคัญ คือการตรวจพบชีพจรที่เต้นไม่สม่ำเสมอ ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน และไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการเต้นของหัวใจในแต่ละครั้ง (Irregularly irregular) อาจตรวจพบอัตราการเต้นของหัวใจจากการฟัง มากกว่าอัตราการเต้นของหัวใจที่ได้จากการคลำชีพจร

การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography: ECG or EKG) ตามมาตรฐาน (เครือข่ายโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจังหวัดเลย, 2561) คือ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 Lead มีข้อพิจารณา 2 ข้อ คือ 1) การติด Electrode ต้องติดให้ถูกต้องตามตำแหน่งมาตรฐาน และ 2) การติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจต้องติด Electrode ต้องติดตามตำแหน่งเดิมในครั้งแรก และผู้ป่วยต้องอยู่ในท่าเดียวกันในครั้งแรก โดยตำแหน่งมาตรฐานในการติด Electrode ของ Chest lead ดังนี้

V1 ช่องซี่โครงที่ 4 ขอบขวาของกระดูก Sternum

V2 ช่องซี่โครงที่ 4 ขอบซ้ายของกระดูก Sternum

V3 อยู่กึ่งกลางระหว่าง V2 และ V4

V4 ช่องซี่โครงที่ 5 แนวกึ่งกลาง Clavicle ข้างซ้าย

V5 ระดับเดียวกับ V4 แนว anterior axillary line

V6 ระดับเดียวกับ V4 แนว mid axillary line

การวินิจฉัยหัวใจห้องบนพลิ้วไหวด้วยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2555) คือ ตรวจพบลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ดังต่อไปนี้

- 1) P wave มีลักษณะไม่ชัดเจน ไม่สม่ำเสมอ สังเกตได้ง่ายที่ Lead II และ VI
- 2) ความถี่ของ P wave มากกว่า 350 ครั้งต่อนาที
- 3) RR interval ส่วนมากไม่สม่ำเสมอ

การตรวจเพิ่มเติมสำหรับผู้มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวได้แก่ 1) Complete blood count และ Serum creatinine เพื่อตรวจหาความผิดปกติ ได้แก่ ภาวะซีด หรือไตวาย ซึ่งเป็นสาเหตุกระตุ้นให้เกิดหัวใจห้องบนพลิ้วไหว 2) Thyroid function test ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดหัวใจห้องบนพลิ้วไหวที่สามารถแก้ไขได้ โดยผู้ป่วยบางรายอาจไม่แสดงอาการภาวะ Hyperthyroidism อย่างชัดเจน 3) Chest X ray เพื่อดูขนาดของหัวใจ และความผิดปกติของปอด 4) Echocardiogram เพื่อตรวจสอบภาวะโรคหัวใจอื่น และการตัดสินใจในการให้ยา

2) ประเภทของหัวใจห้องบนพลิ้วไหว หัวใจห้องบนพลิ้วไหวแบ่งเป็น 5 ประเภท ดังนี้ (2.1) First diagnosed atrial fibrillation เป็นหัวใจห้องบนพลิ้วไหวที่ได้รับการวินิจฉัยในครั้งแรก (2.2) Paroxysmal atrial fibrillation เป็นหัวใจห้องบนพลิ้วไหวที่เกิดขึ้น และกลับมาเป็นจังหวะการเต้นของหัวใจปกติได้เอง โดยมากสามารถกลับมาเป็นปกติภายใน 24 ชั่วโมง แต่อาจใช้ระยะเวลาจนถึง 7 วัน (2.3) Persistent atrial fibrillation เป็นหัวใจห้องบนพลิ้วไหว ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนานเกิน 7 วัน หรือไม่สามารถกลับมาเต้นตามจังหวะปกติได้เอง ต้องอาศัยการรักษาด้วยการกลับจังหวะ (Cardioversion) (2.4) Long standing persistent atrial fibrillation เป็นหัวใจห้องบนพลิ้วไหวที่เป็นต่อเนื่องยาวนานมากกว่า 1 ปี โดยแพทย์ และผู้ป่วยตัดสินใจที่จะพยายามรักษา เพื่อให้หัวใจกลับมาเต้นในจังหวะปกติ และ (2.5) Permanent atrial fibrillation เป็นหัวใจห้องบนพลิ้วไหวที่ไม่สามารถกลับมาเต้นใจจังหวะปกติได้ หรือหัวใจห้องบนพลิ้วไหวที่แพทย์ และผู้ป่วยตัดสินใจร่วมกันว่าจะไม่พยายามรักษาเพื่อให้หัวใจกลับมาเต้นในจังหวะปกติ

3) การประเมินความรุนแรงของหัวใจห้องบนพลิ้วไหว สมาคมโรคหัวใจแห่งสหภาพยุโรป (The European Society of Cardiology, 2020) อธิบายว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวจำเป็นต้องได้รับการประเมินความรุนแรงของหัวใจห้องบนพลิ้วไหว โดยการใช้เกณฑ์ประเมินความรุนแรงของอาการหัวใจห้องบนพลิ้วไหวตามหลัก EHRA symptom scale โดยแบ่งตามอาการของผู้ป่วยเป็น 5 ระดับดังนี้

EHRA class 1 หมายถึง ผู้ป่วยหัวใจห้องบนพลิ้วไหวแต่ไม่มีอาการ

EHRA class 2a หมายถึง ผู้ป่วยหัวใจห้องบนพลิ้วไหวที่มีอาการเล็กน้อย สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

EHRA class 2b หมายถึง ผู้ป่วยหัวใจห้องบนพลิ้วไหวที่มีอาการปานกลาง มีความรู้สึกว่ามีอาการรบกวน แต่ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

EHRA class 3 หมายถึง ผู้ป่วยหัวใจห้องบนพลิ้วไหวที่มีอาการมาก ทำให้จำกัดการทำกิจวัตรประจำวัน

EHRA class 4 หมายถึง ผู้ป่วยหัวใจห้องบนพลิ้วไหวที่มีอาการรุนแรง จนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้

4) ภาวะแทรกซ้อนของหัวใจห้องบนพลิ้วไหว ผู้ป่วยที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว คือ ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดจากการบีบตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพของหัวใจ และเสี่ยงต่ออันตรายที่ลิ่มเลือดดังกล่าวจะไปอุดตันบริเวณต่าง ๆ ของร่างกาย รวมถึงเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการของหัวใจห้องบนพลิ้วไหวได้ อาจส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ในระยะยาว โดยภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และเป็นอันตรายที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว ได้แก่

(1) โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (*Ischemic stroke*) คือ ภาวะที่สมองหยุดการทำงาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการทงประสาทอย่างเฉียบพลัน อาการโรคหลอดเลือดสมองตามหลัก BEFAST ได้แก่ คือ อาการเดินเซ เวียนศีรษะ บ้าหมุนจับปล้น (B = Balance) อาการตามัว มองไม่เห็น เห็นภาพซ้อน (E = Eyes) ปากเบี้ยว หน้าเบี้ยว จับปล้น (F = Face) อาการแขนขาหรืออ่อนแรงเฉียบพลัน (A = Arms) อาการพูดไม่ออก พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ พูดจาสับสน สูญเสียความจำ แบบเฉียบพลัน (S = Speech) และระยะเวลาที่มีอาการ (T = Time) (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2564)

(2) โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (*Acute coronary syndrome: ACS*) เกิดจากการที่มีลิ่มเลือดขวางการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดหัวใจ และหากลิ่มเลือดนั้นปิดกั้นหลอดเลือดที่เลี้ยงหัวใจโดยสมบูรณ์ จะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevation (STEMI) โดยอาการของโรคหัวใจขาดเลือด ได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอก ถ้าผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่ ให้สอบถามต่อดังนี้ เจ็บหน้าอกขณะทำกิจกรรมหรือไม่ ตำแหน่งที่เจ็บแน่นบริเวณกลางหน้าอก/ใต้ลิ้นปี่ หรือด้านซ้ายของหน้าอกหรือไม่ เจ็บแน่นหน้าอกเมื่อหยุดพักหรือไม่ และเจ็บแน่นหน้าอกมากกว่า 20 นาทีหรือไม่ ถ้ามีอาการดังกล่าวอย่างน้อย 1 อาการ ถือว่าสัมพันธ์กับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (เครือข่ายโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจังหวัดเลย, 2561)

(3) โรคหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (*Deep vein Thrombosis*) อาการที่ตรวจพบได้แก่ อาการปลายมือปลายเท้าเย็นเพียงข้างใดข้างหนึ่ง ปวดกล้ามเนื้อบริเวณแขน หรือขาข้างใดข้างหนึ่งแบบลักษณะคล้ายเป็นตะคริวแต่มีอาการกดเจ็บร่วมด้วย ผิวหนังบริเวณนั้นอุ่น หรือร้อนบริเวณอื่น และอาจเปลี่ยนสีเช่น ซีดลง แดง หรือเขียว ทั้งนี้อาจจะพบพร้อมกันมากกว่า 1 บริเวณได้ แต่พบได้น้อย (ยิ่งยง ชินธรรมมิตร, 2560)

(4) ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอด (*Pulmonary embolism*) เป็นภาวะที่พบได้บ่อย โดยความรุนแรงขึ้นอยู่กับขนาดของหลอดเลือดแดงที่อุดตัน อาการที่ตรวจพบได้แก่ อาการเหนื่อยขึ้นมากกระทันหัน เจ็บหน้าอกแปลบหรือเจ็บเหมือนถูกแทงที่หน้าอก มันทพบปวดข้างในข้างหนึ่ง อาจจะปวดร้าวไปที่ไหล่ หรือแผ่นหลัง และมักเจ็บมากขึ้นเมื่อหายใจเข้า ไอ หรือจาม อาการไอเป็นเลือด หายใจหอบ ไอ และเหนื่อยขณะพัก ซึ่งหากหลอดเลือดที่อุดตันมีขนาดใหญ่ ผู้ป่วยอาจมีภาวะ Shock และอาจหมดสติ เสียชีวิตได้ (ไพสิน รัตนวัตน์กุล, 2560)

(5) ภาวะหัวใจล้มเหลว (*Heart failure*) เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งอาการมักค่อยเป็นค่อยไป โดยอาการที่ตรวจพบได้แก่ ออกแรงหรือออกกำลังกายได้น้อยลง นอนราบไม่ได้ (*orthopnea*) หายใจหอบเหนื่อยหลังเข้า

นอน (PND) JVP สูง พบเสียง S3 gallop ตรวจพบ Apical impulse ออกด้านข้าง และบวมตามแขนขา (ชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2562)

5) การรักษาหัวใจห้องบนพลิ้วไหวจากโรคความดันโลหิตสูง การรักษาผู้มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในปัจจุบันมีหลักการสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ (1) การรักษาเพื่อควบคุมอาการหัวใจห้องบนพลิ้วไหว (2) การรักษาโรคร่วม และควบคุมปัจจัยเสี่ยง และ (3) การรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

การรักษาเพื่อควบคุมอาการของหัวใจห้องบนพลิ้วไหว เป็นการรักษาที่มีวัตถุประสงค์หลัก คือ การควบคุมอัตราเร็วของหัวใจห้องล่าง โดยสามารถทำได้ทั้งการควบคุมอัตราเร็วของหัวใจห้องล่าง และการรักษาเพื่อให้หัวใจห้องบนเป็นจังหวะปกติ

(1) การรักษาด้วยการควบคุมอัตราเร็วของหัวใจห้องล่าง (Rate control) การรักษาด้วยการควบคุมอัตราเร็วของหัวใจห้องล่าง มีวัตถุประสงค์ เพื่อควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจ ในผู้ที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวให้ต่ำกว่า 110 ครั้งต่อนาที โดยเริ่มจากการรักษาด้วยยาที่มีฤทธิ์ในการยับยั้งการทำงานของ AV node ประกอบด้วย ยาในกลุ่ม Betablocker, non dihydropyridine calcium channel blocker, Digoxin และ Amiodarone การเลือกใช้ยาขึ้นอยู่กับข้อจำกัดของผู้ป่วย หากอาการหัวใจห้องบนพลิ้วไหวไม่สามารถควบคุมได้ด้วยยา กล่าวคือไม่สามารถควบคุมให้อัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 110 ครั้งต่อนาทีได้ อาจพิจารณารักษาด้วยการจี้ไฟฟ้าเพื่อทำลาย AV node และใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ (Pacemaker cardiac resynchronization therapy: CRT) แทน

(2) การรักษาเพื่อให้หัวใจห้องบนเต้นเป็นจังหวะปกติ (Rhythm control) การรักษาเพื่อให้หัวใจห้องบนเต้นเป็นจังหวะปกติ ในผู้ป่วยหัวใจห้องบนพลิ้วไหว คือการพยายามเปลี่ยนหัวใจห้องบนที่พลิ้วไหวกลับมาเต้นเป็นจังหวะปกติ และคงอยู่เป็นจังหวะปกติอย่างต่อเนื่อง สามารถทำได้ด้วยการเลือกใช้ยาต้านหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Antiarrhythmic drugs) การช็อคไฟฟ้าหัวใจ (Electrical cardioversion) และการจี้ไฟฟ้าหัวใจ (Catheter ablation) ซึ่งอาจพิจารณาเลือกใช้หลายวิธีร่วมกัน และอาจใช้การรักษาด้วยการควบคุมอัตราเร็วของหัวใจห้องล่างร่วมด้วย อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันไม่แนะนำให้การรักษาเพื่อให้หัวใจห้องบนเต้นเป็นจังหวะปกติ ในหัวใจห้องบนพลิ้วไหวที่ไม่แสดงอาการ

(3) การรักษาโรคร่วม และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การควบคุมโรคร่วมและปัจจัยเสี่ยงมีความสำคัญในการควบคุมรักษาหัวใจห้องบนพลิ้วไหว โดยโรคร่วมและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ โรคอ้วนลงพุง โรคหยุดหายใจขณะหลับ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคเส้น

หัวใจ และการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก จากการศึกษาพบว่า การควบคุมโรคร่วมและปัจจัยเสี่ยง สามารถลดเกิดซ้ำของหัวใจห้องบนพลิ้วไหวได้

(4) การรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เวิร์เดคเคเรีย, แองจิลี และรีโบลดี (Verdecchia, Angeli & Reboldi, 2018) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่โรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว ถือว่าเป็นผู้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดลิ่มเลือด จำเป็นต้องได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด โดยจำเป็นต้องคำนึงถึงภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา โดยการประเมินความเสี่ยงของการเกิดเลือดออกในปัจจุบันที่ได้รับว่านิยาม คือ CHA₂DS₂-VASc Score โดยมีการคิดค่าคะแนนดังนี้

C = Congestive Heart Failure or LVEF \leq 40%	score = 1
H = Hypertension	score = 1
A ₂ = Age \geq 75	score = 2
D = Diabetes Mellitus	score = 1
S ₂ = Stroke/TIA/Thromboembolism	score = 2
V = vascular disease	score = 1
Sc = Sex Category for Female	score = 1

เมื่อประเมิน CHA₂DS₂-VASc Score \geq 1 ในเพศชาย หรือ \geq 2 ในเพศหญิง ถือว่ามีความจำเป็นที่จะต้องได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด หลังจากนั้น จำเป็นต้องพิจารณา กลุ่มยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยทำนายแนวโน้มความสามารถควบคุมระดับการแข็งตัวของเลือดให้เข้าเป้าได้สำเร็จ (Time in Therapeutic Range: TTR) หากใช้ยาในกลุ่มต้านฤทธิ์ของวิตามินเค (Over vitamin K antagonists) โดยใช้ SAMe-TT₂R₂ Score ช่วยประกอบการตัดสินใจ โดยมีการคิดค่าคะแนนดังนี้

S = Sex Category for Female	score = 1
A = Age < 60	score = 1
Me = Medical History (Hypertension, DM, CAD, MI, PAD, CHF, Previous stroke, Pulmonary, Hepatic or renal disease)	score = 1
T = Treatment and interacting medication	score = 1
T ₂ = Tobacco Use	score = 2
R ₂ = Race for Non-Caucasian	score = 2

หากคะแนน SAME-TT₂R₂ = 0-2 มีแนวโน้มที่ Time in Therapeutic Range (TTR) ของค่า INR > 65% แต่ถ้าคะแนน SAME-TT₂R₂ > 2 มีแนวโน้มที่จะไม่สามารถคุมระดับการแข็งตัวของเลือดได้ดีด้วยยาในกลุ่มต้านฤทธิ์ของวิตามินเค จำเป็นต้องใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดในกลุ่มไม่ต้านฤทธิ์ของวิตามินเค (Non-vitamin K Antagonist : NOAC) แทน

ก) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยาวาร์ฟาริน นิโคซสุภา วัฒนชัย และสุทธิศา แก้วมุงคุณ (2560) ยาวาร์ฟารินเป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทานที่ใช้อย่างแพร่หลาย ในการป้องกันภาวะเสี่ยงหรือรักษาโรคลิ่มเลือดอุดตัน แต่เนื่องจากยาวาร์ฟารินมีช่วงในการรักษาแคบ (narrow therapeutic index) และมีความแปรปรวนระหว่างบุคคลสูง (wide interindividual variability) จึงทำให้อาจได้รับการรักษาที่ไม่ได้ประสิทธิภาพเท่าที่ควร หรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา การปรับขนาดยาวาร์ฟาริน เพื่อให้อยู่ในช่วงของการรักษาจึงมีความสำคัญ และเป็นขนาดเฉพาะในแต่ละบุคคล จึงจำเป็นต้องมีการติดตามการรักษาด้วยค่า INR อย่างใกล้ชิด

โดยที่ $INR = PT \text{ ของผู้ป่วย} / \text{ค่าเฉลี่ย } PT \text{ ของคนปกติ}$

PT (Prothrombin time) คือ ค่าระยะเวลาการแข็งตัวของเลือด

ดังนั้น INR ในคนปกติมีค่าประมาณ 0.9 – 1.1

ข) กลไกการออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน ยาวาร์ฟารินออกฤทธิ์ยับยั้งวิตามินเค ออกซิไดซ์เรดิวเทส (Vitamin K epoxide reductase) ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่การนำวิตามินเคกลับมาใช้ใหม่ในรูปของวิตามินเคออกซิไดซ์ (vitamin K epoxide) ส่งผลให้ลดการสร้างปัจจัยการแข็งตัวของเลือด (clotting factor) ที่เกี่ยวข้องกับวิตามินเค ได้แก่ ปัจจัยแข็งตัวของเลือดที่ 2, 7, 9 และ 10 (clotting factor II (Prothrombin), VII (Proconvertin), IX (Christmas or plasma thromboplastin component) and X (Stuart-Prowers factor)) จากการสร้างปัจจัยการแข็งตัวของเลือดดังกล่าวที่ลดลง ทำให้การแข็งตัวของเลือดช้าลงไปด้วย ยาวาร์ฟารินโซเดียม (warfarin sodium : S-warfarin) สามารถดูดซึมได้อย่างรวดเร็วในระบบทางเดินอาหาร ความเร็วของการดูดซึมยาวาร์ฟารินโซเดียมจะลดลงเมื่อรับประทานพร้อมมื้ออาหาร แต่ไม่มีผลกับปริมาณยาที่ดูดซึม ความเข้มข้นของระดับยาในพลาสมาจะเพิ่มสูงสุดเมื่อรับประทานยาได้ 4 ชั่วโมง โดยร้อยละ 99 ของยาวาร์ฟารินจะจับกับโปรตีนในพลาสมา (ส่วนมากเป็นแอลบูมิน (Albumin)) จากการการศึกษาในสัตว์ทดลองพบว่า ยาวาร์ฟารินสามารถกระจายตัวไปที่ตับ ปอด ม้าม และไต อีกทั้งยังสามารถผ่านรกได้ โดยความเข้มข้นของยาวาร์ฟารินในพลาสมาของทารก อาจมีความเข้มข้นเท่ากับยาวาร์ฟารินในพลาสมาของมารดา แต่จากข้อมูลที่มีอยู่อย่างจำกัดพบว่า ยาวาร์ฟารินไม่ถูกขับทางน้ำนม ดังนั้นจึงสามารถให้ยาวาร์ฟารินในมารดาให้นมบุตรได้ ค่าครึ่งชีวิตของยาวาร์ฟารินผันแปรไปในผู้ป่วยแต่รายอยู่ในช่วง 20 – 60

ชั่วโมง โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 40 ชั่วโมง โดยยวาร์ฟารินจะถูกแปรสภาพที่ตับ และขับออกทางปัสสาวะ และอุจจาระ (เภสัชกรรมศรีประสิทธิ์, 2564)

ค) การตอบสนองของยวาร์ฟาริน ในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ ดังต่อไปนี้ (ก) ปัจจัยทางเภสัชพันธุศาสตร์ โคนมีรายงานความเกี่ยวข้องกับปัจจัยนี้ ผลของยีน VKORC1 โดยพบว่าชายคอเคเซียน และชาวเอเชีย (รวมทั้งชาวไทย) มีความต้องการขนาดยวาร์ฟารินลดลง อย่างมีนัยสำคัญ ผลของยีน CYP2C9 มีผลโดยตรงต่อเอนไซม์ CYP2C9 ที่เปลี่ยนแปลงยวาร์ฟารินในรูป S-warfarin ไปเป็น S-7-OH-WAR โดยพบว่าชายคอเคเซียน และชาวเอเชีย(รวมทั้งชาวไทย) มีความต้องการขนาดยวาร์ฟารินลดลง และมีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ผลของยีน CYP4F2 โดยตรงต่อเอนไซม์ CYP4F2 ซึ่งทำหน้าที่เป็นวิตามินเค ออกซิโดซ์ เปลี่ยนวิตามินเคยูวีดีวีซีให้เป็น Hydroxy วิตามินเค ทำให้ชาวคอเคเซียนร้อยละ 34 ชาวเอเชียร้อยละ 31 และแอฟริกันอเมริกันร้อยละ 12 มีความต้องการยวาร์ฟารินเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่มีการศึกษาในไทย ผลของยีน UGT1A1 ซึ่งมีผลต่อ เอนไซม์ UGT1A1 ในตับ ที่ทำหน้าที่คอนจูเกตยวาร์ฟารินเพื่อขับออกทางปัสสาวะ ส่งผลให้ชาวบราซิลมีความต้องการยวาร์ฟารินมีขนาดเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ 5) ผลของยีน CYP2C19 มีผลโดยตรงต่อเอนไซม์ CYP2C19 ซึ่งควบคุมการเปลี่ยนรูปของ R - warfarin และ S - warfarin จากการศึกษาพบว่าชาวจีนฮั่นที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว และไม่มีปัญหาเรื่องลิ้นหัวใจมีความต้องการยวาร์ฟารินขนาดต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญ (ข) ปัจจัยทางคลินิก เพศ โดยเพศชายมีความต้องการขนาดยวาร์ฟารินมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อายุ มีรายงานถึงความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างยวาร์ฟารินและอายุ โดยพบว่าความต้องการยวาร์ฟารินในคนสูงอายุน้อยกว่าคนอายุน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ น้ำหนักตัว มีการรายงานถึงความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างยวาร์ฟาริน และน้ำหนักตัว โดยผู้ที่มือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น จะมีความต้องการยวาร์ฟารินเพิ่มขึ้น ($P < .001$) 4) ส่วนสูง มีการรายงานถึงความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างยวาร์ฟาริน และส่วนสูง โดยผู้ที่มีความสูงมากจะมีความต้องการยวาร์ฟารินเพิ่มขึ้น ($r = .38; p = .001$) 5) ดัชนีมวลกาย มีการรายงานถึงความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างยวาร์ฟาริน และดัชนีมวลกาย โดยผู้ที่มีดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้น จะมีความต้องการยวาร์ฟารินเพิ่มขึ้น ($P < .001$) 6) โรคร่วม 6.1 ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง มีรายงานถึงความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างยวาร์ฟารินและภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยพบว่าความต้องการยวาร์ฟารินขนาดต่ำในผู้มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.26; p = .025$) 6.2 ภาวะความดันโลหิตสูง มีรายงานถึงความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างยวาร์ฟารินและภาวะความดันโลหิตสูง โดยพบว่าความต้องการยวาร์ฟารินขนาดต่ำในผู้มีภาวะความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.27; p = .046$) 7) อันตรกิริยาระหว่างยา เนื่องจากยวาร์ฟารินถูกทำลายที่ตับ ซึ่งหากมีการใช้ยาที่มีการเหนี่ยวนำ CYP2C9 อาจส่งผลให้ยวาร์ฟารินออก

ฤทธิ์เพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ ค. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม 1) การดื่มแอลกอฮอล์ มีรายงานถึงผลการใช้แอลกอฮอล์ในผู้ช้ยวาร์ฟาริน ในระยะเวลาสั้นๆและปริมาณต่ำว่าสามารถเพิ่มฤทธิ์ของยวาร์ฟารินได้ ทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกเพิ่มขึ้น 2) การสูบบุหรี่ จากการศึกษาแบบ Systematic review และ Meta analysis พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีความต้องการขนาดยวาร์ฟารินสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) การรับประทานอาหารที่มีวิตามินเคสูง มีรายงานการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างอาหารที่มีวิตามินเคสูง และความต้องการขนาดยวาร์ฟาริน ($r = .31 ; p < .02$) (นิตยสุภา วัฒนชัย และสุทธิศา แก้วมุงคุณ, 2560)

1.4 การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว

สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2562) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นมาตรฐานมี 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และการให้ยาลดความดันโลหิต โดยที่การลดความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure : SBP) ลง 10 มิลลิเมตรปรอท หรือลดค่าความดันตัวล่าง (Diastolic blood pressure: DBP) ลง 5 มิลลิเมตรปรอทสามารถลดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดลงได้ร้อยละ 20 ลดอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุได้ร้อยละ 15 ลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 35 และลดอัตราการเกิดหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 40 อีกทั้งยังสามารถช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้อีกด้วย

1.4.1 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

1) การลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน ควรพยายามควบคุมค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 18.5 – 22.9 กิโลกรัม/ ตารางเมตรและมีรอบเอวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานสำหรับคนไทย คือ ไม่เกิน 90 ซม. (36 นิ้ว) ในเพศชาย และไม่เกิน 80 ซม. (32 นิ้ว) ในเพศหญิง หรือไม่เกินส่วนสูงหารด้วยสองทั้งเพศชายและหญิง

2) การปรับรูปแบบการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ควรแนะนำให้รับประทานอาหารเช้าครบทั้ง 5 หมู่ โดยในแต่ละมื้อมีปริมาณอาหารที่เหมาะสม ควรแนะนำให้ใช้สูตรอาหาร 2:1:1 ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยแบ่งจานอาหารออกเป็น 4 ส่วน โดย 2 ส่วนแรกเป็นผัก 1 ส่วนเป็นอาหารจำพวกแป้ง และ 1 ส่วนสุดท้ายเป็นโปรตีน เน้นเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน เนื้อปลา และทุกมื้อควรมีผลไม้สดที่มีรสหวานน้อยร่วมด้วย การรับประทานผักและผลไม้ในปริมาณที่พอเหมาะ ช่วยให้ร่างกายได้รับโพแทสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียม และใยอาหาร ซึ่งจะสามารถช่วยในการควบคุมความดันโลหิตได้ แต่ควรหลีกเลี่ยงอาหารเสริม หรือสมุนไพรสกัดที่อาจส่งผลกระทบต่อระดับความโลหิต เช่น ชะเอมเทศ ชะอม ส้มขม เป็นต้น

3) การจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร องค์การอนามัยโลกกำหนดปริมาณโซเดียมที่เหมาะสมไว้ที่ไม่เกิน 2 กรัมต่อวัน การจำกัดโซเดียมที่เข้มงวดที่ไม่เกิน 1.5 กรัม

ต่อวันจะสามารถช่วยในการลดระดับความดันโลหิตได้ โดยที่ปริมาณ โซเดียม 2 กรัม เทียบเท่าเกลือแกง 1 ช้อนชา หรือ น้ำปลา/ซีอิ้วขาว 3 – 4 ช้อนชา และผงชูรส 1 ช้อนชา

4) การเพิ่มกิจกรรมทางกาย หรือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิคอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ โดยเลือกระดับความหนักที่แตกต่างกัน ดังนี้

(1) ระดับปานกลาง คือ การออกกำลังกายจนชีพจรเต้นร้อยละ 50 – 70 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ (ชีพจรสูงสุดคำนวณจาก 220 - อายุเป็นปี) รวมระยะเวลาเฉลี่ย 150 นาทีต่อสัปดาห์

(2) ระดับ หนักมาก คือ การออกกำลังกายจนชีพจรเต้นสูงกว่าร้อยละ 70 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ รวมระยะเวลาเฉลี่ย 75 – 90 นาทีต่อสัปดาห์

การออกกำลังกายในรูปแบบการเกร็งกล้ามเนื้ออยู่กับที่ (Isometric exercise) เช่น การยกน้ำหนัก อาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ดังนั้น หากยังอยู่ในระหว่างที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนเริ่มการออกกำลังกายในรูปแบบดังกล่าว นอกจากนี้บุคคลดังต่อไปนี้ ควรได้รับคำแนะนำจากแพทย์ก่อน หรือควรออกกำลังกายภายใต้การดูแลของแพทย์

1. ผู้มี SBP ตั้งแต่ 180 มิลลิเมตรปรอท หรือ DBP ตั้งแต่ 110 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป

2. ผู้ที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือหายใจไม่สะดวก โดยเฉพาะเวลาที่ออกแรง

3. ผู้มีประวัติโรคหัวใจล้มเหลว

4. ผู้มีประวัติหัวใจเต้นผิดจังหวะ

5. ผู้ที่มีประวัติโรคเบาหวานและควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี

6. ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันอื่นๆ

7. ผู้ที่มีโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น อัมพฤกษ์ ข้อเข่าเสื่อม โรคปอดเรื้อรัง เป็นต้น

5) การจำกัด หรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ที่ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ไม่แนะนำให้ดื่ม หรือถ้าดื่มแอลกอฮอล์อยู่แล้ว ควรจำกัดปริมาณโดยในเพศหญิงไม่เกิน 1 ดื่มมาตรฐาน (Standard drink ซึ่งมีค่าเท่ากับเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ประมาณ 10 กรัม) ต่อวัน และในเพศชายไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน

6) การเลิกบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่อาจไม่ได้ส่งผลต่อการลดความดันโลหิตโดยตรง แต่สามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ควรแนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกริษยาเลิกบุหรี่

สิ่งสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน คือ การให้คำปรึกษารายบุคคลอย่างเหมาะสม ร่วมกับการตั้งเป้าหมายร่วมกัน มีการประเมินผลเป็นระยะ หมั่นให้กำลังใจผู้ป่วย และการพิจารณาส่งต่อผู้ป่วย เพื่อพบผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ เช่น นักกำหนดอาหาร ผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกายตามความเหมาะสม

1.4.2 การให้ยาลดความดันโลหิต

การเริ่มยาลดความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ควรพิจารณาเริ่มยา เมื่อ SBP ตั้งแต่ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือ DBP ตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป แต่หากผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง สามารถพิจารณาเริ่มยาตั้งแต่ SBP ตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป โดยการเริ่มยาต้องคำนึงถึงความแข็งแรงของผู้ป่วย ความทนต่อยา และโรคร่วมอื่น ๆ ด้วย จากรายงานผลการวิจัยทางคลินิก และการรวบรวมข้อมูลแบบ Meta Analysis พบหลักฐานว่าการลด SBP ลงมาต่ำกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท สามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงลดอัตราการตายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ จึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตลงมาที่ต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท แต่มีข้อพึงระวัง 2 ประการ คือ ประการแรก ในเบื้องต้นควรความดันโลหิตของผู้ป่วยจากสถานพยาบาลให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทก่อน และหากหากผู้ป่วยทนต่อการรักษาได้ดี จึงค่อยปรับการรักษาเพิ่มเติมจนได้ระดับความดันโลหิตไม่เกิน 130/80 มิลลิเมตรปรอท ประการที่สอง มีหลักฐานแสดงว่าการให้ยาเพื่อลดระดับความดันโลหิตมากเกินไป อาจส่งผลเสียต่อผู้สูงอายุ และผู้ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด หรือผู้ที่มีโรคร่วมอื่น ๆ ดังนั้น ไม่ควรให้ระดับ SBP ลดต่ำกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท และระดับ DBP ที่เหมาะสมคือ 70 – 79 มิลลิเมตรปรอท แต่ใจขณะเดียวกันค่า DBP ที่น้อยกว่า 70 มิลลิเมตรปรอทในผู้สูงอายุ สามารถนอนโลมได้ เนื่องจาก DBP ในผู้สูงอายุมักต่ำกว่าปกติ โดยยาลดความดันโลหิตที่สำคัญมีอยู่ 5 กลุ่มหลัก คือ Angiotensin Converting enzyme inhibitors (ACEIs), Angiotensin receptor blockers (ARBs), Beta blocker, Calcium channel blockers (CCBs) และกลุ่มยาขับปัสสาวะ การเลือกใช้ยาใน 5 กลุ่มยานี้ ให้ประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิต และลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจ และหลอดเลือดใกล้เคียงกัน ดังนั้นสามารถเลือกยาเริ่มต้นในกลุ่มใดก็ได้ตามความเหมาะสม โดยพิจารณาจากโรคร่วม และข้อห้ามการใช้ยาในแต่ละชนิด

1.4.3 การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว

สมาคมโรคหัวใจแห่งสหภาพยุโรป (The European Society of Cardiology, 2020) อธิบายว่า ร้อยละ 30 ของผู้มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว จะต้องได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง และร้อยละ 10 จะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งในรอบหนึ่งปี ซึ่งมีแนวโน้มการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็น 2 เท่าของคนที่เป็นเพศเดียวกันและอายุเท่ากัน คุณภาพชีวิตของผู้มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวลดลง โดยมากกว่าร้อยละ 60 ของมีข้อจำกัดเรื่องการออกกำลังกาย แต่มีเพียงร้อยละ 17 เท่านั้นที่มีภาวะทุพพลภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพศหญิงลดลงอย่างมากในวัยหนุ่มสาว ด้านจิตวิทยาพบว่าผู้มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวมีภาวะวิตกกังวลมากขึ้น ตลอดจนพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 16-20 และมีผู้ป่วยบางส่วนมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย ร้อยละ 20 – 30 ของผู้มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวพบภาวะหัวใจวาย หรือภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายทำงานผิดปกติตามมา และเมื่อศึกษาย้อนหลังร้อยละ 20 - 30 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด และร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบพบว่าเป็นผู้เคยมีหัวใจห้องบนพลิ้วไวมาก่อน อีกทั้งยังพบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวเป็น 1.5 - 3.5 เท่าของผู้ที่เพศเดียวกัน และอายุเท่ากัน โดยสาเหตุของการเสียชีวิตสูงสุดคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 49) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวที่เหมาะสมจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดอัตราการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล และลดอัตราการตายในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

วิพัชร พันธวิมล (2562) ยาด้านการแข็งตัวของเลือดในกลุ่มไม่ต้านฤทธิ์ของวิตามินเค เป็นยากลุ่มใหม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยหัวใจห้องบนพลิ้วไหวได้ไม่ต่างกับยาในกลุ่มต้านฤทธิ์ของวิตามินเค (หรือที่ใช้กันอย่างแพร่หลายคือ ยาวาร์ฟาริน : Warfarin) แต่ในขณะที่ยาด้านการแข็งตัวของเลือดในกลุ่มไม่ต้านฤทธิ์ของวิตามินเค เป็นยาที่ออกฤทธิ์และหมดฤทธิ์อย่างรวดเร็ว จึงจำเป็นต้องเคร่งครัดเรื่องการรับประทานยา หากลืมจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น และประสบการณ์ใช้ยากลุ่มไม่ต้านฤทธิ์ของวิตามินเคในประเทศไทยยังไม่มากเท่ายารวาร์ฟารินทั้งในเรื่องของขนาดยา กลไกการออกฤทธิ์ คุณสมบัติทางเภสัชศาสตร์ ปฏิสัมพันธ์กับยากลุ่มอื่น การจัดการกับภาวะเลือดออก รวมถึงการใช้ยาในกรณีเฉพาะต่างๆ ดังนั้นในปัจจุบันยารวาร์ฟารินจึงยังเป็นที่นิยมในการใช้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหัวใจห้องบนพลิ้วไวมากกว่า

ผู้รับยารวาร์ฟารินส่วนใหญ่ต้องรับประทานยาตลอดชีวิต ยกเว้นแพทย์สั่งหยุดยาในบางกรณี ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด ไม่ปรับขนาดยา

ด้วยตนเอง อ่านวิธีการรับประทานยาใหม่ทุกครั้งที่มาพบแพทย์ เนื่องจากขนาดยามีการปรับเปลี่ยนตามผลเลือด และควรรับประทานยาในเวลาเดียวกันของทุกวัน กรณีลืมยาให้ปฏิบัติดังนี้ (เกศขกรรมศรีประสิทธิ์, 2559)

1) กรณีรับประทานยาไม่เกิน 12 ชั่วโมง ให้รับประทานยาทันทีที่นึกได้ในขนาดยาที่เท่าเดิม

2) กรณีลืมยาเกิน 12 ชั่วโมง ให้ข้ามยาในมือนั้นไป แล้วรับประทานยาในมือต่อไป ในขนาดยาที่เท่าเดิม ห้ามปรับยาเพิ่มเป็น 2 เท่า

3) ควรจดบันทึก และแจ้งแพทย์ทุกครั้งที่ได้รับประทานยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใน 1 สัปดาห์ก่อนมาตามนัดที่โรงพยาบาล

ผู้ที่ได้รับยารักษาโรคควรได้รับอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ เพื่อสุขภาพที่ดี แต่อาหารบางประเภทอาจมีผลต่อการเพิ่มขึ้น / ลดลงของค่า INR โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารที่มีวิตามินเคสูง ดังนั้นหากมีการเปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหารดังกล่าว ควรปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร โดยอาหารที่อาจทำให้ค่า INR เพิ่มขึ้น ได้แก่ แปะก๊วย สมุนไพรจีน ตังกุย โสม เห็ดหลินจือ แคนเบอร์รี่ ชะเอมเทศ ถั่งเช่า กาแฟ น้ำมันปลา กระเทียม ขิง ขมิ้นชัน มะรุม วิตามินอี มะม่วง มะละกอ ส้มโอ น้ำเกรปฟรุต ทูเรียน ทับทิม องุ่น ผลไม้สีแดง และอาหารที่อาจทำให้ค่า INR ลดลง ได้แก่ บรอกโคลี กะหล่ำปลี กะหล่ำดอก ผักกาดหอม ตำลึง กวางตุ้ง ชะพลู กระถิน กระเจ็ด กระน้ำ ผักบุง ชะอม สะตอ มะระจีนก ใบย่านาง ผักสดอัดเม็ด คลอโรฟิลล์อัดเม็ด นมถั่วเหลือง ชาเขียว โอวคาโด ซูชิ หน้าสาหร่าย ผลิตภัณฑ์วิตามินเค และ โอเอ็นไอเอ็มคิวทีเอ็น

ข้อควรปฏิบัติตัวอื่นๆ สำหรับผู้รับยารักษาโรค

1) ควรหลีกเลี่ยงการนวดยาเข้ากล้ามเนื้อ

2) หากต้องทำฟัน หรือเข้ารับการรักษาอื่น ต้องแจ้งแพทย์ที่ทำการรักษาว่า ใช้อย่างไร การแข็งตัวของเลือด

3) หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่อาจกระทบกระแทกรุนแรง หรือเกิดการบาดเจ็บได้ง่าย

4) หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์

5) ในกรณีซื้อยารับประทานเอง ควรปรึกษาเภสัชกรก่อนทุกครั้ง

6) ถ้าเกิดอุบัติเหตุมีเลือดออก ให้ใช้มือหรือผ้าสะอาดกดตรงแผล หากไม่หยุดให้รีบกลับมาพบแพทย์

7) มาตรวจตามนัดทุกครั้ง หากสามารถมาตามนัดได้ ให้ติดต่อเลื่อนนัด และกินยาในขนาดเดิมไปก่อน

- 8) นำสมุดประจำตัวมารับบริการที่โรงพยาบาลทุกครั้ง
- 9) เก็บยาไว้ในบรรจุภัณฑ์ที่โรงพยาบาลจัดให้ เก็บให้พ้นแสง และไกลจากมือเด็ก
- 10) ยาอาจมีผลต่อทารกในครรภ์ หากต้องการตั้งครรภ์ควรปรึกษาแพทย์ก่อนการวางแผนตั้งครรภ์

1.5 ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว

การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชนอยู่ภายใต้การดูแลตามระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงภายใต้แผนการดำเนินงานการให้บริการของคลินิกโรคไม่ติดต่อ (NCD Clinic Plus) การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาภายใต้ระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ (Service Plan สาขาโรคหัวใจ) และระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care service) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.5.1 แผนการดำเนินงานการให้บริการของคลินิกโรคไม่ติดต่อ (NCD Clinic Plus)

มี 6 องค์ประกอบได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ทิศทาง และนโยบายประกอบด้วย NCD Board การวางแผนปฏิบัติการ การตกลงงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง การสื่อสาร ทิศทาง นโยบาย และเป้าหมายไปยังผู้มีส่วนร่วมทุกระดับ และการติดตามความก้าวหน้าทิศทางการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าประสงค์ องค์ประกอบที่ 2 ระบบสารสนเทศ ประกอบด้วย การมีระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่ได้รับการพัฒนา สมบูรณ์ครบถ้วน และสามารถเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลในเครือข่ายสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ องค์ประกอบที่ 3 การปรับระบบและกระบวนการบริการ ประกอบด้วย การให้บริการคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง การประเมินโอกาสเสี่ยงให้แก่กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน การให้การวินิจฉัย การจัดบริการที่มีมาตรฐานตามระยะโรค มีผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ มีระบบรับ-ส่งต่อระหว่างเครือข่ายให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้ง่าย และได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง รวมถึงมีเครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขที่เชื่อมโยงไปชุมชน องค์ประกอบที่ 4 ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การจัดบริการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยส่งเสริมความรู้ทักษะที่จำเป็นในการวางแผนดูแลตนเองทั้งกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย รวมถึงมีกระบวนการสื่อสารเพื่อส่งเสริมการตัดสินใจและจัดการตนเอง ช่วยสนับสนุนให้ผู้รับบริการดูแลตนเอง ร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้อย่างต่อเนื่อง องค์ประกอบที่ 5 ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ ประกอบด้วย มีแนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ระบบการประสานงานให้คำปรึกษา รวมถึงมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการ

ดูแลและจัดการโรค *องค์ประกอบที่ 6 การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน* ประกอบด้วย การสนับสนุน ทัศนคติทางนโยบายในการลดความเสี่ยงโรคในชุมชน มีนโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมต่อการ มีสุขภาพของ คนในชุมชน สนับสนุนการจัดกิจกรรมหรือจัดตั้งกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพและสนับสนุนการดูแล ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงด้วยตนเอง (กระทรวง สาธารณสุข กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ, 2566)

1.5.2 การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาอาร์ฟารินภายใต้ระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ

(*Service Plan สาขาโรคหัวใจ*) วัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อให้มีการประสานงานในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ ยาอาร์ฟาริน อย่างเป็นระบบ 2) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการรักษาและสามารถดูแล ตัวเอง ในการจัดการปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาอาร์ฟารินได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) เพื่อลดความเสี่ยง หรือป้องกันการเกิดผลอันไม่พึงประสงค์หรือเป็นอันตราย จากการใช้ยาอาร์ฟาริน และ 4) เพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายของการรักษา การใช้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยโรค ลิ้นหัวใจพิการทั้งก่อนหรือ หลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Atrial fibrillation) และผู้ป่วยโรคหัวใจหรือหลอดเลือดสมองบางชนิดจำเป็นต้องได้รับยาป้องกันการ แข็งตัวของเลือด เพื่อป้องกันการเกิดลิ้นหัวใจเทียมทำงานผิดปกติหรือป้องกันการเกิด Embolic stroke กิจกรรมและเป้าหมายดำเนินการในแต่ละระดับมีดังนี้ 1) พัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้สามารถคัดกรองผู้ป่วยที่ควรได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดมีระบบ ส่งต่อผู้ป่วยที่สมควรได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด สามารถให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวของ ผู้ป่วยที่ได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด สามารถให้การรักษาเบื้องต้นและส่งต่อผู้ป่วยที่เกิด ภาวะแทรกซ้อนจากยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด 2) พัฒนาโรงพยาบาลชุมชน (รพ.ช) ระดับ F2 - M1 สามารถให้การรักษาด้วยยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดทั้งการ ให้ยา การตรวจวัดค่าการแข็งตัว ของเลือด มีระบบส่งต่อผู้ป่วยในรายที่ซับซ้อนหรือมีภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสม และมีระบบ ส่งต่อข้อมูลระหว่าง โรงพยาบาลแม่ข่ายและ โรงพยาบาลลูกข่าย 3) พัฒนาโรงพยาบาลทั่วไปและ โรงพยาบาลศูนย์: ระดับ S - A สามารถรักษาผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาป้องกันการแข็งตัว ของเลือดได้อย่างเหมาะสม และสามารถให้การรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด ในกรณีที่ซับซ้อนได้ โดยมีกำหนดหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพ ดังนี้ 1) แพทย์เป็นผู้ดูแลหน่วยบริการ ทั้งในด้านบริหารจัดการและการให้บริการ ทางการแพทย์ 2) เภสัชกรและ/หรือ พยาบาล สามารถ ส่งตรวจค่าการแข็งตัวของเลือด (INR) ทำหน้าที่ให้การดูแล ชักประวัติและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่มา รับบริการจะต้องได้รับคำปรึกษา ให้สามารถเฝ้าระวังผลแทรกซ้อนและเข้าใจขีดจำกัดการออกฤทธิ์ ของยาจากการ รับประทานอาหารชนิดต่างๆ ตลอดจนทราบอาการผิดปกติที่ต้องปรึกษาแพทย์ (คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ, 2559)

1.5.3 ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care service) ตามพระราชบัญญัติ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ให้มีการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมาย ดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน ครอบคลุม ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยมีกลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือ เพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมระหว่าง ภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการ และการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ (กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ, 2566)

การศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว ทำให้พบแนวโน้มการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในเชิงระบบ มีแนวโน้มในการดูแลในสถานบริการปฐมภูมิมากขึ้น ทั้งในรูปแบบการดูแลรักษา และการพยาบาลในชุมชน ปัจจุบันโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีพยาบาลวิชาชีพประจำการในการดูแลรักษา ประกอบกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลายแห่งยังไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำการ ดังนั้น การมีแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชนที่มีทิศทางและมีมาตรฐานเดียวกันจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลได้อย่างมีคุณภาพ และเกิดความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว

2 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

2.1 ความหมายและประโยชน์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

2.1.1 ความหมายของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

ฟองคำ ตีลกสกุลชัย (2554) ได้ให้คำนิยามคำว่าแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice guidelines) หมายถึงเอกสารหรือข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยนักปฏิบัติทางคลินิกหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในการตัดสินใจอย่างเหมาะสมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในปัญหาทางคลินิกที่เฉพาะเจาะจง จุดเริ่มต้นของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกมาจากวิชาชีพการแพทย์ เรียกว่า "แนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice

guidelines)" หรือ "แนวทางเวชปฏิบัติ" ในระยะต่อมาวิชาชีพการพยาบาลจึงได้เริ่มสนใจในการพัฒนา "แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (Clinical nursing practice guideline)"

ดังนั้น แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (Clinical nursing practice guideline) จึงหมายถึงเอกสารหรือข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบสำหรับพยาบาล เพื่อช่วยในการตัดสินใจอย่างเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โดยจัดทำเป็นคู่มือ (manual) ตามขั้นตอน (step) ของกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในปัญหาทางคลินิกที่เฉพาะเจาะจง

2.1.2 ประโยชน์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

พองคำ ดิลกสกุล (2554) กล่าวว่า การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในการดูแลผู้รับบริการ มีประโยชน์ทั้งต่อหน่วยงานองค์กร ผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสุขภาพ และผู้รับบริการ ดังนี้

- 1) ทำให้มีมาตรฐานการบริการที่มีหลักฐานสนับสนุนเด่นชัด และแพร่หลายในวงกว้าง
- 2) ทำให้การตัดสินใจทางคลินิกง่ายขึ้น และมีหลักฐานประกอบมากขึ้น
- 3) ทำให้มีมาตรฐาน หรือเกณฑ์ในการวัดความเหมาะสมของกรปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพ ความหลากหลายของวิธีการปฏิบัติในเรื่องเดียวกันซึ่งอาจจะเกิดจากความหลากหลายในการตัดสินใจทางคลินิก ความหลากหลายของมาตรฐานและงานประจำ ความหลากหลายของแหล่งทรัพยากร และขาดการตกลงร่วมกันในการดูแลรักษา
- 4) ทำให้แยกความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพแต่ละฝ่ายให้ชัดเจนขึ้น
- 5) กระตุ้นให้มีการพูดคุยอภิปรายเพื่อมองหาสิ่งใหม่ในการดูแลด้านสุขภาพ ส่งเสริมความร่วมมือ และการประสานงานในทีมสหสาขาของผู้ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพ
- 6) ทำให้มีมาตรฐานเพื่อสอนผู้ป่วย และผู้ให้บริการเกี่ยวกับมาตรฐานการบริการที่ดีที่สุดในปัจจุบัน
- 7) ทำให้การบริการมีคุณภาพ และประสิทธิผลมากขึ้น
- 8) ทำให้มีกรอบในการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม เกิดความคุ้มค่าในการให้บริการด้านสุขภาพมากขึ้น
- 9) ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดความผิดพลาดจากการปฏิบัติ

10) ช่วยให้นักปฏิบัติทางคลินิกสามารถประยุกต์ความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ร่วมกับศิลปะของการดูแลในการบริการด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย

11) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือของการประเมินจากภายนอก เพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการสาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิก

2.2.2 ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกให้เป็นที่ยอมรับและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง มีรูปแบบที่มีกระบวนการชัดเจน ครอบคลุมและเน้นการพัฒนาที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ในระดับองค์กรตลอดจนให้แนวทางในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จึงนำกรอบแนวคิดของ Soukup (2000) มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินการวิจัย โดยกรอบแนวคิดของ Soukup ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 คั่นหาวิเคราะห์ปัญหาทางคลินิก (Evidence Triggered Phase) เป็นระยะของการกระตุ้นที่ทำให้เกิดการกำหนดปัญหาทางคลินิก โดยสามารถหาข้อมูลได้จากแหล่งข้อมูล 2 ประเภท คือ 1) การปฏิบัติงาน (Practice triggers) และ 2) ความรู้ที่เกี่ยวกับปัญหาที่ได้จากการปฏิบัติงาน (Knowledge triggers) โดยการทบทวนวรรณกรรม

ขั้นตอนที่ 2 สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Supported Phase) เป็นระยะของการทบทวนและค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้และประเมินการใช้แนวปฏิบัติ (Evidence Observed Phase) เป็นระยะของการนำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อทดลองใช้ด้วยวิธีการที่เหมาะสม และสามารถประเมินได้ โดยอาจเป็นลักษณะการนำร่องเพื่อศึกษาเชิงปฏิบัติหรือผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิ

ขั้นตอน ที่ 4 การนำแนวแนวปฏิบัติไปใช้จริง (Evidence Based Phase) เป็นระยะของการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ โดยการวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ จากข้อมูลที่สามารถรวบรวมได้ในระยะสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ และระยะทดลองใช้และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

สุทธิพร มุลศาสตร์ (2562) ได้สรุปแนวคิดจากนักวิชาการหลายท่าน ซึ่งผู้วิจัยสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ โดยนำประเด็นสำคัญในการพัฒนา ได้แก่

1) การกำหนดประเด็น หรือเลือกเรื่องที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โดยเลือกเรื่อง และความชัดเจนของเรื่องที่เป็นจุดเริ่มต้นของการดำเนินการ

พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ซึ่งอาจเป็นปรากฏการณ์ อาการ หรือหัตถการพยาบาลที่ เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีลักษณะสำคัญ ดังนี้

(1) เป็นเรื่องที่มีความสำคัญ และมีขนาดของปัญหามาก โดยพิจารณา จากตัวชี้วัดที่สำคัญ เช่น ความชุก อุบัติการณ์ คุณภาพชีวิต ความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และสังคม เป็นต้น

(2) เป็นเรื่องที่มีวิธีการปฏิบัติที่หลากหลาย และเสียค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาลสูง

(3) เป็นเรื่องที่มีหลักฐานใหม่ที่ไม่สอดคล้องกับความเชื่อ หรือวิธีการ ที่ผู้ประกอบการวิชาชีพพยาบาลปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ซึ่งต้องพัฒนาให้มีความทันสมัยสู่การปฏิบัติตาม หลักฐานเชิงประจักษ์ นอกจากนี้ควรกำหนดขอบเขตของเรื่องให้ชัดเจน ทั้งขอบเขตของกลุ่ม ประชากรที่จะนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ และผู้ที่จะใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทาง คลินิก รวมทั้งขอบเขตด้านเนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

2) การคัดเลือกและแต่งตั้งคณะทำงานแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โดยคัดเลือกจากผู้มีคุณสมบัติที่เหมาะสม ได้แก่ เป็นผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกที่เข้าใจปัญหาการ พยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่กำลังเผชิญอยู่ มีทักษะในการวิเคราะห์และประเมินผล จำนวนสมาชิกใน คณะทำงาน ควรพิจารณาความเหมาะสมตามระยะเวลาที่จำทำงานให้สำเร็จ การคัดเลือก ประกอบด้วย ผู้ที่เกี่ยวข้อง หรือผู้มีส่วนได้เสียทุกฝ่าย เพื่อจะได้ช่วยการระดมสมองในการพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก และได้รับความร่วมมือจากทั้งทางตรง และทางอ้อม รวมทั้ง คณะทำงานควรได้รับการสนับสนุนจากทั้งผู้ปฏิบัติและผู้บริหาร โดยทำงานด้วยความโปร่งใส ปราศจากความลำเอียงและผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of interest)

3) การสืบค้นข้อมูลและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาแนว ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่ดี ต้องพัฒนาอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด ดังนั้น การสืบค้นข้อมูลจึงมีส่วนสำคัญ โดยข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการ พยาบาลทางคลินิกมี 3 ประเภทดังนี้

(1) งานวิจัยทางคลินิกประเภทปฐมภูมิ เป็นงานวิจัยต้นฉบับ หรือ บทความวิชาการ ซึ่งสืบค้นได้จากห้องสมุด และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทางสุขภาพ เช่น MEDLINE, CINAHL เป็นต้น

(2) งานวิจัยทางคลินิกประเภททุติยภูมิ เป็นงานวิจัยที่มีการทบทวน อย่างเป็นระบบ (Systematic review) หรืองานวิจัยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta analysis) ซึ่งสามารถ

สืบค้นได้จากฐานข้อมูล เช่น The Cochrane Collaboration หรือ The Joanne Briggs Institute เป็นต้น

(3) แนวปฏิบัติที่มีอยู่แล้ว สามารถสืบค้นได้จากฐานข้อมูล เช่น The US National Guideline Clearinghouse, The Guideline International Network, The Scottish Intercollegiate Guideline Network เป็นต้น

4) การวิเคราะห์ และประเมินข้อมูลที่ได้จากการสืบค้น เป็นการพิจารณาเอกสารที่เข้าเกณฑ์ที่จะนำมาใช้ โดยต้องมีความตรงภายใน ได้แก่ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มหัตถการ หรือการรักษาพยาบาล รายละเอียดของหัตถการหรือการรักษาพยาบาล การบริหารงานวิจัย การถอนตัวของกลุ่มตัวอย่าง การประเมินผลลัพธ์ และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

5) การสังเคราะห์ และพัฒนาวิธีปฏิบัติที่แนะนำ จากหลักฐานและข้อมูลที่สืบค้นมาได้จะนำไปสู่การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก อาจแบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกตามหลักฐานเชิงประจักษ์ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกจากข้อตกลงร่วมกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกจากความเห็นของบุคคลที่ไม่ใช่ข้อตกลงร่วมกัน โดยแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกควรประกอบด้วยข้อความที่ชัดเจน และบ่งบอกว่าใคร ทำอะไร ที่ไหน เมื่อไหร่ ทำใ้ และอย่างไร เพื่อให้ก่อให้เกิดผลลัพธ์อะไร โดยระดับคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ และความหนักแน่นของการให้ข้อเสนอแนะ จากการทบทวนข้อมูลที่จะช่วยให้ได้มาซึ่งความน่าเชื่อถือ และความเที่ยงตรงของแนวปฏิบัติ โดยการแบ่งระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานการจ้ดระดับคุณภาพความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับความนิยม คือ การพิจารณาและตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยของ Melnyk and Fineout Overholt (อ้างใน ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2554) ซึ่งได้แบ่งระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Levels of evidence) เป็น 7 ระดับ ดังนี้

หลักฐานระดับ 1 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ หรือการวิเคราะห์ห้ภูมิมา จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่ม และมีกลุ่มควบคุม และแนวปฏิบัติที่มีที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ถือเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือที่สุด ในการตัดสินใจในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

หลักฐานระดับ 2 เป็นหลักฐานที่มาจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่ม และมีกลุ่มควบคุมอย่างน้อย 1 เรื่อง โดยผู้วิจัยจะทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง หรือกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นรูปแบบการวิจัยที่มีความตรงภายในมากที่สุด

หลักฐานระดับ 3 เป็นหลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีแบบแผน แต่ไม่มีการสุ่ม ทำให้ความน่าเชื่อถือน้อยลง เนื่องจากไม่มีการสุ่มทำให้ความมั่นใจเรื่องความคล้ายคลึง ในด้านตัวแปรทางประชากร หรือตัวแปรทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมลดลง

หลักฐานระดับ 4 เป็นหลักฐานที่มาจากงานวิจัย Case Control หรือ Cohort Study โดยที่ Case Control หมายถึง งานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลังในตัวแปรทำนาย เหตุการณ์บางอย่าง รวมถึงการเปรียบเทียบลักษณะเฉพาะบางอย่างของบุคคลในคนที่ เป็น และ ไม่ เป็น และ Cohort Study หมายถึง งานวิจัยที่เป็นการศึกษาติดตามไปข้างหน้าเพื่อศึกษาตัวแปร หรือ ผลของตัวแปรตัวใดตัวหนึ่ง

หลักฐานระดับ 5 เป็นหลักฐานที่มาจากบททบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยาย และงานวิจัยเชิงคุณภาพ

หลักฐานระดับ 6 เป็นหลักฐานที่ได้มาจากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย และงานวิจัยเชิงคุณภาพ

หลักฐานระดับ 7 เป็นหลักฐานที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพ เฉพาะ และ/หรือรายงานจากระบบการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง ซึ่งเป็นหลักฐานระดับต่ำสุด แต่สามารถนำมาใช้ได้ในกรณีที่ไม่ม้งานวิจัยในเรื่องนั้น

6) การทบทวน และวิพากษ์วิจารณ์โดยผู้เชี่ยวชาญ โดยก่อนที่จะนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปทดลองใช้ ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นวิพากษ์วิจารณ์ก่อน รวมทั้งบุคลากรในวิชาชีพพยาบาล ทั้งนี้เพื่อประเมิน ความตรงของเนื้อหา ความชัดเจน รูปแบบการนำเสนอ และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ

7) การทดลองใช้/โครงการนำร่อง หลังจากคณะกรรมการแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และบุคลากรในวิชาชีพพยาบาลแล้ว ก่อนนำไปใช้จริงควรมีการทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โดยทำเป็นโครงการนำร่องทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กก่อน ซึ่งควรเตรียมความพร้อมของบุคลากรที่จะนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ด้วย เช่น การให้ความรู้ และฝึกฝนทักษะในการปฏิบัติ เป็นต้น ในขั้นตอนนี้ควรพิจารณาถึงข้อดี และอุปสรรคในการใช้ เช่น ความเห็นของผู้มีส่วนได้เสีย ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการลงทุนสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ความคุ้มค่าของค่าใช้จ่าย เป็นต้น

8) การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสู่การปฏิบัติ โดยเป็นการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการปฏิบัติงาน ควรคำนึงถึงประเด็นต่างๆ

ดังนี้ 1) การสร้างแรงจูงใจในการใช้ 2) การมีส่วนร่วม/ความรู้สึกเป็นเจ้าของ 3) การใช้กระบวนการศึกษาในกลุ่ม 4) การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเข้าไปอยู่ในกระบวนการทำงานของหน่วยงาน เช่น การประกันคุณภาพ เป็นต้น 5) การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการสื่อสาร การสื่อสารผ่านองค์กรวิชาชีพ การใช้ผู้นำทางคลินิก และ 6) ผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก และข้อมูลย้อนกลับ

9) การเผยแพร่ และการนำไปใช้ โดยการเผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก จะทำให้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นเป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลาย ซึ่งอาจทำได้โดยการนำเสนอในที่ประชุมวิชาการ ตีพิมพ์ในวารสาร เพื่อให้ผู้ที่มีส่วนได้เสีย และผู้ที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

10) การประเมินผล และปรับปรุงแก้ไข คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ควรวางแผนติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับการพยาบาลโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว พยาบาลผู้ให้การพยาบาล หน่วยงาน และระบบบริการพยาบาล ซึ่งควรกำหนดระยะเวลาในการติดตาม เช่น 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เป็นต้น และคณะทำงานควรรวบรวม และปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบันอย่างสม่ำเสมอ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว ใช้แนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการทางคลินิกของสุทธิพร มุลศาสตร์เป็นกรอบในการพัฒนา 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดประเด็น หรือเลือกเรื่องที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก 2) การคัดเลือก และแต่งตั้งคณะทำงานแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก 3) การสืบค้นข้อมูลและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 4) การวิเคราะห์และประเมินข้อมูลที่ได้จากการสืบค้น 5) การสังเคราะห์ และพัฒนาวิธีการปฏิบัติที่แนะนำ 6) การทบทวนและวิพากษ์วิจารณ์โดยผู้เชี่ยวชาญ 7) การทดลองใช้/โครงการนำร่อง 8) การประเมินผล และปรับปรุงแก้ไข และ 9) การเผยแพร่ และการนำไปใช้

2.3 แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

นพวรรณ เปียชื่อ (2563) อธิบายว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถใช้เป็นแนวทางและคำแนะนำสำหรับพยาบาลในการป้องกันระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิ เพื่อปรับใช้ให้เข้ากับระบบการบริการปฐมภูมิ ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การค้นหาผู้ป่วย การวินิจฉัยในผู้มีอายุ 15 ปีขึ้นไป การประเมินและการจัดแผนการดูแลแบบองค์รวม การให้คำปรึกษา และการติดตามและส่งเสริมความต่อเนื่องในการ

ดูแลรักษา ครอบคลุมถึงการประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของชุมชน ทำให้เกิดการดำเนินงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพในการให้บริการระดับปฐมภูมิ

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว

3.1 งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัย ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว

สาวิตรี เหล่าไพบุลย์กุล, อังคนา ช่วยชัย, ศิวกร บันลือพีช, ภากร บรรณ ไศภิชฐ์, ศิริปภา มาตรฐานตรี และวรรณดี คงเทพ (2562) ศึกษาเรื่องปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยนอกที่ได้รับยารักษาที่มีค่า INR นอกช่วงการรักษา โดยการเยี่ยมบ้านในอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยจากฐานข้อมูล HOSxP ในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล บันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ ประวัติการแพ้ยา ประวัติความเจ็บป่วย ข้อบ่งใช้ในการได้รับยารักษา ค่า INR รายการยาที่ได้รับ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการสูบบุหรี่ พบว่า มีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การศึกษาจำนวน 22 ราย โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.55 อายุเฉลี่ย 66.09 ปี อายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 72.73) อายุน้อยที่สุดคือ 32 ปี (ร้อยละ 4.55) อายุมากที่สุดคือ 86 ปี (ร้อยละ 4.55) ข้อบ่งใช้ในการได้รับยารักษาที่พบมากที่สุดคือ การป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Atrial fibrillation) ร้อยละ 68.18 มีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 63.64) โดยผู้ป่วยทุกคนมีช่วง INR เป้าหมายอยู่ที่ 2.0-3.0 และรับประทานยารักษามานานมากกว่า 1 ปี (ร้อยละ 54.55) จากนั้นประสานกับทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลท่าศาลาในการติดต่อผู้ป่วยเบื้องต้นเพื่อลงเยี่ยมบ้าน โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์สัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลตามแบบสัมภาษณ์เชิงลึกถึงโครงสร้างที่สอดคล้องกับเครื่องมือที่ใช้ในการเยี่ยมบ้าน INHOMESS แบบสัมภาษณ์จะมีการนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิก่อนการนำไปใช้ และประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ยารักษา โดยดัดแปลงจากคำถามที่ใช้ในการประเมินความรู้เรื่องยารักษาของสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาลเป็นคำถามปลายเปิด ผลปรากฏว่าปัญหาจากการใช้ยารักษาที่พบมากที่สุด คือ ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง รองลงมาคือผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่มากเกินไป ผู้ป่วยเกิดอันตรายกิริยาระหว่างยา และผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ส่วนปัญหาจากการใช้ยาอื่นๆที่พบ ได้แก่ การเก็บยาไม่เหมาะสม การแบ่งเม็ดยาไม่ถูกต้อง และการไม่เข้าใจคำสั่งการใช้ยา ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยารักษาพบผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ในการใช้ยารักษาอยู่ในระดับมากจำนวน 10

ราย ในการศึกษาคั้งนี้ผู้ศึกษาไม่ได้ระบุถึงบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน

งานวิจัยในต่างประเทศ

อัลติคอก, ยิลซาร์ท และเรนคูส โช กุลลารี (Altiok, Yilmaz. & Rencuso_gullari, 2015) ทำการศึกษาเรื่องการใช้ชีวิตร่วมกับหัวใจห้องบนพลิ้วไหว: การวิเคราะห์มุมมองของผู้ป่วย โดยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 32 ราย จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 225 ราย นำผลการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สมการต่อเนื่องของไคโลสกี ผลปรากฏว่า จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิงร้อยละ 50 อายุเฉลี่ย 66.90 ปี ผลสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งหมด 15 หัวข้อ รวบรวมเป็น 4 ประเด็น ดังนี้ ประเด็นที่ 1 สภาพจิตใจ 1) พบว่า 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างสามารถยอมรับสภาพโรค ยาที่มีความสัมพันธ์กับโรคได้ และเรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกับโรค ในขณะที่มีผู้ป่วย 1 รายแจ้งว่าเป็นเรื่องยากที่จะยอมรับและอยู่ร่วมกับหัวใจห้องบนพลิ้วไหวที่เป็นอยู่ 2) ผู้ป่วยครึ่งหนึ่งรู้สึกหมดไฟในชีวิต เนื่องจากการนัดหมายในโรงพยาบาลที่บ่อยครั้ง และใช้เวลารอคอยในการเจาะเลือด และรอผลเลือดเป็นเวลานาน โดยผู้ป่วย 4 รายยอมรับว่าพวกเขาไม่ได้เจาะเลือดเป็นประจำ เนื่องจากเหนื่อยหน่ายในการต่อคิว และระยะเวลาในการรอผลเลือด 3) ผู้ป่วย 1 ใน 4 มีการตอบสนองเรื่องการรับรู้เรื่องโรคว่าพวกเขาต้องอยู่กับโรคนี และการควบคุมอาหารอย่างเข้มงวดตลอดชีวิต ในขณะที่เดียวกัน ผู้ป่วย 1 ใน 4 กล่าวว่าพวกเขามีอารมณ์รุนแรง โมโหง่ายตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว 4) ผู้ป่วยครึ่งหนึ่งเชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากพระเจ้า และพวกเขาขอบคุณพระเจ้าเสมอ เพราะยังมีคนที่แย่กว่าพวกเขา 5) ผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งรู้สึกเป็นภาระ เนื่องด้วยโรคที่เป็นอยู่ไม่สามารถมาโรงพยาบาลตามการนัดหมายของแพทย์ เดินทาง หรือซื้อของได้ด้วยตัวเอง 6) ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่งวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการใจสั่น หรือภาวะเลือดออกจากยาที่ได้รับ และมีผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งยอมรับว่ามีอาการนอนไม่หลับจากอาการใจสั่น 7) ผู้ป่วย 1 ใน 3 แจ้งว่าพวกเขาไม่กลัวความตาย เนื่องจากถือเป็นการปลดปล่อยอย่างหนึ่ง แต่ในขณะที่ผู้ป่วยครึ่งหนึ่งกล่าวว่าพวกเขาหวาดกลัวต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการแข็งตัวของเลือด และภาวะเลือดออก ประเด็นที่ 2 สถานภาพทางสังคมขณะเจ็บป่วย 1) ผู้ป่วยครึ่งหนึ่งระบุว่าพวกเขาจำเป็นต้องปฏิเสธคำเชิญในการร่วมงานทางสังคม เนื่องจากการควบคุมอาหารอย่างเข้มงวด 2) ผู้ป่วยครึ่งหนึ่งกล่าวว่าพวกเขามีปัญหาด้านการเงิน เพราะต้องเสียค่าเดินทางในการไปตามการนัดหมายทุก 1-2 สัปดาห์ เงินจำนวนหนึ่งต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล และในขณะที่รอรับการรักษามีเงินจำนวนหนึ่งเสียไปกับค่าน้ำและของว่างระหว่างรอคิว 3) ผู้ป่วย 6 ราย กล่าวว่าครอบครัวของ

พวกเขาแสดงความรู้สึกห่วงใยพวกเขาเป็นพิเศษ เนื่องจากกลัวว่าผู้ป่วยจะมีอาการใจสั่น ทำให้พวกเขา รู้สึกเป็นภาระของครอบครัวมากขึ้น ประเด็นที่ 3 สภาพร่างกายของผู้ป่วยขณะเจ็บป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่กล่าวว่าด้วยโรคที่เป็นอยู่ทำให้ถูกจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ประเด็นที่ 4 การจัดการโรคและการรับมือกับโรค 1) ผู้ป่วยครึ่งหนึ่งกล่าวว่าแพทย์ และแผนการรักษาของพวกเขามีการปรับเปลี่ยนบ่อยครั้ง ซึ่งหากเป็นไปได้พวกเขาต้องการติดตามผลกับแพทย์คนเดิมให้มากที่สุด 2) ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรค และแจ้งว่าพวกเขาได้รับคำแนะนำที่เกี่ยวกับการใช้ยา ผลดีผลเสียของการได้รับยารักษาโรคน้อยมาก 3) ผู้ป่วยส่วนใหญ่แจ้งว่าพวกเขาได้รับความรู้เกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรคน้อยมาก แพทย์แจ้งเพียงแต่ให้งดผักใบเขียวเท่านั้น แต่ไม่แจ้งเหตุผลที่ต้องทำเช่นนั้น 4) ผู้ป่วยจำนวน 9 ราย แจ้งว่าแพทย์ของพวกเขาเพียงแค่แจ้งผล INR และปรับยาให้เท่านั้น ไม่ได้แจ้งเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการปรับยา และอาหารที่ควรระวัง ในการศึกษานี้ผู้ศึกษาชี้ให้เห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวที่รับยารักษาโรค มีข้อจำกัดทั้งทางจิตใจ ได้แก่ ความกลัวในภาวะแทรกซ้อนของโรคและผลข้างเคียงจากยา รู้สึกหมดไฟ และรู้สึกเป็นภาระสถานภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อจำกัดที่ทำให้ปฏิเสธการเข้าสังคม และเรื่องค่าใช้จ่าย ร่างกาย ได้แก่ อาการใจสั่น ถูกจำกัดความสามารถในชีวิตประจำวัน และการจัดการกับโรค ได้แก่ การขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง และผลลัพธ์จากการได้รับยา

3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว

พิกกรม อโศกบุญรัตน์ และทิภาดา สามลีทอง (2564) ทำการศึกษาเรื่องผลของการพัฒนาการบริหารทางเภสัชกรรมในคลินิกกัวร์ฟาริน ณ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง โดยเป็นการศึกษาย้อนหลัง กลุ่มประชากรเป็นผู้รับบริการในวาร์ฟารินคลินิกจำนวน 32 ราย โดยกลุ่มเป้าหมายมีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวจำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 84.38 และมีโรคความดันโลหิตเป็นโรคร่วมจำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 84.38 แบ่งกลุ่มควบคุม คือผู้รับการบริหารทางเภสัชกรรมก่อนการพัฒนาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2560 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2560 จำนวน 16 ราย และกลุ่มทดลอง คือผู้รับการบริหารทางเภสัชกรรมหลังการพัฒนา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 จำนวน 29 ราย โดยศึกษาจากข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และแบบบันทึกการบริหารทางเภสัชกรรมในคลินิกกัวร์ฟาริน จากนั้นพัฒนาการบริหารทางเภสัชกรรมเชิงรุกในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง โดยการเพิ่มการปรึกษาเภสัชกรเรื่องยาก่อนพบแพทย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีค่า TTR ตามเป้าหมาย และยังช่วยติดตามแก้ไขปัญหายาอย่างเป็นระบบ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้กล่าวถึงบทบาทพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานในคลินิกกัวร์ฟาริน คือการซักประวัติลงบันทึกใน HosXp การออกบัตรนัด และไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ

เกษราภรณ์ จันดี (2563) ทำการศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่รับประทานยารวาร์ฟารินในคลินิก: กรณีศึกษา โดยเป็นการศึกษาผู้ป่วยรายกรณีเปรียบเทียบ 2 ราย ที่เข้ารับบริการวาร์ฟารินคลินิกโรงพยาบาลตรัง ระหว่างวันที่ 11 ธันวาคม พ.ศ. 2562 ถึง 27 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ สังเกต และการอ่านรายงานบันทึกเวชระเบียน พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความคล้ายคลึงกันตรงที่ทั้ง 2 ราย คือมีประวัติโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เกาต์ หัวใจห้องบนพลิ้วไหว รับยาในวาร์ฟารินคลินิกมากกว่า 5 ปี และมาตามนัดสม่ำเสมอ โดยผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาเกินขนาด ทำให้เกิดอาการเหนื่อยง่ายเวลาเดิน มีจ้ำเลือดที่แขนและขาทั้ง 2 ข้าง ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด เป็นเหตุให้แพทย์พิจารณาหยุดยารวาร์ฟาริน และได้รับยาฉีดเพื่อให้เลือดแข็งตัว ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะ Pulmonary edema โดยดูได้จากภาพถ่ายทางรังสี ไม่มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย ไม่เจ็บแน่นหน้าอก มีอาการเลือดกำเดาไหลเป็นบางวัน ซึ่งจากการศึกษาพบว่าพยาธิสภาพของผู้ป่วยทั้ง 2 รายคล้ายคลึงกันคือ มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีปัจจัยด้านคลินิกที่ส่งผลต่อการตอบสนองของยา คือ อายุ คชนิมวลกาย ภาวะโรคร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ได้แก่ การทราบเหตุผลในการรับประทานยารวาร์ฟาริน การปฏิบัติตัวเมื่อรับประทานยารวาร์ฟาริน การปฏิบัติตัวเมื่อลืมรับประทานยารวาร์ฟาริน การออกกำลังการขณะรับประทานยารวาร์ฟาริน การรับประทานยาอื่นที่มีผลต่อการใช้ยารวาร์ฟาริน และการรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้รับประทานยารวาร์ฟาริน โดยผู้ศึกษาสรุปบทบาทของพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกวาร์ฟารินว่ามีส่วนสำคัญในการประเมินปัญหาก่อนพบแพทย์ การอธิบายแผนการรักษา การวางแผนการจำหน่าย และการประเมินประสิทธิภาพการรักษา

งานวิจัยในต่างประเทศ

ฟรอล และคณะ (Farrow et al, 2019) ศึกษาเรื่องผลของการให้วิตามินเคในผู้ป่วยรับยารวาร์ฟารินที่มีค่า INR มากกว่า 10 มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อศึกษาอัตราการเกิดภาวะเลือดออกภายใน 30 วัน วัตถุประสงค์รอง 1) เพื่อศึกษาอัตราการมีเลือดออกที่สำคัญ ลิ่มเลือดอุดตัน และทุกสาเหตุของการเสียชีวิตใน 30 วัน 2) เพื่อศึกษาระยะเวลาที่ INR < 4 ในผู้ป่วยที่มีการประเมินค่า INR ใน 30 วัน โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังในเวชระเบียนระหว่างวันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 2006 ถึง 6 มิถุนายน ค.ศ. 2018 ตั้งเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ 1) ผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 18 ปี 2) เป็นสมาชิกไกเซอร์เพอร์มานันต์ โคโลราโด (Kaiser Permanente Colorado: KPCO) ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป 3) ไม่พบภาวะเลือดออกในวันที่เก็บข้อมูล 4) ไม่มีประวัติ Serum Cr > 4 mg/dL หรือวินิจฉัย ESRD ภายใน 180 วันก่อนเก็บข้อมูล 5) ไม่มีประวัติการจ่ายหรือรับประทานวิตามินเคก่อนที่จะพบ INR มากกว่า 10

ภายใน 180 วัน และ 6) ไม่มีประวัติการรักษาด้วยกรนอนโรงพยาบาล หรือเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินในวันที่มีค่า INR มากกว่า 10 หรือในวันถัดมา พบผู้ป่วยที่มี INR มากกว่า 10 จำนวนทั้งสิ้น 1,103 ราย และเป็นผู้ที่เข้าเกณฑ์การศึกษาจำนวน 809 ราย โดยแบ่งกลุ่มผู้ได้รับวิตามินเคจำนวน 332 ราย และกลุ่มไม่ได้รับวิตามินเคจำนวน 477 ราย โดยที่ค่าเฉลี่ยของ INR ทั้ง 2 กลุ่ม คือ 10.4 เท่ากัน ผลปรากฏว่า 1) อัตราการเกิดเลือดออกที่มีความสำคัญทางคลินิกในกลุ่มที่ได้รับวิตามินเค และกลุ่มที่ไม่ได้รับวิตามินเคในระยะเวลา 30 วันเป็นร้อยละ 3 และ 3.5 ตามลำดับ พบอัตราการเกิดลิ่มเลือดอุดตันเป็นร้อยละ 1.8 และ 0.9 ตามลำดับ โดยไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 2) อัตราการเสียชีวิตในทุกสาเหตุในกลุ่มที่ได้รับวิตามินเคในระยะเวลา 30 วัน สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับวิตามินเค 1.63 เท่า (ร้อยละ 15.1 และ 10.1) $P = .032$ ค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 3) ระยะเวลาที่ทำให้ $INR < 4$ ต่ำกว่าในกลุ่มผู้ที่ได้รับวิตามินเคต่ำกว่ากลุ่มไม่ได้รับวิตามินเค คือ 1.8 วัน และ 2.4 วันตามลำดับ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จากการศึกษาสรุปได้ว่าการให้วิตามินเคในผู้ป่วยรับยารวาร์ฟารินที่มีค่า INR สูงไม่มีความจำเป็น การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรให้ความสำคัญกับอาการของผู้ป่วยมากกว่าค่า INR ที่ตรวจได้ และในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาไม่ได้ระบุถึงบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว และการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวพบว่าเป็นการศึกษาในส่วนของผลของข้างของยาต้านการแข็งตัวของเลือดในการให้บริการรวาร์ฟารินคลินิก และมีการพยายามพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว โดยเน้นการบริหารทางเภสัชกรรม โดยการเพิ่มการให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่นอกช่วงการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีค่า TTR ตามเป้าหมาย และยังช่วยติดตามแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ แต่ในขณะเดียวกันนั้นผู้ศึกษาโดยมากไม่ได้ระบุถึงบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน

4. การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในพื้นที่ศึกษา

จังหวัดเลย ตั้งอยู่ทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ของประเทศไทย มีพื้นที่ทั้งหมดประมาณ 11,424.612 ตารางกิโลเมตร หรือ 7,140,382 ไร่ หรือประมาณร้อยละ 6.77 ของพื้นที่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อยู่บนพื้นที่ราบสูงโคราช หรือที่เรียกกันว่า แอ่งสกลนคร ลักษณะภูมิประเทศส่วนใหญ่เป็นทิวเขาในแนวทางทิศเหนือใต้ และจะมีพื้นที่ราบลุ่มระหว่างหุบเขา ที่ไม่ใหญ่มากนัก สลับกันอยู่ในแนวเทือกเขา ห่างจากกรุงเทพมหานคร 520 กิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ แขวงไชยบุรีและแขวงเวียงจันทน์ ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ และ อำเภอนครไทย, อำเภอชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลก
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ อำเภอสังขม จังหวัดหนองคาย และ อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี และ อำเภอศรีบุญเรือง, อำเภอสวรรคคูหา, อำเภอนากลาง, อำเภอนาวัง จังหวัดหนองบัวลำภู
ทิศใต้	ติดต่อกับ อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ และ อำเภอภูผาม่าน, อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น

จังหวัดเลยแบ่งออกเป็น 14 อำเภอ 89 ตำบล (ไม่รวมตำบลกุดป่อง ซึ่งอยู่ในเขตเทศบาลเมืองเลย) 918 หมู่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัดเลย 1 แห่ง เทศบาลเมือง 2 แห่ง เทศบาลตำบล 27 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 71 แห่ง สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวนทั้งสิ้น 510 แห่ง จำแนกตามสังกัด 1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 142 แห่ง 2) ภาคเอกชน 226 แห่ง 3) สังกัดกระทรวงกลาโหม 1 แห่ง 4) สังกัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 1 แห่ง และ 5) ร้านขายยา 134 ร้าน

4.1 สถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ที่ศึกษา

องค์การอนามัยโลกประมาณการว่ามีประชากรวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 30–79 ปีทั่วโลกป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 1.28 พันล้านคนทั่วโลก การคาดการณ์โดยเฉลี่ยประชากรชาย 1 ใน 4 และประชากรหญิง 1 ใน 5 ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เพียง 1 ใน 5 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (World Health Organization: WHO, 2023) รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยจากการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พบว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในปี 2562-2563 ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 25.4 โดยพบในประชากรชายร้อยละ 26.7 และประชากรหญิงร้อยละ 24.2 ความชุกสูงสุดในกลุ่มประชากรอายุ 15 - 29 ปี คือร้อยละ 5.1 ในประชากรชาย และร้อยละ 1.4 ในประชากรหญิง จากนั้นเพิ่มขึ้นตามช่วงอายุ และสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป (วิชัย เอกพลากร, 2564) โดยมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยไม่รวมกรุงเทพมหานครตามข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสาธารณสุข (Health Data Center :HDC) พ.ศ. 2560 – 2565 เป็น 12,605.53, 13,361.07, 13,940.22, 14,651.61 และ 15,069.40

ต่อแสนประชากรตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 8 มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2561 – 2565 เป็น 9,518.26, 10,193.63, 10,689.92, 11,299.98 และ 11,882.80 ต่อแสนประชากรตามลำดับ จังหวัดเลยมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2561 – 2565 เป็น 12,491.91, 13,183.12, 13,794.22, 14,390.12 และ 15,031.92 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (HDC Report, 16 ตุลาคม พ.ศ. 2565) จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งในประเทศไทย เขตสุขภาพที่ 8 และจังหวัดเลย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยจังหวัดเลยมีอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงใกล้เคียงกับอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย และมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 8 ดังนั้น โรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นปัญหาสำคัญของจังหวัดเลย โดยมีอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 จำนวน อัตราป่วยและอัตราตายด้วยความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน ปี 2561-2565 จังหวัดเลย

ปี	ประชากร กลางปี (คน)	อัตราป่วยต่อแสนประชากร		อัตราตายต่อแสนประชากร	
		จำนวน (คน)	อัตราป่วย	จำนวน (คน)	อัตราตาย
2561	534,450	66,763	12,491.91	1,480	276.99
2562	531,460	70,063	13,183.12	1,705	320.81
2563	532,868	73,505	13,794.22	1,878	352.43
2564	533,783	76,812	14,390.12	2,093	392.11
2565	531,143	79,841	15,031.92	2,839	534.51

ที่มา: ระบบคลังข้อมูลสาธารณสุข (Health Data Center: HDC, 2566) สืบค้นจาก

https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cf0155e11&id=6b9af46d0cc1830d3bd34589c1081c68

4.2 ระบบและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว

4.2.1 แผนการดำเนินงานการให้บริการของคลินิกโรคไม่ติดต่อ (NCD Clinic Plus)

การดูแลผู้ความดันโลหิตสูงในจังหวัดเลย เริ่มตั้งแต่การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโดยอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม.) โดยการดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน การจัดกิจกรรมลดชุมชนลดเค็ม และโรงพยาบาลกึ่งนอ่ยอ่อย 3 ดี เพื่อลดการเกิดโรคในบุคคลทั่วไป การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกเบาหวานความดันตามตัวชี้วัดของ NCD Clinic Plus โดยกระจายผู้ป่วยเพื่อรักษาในโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยแบ่งผู้ป่วยจากการคัดกรองกลุ่มความเสี่ยงของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องรับการประเมินอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี โดยมีผลการดำเนินงานผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี

ปี	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในปี	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	
		จำนวน	ร้อยละ
2563	73,505	42,898	58.36
2564	76,812	41,897	54.54
2565	79,526	44,109	55.46

ที่มา: ระบบคลังข้อมูลสาธารณสุข (Health Data Center: HDC, 2566) สืบค้นจาก

https://lei.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=2e3813337b6b5377c2f68affe247d5f9

การประเมินหัวใจห้องบนพลิ้วไหวจากโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้อยู่ในแผนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องได้รับการประเมินทุกปี แต่จะได้รับการตรวจวินิจฉัยเพื่อพบข้อบ่งชี้ตามดุลยพินิจของแพทย์ โดยเมื่อตรวจพบหัวใจห้องบนพลิ้วไหว แพทย์จะให้พิจารณาให้วาร์ฟาริน และให้บริการในวาร์ฟารินคลินิก

4.2.2 การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาตัวฟารินภายใต้ระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ

(Service Plan สาขาโรคหัวใจ)

จังหวัดเลยตอบสนองนโยบายตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคหัวใจ ในปี พ.ศ. 2559 ที่ให้มีการจัดตั้งวาร์ฟารินคลินิกในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อลดความแออัดของผู้รับบริการในโรงพยาบาลศูนย์ เพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาตัวฟาริน สำหรับเจ้าหน้าที่ และเพิ่มอัตราของผู้ป่วยรับยาตัวฟารินที่ไอเอ็นอาร์อยู่ในช่วงของการรักษา มีผู้รับบริการเพิ่มขึ้นทุกปี โดยจำนวนผู้รับบริการปีงบประมาณ 2564–2566 (ตุลาคม พ.ศ. 2565 – มิถุนายน พ.ศ. 2566) จำนวน 2,993, 3,440 และ 2,921 และจำนวนครั้งของการรับบริการในปีงบประมาณ 2564 – 2566 (ต.ค.2565 -มิ.ย 2566) จำนวน 14,339, 14,258 และ 10,543 โดยมีผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน ดังตารางที่ 2.3

ตารางที่ 2.3 ผลการดำเนินงานวาร์ฟารินคลินิกจังหวัดเลย ปีงบประมาณ 2564 – 2566 (ต.ค 2565 - มิ.ย 2566)

ผลการดำเนินงาน (เป้าหมาย)	2564		2565		2566	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าคลินิก และได้รับการติดตามโดย เภสัชกร (100%)	14,339	100.00	14,258	100.00	10,543	100.00
2. INR in target (70%)	7,056	49.00	7,055	49.48	5,111	48.48
3. Good compliance (100%)	13,542	94.44	13,017	91.29	10,038	95.21
4. Major bleeding (<1%)	47	0.33	37	0.26	25	0.24
5. Minor bleeding (<5%)	224	1.56	229	1.61	201	1.91
6. ผลประเมินความรู้ผู้ป่วย (≥80%)	–	88.87	–	89.81	–	90.23

ตารางที่ 2.3 พบว่า ผลการดำเนินงานวาร์ฟารินคลินิกจังหวัดเลย ปีงบประมาณ 2564 – 2566 (ต.ค.2565 -มิ.ย 2566) ยังพบปัญหาเรื่องการเข้าถึงการรักษาของค่า INR (INR in target) ยัง

ไม่ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ที่ร้อยละ 70 โดยในปีงบประมาณ 2564 – 2566 (ตุลาคม พ.ศ. 2565 – มิถุนายน พ.ศ. 2566) ทำได้ร้อยละ 49.00, 49.48 และ 48.48 ตามลำดับ

4.2.3 ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care service)

จังหวัดเลย มีแผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) ระยะ 10 ปี จำนวน 65 ทีม โดยมีการดำเนินการขึ้นทะเบียนฯ (สะสม) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562-2565 จำนวน 33 ทีม คิดเป็นร้อยละ 50.77 ในปีงบประมาณ 2566 มีเป้าหมายในการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการฯ ครบทั้ง 65 ทีม คิดเป็นร้อยละ 100 โดยปัจจุบันมียอดสะสมการขึ้นทะเบียนจำนวน 49 ทีม คิดเป็นร้อยละ 75.38 ยังคงเหลือ อีก 16 ทีม มีแผนการขึ้นทะเบียนรอบที่ 3/2566 ให้แล้วเสร็จภายในเดือนกันยายน 2566 หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) จังหวัดเลยจำนวน 65 ทีม ประกอบด้วย หน่วยบริการปฐมภูมิ 18 ทีม และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 47 ทีม โดยในปีงบประมาณ 2566 มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนทุกแห่ง โดยจังหวัดเลยมีการจัดอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 2 รุ่น เพื่อรองรับหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนใหม่และทดแทนทีมเดิม อีกทั้ง รพ.แม่ข่ายทั้ง 14 แห่ง มีการให้บริการ Telehealth/Telemedicine ครบทุกแห่ง

การดำเนินงานประชาชนคนไทยมีหมอประจำตัว 3 คน ของจังหวัดเลยเป็นการประสานความร่วมมือกันระหว่างหมอคคนที่ 1 หมอคคนที่ 2 และหมอคคนที่ 3 โดยเฉพาะอย่างยิ่งหมอคคนที่ 1 และหมอคคนที่ 2 จะเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนและชุมชนมากที่สุดในการประสานงาน ส่วนมากมักจะประสานกันผ่านทางโทรศัพท์หรือผ่าน Application Line ไม่ว่าจะเป็นการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่างๆ กลุ่มป่วยที่ต้องได้รับการรักษาอย่างทันที่ หรือกลุ่มเปราะบางที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษในชุมชน ซึ่งทุกหลังคาเรือนจะมีสม. ประจำบ้าน เป็นผู้คอยดูแลและประสานกับหมอคคนที่ 2 ที่อยู่หน่วยบริการในเขตรับผิดชอบและเป็นหมอประจำบ้านของหมู่บ้านนั้นๆ เมื่อเกินศักยภาพหน่วยบริการใกล้บ้าน หมอคคนที่ 2 จะประสานหมอคคนที่ 3 ในการขอรับคำปรึกษาหรือการส่งต่อรักษาต่อไป สุดท้ายแล้วเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาและกลับสู่ชุมชนการประสานงานแบบย้อนกลับจากหมอคคนที่ 3 ไปยังหมอคคนที่ 2 และส่งต่อไปยังหมอคคนที่ 1 จะเกิดขึ้นเพื่อผู้ป่วยจะได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างถูกต้อง ถูกวิธีและการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

4.3 ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้ว

ไหว

การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวมีความซับซ้อนในการดูแล ปัญหาหลักที่พบได้บ่อยคือ ความไม่มั่นใจในการดูแลผู้รับบริการกลุ่มนี้สำหรับเจ้าหน้าที่ที่ไม่ได้รับผิดชอบงานวาร์ฟารินคลินิก ซึ่งอาจแบ่งปัญหาารายด้านได้ ดังนี้

4.3.1 ด้านการดูแลตนเอง

1) การควบคุมอาหาร เนื่องจากอาหารบางประเภทอาจมีผลต่อการเพิ่มขึ้น/ลดลงของค่า INR โดยเฉพาะอย่างอาหารที่มีวิตามินเคสูง แต่เนื่องจากวัฒนธรรมการรับประทานอาหารของคนในพื้นที่ ซึ่งชอบรับประทานอาหารจำพวกผัก ผลไม้ตามฤดูกาล จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าสู่ระยะการรักษาได้

2) การรับประทานยา เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อรับยา วาร์ฟารินในแต่ละรอบ จะมีการปรับเปลี่ยนขนาดยาตามค่า INR ทำให้ขนาดยาที่ได้รับในแต่ละครั้ง หรือแม้กระทั่งขนาดยาที่ต้องรับประทานในแต่ละวันในรอบนัดเดียวกัน มีความแตกต่างกัน ทำให้ในบางครั้งผู้ป่วยเกิดความสับสนในการรับประทานยา

3) การขาดนัด เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว จำเป็นต้องมาตามนัดเพื่อติดตามผลการรักษาบ่อยครั้ง และเนื่องจากสภาพทางภูมิศาสตร์ของจังหวัดเลย มีลักษณะเป็นที่ราบสูง ทำให้การคมนาคมลำบาก พื้นที่ในเขตรับผิดชอบที่ห่างไกล บางครั้งเกิดข้อจำกัดเรื่องความไม่สะดวกเรื่องวัน/เวลา นัดหมายของญาติหรือตัวผู้ป่วยเอง หรือบางครั้งอาจเกิดจากการลืมวันเวลานัดหมาย แม้พยาบาลที่รับผิดชอบจะทำการติดตามนัดด้วยการโทรศัพท์ติดตาม แต่ยังไม่พบปัญหาไม่มีคลื่นโทรศัพท์ในบางพื้นที่ รวมการติดตามนัดโดยการใช้เครือข่าย รพสต.และ อสม.ในพื้นที่ช่วยในการติดตามนัด เกิดความล่าช้าในบางครั้ง ทำให้เกิดการขาดนัดในผู้ป่วยรับยา วาร์ฟาริน และเนื่องจากเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูงเนื่องจากมีช่วงการรักษาแคบทางคลินิกจึงจำเป็นต้องเคร่งครัดการจ่ายยาในพอดีกับวันนัดของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยที่ขาดนัดเพียงไม่กี่วัน อาจขาดยาเนื่องจากยาหมดได้

4.3.2 ด้านการจัดการบริการในการดูแลผู้ป่วย

1) การจัดอัตรากำลังในการดูแลผู้ป่วย วาร์ฟารินคลินิกโรงพยาบาลชุมชนมีแนวโน้มว่าจำนวนผู้รับบริการจะเพิ่มอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากการวินิจฉัยเป็นดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวรายใหม่ และการรับผู้ป่วยส่งต่อกลับมาให้บริการในโรงพยาบาลชุมชนตามสิทธิการรักษา บางครั้งผู้ป่วยอาจมาด้วยภาวะฉุกเฉินที่ต้องการการดูแล

เร่งด่วนนอกเวลาราชการ ซึ่งผู้รับผิดชอบงานหลักไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน และเนื่องจากไม่มีแนวปฏิบัติกรพยาบาลทางคลินิกที่เป็นมาตรฐาน ทำให้เจ้าหน้าที่อื่นซึ่งขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่แล้ว เกิดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น

2) การโอนย้ายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อเป็นการบริหารจัดการบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ สามารถบริหารจัดการข้อมูล และนำไปใช้วางแผนบริหารตำแหน่ง การบริหารเชิงรุก ลดภาระการทำงานซ้ำซ้อนของผู้ปฏิบัติงานด้านบริหารงานบุคคล นั้น ทำให้เกิดการโอนย้ายข้าราชการพลเรือนสามัญสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในที่นี้รวมถึงข้าราชการที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน รพสต.ที่โอนย้ายดังกล่าวด้วย ทำให้การประสานงานในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวซึ่งมีความซับซ้อน อาจมีความยุ่งยากมากขึ้น ดังนั้น หากมีแนวปฏิบัติกรพยาบาลทางคลินิกที่มีมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะให้การสื่อสารในการดูแลที่เข้าใจตรงกัน และมีการดูแลเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

3) ความชัดเจนในมาตรฐานการดูแลในชุมชน การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว ปัจจุบันมีการให้บริการในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน แต่ยังไม่มีการกำหนดมาตรฐานการดูแลในชุมชนระดับหน่วยงานปฐมภูมิ ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว และยังไม่มีความชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and developmental) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน จังหวัดเลย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน และศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน โดยมีการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้มีประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1.1 สถานที่ทำการศึกษา การวิจัยเลือกพื้นที่อำเภอกลุ่มเป้าหมายอย่างเฉพาะเจาะจง โดยเลือกที่อำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย

1.1 กลุ่มผู้ป่วย

1.1.1 ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในเขตพื้นที่จังหวัดเลย จำนวน 4,437 คน

1.1.2 กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 การกระตุ้นที่ทำให้เกิดการค้นหาแนวปฏิบัติหรือค้นหาปัญหาทางคลินิก เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในเขตพื้นที่รับผิดชอบอำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย จำนวน 12 ราย ถูกเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่างถูกเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

(1) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในเขตพื้นที่อำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย

(2) รับประทานที่วาร์ฟารินคลินิกโรงพยาบาลท่าลี่ จังหวัดเลย ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

(3) มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป

(4) สามารถสื่อสารด้วยโดยการพูด และการฟังภาษาไทยได้

(5) เป็นผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ โดย 1) ระดับความดันโลหิตไม่อยู่ในระยะอันตราย คือ ไม่ต่ำกว่า 90/60 mmHg และไม่เกิน 180/110 mmHg 2) ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย 3) ไม่มีอาการใจสั่นเจ็บแน่นหน้าอก และ 4) ไม่มีภาวะเลือดออกที่เป็นอันตรายในระหว่างทำการวิจัย

(6) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

(1) เมื่อกลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ระดับความดันโลหิตน้อยกว่าเท่ากับ 90/60 mmHg หรือมากกว่าเท่ากับ 180/110 mmHg มีอาการหายใจหอบเหนื่อย หรือมีอาการใจสั่นเจ็บแน่นหน้าอก หรือมีภาวะเลือดออกที่เป็นอันตราย

(2) เมื่อกลุ่มตัวอย่างเสียชีวิต

(3) เมื่อแพทย์เปลี่ยนแผนการรักษาให้หยุดยารักษาโรคระหว่างการทำการวิจัย

(4) เมื่อกลุ่มตัวอย่างไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยต่อ

2) กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปทดลองใช้ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในเขตพื้นที่รับผิดชอบอำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย จำนวน 15 ราย ถูกเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ตามคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1

1.2 พยาบาลวิชาชีพ

1.2.1 ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่รับผิดชอบจังหวัดเลยจำนวน 1,350 คน

1.2.2 กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ในขั้นตอนที่ 1 การกระตุ้นที่ทำให้เกิดการค้นหาแนวปฏิบัติหรือค้นหาปัญหาทางคลินิก ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนและค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ และขั้นตอนที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปทดลองใช้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่รับผิดชอบอำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย จำนวน 12 คน ถูกเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

(1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่รับผิดชอบอำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

(2) มีความสทบการณั้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว

(3) ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลในพื้นที่อำเภอท่าลี่ จังหวัดเลยตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป

(4) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้

2) กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในขั้นตอนที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปทดลองใช้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่รับผิดชอบอำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย จำนวน 15 คน ถูกเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

(1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่รับผิดชอบอำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

(2) มีความเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว

(3) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

(1) เมื่อกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้

(2) เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนสายงานในระหว่างการวิจัย

(3) เมื่อกลุ่มตัวอย่างไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยต่อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1.1 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว เป็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว ประกอบด้วย

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะเวลาที่ป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ และสิทธิการรักษาพยาบาล

2) แนวคำถามเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว ประกอบด้วย ปัญหาทางด้านร่างกาย ปัญหาทางด้านจิตใจ และปัญหาทางด้านสังคม

3) แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ชีพจร ความดันโลหิต และค่าไอเอ็นอาร์

2.1.2 แนวทางการระดมสมอง เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว เป็นแนวทางการระดมสมองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อกำหนดขอบเขตปัญหา และความต้องการในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว ประกอบด้วย

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมระดมสมอง ประกอบด้วย ชื่อสกุล อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

2) แนวคำถามเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว ในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

3) แนวทางการระดมสมองในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว

2.1.3 แบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกตามวิธีของอะกรี ทู (The Appraisal of Guidelines Research and Evolution II: AGREE II) ฉบับภาษาไทย แบบประเมินนี้นำมาใช้ในการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว โดยมีการประเมินจำนวน 23 ข้อ แบ่งเป็น 6 หมวด ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2556)

1) **ขอบเขตและวัตถุประสงค์** จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ มีการอธิบายวัตถุประสงค์ในภาพรวมของแนวทางเวชปฏิบัติไว้อย่างชัดเจน มีการอธิบายคำถามด้านสุขภาพไว้อย่างชัดเจน และมีการอธิบายอย่างชัดเจนว่าแนวปฏิบัตินี้ทำขึ้นเพื่อใช้กับประชากรกลุ่มใด (ผู้ป่วย ประชาชน เป็นต้น)

2) การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสีย มีจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ กลุ่มผู้จัดทำแนวปฏิบัติประกอบด้วยบุคคลากรจากกลุ่มวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทั้งหมด มีการพิจารณาทัศนะ และความ ต้องการของประชากรเป้าหมาย (ผู้ป่วย ประชาชน เป็นต้น) และมีการกำหนดผู้ใช้งานเป้าหมายของแนวปฏิบัติไว้อย่างชัดเจน

3) ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ มี จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ มีวิธีการใช้สำหรับการสืบค้นหลักฐานอย่างเป็นระบบ มีการอธิบายเกณฑ์สำหรับการเลือกหลักฐานอย่างชัดเจน มีการอธิบายจุดแข็งและข้อจำกัดของหลักฐานไว้อย่างชัดเจน มีการอธิบายวิธีการจัดทำข้อเสนอแนะไว้อย่างชัดเจน มีการพิจารณาถึงผลประโยชน์ต่อสุขภาพ ผลข้างเคียง และความเสียหายในการจัดทำข้อเสนอแนะ มีจุดเชื่อมโยงอย่างชัดเจนระหว่างข้อเสนอแนะ และหลักฐานสนับสนุน มีการทบทวนแนวปฏิบัติโดยผู้เชี่ยวชาญภายนอกก่อนการจัดพิมพ์เผยแพร่ และมีการกำหนดระเบียบปฏิบัติในการปรับแนวปฏิบัติให้เป็นปัจจุบัน

4) ความชัดเจนในการนำเสนอ มีจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อเสนอแนะมีความจำเพาะเจาะจง และไม่กำวม มีการนำเสนอทางเลือกต่าง ๆ ในการจัดการภาวะ หรือประเด็นสุขภาพไว้อย่างชัดเจน และสามารถระบุข้อเสนอแนะหลักได้โดยง่าย

5) การนำไปใช้ มีจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ แนวปฏิบัติมีการอธิบายถึงปัจจัยเอื้อและอุปสรรคต่อการนำข้อเสนอแนะไปปรับใช้ แนวปฏิบัติมีรายละเอียดคำแนะนำ และ/หรือเครื่องมือในการนำข้อเสนอแนะไปปฏิบัติ มีการพิจารณาทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง เมื่อมีการนำข้อเสนอแนะไปปฏิบัติ และมีเกณฑ์สำหรับกำกับ และ/หรือตรวจสอบแนวปฏิบัติ

6) ความเป็นอิสระของทีม มีจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ทัศนะของหน่วยงานสนับสนุนเงินทุนไม่มีอิทธิพลต่อเนื้อหาของแนวทางปฏิบัติ และมีการบันทึกและแสดงการมีผลประโยชน์ทับซ้อนของสมาชิกกลุ่มผู้จัดทำแนวทางปฏิบัติ

การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติในภาพรวมได้ร้อยละ 92.86 และคำนวณคะแนนคุณภาพรายหมวดจาก 6 หมวดของ AGREE II คะแนนของทั้ง 6 หมวด ซึ่งเป็นอิสระต่อกัน และไม่ควรรนำมาคำนวณรวมเข้าเป็นคะแนนคุณภาพเดียว โดยได้จากการรวมคะแนนทั้งหมดของแต่ละหัวข้อในหมวดนั้น และจัดลำดับคะแนนรวมเป็นร้อยละของคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ของหมวดดังกล่าว การคิดคะแนนระดับคะแนนของหมวด คือ

คะแนนที่ได้ – คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้

คะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ – คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้

โดยที่

คะแนนสูงสุดที่จะเป็นไปได้ คิดจาก 7 (เห็นด้วยอย่างมาก) x หัวข้อ x ผู้ประเมิน

คะแนนต่ำสุดที่จะเป็นไปได้ คิดจาก 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างมาก) x หัวข้อ x ผู้ประเมิน

โดยผลการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติมีค่าตามตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 ผลการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ แยกราย หมวด

	จำนวน ข้อ	คะแนน สูงสุด	คะแนน ต่ำสุด	ผลต่างของ คะแนนสูงสุด และคะแนน ต่ำสุด	ผลต่างของ คะแนนสูง สุดและ คะแนนที่ ได้	ร้อยละ
หมวดที่ 1 ขอบเขตและ วัตถุประสงค์	3	105	15	90	86	95.56
หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วม ของผู้มีส่วน ได้ส่วนเสีย	3	105	15	90	84	90.00
หมวดที่ 3 ความเข้มงวด ของขั้นตอน การจัดทำ	8	280	40	240	229	95.42
หมวดที่ 4 ความชัดเจนใน การนำเสนอ	3	105	15	90	88	97.78
หมวดที่ 5 การนำไปใช้	4	140	20	120	117	97.50
หมวดที่ 6 ความเป็นอิสระ ของ บรรณาธิการ	2	70	10	60	58	96.67

2.1.4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย

1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา และอาชีพ โดยมีลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ และเติมคำ

2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง และหัวใจห้องบนพลิ้วไหวที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยความด้านความรู้เกี่ยวกับโรค ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการรับประทานยา ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบถูกผิด เกณฑ์การให้คะแนนในข้อที่คำตอบถูกต้อง ถ้าตอบ “ถูกต้อง” ให้ 1 คะแนน “ไม่แน่ใจ” หรือ “ไม่ถูกต้อง” ให้ 0 คะแนน ในข้อที่คำตอบไม่ถูกต้อง ถ้าตอบ “ไม่ถูกต้อง” ให้ 1 คะแนน “ไม่แน่ใจ” หรือ “ถูกต้อง” ให้ 0 คะแนน โดยเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนพิจารณาแบ่งระดับคะแนนประยุกต์ จากหลักเกณฑ์ของ (Bloom, 1971) มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ

ร้อยละของคะแนน	ระดับความรู้
มากกว่าเท่ากับร้อยละ 80	มาก
ร้อยละ 60-79.99	ปานกลาง
ต่ำกว่าร้อยละ 60	น้อย

3) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการรับประทานยา ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้น ๆ เลย
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติตามข้อความนั้น 1-2 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติตามข้อความนั้น 3-4 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติตามข้อความนั้น 5-6 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติตามข้อความนั้น 7 วันต่อสัปดาห์

เกณฑ์การให้คะแนนพฤติกรรมด้านบวกและด้านลบ ดังนี้

ความถี่การปฏิบัติ	พฤติกรรมด้านบวก	พฤติกรรมด้านลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	5 คะแนน	1 คะแนน

ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	4 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	3 คะแนน	3 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลผลคะแนน คิดคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้แก่ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และด้านการรับประทานยา โดยการแปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50	หมายถึง	มีพฤติกรรมดูแลตนเองระดับน้อยที่สุด
ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50	หมายถึง	มีพฤติกรรมดูแลตนเองระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50	หมายถึง	มีพฤติกรรมดูแลตนเองระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50	หมายถึง	มีพฤติกรรมดูแลตนเองระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00	หมายถึง	มีพฤติกรรมดูแลตนเองระดับมากที่สุด

4) แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก (ผู้วิจัยบันทึก) ประกอบด้วย ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว ยาที่ใช้ในปัจจุบัน ความดันโลหิต ซีฟงร ค่าไอเอ็นอาร์ EHRA symptom scale และ Barthel ADL index โดยมีลักษณะคำถามแบบเดิมค่า

2.1.5 แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวจังหวัดเลย สำหรับพยาบาลวิชาชีพ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย

1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านการพยาบาล ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่รับผิดชอบอำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โดยมีลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ และเดิมค่า

2) ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวสำหรับพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การใช้แผนการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล (Potter & Perry, 2005) โดยในแต่ละข้อคำถามคำนึงถึงความครอบคลุมค่านิยม ผลลัพธ์ และการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรฐานประมาณค่า

(Rating scale) 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ซึ่งใช้หลักในการแปลผลค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2560)

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
1.00-1.50	ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกน้อยที่สุด
1.51-2.50	ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกน้อย
2.51-3.50	ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกปานกลาง
3.51-4.50	ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมาก
4.51-5.00	ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมากที่สุด

2.2 เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ นโยบายปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว โดยผู้วิจัยและทีมพัฒนาคำเนินการพัฒนานโยบายปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว โดยพัฒนาตามกรอบแนวคิดการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซูกัพ (Soukup, 2000) การศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกระตุ้นเพื่อค้นหาปัญหาและแนวปฏิบัติทางคลินิก (Evidence-triggered phase)

1.1 การสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว ผู้วิจัยได้เชิญผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ จำนวน 12 ราย โดยถูกเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง เพื่อสนทนากลุ่มในการหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว ในวันที่ 5 มกราคม 2566 เวลา 9.00-10.00 น. ณ คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าลี่ อำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย โดยใช้เครื่องบันทึกเสียงช่วยบันทึกการสนทนา พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว มีปัญหาและความต้องการการดูแลทั้งหมด 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย อาการเวียนศีรษะ เสียงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดลิ่มเลือด ด้านจิตใจ ได้แก่ มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง วิตกกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค และผลของยาต้านการแข็งตัวของเลือด และด้านสังคม ได้แก่ ครอบครัวขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

1.2 กระตุ้นให้เกิดการค้นหาแนวทางปฏิบัติหรือการค้นหาปัญหาทางคลินิก ขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้ต้องการกระตุ้นให้ทีมพัฒนาอภิปรายและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อระบุนรายละเอียดและความชัดเจนเกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว และผู้วิจัยกระตุ้นให้ทีมพัฒนาค้นหาแนวทางปฏิบัติหรือการค้นหาปัญหาทางคลินิก

1.3 เตรียมนำเสนอข้อมูลจากการค้นหาแนวทางปฏิบัติหรือการค้นหาปัญหาทางคลินิกที่ได้ พร้อมทั้งแต่งตั้งทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อทำการระดมสมอง ในวันที่ 19 มกราคม 2566 เวลา 13.30-16.30 น. ณ ห้องประชุมสุพรรณิการ์ โรงพยาบาลท่าลี่ อำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย

1.4 หลังจากการระดมสมองผู้วิจัยและทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก กำหนดขอบเขตของประชากร ผู้ใช้แนวปฏิบัติและขอบเขตด้านเนื้อหาของแนวปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนและค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-support phase)

2.1 การสนับสนุนและการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ ขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยร่วมกับทีมพัฒนาแนวการพยาบาลทางคลินิกสืบค้นองค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ต่างๆ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีขอบเขต จากตำรา บทความวิชาการ งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ วิจัยทั้งในและต่างประเทศจาก Thai LIS และ THAIJO โดยกำหนดช่วงปีสืบค้นระหว่าง พ.ศ. 2555 – 2565 และ ค.ศ. 2012 – 2022 รวมทั้งดำเนินการสืบค้นด้วยมือ จากวารสาร เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณที่เป็นแบบทดลอง ซึ่งจะได้จากงานวิจัยเชิงทดลอง เช่น RCT, Quasi Experimental Research ที่มีการทดสอบประสิทธิภาพ โดยใช้กรอบการสืบค้นของ PICO (Melnyx & Fineout Overholt, 2005) สรุปคำหลักในการสืบค้นคือ

P (Population or Participant) คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว

I (Intervention) คือ การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว และแนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว

C (Comparison) คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว

O (Outcome) คือ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การควบคุมระดับความดันโลหิต ค่าไอเอ็นอาร์

2.2 การร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ระยะนี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกขึ้นจากขั้นตอนที่ 1 จนถึงการสนับสนุนและการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยผู้วิจัยและทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ซึ่งจำเป็นต้องมีการตรวจสอบแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติได้รับการตรวจสอบจากทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหา ความครอบคลุม ความสมบูรณ์ของเนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกตามการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ หากมีข้อใดไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยต้องทำการพิจารณาปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกร่วมกับทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกและอาจารย์ที่ปรึกษา และส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติอีกครั้งก่อนที่จะนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปทดลองใช้ (Evidence-observed phase)

การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว มีขั้นตอนดังนี้

3.1 ผู้วิจัยได้เข้าพบสาธารณสุขอำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย และทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในเขตรับผิดชอบอำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เพื่อนำเสนอแนวคิด ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ซึ่งแจ้งเรื่องการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว และวิธีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชนไปทดลองใช้ พร้อมทั้งแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชนฉบับร่าง และเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน สำหรับพยาบาลวิชาชีพ

3.2 กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชนฉบับร่างที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกได้เลือกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว

แบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 15 ราย ในระหว่างที่กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชนฉบับร่างไปทดลองใช้ ผู้วิจัยจะคอยให้คำปรึกษา ชี้แจงข้อสงสัยเพื่อให้กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกได้เข้าใจมากยิ่งขึ้น

3.3 การติดตามผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โดยการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว จำนวน 15 ราย และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ผลทางสถิติต่อไป

3.4 สอบถามความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน สำหรับพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้วิจัยให้พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว สำหรับพยาบาลวิชาชีพ หลังจากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชนฉบับร่าง และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ผลทางสถิติต่อไป

3.5 แบบประเมินพฤติกรรม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมตนเอง และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ผลทางสถิติต่อไป

3.6 แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก ประกอบด้วย ระยะเวลาที่ป่วย ซีพอร์ ความดันโลหิต ค่าไอเอ็นอาร์ EHRA symptom scale Barthel ADL index และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ผลทางสถิติต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ในการปฏิบัติงาน (Evidence based phase)

4.1 นำผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน จังหวัดเลย สรุปและนำเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอท่าลี่ เพื่อขอคำชี้แนะในการปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน จังหวัดเลย

4.2 การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ในการปฏิบัติงาน เป็นขั้นตอนของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงและเผยแพร่การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในการประชุมเครือข่ายงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อจังหวัดเลย และในวารสารวิชาการ

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) และการหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

3.1 การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว ผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบถึงความสอดคล้องและความชัดเจนของ โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็น เป็น 4 ระดับ โดยแต่ละระดับมีความหมายดังนี้ (Burns & Grove, 2009)

- 1 หมายถึง คำถามข้อนั้นไม่สอดคล้องหรือเหมาะสมต่อการวัดตัวแปรหรือเรื่องนั้นเลย
- 2 หมายถึง คำถามข้อนั้นสอดคล้องหรือเหมาะสมต่อการวัดตัวแปรหรือเรื่องนั้นเล็กน้อยต้องปรับปรุงอีกมาก
- 3 หมายถึง คำถามข้อนั้นสอดคล้องหรือเหมาะสมต่อการวัดตัวแปรหรือเรื่องนั้นมากต้องปรับปรุงอีกเพียงเล็กน้อย
- 4 หมายถึง คำถามข้อนั้นสอดคล้องหรือเหมาะสมต่อการวัดตัวแปรหรือเรื่องนั้นมากไม่ต้องปรับปรุงอะไรอีก

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) จากค่าระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ใช้เกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินความตรงตามเนื้อหา คือ .80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2006) โดยคำนวณจากสูตร

$$\text{ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหารายข้อ (I-CVI)} = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าสอดคล้องค่อนข้างมาก/สอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด}}$$

$$\text{ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเฉลี่ย (S-CVI)} = \frac{\text{ค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหารายข้อตามเนื้อหาเฉลี่ย}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}}$$

$$\text{ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI)} = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าสอดคล้องค่อนข้างมาก/สอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}}$$

ได้ผลตามตารางที่ 3.2

3.2 การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในตำบลกุดป่อง อำเภอเมือง จังหวัดเลย และไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามส่วนความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว ได้ผลตามตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 ผลการตรวจสอบหาความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว

แบบสอบถาม	จำนวน (ข้อ)	ค่าดัชนีความ ตรงตามเนื้อหา รายข้อ (I-CVI)	ค่าดัชนีความ ตรงตามเนื้อหา เฉลี่ย (S-CVI)	ค่าความ เที่ยงเมื่อ นำไป ทดลองใช้ (Tryout)
ความรู้เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูงและหัวใจห้องบนพลิ้วไหวที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง	34	1.0	1.0	0.83
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว	43	1.0	1.0	0.88

แบบสอบถามส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและหัวใจห้องบนพลิ้วไหวที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง และส่วนที่ 3 พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว ค่าดัชนีความตรงและค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยมีค่ามากกว่า .80 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวคุณภาพสามารถนำไปใช้ได้

4. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้หลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ซึ่งผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

4.1 ผู้วิจัยเสนอ โครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้รับเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 0024/2565 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว และได้รับเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 015/2566 เพื่อดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนที่ 3 และขั้นตอนที่ 4 ตามระเบียบงานวิจัย

4.2 ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเริ่มจากการแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมวิจัย โดยอธิบายให้ทราบประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน

4.3 คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ การรายงานผลการศึกษานำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่เป็นข้อมูลภาพรวมและนำข้อมูลมาใช้เฉพาะการศึกษารุ่นนี้เท่านั้น

4.4 ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง สามารถเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย ให้ลงนามใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. การรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว จังหวัดเลย มีดังนี้

5.1 ภายหลังจากได้รับการอนุมัติคำรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 0024/2565 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว ผู้วิจัยได้นำเสนอต่อคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอท่าลี่ อำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล

5.2 หลังจากผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ท่าลี่แล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลท่าลี่ หัวหน้าสาธารณสุขอำเภอท่าลี่ และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่รับผิดชอบอำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย เพื่อชี้แจง

วัตถุประสงค์ ขั้นตอน กระบวนการ วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

5.3 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก จำนวน 12 ราย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงาน และการสนทนากลุ่มสำหรับการกำหนดขอบเขตเนื้อหา เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

5.4 ผู้วิจัยสรุปรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม เพื่อรายงานและขอพิจารณาอนุมัติคำรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เลขที่ ECLOEI 015/2566

5.5 ผู้วิจัยขอเข้าพบกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกจำนวน 12 ราย เพื่อขอความร่วมมือและชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธินำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ รวมถึงการชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์

5.6 ผู้วิจัยและพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวเองแก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย และสร้างความไว้วางใจแล้วคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว จำนวน 15 ราย พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้การดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

5.7 กลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว โดยดำเนินการตามวิธีการและขั้นตอนตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ตามระยะเวลาที่กำหนด

5.8 กลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว โดยตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว สำหรับพยาบาลวิชาชีพ

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล ในการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science) ดังนี้

6.1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยการนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

6.2 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะที่ได้จากแบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการจัดกลุ่มเนื้อหาอย่างง่าย ด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

6.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว และข้อมูลทางคลินิกวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติทดสอบวิลต์คอกซ์ชัน ไซน์ แรงค์

6.4 ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวสำหรับพยาบาลวิชาชีพ นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน โดยมีการนำเสนอการดำเนินการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว

ตอนที่ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน

ตอนที่ 3 ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน

ตอนที่ 1 ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

การศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว ผู้วิจัยได้เชิญผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ จำนวน 12 ราย โดยถูกเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง เพื่อสนทนากลุ่มในการหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว โดยมีข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แสดงดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 12)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	3	25.00
หญิง	9	75.00
อายุ (M = 71.08 SD = 10.44 Min = 53.00 Max = 90.00)		
น้อยกว่า 60 ปี	1	8.33
60-79 ปี	8	66.67
80 ปีขึ้นไป	3	25.00
ระยะเวลาที่ป่วย (M = 8.41 SD = 3.48.00 Min = 3.00 Max = 13.00)		
0-5 ปี	3	25.00
5-10 ปี	5	41.67
มากกว่า 10 ปี	4	33.33
สิทธิการรักษา		
บัตรประกันสุขภาพล่วงหน้า	7	58.33
เบิกได้	3	25.00
ผู้มีปัญหาทางสิทธิ	2	16.67

ตารางที่ 4.1 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 75.00 อายุเฉลี่ย 71.08 ปี (SD = 10.44) ระยะเวลาที่ป่วยเฉลี่ย 8.41 ปี (SD = 3.48) และสิทธิการศึกษาส่วนใหญ่ คือ บัตรประกันสุขภาพล่วงหน้าร้อยละ 58.33

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว จำแนกตามข้อมูลสุขภาพ (n = 12)

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนัก (กิโลกรัม) (M = 61.41 SD = 14.49 Min = 43.00 Max = 98.00)		
น้อยกว่า 50	2	16.67
50 – 70	8	66.66
มากกว่า 70	2	16.67
ส่วนสูง (มิลลิเมตร) (M = 159.67 SD = 6.77 Min = 150.00 Max = 169.00)		
150 - 160	6	50.00
160 ขึ้นไป	6	50.00
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัมต่อตารางเมตร)(M = 24.08 SD = 5.45 Min = 17.58 Max = 38.28)		
น้อยกว่า 18.50 (น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์)	1	8.33
18.50-22.99 (น้ำหนักปกติ)	4	33.33
23.00-24.99 (น้ำหนักเกิน)	2	16.67
25.00-29.99 (อ้วนระดับ 1)	4	33.33
30.00 ขึ้นไป (อ้วนระดับ 2)	1	8.33
ชีพจร (ครั้ง/นาที) (M = 82.42 SD = 12.54 Min = 68.00 Max = 114.00)		
60 – 80	6	50.00
81-100	5	41.67
มากกว่า 100	1	8.33
ค่าความดันซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท) (M = 135.46 SD = 11.21 Min = 119.50 Max = 150.50)		
น้อยกว่า 120 mmHg	1	8.33
120 – 140 mmHg	7	58.34
มากกว่า 140 mmHg	4	33.33

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท) (M = 76.21 SD = 9.12 Min = 61.50 Max = 92.50)		
60 – 90	11	91.67
มากกว่า 90	1	8.33
MAP (มิลลิเมตรปรอท) (M = 95.96 SD = 8.53 Min = 83.83 Max = 111.83)		
80 – 90	4	33.33
90 -100	5	41.67
มากกว่า 100	3	25.00
INR เป้าหมาย		
2 - 3	10	83.34
1.5 – 2.5	1	8.33
1.8 – 2.5	1	8.33
INR (M = 2.70 SD = 0.82 Min = 1.57 Max = 4.16)		
1.00 - 2.00	2	16.67
2.00 – 3.00	7	58.33
มากกว่า 3.00	3	25.00
การเข้าสู่ช่วงการรักษาของค่า INR		
INR อยู่ในช่วงการรักษา	7	58.33
INR อยู่นอกช่วงการรักษา	5	41.67
INR อยู่สูงกว่าช่วงการรักษา	3	60.00
INR อยู่ต่ำกว่าช่วงการรักษา	2	40.00
ขนาดยารัฟาริน (มก./สัปดาห์)(M = 21.54 SD = 11.21 Min = 10.00 Max = 45.00)		
10.00 – 20.00	6	50.00
20.50 - 30.00	3	25.00
มากกว่า 30	3	25.00

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มยาโรคความดันโลหิตสูง		
ไม่ใช้ยาลดระดับความดันโลหิต	1	8.33
กลุ่มยาขับปัสสาวะ	3	25.00
Angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEIs)	4	33.33
Calcium channel blocker (CCBs)	1	8.34
Angiotensin receptor blocker (ARBs)	2	16.67
Alpha blocker	1	8.33
Beta blocker	6	50.00
การใช้ยากลุ่มอื่น		
กลุ่มยาลดไขมัน	6	50.00
กลุ่มยาแก้ปวด	4	33.33
กลุ่มยาแก้เวียน	4	33.33
กลุ่มยารักษาโรคเกาต์	3	25.00
กลุ่มยาด้านวิตกกังวล	2	16.67
กลุ่มยาเบาหวาน	2	16.67
กลุ่มยาขยายหลอดลม	1	8.33
กลุ่มยาบำรุง	1	8.33

ตารางที่ 4.2 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มเป้าหมายส่วนมากมีน้ำหนักอยู่ระหว่าง 50 – 70 กิโลกรัม ร้อยละ 66.66 มีส่วนสูงตั้งแต่ 150 เซนติเมตรขึ้นไป เมื่อคำนวณค่าดัชนีมวลกายพบว่า ระดับดัชนีมวลกายที่พบมากที่สุด คือ 18.50-22.99 (น้ำหนักปกติ) และ 25.00-29.99 (อ้วนระดับ 1) ร้อยละ 33.33 ซีพจรอยู่ระหว่าง 60-80 ครั้ง/นาที ร้อยละ 50 ค่าความดันซิสโตลิกอยู่ที่ 120-140 มิลลิเมตรปรอทร้อยละ 58.34 ค่าความดันไดแอสโตลิกอยู่ที่ 60-90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 91.67 INR อยู่ในช่วงการรักษา ร้อยละ 58.33 ขนาดยารัฟารินส่วนมากอยู่ระหว่าง 10-20 mg/week ร้อยละ 50 ใช้ยากลุ่ม Beta blocker ร้อยละ 50.00 และการใช้ยากลุ่มอื่นที่มากที่สุด คือ กลุ่มยาลดไขมัน ร้อยละ 50.00

1.2 ผลสนทนากลุ่มในการหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว

การสนทนากลุ่มของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว มีประเด็นปัญหาและความต้องการสรุปได้ ดังนี้

1.2.1 ใจสั้น ร้อยละ 58.33 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวให้ข้อมูลว่ามีอาการใจสั้น ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“บางเดือนเฮ็ดหยังกะใจสั้นน้อย ๆ นั้งซื่อ ๆ กะเขา บ่ฮอดกับกินยา” (หญิงอายุ 53 ปี) ในทำนองเดียวกันนั้น “ตั้งแต่เริ่มใจสั้นนิ ยายกะกินยาโตนี้มา เถึงเจ็บแล้ว ตอนนีกะว่าดีเจ็บ” (หญิงอายุ 65 ปี) และ “ใจสั้นนั้น เถึง ๆ ห่าง ๆ เป็นเดือนึง” (หญิงอายุ 67 ปี)

1.2.2 หายใจหอบเหนื่อย ร้อยละ 33.33 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวให้ข้อมูลว่า มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“หายใจฝืด ขามมือคั้น ยายเคยเป็น แต่ถึงเจ็บแล้ว ตอนนื่บเป็นแล้ว” (หญิงอายุ 82) และ “ตอนนั้น แล่นนำควาย กะว่าเป็นหยังคือทรงเมื่อย ๆ หายใจบ่อิม กะคิดว่าเจ้าของเมื่อยซื่อ ๆ นั้งกะแล้ว นอนกะแล้ว กะบ่เขาให้เค้าพามาโรงพยาบาล” (ชายอายุ 64 ปี)

1.2.3 เวียนศีรษะ ร้อยละ 66.67 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวให้ข้อมูลว่า มีอาการเวียนศีรษะ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“คันว่าเรื่องวิน คันเอาออกไปได้กะอติแนว บ่แม่นอหยังคะหมอ มันพอลำคาญ อิดุกอียอกะวิน” (หญิงอายุ 66 ปี) ในทำนองเดียวกันนั้น “มีแต่เวียงเวียนน้อย ๆ ตอนเปลี่ยนทำตอนลูก ตอนหันไปหันมา บ้านหมุนเฮียนบั้นบ่มีก่อละ บ่เป็นปานนั้น” (หญิงอายุ 67 ปี) และ “อู้ย เรื่องวินผู้ใดอยากให้มันวิน ไปยากมายากกะฮ้อนว่าวินกับเจ็บม่องนั้น ม่องนื่บแนว คันตัดไปได้กะอติคัก” (หญิงอายุ 82 ปี)

1.2.4 อ่อนเพลีย ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวให้ข้อมูลว่า มีอาการอ่อนเพลีย ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“อยากเขาเมื่อยแนว ดีแต่ว่าเฮาบ่เมื่อยหลาย คันบ่เมื่อย ไปนำวัวนำควาย เอาเข้าแหล่งแล้วอิดไปเฮ็ดอย่างอื่นอิดได้” (ชายอายุ 64) เป็นไปในทางเดียวกันกับคำกล่าวที่ว่า “ตาอยากเขาเมื่อย อยากกินข้าวช่ำบาย นอนแซบ คันว่าอิดไปซื่อยวิตามินกิน กะฮ่านว่าอิดยวารูฟาริน บางเดือนกะถามเค้า คนแถวนั้นเค้าฮ่านคือกันแนว” (ชายอายุ 80 ปี) และ “อยากเขาเมื่อย คันบ่เมื่อยกะอิดไปหาลูกหาหลานม่องไกล ๆ แหน่” (หญิงอายุ 53 ปี)

1.2.5 มีภาวะเลือดออก ร้อยละ 33.33 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวให้ข้อมูลว่า มีภาวะเลือดออก ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“บางเดือนจะมีปื้นเลือดน้อย มันขึ้นมาผู้เดียวมัน ขายกะว่าขายบ่ได้ล้ม บ่ได้ ไปถืออิหยังก่อละ” (หญิงอายุ 90 ปี) และ “มีดบาดน้อย ๆ ขายกดไว้บักเลิงกะบ่เซา” (หญิงอายุ 53 ปี)

1.2.6 ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลไม่ถูกต้อง ร้อยละ 33.33 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวให้ข้อมูลว่า ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวไม่ถูกต้อง ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“บางทีก็หุนหวยลูกนะ บ่ให้ขายกินผักหลาย กะคนมันมักเนอะ กะบ่ฮอดกับ ผิดกับเคียงกันคัก แต่บางเดือนมันหุนหวยทรงอิน้อยใจเค้าจักหน้อย ขายกะจ่มแหงจักหน้อย บางเดือน กะบ่เว้านำเค้าเอา” (หญิงอายุ 90 ปี)

1.2.7 ความกลัวในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 50.00 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวให้ข้อมูลว่า มีความกลัวในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“บางเดือนกะอยากพ้อแต่หมอผู้เก่า พ้อผู้ใหม่ ๆ บางเดือนบ่กล้าถามเพิ่น” (หญิงอายุ 82 ปี) พร้อมทั้งมีการกล่าวเสริมจากผู้ป่วยอีกคนว่า “มีงานบุญก็ต้องบอกเค้าก่อนว่า หมอนัด บ่กล้าเลื่อนนัด มันมีอาทิตย์ละมือแม่ ย่านมาบ่ตรง เลื่อนไปยากะอีบพอกิน แต่ถ้าบ่ติดหมอนัดตากะไปนะ เรายังพ้อมีแสงเฮากะไปช่วยเค้า” (หญิงอายุ 66 ปี) และ “ตาเคยลิ้มนัดแล้วหมอโทรนำ มาบ่ตรงมือ อู้ย ได้หย่างขึ้นหย่างลง เมื่อยเดิบ ตกกระโปกค่าเลือดบ่ดีอีก หย่างหลายรอบแต่กะขอบใจ หมอหลาย ตาลิมกะโทรนำ ตาบ่ได้ตั้งใจลิ้ม หมอกะบ่ได้ว่าจักคำ” (ชายอายุ 64 ปี)

1.2.8 ความกลัวในการเข้าสังคม ร้อยละ 25.00 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวให้ข้อมูลว่า มีความกลัวในการเข้าสังคม ดังคำกล่าวที่ว่า

“เรื่องไปนั้นมานี้ขายไม่ไปแล้ว อายุหลายแล้วอยู่แต่บ้านนี้แนว คิหน่วงบ่ได้นอนติดเตียง ถ้าไปไหนมาก ๆ ก็กลัวโควิดหมอ อาศัยให้หลานมาเล่นด้วยเอา เวลาไปมันยากหลายคน มิถึงผู้ขับรถพาไป ผู้ผู้สูง กะเลยบ่ไปจ้อย อยู่บ้านนะคิแล้ว” (หญิงอายุ 90 ปี) ในขณะที่ผู้ป่วยอีกคนกล่าวว่า “บางทีด้วยความที่ตาข้านล้ม ไปไหนมาไหนต้องรอให้ลูกจูง เลยไม่ค่อยออกไปไส อยู่บ้านก็ไปยากแล้ว คั้นแม่่งงานบุญงานบวชงานศพของญาติขึ้นจำเฮากะค่อยไป เรื่องล้ม เรื่องมีดบาดเรากีระวังเอาฮันแนว” (ชายอายุ 80 ปี) และ “อยากให้ค่าเลือดมันดี อิได้นัดเลิง ๆ พอได้ไปม่องไปแยงม่องนี้” (ชายอายุ 78 ปี)

1.2.9 ปัญหาอื่น ๆ นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังพบปัญหาอื่น ที่พบได้ในผู้ป่วยทั่วไปดังนี้

1) การเคี้ยวอาหาร ร้อยละ 58.33 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวให้ข้อมูลว่า มีปัญหาเรื่องการเคี้ยวอาหาร ดังคำกล่าวที่ว่า

“บ่มีพิน กินอิหยังกะยาก บางครั้งฮอดบ่คิดอยากกินอิหยัง คั้นแม่นมีอิหยัง ที่อิฮ้อยให้กินแซบกะคืออิติ” (ชายอายุ 80 ปี) ในขณะที่ผู้ป่วยคนกล่าวว่า “คั้นว่ายายเคี้ยวได้ กินได้ คือจั่งแต่ก่อน” (หญิงอายุ 67 ปี) และ “ได้ยีนหมูเว้าเรื่องกิน กะอิคือกันแนวหมอ คั้นกินอิมนอนหลับ มันกะอิติ บางเดือนมันกะบ่อยาก บางเดือนอันที่อยากกินกะซำคล้านเคี้ยว” (หญิงอายุ 70 ปี)

2) อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ร้อยละ 58.33 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวให้ข้อมูลว่า มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ดังคำกล่าวที่ว่า

“คั้นแม่นว่ายายเขาปวดเอวปวดขา คืออิติแนว อิได้ไปฮั้นมานี้ได้ อันนี้อิหยังลุกยีนกะได้ยีนเสียงคังก็อด ๆ” (หญิงอายุ 77 ปี) ในทำนองเดียวกันนั้น “จั่งว่าคั้นแม่นเขาปวด ลูกนั่งลุกยีนได้ดี คืออิติคัก อย่างแม่ยายนี้คั้นได้ไปฮั้นมานี้ได้ อันนี้แคว່หย่างขึ้นตักกลดตักอยู่รพ. นี้นั้นกะปวดคักแล้ว” (หญิงอายุ 70 ปี) และ “ตาอะอยากแต่เจ็บขาแนว เขาเฮ็ดเวียกเฮ็ดงานอยู่ณะ คั้นเขาอะอิแม่นดี ไปงานฮั้นนี้ได้กะอิได้เวียกหลายขึ้น” (ชายอายุ 64 ปี)

3) หูตึง ร้อยละ 41.14 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวให้ข้อมูลว่า มีอาการหูตึง ดังคำกล่าวที่ว่า

“ตาอยากให้หมอเว้าเสียงคัง ๆ แน่น บางเดือนตาบ่ได้ยีน มันอิบฮู้เรื่องกัน ครับ” (ชายอายุ 80 ปี) ในขณะเดียวกันนั้นผู้ป่วยหญิงคนหนึ่งกล่าวว่า “มาตามนัดนี้ดีเดะหมอ ได้พอ หมูได้พ้อคนคือกัน แต่เสียวเดียว เว้าคั้นดังโพดบางเดือนยายกะบ่ได้ยีนหมอเว้าจ้อย” (หญิงอายุ 70 ปี) และ “อยากให้หมอเว้าคัง ๆ เอาคัก ๆ อิได้เข้าใจตรงกันกับหมอ” (หญิงอายุ 77 ปี)

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ จำแนก ปัญหาและความต้องการ (n = 12)

ปัญหาและความต้องการ	จำนวน	ร้อยละ
ใจสั่น	7	58.33
หายใจหอบเหนื่อย	4	33.33
เวียนศีรษะ	8	66.67
อ่อนเพลีย	6	50.00
มีภาวะเลือดออก	4	33.33
ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลไม่ถูกต้อง	4	33.33
ความกลัวในการสื่อสารของเจ้าหน้าที่	3	25.00
ความกลัวในการเข้าสังคม	3	25.00

ตารางที่ 4.3 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวยมี ปัญหาสูงสุด 3 อันดับแรก คือ เรื่องอาการใจสั่น ร้อยละ 58.33 เวียนศีรษะ ร้อยละ 66.67 และอ่อนเพลีย ร้อยละ 50.0

ตอนที่ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน

2.1 ข้อมูลทั่วไปของทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวที่เข้าร่วมการระดมสมอง และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 12)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) (M = 44.83 SD = 8.78 Min = 31.00 Max = 58.00)		
30 – 40	4	33.33
41 - 50	4	33.33
51 - 60	4	33.34
ระยะเวลาการทำงาน (ปี) (M = 16.58 SD = 7.15 Min = 8.00 Max = 28.00)		
5 - 10	3	25.00
11 – 20	3	25.00
มากกว่า 20	6	50.00
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	11	91.67
ไม่ได้จบหลักสูตรเฉพาะทาง	6	54.55
หลักสูตรเวชปฏิบัติทั่วไป	3	27.27
หลักสูตรเฉพาะทางสาขาอื่น	2	18.18
สูงกว่าปริญญาตรี	1	8.33

ตารางที่ 4.4 แสดงให้เห็นว่า ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกทั้งหมดเป็นพยาบาลวิชาชีพเพศหญิง อายุอยู่ระหว่าง 30 – 60 ปี ระยะเวลาการทำงานส่วนใหญ่มากกว่า 20 ปี ร้อยละ 50.00 และระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรีร้อยละ 91.67

2.2 แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน

2.2.1 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ในการศึกษาเพื่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน

การสืบค้นวรรณกรรมจากตำรา บทความวิชาการ งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จากฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ วิทยותทั้งในและต่างประเทศจาก Thai LIS, CINAHL, PubMed, The Cochrane Collaboration, Digital Research Information Center และ THAIJO โดยกำหนดช่วงปี สืบค้นระหว่าง พ.ศ. 2555–2565 และ ค.ศ. 2012–2022 รวมถึงการสืบค้นวารสาร เอกสารที่ตีพิมพ์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว โดยการคัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ด้วยเครื่องมือ PICo (Melnyk & Fineout Overholt, 2005) ดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ในการศึกษาเพื่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน

ลำดับ	ผู้วิจัย/ผู้เขียน	ชื่อเรื่อง	ปี พ.ศ/ปี ค.ศ.	การนำไปใช้
1	ดารณี เจริญชื่น และนนุช แนะ แก้ว	คู่มือการพยาบาล ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจ เต้นผิดจังหวะชนิด Atrial fibrillation (AF) ระยะเฉียบพลัน ทางยา	2562	1. การประเมินสภาพ และภาวะแทรกซ้อน ที่สำคัญในการดูแล ผู้ป่วยหัวใจห้องบน พลิ้วไหว 2. การดูแลผู้ป่วยหัวใจ ห้องบนพลิ้วไหว

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ลำดับ	ผู้วิจัย/ผู้เขียน	ชื่อเรื่อง	ปี พ.ศ/ปี ค.ศ.	การนำไปใช้
2	ชิตติมา ตั้งพิมล จิตต์	บทบาทพยาบาล ชุมชนในการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองที่มี ความเครียด และ ความวิตกกังวล.	2564	1. การประเมินและการ ดูแลผู้ป่วยโรคความ ดันโลหิตสูงที่มี หัวใจห้องบนพลิ้ว ไหวที่มีความเครียด
3	นิตย์สุภา วัฒน ชัยและสุทธิดา แก้วมุงคุณ	เภสัชวิทยาและ ปัจจัยที่มีผลต่อการ ตอบสนองของยา วาร์ฟาริน	2563	1. การดูแลเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนจาก การได้รับยาวาร์ ฟาริน
4	สมาคมโรค ความดันโลหิต สูงแห่งประเทศไทย	แนวทางการรักษา โรคความดันโลหิต สูงในเวชปฏิบัติ ทั่วไป พ.ศ. 2562	2562	1. การดูแลเพื่อควบคุม ระดับความดัน โลหิตในผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง 2. การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนใน ผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูง
5	สมาคม โรคหัวใจแห่ง ประเทศไทยใน พระบรมราชู ประถัมภ์	แนวทางเวชปฏิบัติ เพื่อการวินิจฉัย และการดูแลรักษา ผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลว พ.ศ. 2562	2562	1. การประเมินสภาพ และภาวะแทรกซ้อน ที่สำคัญในการดูแล ผู้ป่วยหัวใจห้องบน พลิ้วไหว รวมถึง แนวทางการรักษาผู้ มีหัวใจห้องบนพลิ้ว ไหว

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ลำดับ	ผู้วิจัย/ผู้เขียน	ชื่อเรื่อง	ปี พ.ศ/ปี ค.ศ.	การนำไปใช้
6	สมาคมโรค หลอดเลือดแดง แห่งประเทศไทย	แนวทางเวช ปฏิบัติการใช้ยา รักษาไขมัน ผิดปกติ เพื่อ ป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือด พ.ศ. 2559	2559	1. การรับประทานยาลด ไขมันกลุ่ม statin ตามแผนการรักษา เพื่อป้องกัน โรคหัวใจและหลอดเลือด เลือดจากภาวะ ไขมันในเลือดสูง
7	สาวิตรี เหล่า ไพบุลย์กุล, อังคณา ช่วยชัย ศิวกร บันลือ พีช ภากร บรรณ โสภิชฐ์ สิรปภา มาตร มุลตรี และวรรณดี คง เทพ	ปัญหาจากการใช้ ยาของผู้ป่วยที่ ได้รับยารักษา ที่มีค่า INR นอก ช่วงการรักษาโดย การเยี่ยมบ้านใน อำเภอท่าศาลา จังหวัด นครศรีธรรมราช	2562	1. การศึกษาปัญหาและ แนวทางการแก้ไข ผู้ป่วยที่ได้รับยารักษา ฟาริน

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

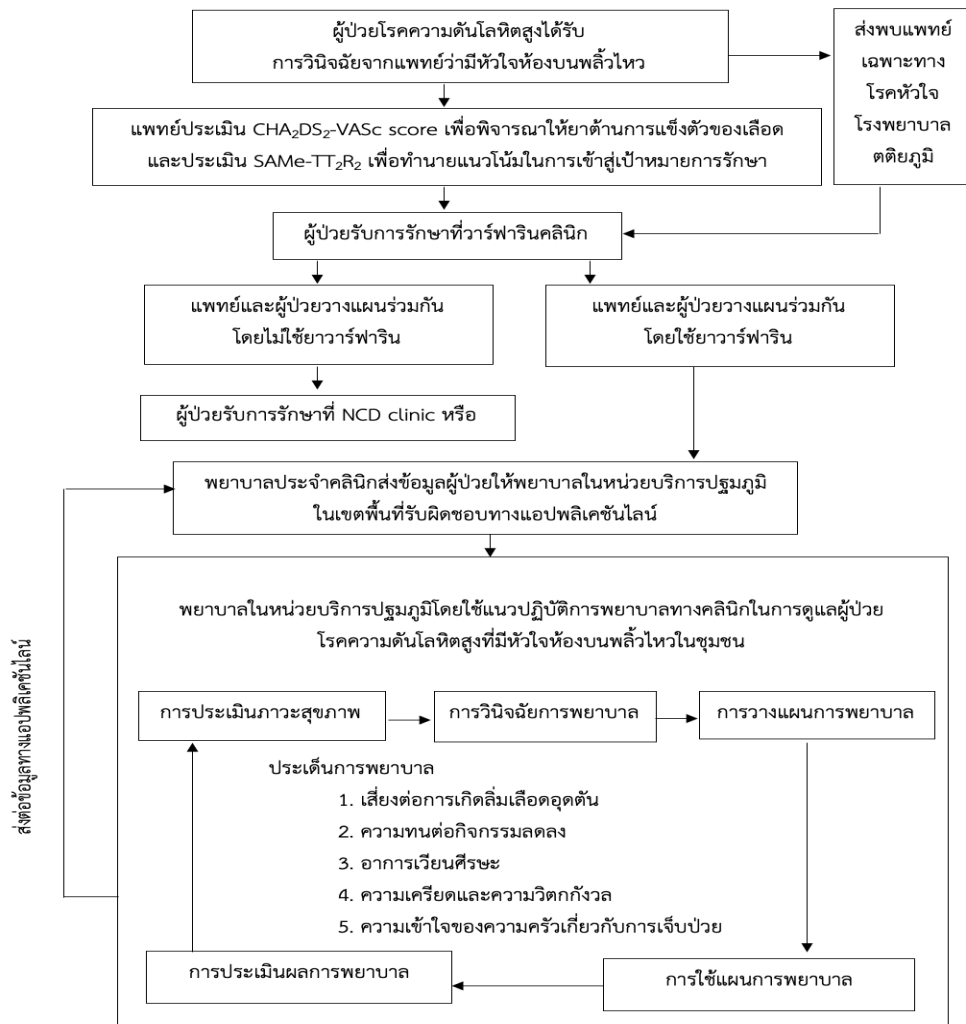
ลำดับ	ผู้วิจัย/ผู้เขียน	ชื่อเรื่อง	ปี พ.ศ/ปี ค.ศ.	การนำไปใช้
8	อรรถัย แก้ว มหากาฬ และคารารัตน์ อยู่เจริญ	ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตที่ สำคัญในผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูง Depression: an Important Mental Health Problem among Elderly with Hypertension	2562	1. การดูแลป้องกัน ผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่มีหัวใจ ห้องพลั่วไหลจาก ภาวะซึมเศร้า
9	Chewan Lim et al	Effect of alcohol consumption on the risk of adverse events in atrial fibrillation: From the Comparisons study of drugs for symptom control and complication prevention of atrial Fibrillation (CODE-AF) registry	2020	1. การป้องกันอาการไม่ พึงประสงค์จาก แอลกอฮอล์ในผู้ป่วย รับยารักษาฟิริน

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ลำดับ	ผู้วิจัย/ผู้เขียน	ชื่อเรื่อง	ปี พ.ศ/ปี ค.ศ.	การนำไปใช้
10	Kim et al.	Effect of hypertension duration and blood pressure level on ischemic stroke risk in atrial fibrillation: nationwide data covering the entire Korean population.	2019	1. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว
11	The European Society of Cardiology	2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)	2020	1. การประเมินสภาพและภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว 2. การดูแลผู้ป่วยหัวใจห้องบนพลิ้วไหว 3. การศึกษาแนวทางการวินิจฉัยรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว

2.2.2 ขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน ผู้วิจัยได้สรุปเนื้อหาสำคัญของขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวจัดทำในรูปแบบแผนผัง (Flow Chart) เพื่อให้เกิดความสะดวกสำหรับกลุ่มตัวอย่างทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน ผู้วิจัยจึง ดังภาพที่ 4.1



ภาพที่ 4.1 ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว

2.2.3 วัตถุประสงค์ เป้าหมาย และคำจำกัดความของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน

1) วัตถุประสงค์

(1) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชนได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ

(2) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน และครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้

2) เป้าหมาย

(1) พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

(2) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน และครอบครัว

3) คำจำกัดความ

(1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในรูปแบบการเต้นของหัวใจห้องบนพลิ้วไหว โดยไม่รวมหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในรูปแบบอื่น

(2) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว หมายถึง กิจกรรมที่ตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวทั้งภายใน และภายนอกตามสภาพสังคม วัฒนธรรม สถานการณ์ และประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว

(3) ความทนต่อกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ความทนต่อกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวตามความรุนแรงของอาการของสมาคมโรคหัวใจแห่งยุโรป (European Heart Rhythm Association symptom scale: EHRA symptom scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

EHRA class 1	ไม่มีอาการ
EHRA class 2a	มีอาการเพียงเล็กน้อยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ
EHRA class 2b	มีอาการปานกลางรู้สึกถึงการรบกวนแต่ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ
EHRA class 3	มีอาการมากทำให้จำกัดกิจวัตรประจำวัน
EHRA class 4	มีอาการรุนแรงจนไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

4) ความเสี่ยงในการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน หมายถึง โอกาสที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวจะเกิดลิ่มเลือด และไปอุดตันตามเส้นเลือดบริเวณต่าง ๆ เช่น สมอง หัวใจ ปอด และอวัยวะส่วนปลาย ซึ่งประเมิน โดยการให้คะแนนความเสี่ยงตามหลัก CHA₂DS₂-VASc score โดยมีรายละเอียดดังนี้

Risk factor	Score
Congestive heart failure/LVEF<40%	1
Hypertension	1
Age \geq 75	2
Diabetes mellitus	1
Stroke/TIA/thromboembolism	2
Vascular disease (MI/PAD/aortic plaque)	1
Age 65-74	1
Sex (female)	1
Maximum score	9

*หมายเหตุ อายุใช้เพียงคะแนน 1 ข้อจากตาราง

การแปลผลเมื่อผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงในการเกิดลิ่มเลือดอุดตันตามหลัก CHA₂DS₂-VASc score แล้ว สามารถนำคะแนนมาทำนายร้อยละของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตันต่อปีได้ ดังนี้

CHA ₂ DS ₂ -VASc score	Adjusted stroke rate (%/year)
0	0
1	1.3
2	2.2
3	3.2
4	4.0
5	6.7
6	9.8
7	9.6
8	6.7
9	15.2

การพิจารณาให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด เมื่อผู้ป่วยได้รับประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตันตามหลัก CHA₂DS₂-VASc score แล้ว ผลการประเมินที่ได้จะช่วยให้พิจารณาการได้รับยาต้านการแข็งเลือด ดังนี้

CHA ₂ DS ₂ -VASc score	ชนิด และขนาดของยา
0	ASA 75-325 mg daily or No antithrombotic therapy
1	Warfarin INR 2-3 or ASA 75-325 mg daily
≥2	Warfarin INR 2-3

5) ยาต้านการแข็งตัวของเลือด หมายถึง ยาที่ทำให้เลือดแข็งตัวช้ากว่าปกติ มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดก้อนเลือดหรือลิ่มเลือดที่อาจทำให้เกิดการอุดตันในระบบไหลเวียนของเลือดในร่างกาย โดยยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่ใช้กันมาก ได้แก่ วาร์ฟาริน (warfarin) ซึ่งเป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทานในกลุ่มต้านฤทธิ์ของวิตามินเค

เมื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพรีวได้รับการพิจารณาว่าควรได้รับยา วาร์ฟาริน จำเป็นต้องได้รับการประเมินแนวโน้มในการเข้าสู่เป้าหมายการรักษา (Time in Therapeutic Range: TTR) ซึ่งหมายถึงการทำนายแนวโน้มของการควบคุมระดับ ไอ เอ็น อาร์

(International Normalized Ratio: INR) ให้อยู่ในช่วงที่กำหนดไว้ ตามหลัก SAME-TT₂R₂ ซึ่งหากคะแนน SAME-TT₂R₂ = 0-2 มีแนวโน้มที่ Time in Therapeutic Range (TTR) ของค่า INR > 65% แต่ถ้าคะแนน SAME-TT₂R₂ > 2 มีแนวโน้มที่จะไม่สามารถคุมระดับการแข็งตัวของเลือดได้ดีด้วยยาในกลุ่มต้านฤทธิ์ของวิตามินเค โดยปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวมีรายละเอียด ดังนี้

Risk factor	Score
S = Sex Category for Female score	1
A = Age < 60	1
Me = Medical History (Hypertension, DM, CAD, MI, PAD, CHF, Previous stroke, Pulmonary, Hepatic or renal disease)	1
T = Treatment and interacting medication	1
T ₂ = Tobacco Use	2
R ₂ = Race for Non-Caucasian	2

6) ค่าไอ เอ็น อาร์ (International Normalized Ratio: INR) หมายถึง อัตราส่วนมาตรฐานของระยะเวลาการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว โดยที่ INR = PT ของผู้ป่วยหารด้วยค่าเฉลี่ย PT ของคนปกติ และ PT (Protopin time) คือ ค่าระยะเวลาการแข็งตัวของเลือด

2.2.4 แผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน

แผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจในชุมชนประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การใช้แผนการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล (Potter & Perry, 2005) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) เสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันตามเส้นเลือดบริเวณต่าง ๆ เช่น สมอง หัวใจ ปอด และอวัยวะส่วนปลาย เนื่องจากหัวใจห้องบนพลิ้วไหวจากโรคความดันโลหิตสูง วัตถุประสงค์ เพื่อ (1) เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด และภาวะลิ่ม

เลือดอุดตันส่วนปลาย เนื่องจากมีโอกาสเกิดลิ่มเลือดจากหัวใจเต้นผิดจังหวะ และ (2) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ

(1) ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด และภาวะลิ่มเลือดอุดตันส่วนปลาย

(2) ประเมินความเสี่ยงในการเกิดลิ่มเลือดของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว โดยใช้ CHA_2DS_2-VASc score และประเมินแนวโน้มที่ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่ Time in Therapeutic Range (TTR) ตามหลัก SAME-TT₂R

(3) ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด และภาวะลิ่มเลือดอุดตันส่วนปลาย และการควบคุมระดับความดันโลหิต

(4) ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด รวมทั้งสอบถาม และสังเกตวิธีการเก็บ การแบ่งเม็ดยา และให้ผู้ป่วยอธิบายถึง การใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดทั้งในเรื่องของขนาดยาที่ได้รับ จำนวนยาที่รับประทานในแต่ละวัน อาหาร หรือยาที่มีผลต่อยาต้านการแข็งตัวของเลือด และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด

(5) แนะนำการรับประทานยาลดความดันโลหิต และยาลดไขมันกลุ่ม statin ตามแผนการรักษา

2) ความทนต่อกิจกรรมลดลง เนื่องจากปริมาณเลือด ออกจากหัวใจ (Cardiac output) อาจลดลง จากโรคความดันโลหิตสูง และหัวใจห้องบนพลิ้วไหว มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความทนต่อกิจกรรมเพิ่มขึ้น

กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ

(1) ประเมินอาการและอาการแสดงของปริมาณเลือดออกจากหัวใจ (Cardiac output) ลดลง

(2) ประเมินเสียงของหัวใจบริเวณ S4 และ S3 ว่ามีเสียง murmur หรือไม่ และอาจพบเสียงของปอดที่ผิดปกติเป็นเสียง crepitation ซึ่งเกิดจากการมีเลือดคั่งในปอด ในผู้ป่วยบางรายอาจได้ยินเสียงหายใจวี๊ด (wheezing) เนื่องจากการตีบแคบของหลอดลมเมื่อมีเลือดคั่งในปอดเรียกว่า Cardiac wheezing

(3) แนะนำอาหารที่รับประทาน ควรเป็นอาหารอ่อนย่อยง่าย

(4) แนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน โดยแนะนำ จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการนอน โดยไม่มีแสง และเสียงรบกวนขณะนอนหลับ

(5) แนะนำการฝึกการออกกำลังกายที่เหมาะสม ในเพิ่มความแข็งแรงของ กล้ามเนื้อ และระบบไหลเวียน

3) **เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม** เนื่องจากอาการเวียนศีรษะ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ป้องกันการพลัดตกหกล้มจากอาการวิงเวียนตาลาย

กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ

- (1) ประเมินอาการและอาการแสดงของอาการเวียนศีรษะ
- (2) ตรวจสอบขาดความดันโลหิตของผู้ป่วยที่ได้รับยามแผนการรักษาว่า มีผลต่ออาการเวียนศีรษะหรือไม่
- (3) ประเมินค่าน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) ในผู้ป่วยที่มีอาการเวียนศีรษะ เพื่อ แยกจากภาวะน้ำตาลต่ำ

(4) ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

(5) แนะนำเปลี่ยนท่าช้า ๆ และหลีกเลี่ยงการก้มๆเงยๆ

(6) ดูแลให้ได้รับยาแก้เวียนตามแผนการรักษา

4) **มีภาวะเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค และผลข้างเคียง ของยาต้านการแข็งตัวของเลือด** มีวัตถุประสงค์ 1. เพื่อลดความเครียด และคลายความวิตกกังวล และ 2. เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ

- (1) ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะวิตกกังวล
- (2) ประเมินภาวะเครียดโดยใช้ ST5 และภาวะวิตกกังวลโดยใช้ GAD-7
- (3) ประเมินความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย
- (4) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ และจัด สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมระหว่างการให้การพยาบาล
- (5) แนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดตามแผนการรักษา โดยแนะนำถึงสาเหตุที่ใช่ยา ข้อดีข้อเสียของการรับต้านการแข็งตัวของเลือด และการปฏิบัติตัวเมื่อ ได้รับยารักษาตามกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยารักษา เพื่อสร้างความเข้าใจกับผู้ป่วยและครอบครัว
- (6) ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมตามความเหมาะสมของผู้แต่แต่ละ ราย พร้อมทั้งแจ้งการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้ผู้ป่วย และครอบครัวทราบ
- (7) ค้นหาบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วย และครอบครัวของผู้ป่วย

(8) เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก และแนะนำการจัดการกับภาวะอารมณ์

5) ครอบครัวขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อให้

ครอบครัวของผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ

(1) ประเมินแบบประเมินความสัมพันธ์ของครอบครัวโดยใช้ Family

APGAR score

(2) ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เซลเอดี

แอด (Barthel ADL index)

(3) ให้คำแนะนำสำหรับครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ของผู้ป่วย การมองตนเองและโลกในแง่ดี ส่งผลให้เห็นคุณค่าของตนเองและผู้อื่น ขณะสื่อสารกับผู้ป่วยอาจแสดงความหงุดหงิด ก้าวร้าว ควรรับฟังอย่างสงบ ไม่แสดงอาการตอบโต้ หรือแสดงอาการไม่ใส่ใจ หรือไม่เคารพนับถือ อาจสัมผัสขณะสนทนา

(4) แนะนำให้ครอบครัวมีการทำกิจกรรมร่วมกัน และมีการสื่อสารระหว่างคนในครอบครัว

(5) แนะนำ และฝึกทักษะการประชุมครอบครัว (Family Meeting)

(6) ประชาสัมพันธ์โครงการ 3 หมอ

2.2.5 การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวตามวิธีของอะกรี ทู ในภาพรวมได้ร้อยละ 92.86 และรายหมวดได้ร้อยละ 90.00-97.78

ตอนที่ 3 ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน

การศึกษาประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว จังหวัดเลย ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจในเขตพื้นที่รับผิดชอบอำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย อย่างเฉพาะเจาะจง จำนวน 15 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 15 คน เพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้แนวปฏิบัติ

3.1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แสดงดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้แนวปฏิบัติ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 15)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	3	20.00
หญิง	12	80.00
อายุ (ปี) (M = 73.47 SD = 11.98 Min = 51.00 Max = 98.00)		
50 - 60	1	6.67
61 - 80	10	70.00
มากกว่า 80	5	33.33
สถานภาพสมรส		
คู่	9	60.00
หม้าย	6	40.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	9	60.00
มัธยมศึกษา	2	13.33
ปริญญาตรี	4	26.67
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	26.67
เกษตรกร	8	53.33
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	20.00

ตารางที่ 4.6 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้แนวปฏิบัติส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 อายุอยู่ระหว่าง 60-70 ปี ร้อยละ 70.00 สถานภาพสมรสเป็นคู่ ร้อยละ 60.00 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ และประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 53.33

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้แนวปฏิบัติ จำแนกตามข้อมูล
สุขภาพ (n = 15)

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ป่วย (ปี) (M = 6.73 SD = 3.15 Min = 1 Max = 12)		
0-5 ปี	5	33.33
5-10 ปี	8	53.34
มากกว่า 10 ปี	2	13.33
ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน(ADL) (M = 18.00 SD = 3.44 Min = 9 Max = 20)		
0 - 4	0	0.00
5 - 11	1	6.67
12 - 20	14	93.33
EHRA symptom scale		
EHRA Class 1	10	66.67
EHRA Class 2a	2	13.33
EHRA Class 2b	3	20.00
INR เป้าหมาย		
2.0 - 3.0	9	60.00
1.5 - 2.0	3	20.00
1.8 - 2.5	1	6.67
1.8 - 3.0	1	6.67
2.0 - 2.5	1	6.66
ขนาดยาแอสพาริน (มก./สัปดาห์) (M = 18.60 SD = 8.66 Min = 10.00 Max = 44.00)		
10.00 - 20.00	10	66.67
20.50 - 30.00	4	26.66
มากกว่า 30	1	6.67

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มยาโรคความดันโลหิตสูง		
ไม่ใช้ยาลดระดับความดันโลหิต	3	20.00
กลุ่มยาขับปัสสาวะ	2	13.33
Angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEIs)	6	40.00
Calcium channel blocker (CCBs)	5	33.33
Angiotensin receptor blocker (ARBs)	1	6.67
Alpha blocker	1	6.67
Beta blocker	7	46.67
การใช้ยากลุ่มอื่น		
กลุ่มยาลดไขมัน	5	33.33
กลุ่มยาต้านวิตกกังวล	3	20.00
กลุ่มยาเบาหวาน	4	16.67

ตารางที่ 4.7 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้แนวปฏิบัติส่วนมากมีระยะเวลาป่วยอยู่ที่ 5-10 ปี ร้อยละ 53.33 มีค่า ADL อยู่ระหว่าง 12-20 จัดอยู่ในกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 93.33 การประเมิน EHRA symptom scale พบว่าอยู่ระดับ EHRA Class 1 ร้อยละ 66.67 INR เป้าหมายส่วนมากอยู่ที่ 2.0-3.0 ร้อยละ 60 ขนาดยารัฟารินที่ได้รับอยู่ระหว่าง 10-20 มิลลิกรัมต่อสัปดาห์ ใช้ยาโรคความดันโลหิตสูงกลุ่ม Angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEIs) ร้อยละ 40.00 และยากลุ่มอื่นที่ใช้มากที่สุด คือ กลุ่มยาลดไขมัน ร้อยละ 33.33

ตารางที่ 4.8 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและหัวใจห้องบนพลิ้วไหวที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้แนวปฏิบัติ (n = 15)

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและหัวใจห้องบนพลิ้วไหวที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง	M	SD	ระดับ	Z	P
1. ความรู้เกี่ยวกับโรค (10 ข้อ)					
ก่อนทดลอง	5.40	2.06	น้อย	-3.187	.001
หลังทดลอง	9.20	0.94	มาก		
2. ด้านการรับประทานอาหาร (7 ข้อ)					
ก่อนทดลอง	3.47	1.59	น้อย	-3.087	.002
หลังทดลอง	6.40	0.63	มาก		
3. ด้านการออกกำลังกาย (5 ข้อ)					
ก่อนทดลอง	2.87	1.40	น้อย	-.071	.002
หลังทดลอง	4.87	0.35	มาก		
4. ด้านการจัดการความเครียด (3 ข้อ)					
ก่อนทดลอง	1.93	0.59	มาก	-3.071	.002
หลังทดลอง	2.87	0.35	มาก		
5. ด้านการรับประทานยา (8 ข้อ)					
ก่อนทดลอง	3.39	2.60	น้อย	-3.084	.002
หลังการทดลอง	7.33	1.05	มาก		
ผลรวมความรู้ (33 ข้อ)					
ก่อนทดลอง	17.60	6.38	น้อย	-3.413	<.001
หลังทดลอง	30.67	1.23	มาก		

* p -value < .05

ตารางที่ 4.8 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและหัวใจห้องบนพลิ้วไหวที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงรวมเท่ากับ 17.60 (SD 6.38) จัดอยู่ในระดับน้อย เพิ่มขึ้นเป็น 30.67 (SD 1.23) จัดอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยความรู้รายด้าน ดังนี้ ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเท่ากับ 5.40 (SD 2.06) จัดอยู่ในระดับ น้อย หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 9.20 (SD 0.94) จัดอยู่ในระดับ มาก ด้านการรับประทานอาหารเท่ากับ 3.47 (SD 1.59) จัดอยู่ในระดับ น้อย

หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 6.40 (SD 0.63) จัดอยู่ในระดับ มาก ด้านออกกำลังกายเท่ากับ 2.87 (SD 1.40) จัดอยู่ในระดับ น้อย หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 4.87 (SD 0.35) จัดอยู่ในระดับ มาก ด้านการจัดการความเครียดเท่ากับ 1.93 (SD 0.59) จัดอยู่ในระดับ น้อย หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 2.87 (SD 0.35) จัดอยู่ในระดับ มาก ด้านการรับประทานยาเท่ากับ 3.39 (SD 2.60) จัดอยู่ในระดับ น้อย หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 7.33 (SD 1.05) จัดอยู่ในระดับ มาก และเมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อน-หลังด้วยสถิติทดสอบวิลส์ค็อกชัน ไซน์ แร็งก์ (Wilcoxon Signed Rank Test) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.9 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว (n = 15)

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว	M	SD	ระดับ	Z	P
1. ด้านการรับประทานอาหาร (18 ข้อ)					
ก่อนทดลอง	2.97	0.43	น้อย	-3.412	<.001
หลังทดลอง	4.57	0.57	มากที่สุด		
2. ด้านการออกกำลังกาย (8 ข้อ)					
ก่อนทดลอง	3.38	0.66	มาก	-3.413	<.001
หลังทดลอง	4.45	0.14	มาก		
3. ด้านการจัดการความเครียด (7 ข้อ)					
ก่อนทดลอง	3.13	0.57	ปานกลาง	-3.413	<.001
หลังทดลอง	4.40	0.18	มาก		
4. ด้านการรับประทานยา (9 ข้อ)					
ก่อนทดลอง	2.74	0.53	ปานกลาง	-3.415	<.001
หลังทดลอง	4.55	0.22	มากที่สุด		
ผลรวมคะแนนพฤติกรรม (42 ข้อ)					
ก่อนทดลอง	3.03	0.42	ปานกลาง	-3.408	<.001
หลังทดลอง	4.51	0.27	มากที่สุด		

* *p-value* < .05

ตารางที่ 4.9 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวรวมเท่ากับ 3.03 (SD 0.42) จัดอยู่ในระดับปานกลาง เพิ่มขึ้นเป็น 30.67 (SD 1.23) จัดอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน ดังนี้ ด้านการรับประทานอาหารเท่ากับ 2.97 (SD 0.43) จัดอยู่ในระดับ น้อย หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 4.57 (SD 0.57) จัดอยู่ในระดับ มากที่สุด ด้านออกกำลังกายเท่ากับ 3.38 (SD 0.66) จัดอยู่ในระดับ มาก หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 4.45 (SD 0.14) จัดอยู่ในระดับ มาก ด้านการจัดการความเครียดเท่ากับ 3.13 (SD 0.57) จัดอยู่ในระดับ ปานกลาง หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 4.40 (SD 0.18) จัดอยู่ในระดับ มาก ด้านการรับประทานยาเท่ากับ 2.74 (SD 0.53) จัดอยู่ในระดับ ปานกลาง หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 4.55 (SD 0.22) จัดอยู่ในระดับ มาก และเมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อน-หลังด้วยสถิติทดสอบวิลค็อกซัน ไซน์ แร็งก์ (Wilcoxon Signed Rank Test) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.10 การเปรียบเทียบข้อมูลทางคลินิก (n = 15)

ข้อมูลทางคลินิก	M	SD	Z	P
ความดันซิสโตลิก (SBP) (มิลลิเมตรปรอท)				
ก่อนการทดลอง	128.60	8.51	-1.449	.147
หลังการทดลอง	124.57	10.89		
ความดันไดแอสโตลิก (DBP) (มิลลิเมตรปรอท)				
ก่อนการทดลอง	74.20	7.38	-.967	.334
หลังการทดลอง	72.70	6.24		
MAP (มิลลิเมตรปรอท)				
ก่อนการทดลอง	92.33	7.20	-1.420	.156
หลังการทดลอง	89.99	6.36		
ชีพจร (ครั้ง/นาที)				
ก่อนการทดลอง	75.07	11.12	-.981	.326
หลังการทดลอง	79.53	10.61		
INR				
ก่อนการทดลอง	2.89	2.07	-.341	.726
หลังการทดลอง	2.28	.62		

ตารางที่ 4.10 (ต่อ)

ข้อมูลทางคลินิก	M	SD	Z	P
การเข้าสู่ช่วงการรักษาของค่า INR				
ก่อนการทดลอง	.33	.49	-1.633	.102
หลังการทดลอง	.60	.51		

* p -value < .05

ตารางที่ 4.10 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มเป้าหมายมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกก่อน – หลังการทดลองเท่ากับ 128.60 มิลลิเมตรปรอท (SD 8.51) ลดลงเป็น 124.57 มิลลิเมตรปรอท (SD 10.89) ค่าเฉลี่ยความดัน ไดแอสโตลิกก่อน – หลังการทดลองเท่ากับ 74.20 มิลลิเมตรปรอท (SD 7.38) ลดลงเป็น 72.70 มิลลิเมตรปรอท (SD 6.24) เมื่อกำหนดค่า MAP ก่อน – หลังการทดลองพบว่า MAP เท่ากับ 92.33 มิลลิเมตรปรอท (SD 7.20) ลดลงเป็น 89.99 มิลลิเมตรปรอท (SD 6.36) ค่าเฉลี่ยชีพจรก่อน – หลังการทดลองเท่ากับอยู่ที่ 75.07 (SD 11.12) เพิ่มขึ้นเป็น 79.53 (SD 10.61) ค่าเฉลี่ย INR ก่อน – หลังการทดลองพบว่าก่อนทดลองเท่ากับ 2.89 (SD 2.07) ลดลงเป็น 2.28 (SD .62) การเข้าสู่ช่วงการรักษาของค่า INR มีค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองอยู่ที่ .33 (SD .49) และ .60 (SD .51) ตามลำดับ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อน-หลังด้วยสถิติทดสอบวิลคอกซ์ไชน์ แรงค์ (Wilcoxon Signed Rank Test) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ข้อมูลทั่วไป ดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 15)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) (M = 38.67 SD = 10.22 Min = 23.00 Max = 58.00)		
20-40	8	53.33
41 - 60	7	46.67
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	15	100.00

ตารางที่ 4.11 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่ง		
พยาบาลวิชาชีพ	2	13.33
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	1	6.67
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	12	80.00
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ (ปี) (M = 8.73 SD = 6.23 Min = 1 Max = 22)		
0-5	4	26.67
5-10	7	46.66
มากกว่า 10	4	26.67
5-10	4	26.67
มากกว่า 10	8	53.33

ตารางที่ 4.11 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นพยาบาลวิชาชีพเพศหญิงอายุเฉลี่ย 38.67 (SD 10.22) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ส่วนมากปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการร้อยละ 80.00 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิเฉลี่ย 8.73 (SD 6.23) และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวเฉลี่ย 11.20 (SD 6.45)

ตารางที่ 4.12 ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (n = 15)

ข้อความ	M	SD	ระดับ
การประเมินภาวะสุขภาพ			
1. CNPG ช่วยให้คุณเห็นถึงแนวทางการประเมินภาวะสุขภาพ	5.00	0.00	มากที่สุด
2. CNPG สามารถช่วยให้คุณเห็นแนวทางในการพัฒนา/เลือกใช้เครื่องมือในการประเมินปัญหาของผู้ป่วย	4.80	.414	มากที่สุด
การวินิจฉัยการพยาบาล			
3. CNPG สามารถช่วยในการระบุปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วย	4.93	.25	มากที่สุด
4. CNPG สามารถช่วยให้คุณกำหนดข้อมูลสนับสนุนที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาทางการพยาบาล	4.80	.414	มากที่สุด

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

ข้อความ	M	SD	ระดับ
5. CNPG สามารถช่วยให้ท่านจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ทางการพยาบาล	4.87	.35	มากที่สุด
การวางแผนการพยาบาล			
6. CNPG สามารถช่วยให้ท่านกำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ ทางการพยาบาลได้	4.87	.35	มากที่สุด
7. CNPG สามารถช่วยให้ท่านกำหนดเกณฑ์การประเมินผล ทางการพยาบาลวัตถุประสงค์ทางการพยาบาลได้ครอบคลุม	4.87	.35	มากที่สุด
8. CNPG สามารถช่วยให้ท่านกำหนดกิจกรรมทางการพยาบาล ได้ครอบคลุม	4.93	.26	มากที่สุด
การปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล			
9. CNPG สามารถช่วยให้ท่านเตรียมเครื่องมือ และอุปกรณ์ในการ ให้การพยาบาลได้	4.87	.35	มากที่สุด
10 CNPG สามารถปฏิบัติกรพยาบาลที่มีปัญหาทางการพยาบาล ตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังที่จะกล่าวต่อไปนี้ได้ (เลือกตอบเฉพาะข้อที่ท่านพบปัญหาตามข้อวินิจฉัยทางการ พยาบาลดังกล่าว)	5.00	.00	มากที่สุด
10.1 เสี่ยงต่อการเกิดลิ้มเลือด และไปอุดตันตามเส้นเลือด บริเวณต่าง ๆ เช่น สมอง หัวใจ ปอด และอวัยวะส่วน ปลาย เนื่องจากหัวใจห้องบนพลิ้วไหวจากโรคความ ดันโลหิตสูง			
10.2 ความทนต่อกิจกรรมลดลง เนื่องจากปริมาตรเลือด ออก จากหัวใจ (Cardiac output) อาจลดลง จากโรคความ ดันโลหิตสูง และหัวใจห้องบนพลิ้วไหว	5.00	.00	มากที่สุด
10.3 เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากเวียนศีรษะ	5.00	.00	มากที่สุด
10.4 มีภาวะเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงของ โรค และผลข้างเคียงของยาต้านการแข็งตัวของเลือด	5.00	.00	มากที่สุด
10.5 ครอบครัวยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	5.00	.00	มากที่สุด

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

ข้อความ	M	SD	ระดับ
การประเมินผลการพยาบาล			
11. CNPG สามารถช่วยในประเมินผลการพยาบาลตามกำหนดเกณฑ์การประเมินผลทางการพยาบาลที่กำหนดไว้ได้	4.80	.414	มากที่สุด
คะแนนความพึงพอใจรวม	4.92	.13	มากที่สุด

ตารางที่ 4.12 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน เฉลี่ย 4.92 (SD .13) อยู่ในระดับมากที่สุด



บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน โดยมีการนำเสนอการดำเนินการวิจัยตามลำดับ มีรายละเอียดสรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1.1 เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว

1.1.2 เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวของใจในชุมชน

1.1.3 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกระตุ้นที่ทำให้เกิดการค้นหาแนวปฏิบัติ หรือค้นหาปัญหาทางคลินิก กลุ่มเป้าหมายมี 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว จำนวน 12 คน และ 2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว จำนวน 12 คน **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ได้แก่ 1) แนวทางคำถามในการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว และ 2) แนวทางการระดมสมองเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุน และค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ กลุ่มเป้าหมาย คือ 1) ตำรา แนวปฏิบัติ และเอกสารงานวิจัยที่ได้รับการทบทวนอย่างมีขอบเขต จำนวน 11 เรื่อง 2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว จำนวน 12 คน และ 3) ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน 1) **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**

ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกตามวิธีของอะกรี II (The Appraisal of Guidelines Research and Evolution II: AGREE II) ฉบับภาษาไทย

ขั้นตอนที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปทดลองใช้ กลุ่มเป้าหมาย คือ 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว จำนวน 15 คน และ 2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว จำนวน 15 คน **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ได้แก่ 1) แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว และ 2) แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวจังหวัดเลย สำหรับพยาบาลวิชาชีพ

ขั้นตอนที่ 4 ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพในจังหวัดเลย จำนวน 1,350 คน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในจังหวัดเลย จำนวน 4,437 คน โดยเผยแพร่ในการประชุมเครือข่ายงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของจังหวัดเลย และในวารสารวิชาการ ซึ่งไม่ได้กล่าวในรายงานผลการวิจัย

1.3 ผลการวิจัย แบ่งตามขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การกระตุ้นเพื่อค้นหาปัญหาและแนวปฏิบัติทางคลินิก มีกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มตัวอย่างใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 75.00 อายุเฉลี่ย 71.08 ปี (SD = 10.44) ระยะเวลาที่ป่วยเฉลี่ย 8.41 ปี (SD = 3.48) สัทธิการศึกษาส่วนใหญ่ คือ บัณฑิตระดับสูงภาพล่งหน้าร้อยละ 58.33 มีน้ำหนักอยู่ระหว่าง 50 – 70 กิโลกรัม ร้อยละ 66.66 มีส่วนสูงตั้งแต่ 150 เซนติเมตรขึ้นไป เมื่อคำนวณค่าดัชนีมวลกายพบว่า ระดับดัชนีมวลกายที่พบมากที่สุด คือ 18.50-22.99 (น้ำหนักปกติ) และ 25.00-29.99 (อ้วนระดับ 1) ร้อยละ 33.33 ซึ่พบอยู่ระหว่าง 60-80 ครั้ง/นาที ร้อยละ 50 ค่าความดันซิสโตลิกอยู่ที่ 120-140 มิลลิเมตรปรอทร้อยละ 58.34 ค่าความดันไดแอสโตลิกอยู่ที่ 60-90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 91.67 INR อยู่ในช่วงการรักษา ร้อยละ 58.33 ขนาดยารฟารินส่วนมากอยู่ระหว่าง 10-20 mg/week ร้อยละ 50 ใ้ยากกลุ่ม Beta blocker ร้อยละ 50.00 และการใ้ยากกลุ่มอื่นที่มากที่สุด คือ กลุ่มยาลดไขมัน ร้อยละ 50.00 และ 2) ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกทั้งหมดเป็นพยาบาลวิชาชีพเพศหญิง อายุอยู่ระหว่าง 30 – 60 ปี ระยะเวลาการทำงานส่วนใหญ่มากกว่า 20 ปี ร้อยละ 50.00 และระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรีร้อยละ 91.67 พบว่าปัญหาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว ได้แก่ ใจสั่น ร้อยละ 58.33 หายใจหอบเหนื่อย ร้อยละ 33.33 เวียนศีรษะร้อยละ 66.67 อ่อนเพลียร้อยละ 50 มีภาวะเลือดออก

ร้อยละ 33.33 ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลไม่ถูกต้องร้อยละ 33.33 ความกลัวในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ร้อยละ 50.00 และความกลัวในการเข้าสังคม ร้อยละ 25.00 นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังพบปัญหาอื่น ที่พบได้ในผู้ป่วยทั่วไปดังนี้ การเคี้ยวอาหารร้อยละ 58.33 อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อร้อยละ 58.33 และหูตึงร้อยละ 41.14

ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนและค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นการสนับสนุนและค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ กลุ่มตัวอย่างคือ ตำรา แนวปฏิบัติและเอกสาร จำนวน 11 เรื่อง และพยาบาลวิชาชีพผู้ร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก จำนวน 12 คน แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ประกอบด้วย ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย คำจำกัดความ และแผนการพยาบาล ผลการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติตามวิธีของอะกรี ทุ ในภาพรวมได้ร้อยละ 92.86 และรายหมวดได้ร้อยละ 90.00-97.78

ขั้นตอนที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปทดลองใช้ กลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้แนวปฏิบัติส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 อายุอยู่ระหว่าง 60-70 ปีร้อยละ 70.00 สถานภาพสมรสเป็นคู่ร้อยละ 60.00 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ และประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 53.33 มีระยะเวลาป่วยอยู่ที่ 5-10 ปีร้อยละ 53.33 มีค่า ADL อยู่ระหว่าง 12-20 จัดอยู่ในกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 93.33 การประเมิน EHRA symptom scale พบว่าอยู่ระดับEHRA Class 1 ร้อยละ 66.67 INR เป้าหมายส่วนมากอยู่ที่ 2.0-3.0 ร้อยละ 60 ขนาดยารวาร์ฟารินที่ได้รับอยู่ระหว่าง 10-20 มิลลิกรัมต่อสัปดาห์ ใช้จ่ายโรคความดันโลหิตสูงกลุ่ม Angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEIs) ร้อยละ 40.00 และยากลุ่มอื่นที่ใช้มากที่สุด คือ กลุ่มยาลดไขมันร้อยละ 33.33 และ กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติทั้งหมดเป็นพยาบาลวิชาชีพเพศหญิงอายุเฉลี่ย 38.67 (SD 10.22) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ส่วนมากปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการร้อยละ 80.00 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิเฉลี่ย 8.73 (SD 6.23) และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วหัวใจเฉลี่ย 11.20 (SD 6.45) ผลการวิจัยพบว่าหลังทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก พบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมเพิ่มขึ้น แต่ข้อมูลทางคลินิกไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

2. อภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน จังหวัดเลย มีรายละเอียดอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

2.1 ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว จากการสนทนากลุ่มพบว่าปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว ดังนี้

2.1.1 ใจสั้น อาการใจสั้นสามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงโดยเฉพาะผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตเป็นเวลานาน ทำให้เกิดภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต (Left ventricular hypertrophy: LVH) ความสามารถในการคลายตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง ส่งผลให้หัวใจห้องบนซ้ายขยายตัวและเกิดพังผืดขึ้น นำไปสู่การขยายตัวและเพิ่มแรงดันของหัวใจห้องบนซ้าย ซึ่งมีหน้าที่สำคัญในการสร้างกระแสไฟฟ้า ความผิดปกติที่เกิดขึ้นทำให้การเชื่อมต่อกระแสไฟฟ้าระหว่างมัดของกล้ามเนื้อหัวใจในหัวใจห้องบนเกิดการหักเหไปในทิศทางเดียว และปรากฏการณ์การย้อนกลับของกระแสไฟฟ้าสั้นลง จนพัฒนาเป็นหัวใจห้องบนพลิ้วไหว (Atrial fibrillation: AF) ซึ่งกระตุ้นของหัวใจห้องบนแบบกระจายไม่เป็นระเบียบ และลักษณะไม่สม่ำเสมอ เหตุการณ์ดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหัวใจเต้น สอดคล้องกับผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของอัลติคอค อิลชาร์ท และกุลลารี (Altiock, Yilmaz & gullari, 2015) ซึ่งทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวพบปัญหาในเรื่องของอาการใจสั้นและมีผู้ป่วยมากกว่าครึ่งวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการใจสั้น

2.1.2 หายใจหอบเหนื่อย อาการหายใจหอบเหนื่อยสามารถพบได้ใน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวชนิดหัวใจห้องบนพลิ้วไหว เนื่องจากความสามารถในการคลายตัวเพื่อรองรับเลือดของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง ซึ่งส่งผลเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเวลาที่ยอกแรงเพิ่มขึ้น และโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวที่พัฒนาเข้าสู่ภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงนี้ ทำให้ร่างกายมีการปรับชดเชย โดยเพิ่มปริมาณเลือดในหลอดเลือดเลือดดำ และเพิ่มแรงดันของหลอดเลือดแดง ทำให้ความดันในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น รวมถึงความดันที่หัวใจห้องบน และหลอดเลือดในปอดเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังกระตุ้นระบบ เรนิน แองจิโอเทนซิล เพื่อลดการขับของน้ำและเกลือแร่ที่ไต ทำให้มีน้ำเกินในถุงลมปอด การตรวจร่างกายจะพบว่ามีอาการออกแรงหรือออกกำลังกายได้น้อยลง นอนราบ

ไม่ได้ (orthopnea) หายใจหอบเหนื่อยหลังเข้านอน JVP สูง พบเสียง S3 gallop ตรวจพบ Apical impulse ออกด้านข้าง และบวมตามแขนขา (ชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาของเกษราภรณ์ จันดี (2563) ซึ่งพบผู้ป่วย 1 ใน 2 รายจากการศึกษากรณีศึกษามีอาการเหนื่อยง่ายเวลาเดิน

2.1.3 เวียนศีรษะ อาการเวียนศีรษะ โดยนพาะอย่างยิ่งอาการเวียนศีรษะ บ้านหมุน ขณะเปลี่ยนท่า พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับยาโรคความดันโลหิตสูงกลุ่ม Alpha blocker ซึ่งออกฤทธิ์ทำให้กล้ามเนื้อเรียบของผนังหลอดเลือดแดงคลายตัว กลุ่ม Angiotensin receptor blocker ซึ่งออกฤทธิ์ขัดขวาง Angiotensin II ทำให้หลอดเลือดแดงคลายตัว และกลุ่ม Angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEIs) ซึ่งออกฤทธิ์ยับยั้งการเกิด Angiotensin II ทำให้หลอดเลือดแดงคลายตัว จากผลข้างเคียงของยาลดความดันโลหิตดังกล่าว ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนขณะเปลี่ยนท่าได้ และในขณะเดียวกันเนื่องจากอุบัติการณ์โรคความดันโลหิตจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น (นพวรรณ เบี้ยชื่อ, 2563) และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่จำเป็นต้องรักษาด้วยยามากกว่า 5 ปีขึ้นไป จึงมีความเสี่ยงต่อหัวใจห้องบนพลิ้วไหวสูง โดยเป็นกระบวนการที่ค่อยเป็นค่อยไป และความเสียหายที่ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (Kim et al, 2019) ทำให้พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวพบได้ในวัยสูงอายุ สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่พบอายุเฉลี่ย 71.08 ปี (SD=10.44) ซึ่งวัยผู้สูงอายุมีความเสื่อมของร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบหัวใจและหลอดเลือดที่พบความสามารถในการคลายตัวเพื่อรองรับเลือดของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง (Left ventricular compliance ลดลง ปริมาตรเลือดออกจากหัวใจจึงจำเป็นต้องอาศัยการบีบจากหัวใจห้องบนมากกว่าวัยอื่น แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว จึงทำให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงตามไปด้วย ร่วมกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น ทำให้เกิดแรงต้านในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ระดับความดันโลหิตจึงเพิ่มสูงขึ้น และเนื่องจากปริมาตรของตับและการไหลเวียนเลือดที่ตับลดลงทำให้การดูดซึมยาในผู้สูงอายุลดลง ส่งผลต่อการปรับยาโรคความดันโลหิตสูงตามแผนการรักษาของแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนขณะเปลี่ยนท่าได้ง่ายยิ่งขึ้น (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2558)

2.1.4 อ่อนเพลีย อาการอ่อนเพลีย พบได้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว เนื่องจากความสามารถในการคลายตัวเพื่อรองรับเลือดของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง ทำให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง เกิดภาวะพร่องออกซิเจนส่งผลให้เกิดความเมื่อยล้า ร่วมกับอาการใจสั่นที่เกิดจากการที่กระแสไฟฟ้าของหัวใจที่ผิดปกติ และเนื่องจากการเปลี่ยนแปลง

สมถภาพปอดในวัยสูงอายุที่ความยืดหยุ่นของถุงลมในปอดลดลงทำให้การขยายตัวของปอดลดลง จึงต้องออกแรงหายใจขณะพักมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงอาการอ่อนเพลียได้ง่าย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2558)

2.1.5 มีภาวะเลือดออก พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน จึงได้รับยาว่าร์ฟารินซึ่งเป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดในกลุ่มต้านฤทธิ์ของวิตามินเค มีการรักษาแคบ (narrow therapeutic index) และมีความแปรปรวนระหว่างบุคคลสูง (wide interindividual variability) ทำให้มีข้อจำกัดในการรับประทานยา การรับประทานอาหารที่มีวิตามินเคสูง เพื่อควบคุมระดับ INR ให้อยู่ในช่วงการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของเกษราภรณ์ จันดี (2563) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายจากการศึกษามีภาวะเลือดออก โดยผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาเกินขนาด ทำให้มีจ้ำเลือดที่แขนและขาทั้ง 2 ข้าง ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด และผู้ป่วยรายที่ 2 มีอาการเลือดกำเดาไหลเป็นบางวัน

2.1.6 ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลไม่ถูกต้อง พบได้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว เนื่องจากผู้รับยาว่าร์ฟารินส่วนใหญ่ต้องรับประทานยาตลอดชีวิต ยกเว้นแพทย์สั่งหยุดยาในบางกรณี ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด รวมถึงต้องเคร่งครัดในเรื่องของการรับประทานอาหารที่มีวิตามินเคสูง มีรายงานการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างอาการที่มีวิตามินเคสูง และความต้องการขนาดยาว่าร์ฟาริน ($r = .31; p < .02$) (นิศย์สุภา วัฒนชัย และสุทธิดา แก้วมุงคุณ, 2560) และมีข้อปฏิบัติตัว อื่นๆ ที่เคร่งครัด สอดคล้องกับการศึกษาของอัลติคอก อิลซาร์ท และกุลลารี (Altiok, Yilmaz & gullari, 2015) ซึ่งอธิบายว่าผู้ป่วยมากกว่าครึ่งได้รับการรักษาด้วยยาว่าร์ฟาริน และแจ้งว่าพวกเขาได้รับคำแนะนำที่เกี่ยวกับการใช้ยา ผลดีผลเสียของการได้รับยาว่าร์ฟารินน้อยรวมถึงความรู้เกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรค น้อยมาก

2.1.7 ความกลัวในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ พบได้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง และเคร่งครัดในเรื่องการรับประทานยา การรับประทานอาหารที่มีวิตามินเคสูง เพื่อควบคุมระดับ INR ให้อยู่ในช่วงการรักษา รวมถึงการป้องกันภาวะเลือดออก อาจมีการจดจำอาหารที่มีผลต่อยาว่าร์ฟารินคาดเคลื่อน หรือบางครั้งอาจเกิดความไม่สมดุลของการรับประทานอาหารที่มีวิตามินเคสูง จากการรับประทานผัก และผลไม้ตามฤดูกาล และยาว่าร์ฟารินซึ่งเป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดในกลุ่มต้านฤทธิ์ของวิตามินเค มีการรักษาแคบ (narrow therapeutic index) และมีความแปรปรวนระหว่างบุคคลสูง (wide interindividual variability) ทำให้มีการปรับยาตามปริมาณของแต่ละบุคคล

ในแต่ละรอบที่ได้รับยามีขนาดยาที่แตกต่างกัน รวมถึงบางครั้งผู้ป่วยต้องแบ่งยากินเองที่บ้าน บางครั้งเกิดการไม่เข้าใจคำสั่งการใช้ยา สอดคล้องกับการศึกษาของสาวิตรี เหล่าไพบุลย์กุล, อังคณา ช่วยชัย, ศิวกร บันลือพีช, ภากร บรรณโสภณัฐ, สิรปภา มาตรฐานตรี และวรรณดี คงเทพ (2562) ซึ่งพบปัญหาความกลัวในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ในเรื่องของการเก็บยาไม่เหมาะสม การแบ่งเม็ดยาไม่ถูกต้อง และการไม่เข้าใจคำสั่งการใช้ยา รวมถึงเพิ่มเติมในเรื่องของคือ ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง รองลงมาคือผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่มากเกินไป ผู้ป่วยเกิดอันตรายกิริยาระหว่างยา และผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และสอดคล้องกับการศึกษาของอัลติคอด ยิลซาร์ท และกุลลารี (Altiok, Yilmaz & gullari, 2015) ที่อธิบายว่าผู้ป่วยแจ้งว่าพวกเขาได้รับคำแนะนำที่เกี่ยวกับการใช้ยา ผลดีผลเสียของการได้รับยาว่าฟารินน้อยรวมถึงความรู้เกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรค น้อยมาก

2.1.8 ความกลัวในการเข้าสังคม พบได้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว เนื่องจากผู้ป่วยต้องเคร่งครัดในเรื่องการรับประทานยา การรับประทานอาหารที่มีวิตามินเคสูง เพื่อควบคุมระดับ INR ให้อยู่ในช่วงการรักษา รวมถึงเคร่งครัดในเรื่องการป้องกันภาวะเลือดออก ทำให้บางครั้งทำให้ผู้ป่วยเลี่ยงกิจกรรมในสังคม สอดคล้องกับแนวปฏิบัติการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจห้องบนพลิ้วไหวของสมาคมโรคหัวใจแห่งสหภาพยุโรป (2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)) ซึ่งอธิบายว่าผู้มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวยาวกว่าร้อยละ 60 ของมีข้อจำกัดเรื่องการออกกำลังกาย

2.2 แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน ประกอบด้วย

2.2.1 ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน เริ่มต้นที่แพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว โดยผู้ป่วยจะได้รับความเสี่ยงในการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน หมายถึง โอกาสที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวจะเกิดลิ่มเลือด และไปอุดตันตามเส้นเลือดบริเวณต่าง ๆ เช่น สมอง หัวใจ ปอด และอวัยวะส่วนปลาย ซึ่งประเมินโดยการให้คะแนนความเสี่ยงตามหลัก CHA_2DS_2-VASc score และการประเมินแนวโน้มในการเข้าสู่เป้าหมายการรักษา (Time in Therapeutic Range: TTR) เมื่อรับประทานยาว่าฟาริน ตามหลัก $SAME-TT_2R_2$ ซึ่งหากคะแนน $SAME-TT_2R_2 = 0-2$ มีแนวโน้มที่ Time in Therapeutic Range (TTR) ของค่า INR > 65% แต่ถ้าคะแนน $SAME-TT_2R_2 > 2$ มีแนวโน้มที่จะไม่สามารถคุมระดับการแข็งตัวของเลือดได้ดีด้วยยาในกลุ่มต้านฤทธิ์ของวิตามินเค ซึ่ง

การแพทย์จะนำค่าคะแนนที่ได้ปรึกษาร่วมกันระหว่าง แพทย์ เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกวาร์ฟาริน ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยในการวางแผนร่วมกันในการรักษา และหากตรวจพบในโรงพยาบาลทุติยภูมิจะมีการส่งต่อเพื่อประเมิน Echocardiogram เพื่อตรวจสอบภาวะ โรคหัวใจอื่น โดยแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2555) หลังจากผู้ป่วยและญาติตัดสินใจรับยารวาร์ฟาริน พยาบาลผู้รับผิดชอบงานวาร์ฟารินคลินิกจะทำการส่งข้อมูลผู้ป่วยให้พยาบาลที่ประจำหน่วยงานปฐมภูมิ เพื่อดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน และผู้ป่วยจะกลับมารับบริการตามการนัดการรักษาต่อเนื่องที่วาร์ฟารินคลินิก

2.2.2 คำจำกัดความของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรค

ความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวมีความซับซ้อนในการดูแล จึงจำเป็นต้องมีคำจำกัดความที่สำคัญในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกให้เข้าใจตรงกัน โดยคำจำกัดความที่สำคัญในแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ ได้แก่ 1) ความทนต่อกิจวัตรประจำวัน ซึ่งแบ่งตามความรุนแรงของอาการของสมาคมโรคหัวใจแห่งยุโรป (European Heart Rhythm Association symptom scale: EHRA symptom scale) (สมาคมโรคหัวใจแห่งสหภาพยุโรป: The European Society of Cardiology, 2020) 2) ความเสี่ยงในการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน ประเมินโดยการให้คะแนนความเสี่ยงตามหลัก CHA₂DS₂-VASc score ซึ่งในแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจในชุมชน ผู้วิจัยได้อธิบายผลการประเมิน และคำแนะนำการใช้ยาเพื่อเพิ่มความเข้าใจในการนำไปใช้ของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติ (Verdecchia, Angeli & Reboldi, 2018) และ 3) ยาต้านการแข็งตัวของเลือด หมายถึง ยาที่ทำให้เลือดแข็งตัวช้ากว่าปกติ มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดก้อนเลือดหรือลิ่มเลือดที่อาจทำให้เกิดการอุดตันในระบบไหลเวียนของเลือดในร่างกาย โดยยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่ใช้กันมาก ได้แก่ วาร์ฟาริน (warfarin) เนื่องจากเป็นยาที่นิยมใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว (นิตยสุภา วัฒนชัย และสุทธิดา แก้วมุงคุณ, 2560)

2.2.3 แผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบน

พลิ้วไหวในชุมชน ประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การใช้แผนการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล (Potter & Perry, 2005) โดยมีทั้งหมด 5 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

1) เสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันตามเส้นเลือดบริเวณต่าง ๆ เช่น สมอง หัวใจ ปอด และอวัยวะส่วนปลาย เนื่องจากหัวใจห้องบนพลิ้วไหวจากโรคความดันโลหิตสูง การเกิดลิ่ม

เลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวเกิดจากการที่ทำงานของหัวใจไม่สัมพันธ์กันระหว่างการบีบตัวของหัวใจห้องบนและหัวใจห้องล่าง สิ่งที่ตามมา คือ ปริมาตรเลือดออกจากหัวใจลดลง มีเลือดที่ค้างจากการบีบตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ เลือดเหล่านี้ตกตะกอนและรวมตัวกันเป็นลิ่มเลือดหลุดไปตามระบบไหลเวียน ดังนั้นหากลิ่มเลือดเกิดที่หัวใจซีกซ้ายการไหลเวียนจะเป็นการไหลเวียนจากหลอดเลือดขนาดใหญ่และค่อยๆ เล็กลง จนกระทั่งอุดตันตามตามบริเวณต่างๆ พยาธิสภาพจะเกิดขึ้น ณ ตำแหน่งที่ลิ่มเลือดอุดตัน ซึ่งอาจจะเป็นบริเวณสมองทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) การอุดตันที่หัวใจทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome: ACS) หรือบริเวณหลอดเลือดดำชั้นลึกทำให้เกิดโรคหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (Deep vein Thrombosis) ในลักษณะเดียวกันหากลิ่มเลือดเกิดที่หัวใจซีกขวาการไหลเวียนจะไหลเวียนไปแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอด (Pulmonary embolism) แทน

2) ความทนต่อกิจกรรมลดลง เนื่องจากปริมาณเลือด ออกจากหัวใจ (Cardiac output) อาจลดลง จากโรคความดันโลหิตสูง และหัวใจห้องบนพลิ้วไหว เกิดจากภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต (Left ventricular hypertrophy: LVH) ความสามารถในการคลายตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง ส่งผลให้หัวใจห้องบนซ้ายขยายตัวและเกิดพังผืดขึ้น และการย้อนกลับของกระแสไฟฟ้าสั้นลง จนพัฒนาเป็นหัวใจห้องบนพลิ้วไหว (Atrial fibrillation: AF) ซึ่งกระตุ้นของหัวใจห้องบนแบบกระจัดกระจายไม่เป็นระเบียบ และลักษณะไม่สม่ำเสมอ ร่วมกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น ทำให้เกิดแรงดันในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2558) เกิดภาวะพร่องออกซิเจนส่งผลให้เกิดความเมื่อยล้า ความทนต่อกิจกรรมของผู้ป่วยจึงลดลง

3) เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากอาการเวียนศีรษะ นอกจากอาการเวียนศีรษะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการเวียนศีรษะ บ้านหมุน ขณะเปลี่ยนท่าที่อาจเกิดจากผลข้างเคียงของยาตรรกความดันโลหิตสูง และความสามารถในการคลายตัวเพื่อรองรับเลือดของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง (Left ventricular compliance) ลดลง ส่งผลให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง ซึ่งทำให้เกิดอาการวิงเวียนตาลายบ้านหมุนขณะเปลี่ยนท่าได้ง่ายแล้ว ยังพบปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการเกิดอุบัติเหตุในผู้ป่วย คือ กำลังในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ร่วมกับมวลกระดูกลดลงและกระดูกบริเวณข้อต่อบางลง ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่าย และเมื่อเกิดอุบัติเหตุจะเพิ่มความรุนแรงจากอุบัติเหตุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดกระดูกหักได้มากขึ้น (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2558)

4) มีภาวะเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค และผลข้างเคียงของยาต้านการแข็งตัวของเลือด การป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวมีความซับซ้อน และกระทบกับการใช้ชีวิตประจำวันไม่ว่าจะเกิดจากอาการใจสั่น หายใจหอบเหนื่อย และ

การใช้ยารักษาที่มีช่วงการรักษา และมีความแปรปรวนระหว่างบุคคลสูง ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดและวิตกกังวลมากขึ้นถึงผลข้างเคียงของยาต้านการแข็งตัวของเลือดสมาคมโรคหัวใจแห่งสหภาพยุโรป (The European Society of Cardiology, 2020) อธิบายว่า ผู้มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว่มีภาวะวิตกกังวลมากขึ้น ตลอดจนพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 16-20 และมีผู้ป่วยบางส่วนมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย ร้อยละ 20 – 30 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัลติคอค อิลซาร์ท และกุลลารี (Altiok, Yilmaz & gullari, 2015) ซึ่งทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว่พบปัญหาผู้ป่วยมากกว่าครึ่งวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการใจสั่น และภาวะเลือดออกจากรายก ผู้ป่วยครึ่งหนึ่งรู้สึกหมดไฟในชีวิต และรู้สึกเป็นภาระ ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยครึ่งหนึ่งกล่าวว่าพวกเขาหวาดกลัวต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการแข็งตัวของเลือด และภาวะเลือดออก

5) *ครอบครัวขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย* ครอบครัวถือส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว่ แต่เนื่องจากผู้รับยารักษาส่วนใหญ่ต้องรับประทานยาตลอดชีวิต และผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด รวมถึงต้องเคร่งครัดในเรื่องของการรับประทานอาหารที่มีวิตามินเคสูง จากการศึกษาของอัลติคอค อิลซาร์ท และกุลลารี (Altiok, Yilmaz & gullari, 2015) ซึ่งอธิบายว่าผู้ป่วยมากกว่าครึ่งได้รับการรักษาด้วยยารักษา และแจ้งว่าพวกเขาได้รับคำแนะนำที่เกี่ยวกับการใช้ยา ผลดีผลเสียของการได้รับยารักษาโดยรวมถึงความรู้เกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรคน้อยมาก และความกลัวในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ ซึ่งบางครั้งเกิดการไม่เข้าใจคำสั่งการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของสาวิตรี เหล่าไพบุลย์กุล, อังคนา ช่วยชัย, ศิวกร บันลือพีช, ภากร บรรณ ไศภิชญ์, สิริภา มาตรมุลตรี และวรรณดี คงเทพ (2562) ซึ่งพบปัญหาความกลัวในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ในเรื่องของการเก็บยาไม่เหมาะสม การแบ่งเม็ดยาไม่ถูกต้อง และการไม่เข้าใจคำสั่งการใช้ยา

2.3 ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว่ในชุมชน ประกอบด้วย

2.3.1 ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของหัวใจต่อความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและหัวใจห้องบนพลิ้วไหว่ที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง หลังทดลองใช้แนวปฏิบัติกลุ่มทดลองมีความรู้รวม และรายด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค ด้านการรับประทานยา ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการรับประทานยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ .05

การผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นเนื่องจากการที่พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติ ได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและหัวใจห้องบนพลิ้วไหวที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงที่บ้าน โดยคำแนะนำผู้ป่วยและญาติให้สังเกตอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง BEFAST เน้นให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และวางระบบการนำส่งผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วย และครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดลิ่มเลือด และอุดกั้นตามเส้นเลือดบริเวณต่าง ๆ เช่น สมอง หัวใจ ปอด และอวัยวะส่วนปลาย แนะนำหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ทำให้ระดับยารักษาในเลือดเปลี่ยนแปลง และการป้องกันและสังเกตภาวะเลือดออก

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคข้อที่ไม่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้น้อยกว่า 140/90 จะมีความเสี่ยงต่อหัวใจห้องบนพลิ้วไวน้อยลง ซึ่งอาจเป็นเรื่องที่เข้าใจได้ยากในผู้ป่วยเรื่องความเชื่อมโยงของโรคความดันโลหิตสูงและหัวใจห้องบนพลิ้วไหว การอธิบายให้เข้าใจจึงเป็นเรื่องยาก ด้านการรับประทานอาหารเช้าที่ไม่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ คือ อาหารที่มีไขมันมาก เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู คอหมูย่าง ถ้ารับประทานเป็นประจำ ทำให้หลอดเลือดตีบแคบลง ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น และอาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น อาหารที่ปรุงด้วยซุบก้อน ซอสปรุงรส ผงชูรส เป็นต้น ถ้ารับประทานเป็นประจำ ทำให้ปริมาณน้ำในเส้นเลือดมากขึ้น ไตทำงานหนักขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น การเชื่อมโยงระหว่างสารอาหารและอาหารแต่ละประเภทที่ส่งผลต่อระบบไหลเวียน ก่อนข้างอธิบายให้เข้าใจได้ยาก ด้านการออกกำลังกายที่ไม่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ คือ การออกกำลังกายที่ถูกต้องจะต้องออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วันอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งมาจากการที่คะแนนเดิมค่อนข้างสูงอยู่เดิม คือ .60 ทำให้การเพิ่มขึ้นของคะแนนไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ด้านการจัดการความเครียด ข้อที่ไม่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ คือ ความเครียด ความโกรธ อารมณ์ฉุนเฉียว ทำให้ฮอร์โมนอะดรีนาลีนหลั่งมาก มีผลต่อเส้นเลือดและหัวใจ โดยทำให้หัวใจสูบฉีดโลหิตมากขึ้น และความเครียด ความโกรธ อารมณ์โมโหควรระบายอารมณ์กับคนใกล้ชิด เช่น การต่อว่า คำทอ ขว้างของ เป็นต้น เพราะช่วยลดแรงกดดันในเส้นเลือด ซึ่งมาจากการที่คะแนนเดิมค่อนข้างสูงอยู่เดิม คือ .60 และ .67 ตามลำดับ ทำให้การเพิ่มขึ้นของคะแนนไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ด้านการรับประทานยา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว และระดับความดันปกติแล้วสามารถหยุดยารับประทานเองได้ และในกรณีขหายาหมดผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถนำยาของเพื่อนที่เป็นความดันโลหิตสูงเช่นเดียวกันมา

รับประทานได้ ซึ่งมาจากการที่คะแนนเดิมค่อนข้างสูงอยู่เดิม คือ .60 และ .60 ตามลำดับ ทำให้การเพิ่มขึ้นของคะแนนไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

2.3.2 ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของหัวใจต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว หลังทดลองใช้แนวปฏิบัติกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรวม และพฤติกรรมรายด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการรับประทานยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ .05

การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว มีคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกข้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งมาจากการที่พยาบาลวิชาชีพคอยกระตุ้นเตือนผู้ป่วยเป็นระยะในระหว่างทำการทดลอง โดยขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี พร้อมทั้งการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การสอบถามกระตุ้นเตือนทั้งผู้ป่วยและญาติเป็นระยะตลอดระยะเวลาการทดลองใช้แนวปฏิบัติ 4 สัปดาห์

2.3.3 ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของหัวใจต่อข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว

1) **ระดับความดันโลหิต** ได้แก่ ความดันซิสโตลิก ความดันไดแอสโตลิก และ MAP ลดลง แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การที่ระดับความดันโลหิตไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการควบคุมระดับความดันโลหิตมีปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลง ได้แก่ พันธุกรรม อายุ เพศ เชื้อชาติ และยังมีปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ (1.1) การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ซึ่งในแนวปฏิบัติทางการพยาบาล มีการให้คำแนะนำการออกกำลังกาย และกระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล (1.2) การบริโภคอาหารที่มีไขมันและโซเดียมสูง ซึ่งในแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมีการให้คำแนะนำในการควบคุมระดับความดันโลหิตโดยการจำกัดโซเดียม โดยการบริโภคไม่เกิน 2,300 มิลลิกรัม/วัน และการงดอาหารที่มีไขมันสูง (1.3) ความเครียด โดยความเครียดทั้งร่างกายและจิตใจกระตุ้นระบบซิมพาเทติก โดยการหลั่งสารแคทีโกลามีน ส่งผลให้หลอดเลือดหดตัว หัวใจจึงต้องบีบตัวแรงขึ้น ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นชั่วคราว และหากมีความเครียดอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และในแนวปฏิบัติการพยาบาลมีการประเมินและเสนอแนวทางในการผ่อนคลายความเครียดเอาไว้ (1.4) การสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือด (1.5) การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มี

แอลกอฮอล์ ซึ่งส่งผลให้ระดับไตรกรีเซอริลในเลือดเพิ่มสูงขึ้น และกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ต่อมหมวกไตหลั่งสารคอร์ติซอล และอิพิเนฟรินเพิ่มขึ้น ทำให้หัวใจเพิ่มการบีบตัวและความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น และในแนวปฏิบัติการพยาบาลได้มีคำแนะนำในการงดสูบบุหรี่ และงดหรือจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์เอาไว้ ผู้ที่ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ไม่แนะนำให้ดื่ม หรือถ้าดื่มแอลกอฮอล์อยู่แล้ว ควรจำกัดปริมาณ โดยในเพศหญิงไม่เกิน 1 ดื่มมาตรฐาน (Standard drink ซึ่งมีค่าเท่ากับเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ประมาณ 10 กรัม) ต่อวัน และในเพศชายไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน (1.6) ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งในแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกได้มีคำแนะนำเกี่ยวกับการไขมันในเลือด (1.7) ดัชนีมวลกาย ในแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกแนะนำให้มีการควบคุมน้ำหนัก และรอบเอวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ควรพยายามควบคุมค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 18.5 – 22.9 กิโลกรัม/ ตารางเมตรและมีเส้นรอบพุงอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานสำหรับคนไทย คือ ไม่เกิน 90 ซม. (36 นิ้ว) ในเพศชาย และไม่เกิน 80 ซม. (32 นิ้ว) ในเพศหญิง หรือ ไม่เกินส่วนสูงหารด้วยสองทั้งเพศชายและหญิง (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

อย่างไรก็ตาม ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันในเลือดใช้เวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3-6 ในผู้ป่วยยังไม่เริ่มยาลดไขมัน (สมาคมโรคหลอดเลือดแดงแห่งประเทศไทย, 2559) การเปลี่ยนแปลงของดัชนีมวลกายจะต้องใช้เวลาในการเปลี่ยนแปลง และการวัดความดันโลหิตในสถานบริการ อาจพบภาวะที่พบระดับความดันโลหิตสูงเมื่อเข้ารับการตรวจ โดยบุคลากรทางการแพทย์ (white-coat hypertension) (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

2) ชีพจร ทำให้ชีพจรมีค่าเฉลี่ยลดลง แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชีพจรเกิดจากการบีบตัวของหัวใจ เพื่อส่งเลือดในระบบไหลเวียนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย แต่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว มีความผิดปกติในการเชื่อมต่อกระแสไฟฟ้าระหว่างมัดของกล้ามเนื้อหัวใจห้องบนซ้ายเกิดการหักเหไปในทิศทางเดียว และปรากฏการณ์การย้อนกลับของกระแสไฟฟ้าสั้นลง จนพัฒนาเป็นหัวใจห้องบนพลิ้วไหว (Atrial fibrillation: AF) ซึ่งกระตุ้นของหัวใจห้องบนแบบกระจายไม่เป็นระเบียบ และลักษณะไม่สม่ำเสมอ ทำให้มีความไวต่อการกระตุ้นให้เกิดการเต้นของชีพจรที่เร็วขึ้นได้ง่าย (Kim et al, 2019)

3) การเข้าสู่ช่วงการรักษาของค่า INR มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การเข้าสู่ช่วงการรักษาของค่า INR มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น สังกะตุได้จากค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรวม และพฤติกรรมรายด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการรับประทานยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 ในขณะเดียวกันนั้นเมื่อแพทย์ เกสัชกร และพยาบาลประจำวอร์ดฟารินคลินิก พบว่า ผู้ป่วยมีค่า INR นอกช่วงการรักษา จะร่วมกันพิจารณาปรับยารวอร์ดฟารินตามความเหมาะสมของผู้ป่วยรายกรณี แต่เนื่องจากยารวอร์ดฟารินเป็นยาที่มีข้อจำกัดมาก การปรับยาของแพทย์จะเปลี่ยนตามระดับ INR เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละของยาเดิม และค่าครึ่งชีวิตของยารวอร์ดฟารินผันแปรไปในผู้ป่วยแต่ละรายอยู่ในช่วง 20–60 ชั่วโมง โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 40 ชั่วโมง การเปลี่ยนแปลงของระดับยาในร่างกายอยู่ที่ 5 เท่าของค่าครึ่งชีวิต หรือประมาณ 5-13 วันทำให้จากระยะเวลาการเก็บข้อมูลอาจยังเห็นความแตกต่างไม่ชัดเจน แต่มีแนวโน้มเพิ่มสูง (เภสัชกรรมศิริประสิทธิ์, 2564)

2.3.4 ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของหัวใจต่อความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เฉลี่ย 4.92 (SD .13) อยู่ในระดับมากที่สุด

การที่การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกครั้งนี้ กลุ่มเป้าหมาย คือ พยาบาลวิชาชีพทำให้กลุ่มเป้าหมายรู้สึกถึงการมีส่วนร่วมและรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของร่วมกัน และจากเดิมที่ไม่มีแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชนมาก่อน ทำให้พยาบาลวิชาชีพความพึงพอใจในระดับสูง อย่างไรก็ตาม ได้มีการสะท้อนถึงปัญหาเรื่องระยะเวลาในการทดลองใช้ เนื่องจากแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมีกิจกรรมค่อนข้างมาก และจำนวนแบบประเมินผู้ป่วยค่อนข้างมาก จึงแนะนำให้จัดทำในรูปแบบชุด โดยมีเช็คลิสในการตรวจสอบความครบถ้วนในการประเมิน

3. ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับผลการวิจัย ดังนี้

3.1 ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

3.1.1 พยาบาลวิชาชีพสามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน

3.1.2 พยาบาลวิชาชีพสามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาใกล้เคียงกันกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน

3.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ควรจัดทำในรูปแบบชุด โดยมีเช็คลิสในการตรวจสอบความครบถ้วนในการประเมิน เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว มีความซับซ้อนในการดูแล จึงมีการประเมินที่ละเอียดและจำนวนมาก

3.2.2 การศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน ควรจัดในรูปแบบของ โปรแกรม และเพิ่มระยะเวลาในการทดลองใช้ เนื่องจากข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว หลังทดลองใช้แนวปฏิบัติก่อน-หลังไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2558). แนวทางการดูแลรักษา กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes). นนทบุรี: อีส ออแกนิส.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. (2556) เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางการปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. (2566). คู่มือแนวทางการดำเนินงาน *NCD clinic Plus*. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ.
- กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. (2566). คู่มือคุณภาพมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- เกษราภรณ์ จันดี. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่รับประทานยาแอสไพรินในคลินิก: กรณีศึกษา. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 4(8). 244-265.
- คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ. (2559). คู่มือการดำเนินงานตามแผนระบบสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ เรื่อง การบริหารจัดการหน่วยดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (*Warfarin Clinic Management*). นนทบุรี: โอ วิทย์ (ประเทศไทย).
- เครือข่ายโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจังหวัดเลย. (2561) คู่มือการปฏิบัติงานเครือข่ายโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจังหวัดเลย. เลข: รุ่งแสงธุรกิจการพิมพ์จังหวัดเลย.
- ชมรมช่างไฟฟ้าหัวใจ และสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2555). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด *Atrial fibrillation* ในไทย. กรุงเทพฯ : ศรีเมืองการพิมพ์.
- นิคย์สุภา วัฒนชัยและสุทธิดา แก้วมุงคุณ.(2560). เกสัชวิทยาและปัจจัยที่มีผลต่อการตอบสนองของ ยาแอสไพริน. ศรีนครินทร์เวชสาร, 32(2), 189-199.
- นพวรรณ เปียซื่อ. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่พบบ่อยในชุมชน. ในประมวลสาระชุดวิชา การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน หน่วยที่ 8 (8-1-8-144). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- บุญชม ศรีสะอาด. (2560). การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.

- พิกรม อโศกบุญรัตน์ และทิภาดา สามสีทอง. (2564). ผลของการพัฒนาการบริหารทางเภสัชกรรม
ในคลินิกวาร์ฟาริน ณ โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง. *เภสัชศาสตร์อีสาน*, 17(4),
61-74.
- ไพลิน รัตนวัฒน์กุล. (2560). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอด
ฉบับปรับปรุงใหม่*. [Online]. สืบค้นจาก [https://www.kkujm.com/Journal-
Detail.aspx?i=122](https://www.kkujm.com/Journal-Detail.aspx?i=122).
- ฟองคำ ติลกสกุล. (2554). *การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ : หลักการและวิธี
ปฏิบัติ = Evidence-based nursing : principle and method* พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เภสัชกรรมศรีประสิทธิ์. (2564). *Maforan (เอกสารกำกัทยา)*. สมุทรสงคราม: เภสัชกรรมศรี
ประสิทธิ์.
- เภสัชกรรมศรีประสิทธิ์. (2559). *สมุดประจำตัวผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของ
เลือด “ยาวาร์ฟาริน”*. กรุงเทพฯ: เอสพีเอส เมดิคอล.
- ยิ่งยง ชินธรรมมิตร. (2560) *บทความพื้้นวิชาการหาสาเหตุของภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดใน
ผู้ใหญ่*. [Online]. สืบค้นจาก [https://he01.tci-
thaijo.org/index.php/JHematolTransfusMed/article/view/105462/83747](https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHematolTransfusMed/article/view/105462/83747).
- โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. (ม.ม.ป.) *คู่มือการดูแลผู้ป่วย โรคหัวใจล้มเหลวแบบบูรณาการ*.
[Online]. สืบค้นจาก
http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/CMU%20HF%20Clinic.pdf.
- วิชัย เอกพลากร (บก.). (2564). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่
6 พ.ศ. 2562 - 2563*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดดีไซน์.
- วิพัชร พันธวิมล. (2562). *วิธีใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดกลุ่มใหม่ในผู้ป่วยโรคหัวใจห้องบนสั้น
พลั่ว*. [Online]. สืบค้นจาก [https://he02.tci-
thaijo.org/index.php/JDMS/article/view/246637/167670](https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JDMS/article/view/246637/167670).
- ศศิธร ตันติเอกรัตน์, ภัทราวดี มากมี, นิชาภา สุขสงวน, และนวพร สัตพันธ์. (2563). *ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิต
สูงในจังหวัดบุรีรัมย์โดยใช้ทฤษฎี Precede Framework*. วารสารวิจัยและพัฒนา
โดย
องค์กรฯ ในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 15(1), 59-73.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2564). *โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ความรู้สำหรับ
ประชาชน*. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.

- สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562*. เชียงใหม่ : ทริน ชิงค์.
- สมาคมโรคหลอดเลือดแดงแห่งประเทศไทย. *แนวทางเวชปฏิบัติการใช้ยารักษาไขมันผิดปกติ เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด พ.ศ. 2559*. ปทุมธานี : เอ-พลัส พริน.
- สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ชมรมโรคหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ. 2562*. กรุงเทพฯ: เนคสเทป ดีไซน์.
- สาวิตรี เหล่าไพบุลย์กุล, อังคณา ช่วยชัย, ศิวกร บันลือพีช, ภากร บรรณโสภิชญ์, ศิรภา มาตรฐานดี และวรรณดี คงเทพ. (2562). ปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาที่มีค่า INR นอกช่วงการรักษาโดยการเยี่ยมบ้าน ในอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช. [Online]. สืบค้นจาก <https://wjst.wu.ac.th/index.php/wuresearch/article/view/6607>.
- สุทธิพร มูลศาสตร์. (2563). บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน. ในประมวลสาระชุดวิชา การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน หน่วยที่ 4 (4-61-4-73). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- Altiok M, Yilmaz M & Rencuso_gullari I. (2015, 2 September). *Living with Atrial Fibrillation: An Analysis of Patients' Perspectives*. [Online]. Retrieved from <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1976131715000833?token=6B3AB66B6DDCB8F67A621B9FB7898201F4D7260C16E5D8D22A734E7E5ED6F1A61DEF45FC2B56C5235A49FB625BF73ECD&originRegion=eu-west-1&originCreation=20221103092509>.
- Burns, N. and Grove S. (2009) *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence. 6th Edition*, Saunders Elsevier, St. Louis.
- Bloom, B.S.J. (1971). *Taxonomy of Education Objective, Handbook 1: Cognitive Domain*. New York: David Mokey.
- Farrow G. et al. (2019,19 February). *Vitamin K versus warfarin interruption alone in patients without bleeding and an international normalized ratio > 10*. [Online]. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jth.14772>.
- Harrison G, Coffman T & Wilcox C. (2021, 2 April). *Pathophysiology of Hypertension*. [Online]. Retrieved from <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIRCRESAHA.121.318082>.

- Kim T. et al. (2019, 4 January). *Effect of hypertension duration and blood pressure level on ischemic stroke risk in atrial fibrillation: nationwide data covering the entire Korean population*. [Online]. Retrieved from <https://academic.oup.com/eurheartj/article/40/10/809/5273478>.
- Lim C. et al. (2020, 23 November). *Effect of alcohol consumption on the risk of adverse events in atrial fibrillation: from the Comparisons study of Drugs for symptom control and complication prevention of Atrial Fibrillation (CODE-AF) registry*. [Online]. Retrieved from <https://academic.oup.com/europace/article/23/4/548/5998957>.
- Melnik B.M. & Fineout-Overholt E. (2005). *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Methavigul K. (2018, 22 June). *Proportion of Thai Patients with Atrial Fibrillation Receiving Warfarin with Labile INR in Each Group of SAMeTT2R2 Score*. [Online]. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/324329910_Proportion_of_Thai_patients_with_atrial_fibrillation_receiving_warfarin_with_labile_INR_in_each_group_of_SAMeTT2R2_score.
- Potter P.A. & Perry A.G. (2005). *Fundamental of Nursing*. 6th ed. St.Louis: Mosby.
- The European Society of Cardiology. (2020, 29 August). *2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)*. [Online]. Retrieved from <https://academic.oup.com/eurheartj/article/42/5/373/5899003>.
- Soukup M. *The center of advanced nursing practice evidence-based practice model*. Nursing Clinic of North America 2000; 35:301-9
- Polit D. F, & Beck C. T. (2006). *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Verdecchia P, Angeli F & Reboldi G. (2017, 6 January). *How Low Should We Go with Blood Pressure?* [Online]. Retrieved from <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIRCRESAHA.116.309971>.
- WHO (2023, 16 March). *Hypertension* [Online]. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์

สุโขทัยนครมาจิราธิ



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏ

สโมชชัยธรรมมาภิราช

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ผศ.ดร.สมนึก สกุดหงส์โสภณ	กลุ่มวิชาการพยาบาลพื้นฐานและประสมการณ์วิชาชีพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์
อาจารย์ดร. กฤษณพร ทิพย์กาญจนเรขา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
นายแพทย์ชัยยา ปานันท์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลท่าลี่
นายสมโชค กันยยาว	เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลท่าลี่
นางสาววนิดา เคนทองดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเลย



ภาคผนวก ข
หนังสือรับรองจริยธรรมในมนุษย์





เลขที่ ECLOEI ๐๐๒๔/๒๕๖๔

เอกสารรับรองโครงการศึกษาวิจัยในมนุษย์

โดย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

โครงการวิจัย : เรื่องคือ (ภาษาไทย) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจในชุมชน จังหวัดเลย
(ภาษาอังกฤษ) THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR CARE OF HYPERTENSION PATIENTS WITH HEART COMPLICATION IN COMMUNITY, LOEI PROVINCE

หัวหน้าโครงการ : นางสาวจรรยา จันทะบัวภาศรี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สังกัด : โรงพยาบาลท่าลี่

ได้รับการพิจารณาโครงการแล้วคณะกรรมการฯ เห็นว่า โครงการวิจัยมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายและเงื่อนไขของโครงการที่เสนอได้ ณ วันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๔ ภายใต้เงื่อนไขการพิจารณาอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยเฉพาะระยะ (Phase) ที่ ๑ ตามวัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้ คือ เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ เนื่องจากโครงการวิจัยนี้ประกอบด้วยหลายระยะ ซึ่งมีวัตถุประสงค์และกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน โดยเอกสารรับรองฉบับนี้ใช้ได้ถึง วันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๖

ทั้งนี้ผู้วิจัยต้องรายงานความก้าวหน้าการวิจัยให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้งหรือตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลยกำหนด

รายการเอกสารที่รับรอง มีดังนี้

๑. โครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย (ตั้งเงื่อนไขข้างต้น)
๒. เอกสารแนะนำโครงการวิจัยสำหรับอาสาสมัคร และหนังสือยินยอม

(ลงชื่อ).....

(นางกรีนธชา สุธาวา)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย



เลขที่ ECLOEI ๐๐๑๕/๒๕๖๖

เอกสารรับรองโครงการศึกษาวิจัยในมนุษย์

โดย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

โครงการวิจัย : (ภาษาไทย) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจในชุมชน จังหวัดเลย (ระยะที่ ๒)
(ภาษาอังกฤษ) THE DEVELOPMENT OF A CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE FOR CARE OF HYPERTENSION PATIENTS WITH HEART COMPLICATION IN COMMUNITY, LOEI PROVINCE (PHASE 2)

หัวหน้าโครงการ : นางสาวจรรยา จันทะบัวภาศรี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สังกัด : โรงพยาบาลท่าลี่

ได้รับการพิจารณาโครงการแล้วคณะกรรมการฯเห็นว่า โครงการวิจัยมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่เสนอได้ ณ วันที่ ๙ พฤษภาคม ๒๕๖๖ เอกสารรับรองฉบับนี้ใช้ได้ถึงวันที่ ๘ พฤษภาคม ๒๕๖๗

ทั้งนี้ผู้วิจัยต้องรายงานความก้าวหน้าการวิจัยให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้งหรือตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลยกำหนด

รายการเอกสารที่รับรอง มีดังนี้

๑. โครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย
๒. เอกสารแนะนำโครงการวิจัยสำหรับอาสาสมัคร และหนังสือยินยอม

(ลงชื่อ).....

(นางกรัณฑชา สุธาวา)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย





ภาคผนวก ค

หนังสือเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัยและหนังสือขออนุญาต
ดำเนินการโครงการวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว ๕

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๕ มกราคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย
เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมนึก สกฤษสิโสภณ

ด้วย นางสาวจรรยา จันทะบับภาศรี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจในชุมชน จังหวัดเลย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เห็นว่าท่านมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗
โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐
โทรศัพท์ ๐๘๓-๓๖๒-๒๙๔๙ (นางสาวจรรยา จันทะบับภาศรี)

ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว ๕



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
 จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๕ มกราคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน อาจารย์ ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา

ด้วย นางสาวจรรยา จันทะบับภาศรี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจในชุมชน จังหวัดเลย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เห็นว่าท่านมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
 ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทรศัพท์ ๐๘๓-๓๖๒-๒๙๔๙ (นางสาวจรรยา จันทะบับภาศรี)



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว ๕

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๕ มกราคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน นายสมโชค กัญยาว

ด้วย นางสาวจรรยา จันทะบันภาศรี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจในชุมชน จังหวัดเลย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เห็นว่าท่านมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

นางนงนุช อภัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทรศัพท์ ๐๘๓-๓๖๒-๒๙๔๙ (นางสาวจรรยา จันทะบันภาศรี)



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว ๕

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๕ มกราคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย
เรียน นายแพทย์ชัยยา ปานันท์

ด้วย นางสาวจรรยา จันทะบับภาศรี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจในชุมชน จังหวัดเลย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เห็นว่าท่านมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗
โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐
โทรศัพท์ ๐๘๓-๓๖๒-๒๙๔๙ (นางสาวจรรยา จันทะบับภาศรี)

ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว ๕



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
 จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๕ มกราคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย
 เรียน นางสาวนิตา เคนทองดี

ด้วย นางสาวจรรยา จันทะบันภาศรี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจในชุมชน จังหวัดเลย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เห็นว่าท่านมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
 ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
 โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗
 โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐
 โทรศัพท์ ๐๘๓-๓๖๒-๒๕๔๔ (นางสาวจรรยา จันทะบันภาศรี)

ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ ๑๘19๐



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๕.

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย

ด้วย นางสาวจรรยา จันทะบบภาศรี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจในชุมชน จังหวัดเลย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ ในพื้นที่ตำบลกุดป่อง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย จำนวน ๓๐ คน ทั้งนี้ นักศึกษาจะประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗
โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐
โทรศัพท์ ๐๘๓-๓๖๒-๒๕๔๔ (นางสาวจรรยา จันทะบบภาศรี)

ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ ๑๓๑๑



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าลี่

ด้วย นางสาวจรรยา จันทะบันภาศรี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจในชุมชน จังหวัดเลย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย จำนวน ๓ ครั้ง ดังนี้
ครั้งที่ ๑ ศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจในชุมชน จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ จำนวน ๑๒ คน
ครั้งที่ ๒ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจในชุมชน จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนา จำนวน ๑๒ คน
ครั้งที่ ๓ การทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจในชุมชน จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๓๐ คน แบ่งเป็น ๑) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ จำนวน ๑๕ คน และ ๒) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๑๕ คน ทั้งนี้ นักศึกษาจะประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗
โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐
โทรศัพท์ ๐๘๓-๓๖๒-๒๔๔๔ (นางสาวจรรยา จันทะบันภาศรี)

ภาคผนวก ค

หนังสือเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัยและหนังสือขออนุญาต

ดำเนินการโครงการวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์





ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว ๕

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๕ มกราคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย
เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมนึก สกุลหงส์โสภณ

ด้วย นางสาวจรรยา จันทะบับภาศรี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจในชุมชน จังหวัดเลย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เห็นว่าท่านมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดียิ่ง จึงขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗
โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐
โทรศัพท์ ๐๘๓-๓๖๒-๒๙๔๙ (นางสาวจรรยา จันทะบับภาศรี)

ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว ๕



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
 จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๕ มกราคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน อาจารย์ ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา

ด้วย นางสาวจรรยา จันทะบับภาศรี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจในชุมชน จังหวัดเลย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เห็นว่าท่านมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
 ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ ๐-๒๕๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร ๐-๒๕๕๐๓-๒๖๒๐

โทรศัพท์ ๐๘๓-๓๖๒-๒๙๔๙ (นางสาวจรรยา จันทะบับภาศรี)

ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว ๕



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๕ มกราคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน นายสมโชค กัญยาว

ด้วย นางสาวจรรยา จันทะบันภาศรี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจในชุมชน จังหวัดเลย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เห็นว่าท่านมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทรศัพท์ ๐๘๓-๓๖๒-๒๙๔๙ (นางสาวจรรยา จันทะบันภาศรี)



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว ๕

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๕ มกราคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย
เรียน นายแพทย์ชัยยา ปานันท์

ด้วย นางสาวจรรยา จันทะบับภาศรี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจในชุมชน จังหวัดเลย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เห็นว่าท่านมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗
โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐
โทรศัพท์ ๐๘๓-๓๖๒-๒๙๔๙ (นางสาวจรรยา จันทะบับภาศรี)



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว ๕

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๕ มกราคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย
เรียน นางสาวนิตา เคนทองดี

ด้วย นางสาวจรรยา จันทะบันภาศรี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจในชุมชน จังหวัดเลย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เห็นว่าท่านมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗
โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐
โทรศัพท์ ๐๘๓-๓๖๒-๒๕๔๔ (นางสาวจรรยา จันทะบันภาศรี)

ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ ๑๘19๐



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๕.

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย

ด้วย นางสาวจรรยา จันทะบบภาศรี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจในชุมชน จังหวัดเลย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ ในพื้นที่ตำบลกุดป่อง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย จำนวน ๓๐ คน ทั้งนี้ นักศึกษาจะประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทรศัพท์ ๐๘๓-๓๖๒-๒๕๕๕ (นางสาวจรรยา จันทะบบภาศรี)

ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ ๑๓๑๑



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าลี่

ด้วย นางสาวจรรยา จันทะบันภาศรี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจในชุมชน จังหวัดเลย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย จำนวน ๓ ครั้ง ดังนี้
ครั้งที่ ๑ ศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจในชุมชน จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ จำนวน ๑๒ คน
ครั้งที่ ๒ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจในชุมชน จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนา จำนวน ๑๒ คน
ครั้งที่ ๓ การทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจในชุมชน จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๓๐ คน แบ่งเป็น ๑) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ จำนวน ๑๕ คน และ ๒) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๑๕ คน ทั้งนี้ นักศึกษาจะประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗
โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐
โทรศัพท์ ๐๘๓-๓๖๒-๒๔๔๔ (นางสาวจรรยา จันทะบันภาศรี)

ภาคผนวก จ
แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก



แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (CNPg : Clinical Nursing Practice Guideline)

เรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน

สมาคมโรคหัวใจแห่งสหภาพยุโรป (The European Society of Cardiology, 2020) อธิบายว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดหัวใจห้องบนพลิ้วไหว (Atrial Fibrillation : AF) โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดหัวใจห้องบนพลิ้วไหวสูงกว่าผู้ที่ไม่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 1.7 เท่า อีกทั้งโรคความดันโลหิตสูงยังเพิ่มความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากหัวใจห้องบนพลิ้วไหว ได้แก่ โรคหัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมอง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจในรูปแบบหัวใจห้องบนพลิ้วไหวที่มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว อย่างไรก็ตามในปัจจุบันไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจในชุมชน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในการดูแล และจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน โดยบุคลากรในพื้นที่ที่มีประสบการณ์ ร่วมกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจประกอบ จะทำให้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชนได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน และครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้

เป้าหมาย

1. พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน และครอบครัว

คำจำกัดความ

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจในรูปแบบการเต้นของหัวใจห้องบนพลิ้วไหวโดยไม่รวมภาวะแทรกซ้อนของหัวใจในรูปแบบอื่น

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว หมายถึง กิจกรรมที่ตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจทั้งภายใน และภายนอกตามสภาพสังคม วัฒนธรรม สถานการณ์ และประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ

3. ความทนต่อกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ความทนต่อกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวตามความรุนแรงของอาการของสมาคมโรคหัวใจแห่งยุโรป (*European Heart Rhythm Association symptom scale: EHRA symptom scale*) แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

EHRA class 1

ไม่มีอาการ

EHRA class 2a

มีอาการเพียงเล็กน้อยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ตามปกติ

EHRA class 2b

มีอาการปานกลางรู้สึกถึงการรบกวนแต่ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

EHRA class 3

มีอาการมากทำให้จำกัดกิจวัตรประจำวัน

EHRA class 4

มีอาการรุนแรงจนไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

4. ความเสี่ยงในการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน หมายถึง โอกาสที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจจะเกิดลิ่มเลือด และไปอุดตันตามเส้นเลือดบริเวณต่าง ๆ เช่น สมอง หัวใจ ปอด และอวัยวะส่วนปลาย ซึ่งประเมินโดยการให้คะแนนความเสี่ยงตามหลัก CHA₂DS₂-VASc score โดยมีรายละเอียดดังนี้

Risk factor	Score
Congestive heart failure/LVEF<40%	1
Hypertension	1
Age ≥ 75	2
Diabetes mellitus	1
Stroke/TIA/thromboembolism	2
Vascular disease (MI/PAD/aortic plaque)	1
Age 65-74	1
Sex (female)	1
Maximum score	9

หมายเหตุ อายุใช้ค่าจากตารางเพียงช่องเดียว

การแปลผลเมื่อผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงในการเกิดลิ่มเลือดอุดตันตามหลัก CHA₂DS₂-VASc score แล้ว สามารถนำคะแนนมาทำนายร้อยละของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตันต่อปีได้ ดังนี้

CHA ₂ DS ₂ -VASc score	Adjusted stroke rate (%/year)
0	0
1	1.3
2	2.2
3	3.2
4	4.0
5	6.7
6	9.8
7	9.6
8	6.7
9	15.2

การพิจารณาให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด เมื่อผู้ป่วยได้รับประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตันตามหลัก CHA₂DS₂-VASc score แล้ว ผลการประเมินที่ได้จะช่วยให้การพิจารณาการได้รับยาต้านการแข็งเลือด ดังนี้

CHA ₂ DS ₂ -VASc score	ชนิด และขนาดของยา
0	ASA 75-325 mg daily or No antithrombotic therapy
1	Warfarin INR 2-3 or ASA 75-325 mg daily
≥2	Warfarin INR 2-3

5. ยาต้านการแข็งตัวของเลือด หมายถึง ยาที่ทำให้เลือดแข็งตัวช้ากว่าปกติ มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดก้อนเลือดหรือลิ่มเลือดที่อาจทำให้เกิดการอุดตันในระบบไหลเวียนของเลือดในร่างกาย โดยยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่ใช้กันมาก ได้แก่ วาร์ฟาริน (warfarin) ซึ่งเป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทานในกลุ่มต้านฤทธิ์ของวิตามินเค

เมื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจในรูปแบบการเต้นของหัวใจห้องบนพรี้วได้รับการพิจารณาว่าควรได้รับยา วาร์ฟาริน จำเป็นต้องได้รับการประเมินแนวโน้มในการเข้าสู่เป้าหมายการรักษา (Time in Therapeutic Range: TTR) ซึ่งหมายถึงการทำนายแนวโน้มของการควบคุมระดับไอ เอ็น อาร์ (International Normalized Ratio: INR) ให้อยู่ในช่วงที่กำหนดไว้ ตามหลัก SAME-TT₂R₂ ซึ่งหากคะแนน SAME-TT₂R₂ = 0-2 มีแนวโน้มที่ Time in Therapeutic Range (TTR) ของค่า INR > 65% แต่ถ้าคะแนน SAME-TT₂R₂ > 2 มีแนวโน้มที่จะไม่สามารถคุมระดับการแข็งตัวของเลือดได้ดีด้วยยาในกลุ่มต้านฤทธิ์ของวิตามินเค โดยปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวมีรายละเอียด ดังนี้

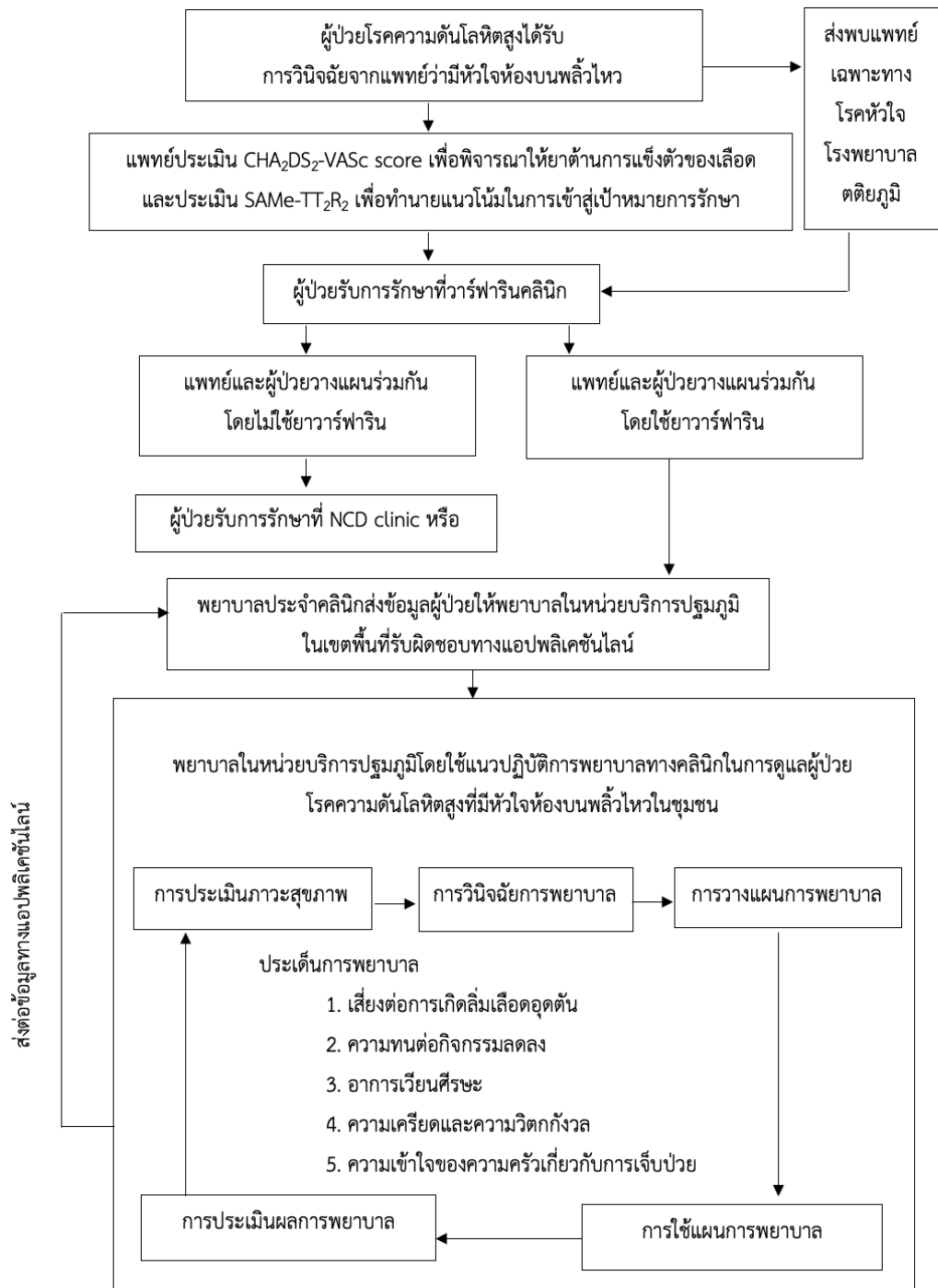
Risk factor	Score
S = Sex Category for Female score	1
A = Age < 60	1
Me = Medical History (Hypertension, DM, CAD, MI, PAD, CHF, Previous stroke, Pulmonary, Hepatic or renal disease)	1
T = Treatment and interacting medication	1
T ₂ = Tobacco Use	2
R ₂ = Race for Non-Caucasian	2

5. ค่าไอ เอ็น อาร์ (**International Normalized Ratio: INR**) หมายถึง อัตราส่วนมาตรฐานของระยะเวลาการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ โดยที่ $INR = \frac{PT \text{ ของผู้ป่วยหารด้วยค่าเฉลี่ย } PT \text{ ของคนปกติ}}{PT \text{ (Protropin time)}}$ คือ ค่าระยะเวลาการแข็งตัวของเลือด

การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้

สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจในรูปแบบหัวใจห้องบนพลิ้วไหว โดยประยุกต์การใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (Potter & Perry, 2005) ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การใช้แผนการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล โดยมีรายละเอียด ดังนี้





ภาพที่ 1 ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน

ปัญหา และข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์ และเกณฑ์ประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ การพยาบาล
<p>1. เสียงอาการเกิดล้ม เลือดออกตามเส้น เลือดบริเวณต่าง ๆ เช่น สมอง หัวใจ ปอด และอวัยวะอื่น ปลาย เนื่องจาก ภาวะแทรกซ้อนของ หัวใจจากโรคความ ดันโลหิตสูง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ข้อมูลอ้อม</p> <p>1. ผู้ป่วยบอกว่า “ผู้ป่วย โรคความดันโลหิต สูง และเป็น โรคหัวใจมา...ปี”</p> <p>2. ผู้ป่วยบอกว่า “เดินเซ เวียนศีรษะ บาน หมุน”</p>	<p>วัตถุประสงค์</p> <p>1. เพื่อให้ผู้ป่วย ปลอดภัยจาก ภาวะแทรกซ้อนของ โรคความดันโลหิต สูง ที่มี ภาวะแทรกซ้อนของ หัวใจ ได้แก่ โรค หลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด ภาวะล้มเลือดอุดตัน ในปอด และภาวะล้ม เลือดอุดตันส่วน ปลาย เนื่องจากมี โอกาสเกิดล้มเลือด จากหัวใจเต้นผิด จังหวะ</p> <p>เกณฑ์ประเมินผล</p>	<p>1. ประเมินอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะล้มเลือดอุดตัน โดยการสอบถามข้อมูล ดังนี้</p> <p>1.1 อาการโรคหลอดเลือดสมองตามหลัก BEFAST ได้แก่ คือ อาการเดินเซ เวียนศีรษะ บานหมุน ดับพลัง (B = Balance) อาการตามัว มองไม่เห็น เห็นภาพซ้อน (E = Eyes) ปากเบี้ยว หน้าเขียว ซีกพลัง (F = Face) อาการแขนขาชา หรืออ่อนแรงเฉียบพลัน (A = Arms) อาการพูดไม่ออก พูด ไม่ชัด พูดไม่ได้ พูดจาติดลิ้น สูญเสียความจำ แบบเฉียบพลัน (S = Speech) และระยะเวลาที่มี อาการ (T = Time) หากพบอาการดังกล่าว ให้ติดต่อโรงพยาบาล เพื่อนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ตามระบบ FAST Track (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2564)</p> <p>1.2 อาการของโรคหัวใจขาดเลือด ได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอก ถ้าผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่ ให้สอบถามต่อดังนี้ เจ็บหน้าอกขณะทำกิจกรรมหรือไม่ ตำแหน่งที่เจ็บ แน่นบริเวณกลางหน้าอก/ใต้ลิ้นปี่ หรือด้านซ้ายของหน้าอกหรือไม่ เจ็บแน่นหน้าอกเมื่อหยุดพัก หรือไม่ และเจ็บแน่นหน้าอกมากกว่า 20 นาทีหรือไม่ ถ้ามีอาการดังกล่าวอย่างน้อย 1 อาการ ถือ ว่าสัมพันธ์กับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ให้ติดต่อโรงพยาบาล เพื่อนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการ รักษาตามระบบ FAST Track เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมด้วยการตรวจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram: EKG) (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2564)</p> <p>1.3 อาการของภาวะล้มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary thromboembolism: PE) ได้แก่ อาการเหนื่อย ขึ้นมากกว่าทันหัน เจ็บหน้าอกแปลบหรือเจ็บเหมือนถูกแทงที่หน้าอก มีนพบปวดขังในข้างหนึ่ง อาจจะปวดร้าวไปที่ไหล่ หรือแผ่นหลัง และมีกัมกับมากขึ้นเมื่อหายใจเข้า ไอ หรือจาม อาการ ไอ</p>	

ปัญหา และข้อมูลต้นแบบ	วัตถุประสงค์ และเกณฑ์ประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ การพยาบาล
<p>3. ผู้ป่วยบอกว่า “มี อาการเหนื่อยขึ้นมา กะทันหัน เจ็บ หน้าอกเหมือนถูก แทะ”</p> <p>5. ผู้ป่วยบอกว่า “มี อาการปลายมือปลาย เท้าเย็น ปวด กล้ามเนื้อบริเวณแขน หรือขาคล้ายเป็น ตะคริว”</p> <p><u>ข้อมูลปรนัย</u></p> <p>1. ระดับความรู้สีกตัว น้อยกว่า 15</p> <p>2.ชีพจรเร็วมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที</p> <p>3. หายใจหอบ RR มากกว่า 20 ครั้งต่อ นาที</p>	<p>วัตถุประสงค์</p> <p>และเกณฑ์ประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วย ไม่มีอาการ แสดงของโรค หลอดเลือดสมอง ตามหลัก BEFAST</p> <p>2. ผู้ป่วย ไม่มีอาการเจ็บ แน่นหน้าอก</p> <p>3. ผู้ป่วย ไม่มีอาการ อาการเหนื่อยขึ้นมา กะทันหัน เจ็บ หน้าอกแบบ เหมือนถูกแทง</p> <p>4. ผู้ป่วย ไม่มีอาการ ปลายมือปลายเท้า เย็น ปวดกล้ามเนื้อ บริเวณแขน หรือขา</p> <p>คล้ายเป็นตะคริว</p> <p>5. ระดับความรู้สีกตัว ปกติ GCS 15 (E 4 V 5 M 6)</p>	<p>เป็นเลือด หายใจหอบ ไอ และเหนื่อยขณะพัก หากพบอาการดังกล่าวให้ติดต่อโรงพยาบาล เพื่อ ส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโดยเร็วที่สุด</p> <p>1.4 อาการของภาวะลิ่มเลือดอุดตันส่วนปลาย (Lower extremity deep venous thrombosis: DVT) ได้แก่ อาการปลายมือปลายเท้าเย็นเพียงข้างใดข้างหนึ่ง ปวดกล้ามเนื้อบริเวณแขน หรือขาข้างใดข้างหนึ่งแบบลักษณะคล้ายเป็นตะคริวแต่มีอาการเจ็บร่วมด้วย ผิวหนังบริเวณนั้นอุ่น หรือ ร้อนบริเวณอื่น และอาจเปลี่ยนสีเช่น ซีดลง แดง หรือเขียว ทั้งนี้อาจจะพบพร้อมกันมากกว่า 1 บริเวณก็ได้ แต่พบได้บ่อย เมื่อพบอาการดังกล่าวให้ส่งตัวผู้ป่วยที่โรงพยาบาล โดยเร็ว เพื่อ ตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมด้วยวิธีการคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound)</p> <p>2. ประเมินอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีภาวะลิ่มเลือดอุดตันด้วยการตรวจร่างกายโดยแบ่งเป็นประเด็น ดังต่อไปนี้</p> <p>2.1 อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ 1) ระดับความรู้สีกตัวของผู้ป่วย 2) ความอ่อนแรง ของใบหน้า (Facial drop) โดยให้ผู้ป่วยยิงฟัน แล้วสังเกตว่ากล้ามเนื้อใบหน้าทั้ง 2 ข้างเท่ากัน หรือไม่ ถ้าพบมุมปากด้านใดตก แสดงว่ากล้ามเนื้อใบหน้าด้านนั้นอ่อนแรง 3) ความอ่อนแรงของ แขน โดยการให้ผู้ป่วยใช้ฝ่ามือสองข้างดันมือกับพยาบาลผู้ตรวจ 4) กำลังของขา โดยการให้ ผู้ป่วยนอนหงาย และยกขาทั้ง 2 ข้างขึ้น พยาบาลใช้มือกดลงต้านกับผู้ป่วย 5) ระยะเวลาที่ชัดเจน ซึ่งในกรณีที่ผู้ป่วยหรือญาติแจ้งว่ามีอาการหลังตื่นนอน หรือระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ นั้นอยู่คนเดียวไม่สามารถระบุระยะเวลาที่ชัดเจน ให้ชี้ระยะเวลาที่พบว่าผู้ป่วยมีอาการปกติ</p>	

ปัญหา และข้อมูลต้นแบบ	วัตถุประสงค์ และเกณฑ์ประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ การพยาบาล
<p>4. ฟังปอดพบเสียงเสียง เสียงเหนือปอด (pleural friction rub)</p> <p>5. กดเจ็บบริเวณ กล้ามเนื้อบริเวณ แขน หรือขาข้างที่ ปวดลักษณะคล้าย เป็นตะคริว</p> <p>6. ผิวหนังบริเวณที่ ปวดอุ่น หรือร้อน บริเวณอื่น และอาจ เปลี่ยนสี เช่น ซีดลง แดง หรือเขียว</p> <p>7. ระดับความดันโลหิต น้อยกว่า 90/60 mmHg หรือ มากกว่า 140/90 mmHg</p>	<p>6. ชีพจรปกติ 60-100 ครั้งต่อนาที</p> <p>7. หายใจปกติ RR 12- 20 ครั้งต่อนาที</p> <p>8. เสียงปอดปกติ</p> <p>9. ลักษณะผิวหนังปกติ ไม่กدمات และสี ของผิวหนังปกติ</p> <p>10. ระดับความดัน โลหิตอยู่ในช่วง 90/60- 140/90 mmHg</p> <p>11. INR อยู่ในช่วงการ รักษา คือ อยู่ ระหว่าง 2-3</p> <p>12. ผู้ป่วยมีอาการ แสดงของการ สูญเสียเลือด</p>	<p>ครั้งสุดท้าย หากตรวจพบอาการดังกล่าวให้ติดต่อโรงพยาบาลเพื่อส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทันทีโดยเร็วที่สุด</p> <p>2.2 อาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือด ได้แก่ กระสับกระส่าย อาการเหงื่อออก ตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียวหรือซีดหรือซีดเหลืองได้แก่ กระสับกระส่าย อาการเหงื่อออก ตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเย็นได้ทันที หากตรวจพบอาการดังกล่าวให้ติดต่อโรงพยาบาลเพื่อส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทันทีโดยเร็วที่สุด</p> <p>2.3 ภาวะล้มเหลวของหัวใจในปอด ได้แก่ ซีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตลดลง หายใจหอบลึก อัตราการหายใจมากกว่า 20 ครั้งต่อนาที ฟังปอดพบเสียงเสียงเหนือปอด (pleural friction rub) O₂ Saturation น้อยกว่าร้อยละ 95 หากตรวจพบอาการดังกล่าวให้ติดต่อโรงพยาบาลเพื่อส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทันทีโดยเร็วที่สุด</p> <p>2.4 ภาวะล้มเหลวของหัวใจส่วนปลาย โดยพบการกดเจ็บบริเวณกล้ามเนื้อบริเวณแขน หรือขาข้างที่ปวดลักษณะคล้ายเป็นตะคริว ผิวหนังบริเวณที่ปวดอุ่น หรือร้อนบริเวณอื่น และอาจเปลี่ยนสี เช่น ซีดลง แดง หรือเขียว คลำบริเวณส่วนปลายของแขน หรือหรือขา พบว่า แขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งเย็นกว่าเมื่อเทียบกับอีกข้าง หากตรวจพบอาการดังกล่าวให้ติดต่อโรงพยาบาลเพื่อส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทันทีโดยเร็วที่สุด</p> <p>3. ประเมินสัญญาณชีพ โดยการจับชีพจร อัตราการหายใจ และการวัดความดันโลหิต ซีพจรเบาเร็ว อัตรามากกว่า 100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตลดลง หรือค่าความดันโลหิตตัวบน ลบด้วยค่าความดันโลหิต</p>	

ปัญหา และข้อมูลต้นฉบับ	วัตถุประสงค์ และเกณฑ์ประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ การพยาบาล
<p>8. INR น้อยกว่า 2.0 หรือ มากกว่า 3.0</p> <p>9. CHA₂DS₂-VASC score มากกว่า 1 ในเพศชาย และ มากกว่า 2 ในเพศหญิง</p> <p>10. SAME-TT₂R₂ มากกว่า 2 คะแนน</p> <p>11. พฤติกรรมการดูแลตนเอง ไม่เหมาะสม</p>	<p>13. O₂ Saturation มากกว่า หรือ เท่ากับ ร้อยละ 95</p> <p>14. หายใจปกติ 12-20 ครั้งต่อนาที</p>	<p>ตัวล่างน้อยกว่า 20 mmHg หายใจหอบเหนื่อย อัตราการหายใจมากกว่า 20 ครั้ง ในหนึ่งนาที หากตรวจพบอาการดังกล่าวให้ติดต่อโรงพยาบาลเพื่อส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโดยเร็วที่สุด</p> <p>4. ประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ ดังนี้</p> <p>4.1 ประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เกิด CHA₂DS₂-VASC score เพื่อทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตันในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องบนพลิ้วไหว และเพื่อประกอบการตัดสินใจของแพทย์ในการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Methavigul, 2018)</p> <p>4.2 ประเมินแนวโน้มที่ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่ Time in Therapeutic Range (TTR) ตามหลัก SAME-TT₂R₂ เพื่อประกอบการตัดสินใจของแพทย์ในการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งจากการศึกษาพบว่าสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีระดับ INR ไม่อยู่ในระดับการรักษาที่เพิ่มขึ้นตามระดับคะแนน SAME-TT₂R₂ Score ที่เพิ่มขึ้น (Methavigul, 2018)</p> <p>5. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติให้สังเกตอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง BEFAST เน้นให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และวางระบบการนำส่งผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ในกรณีที่พบอาการดังกล่าว พร้อมทั้งอธิบายความสำคัญของการใช้ระบบ FAST Track ให้ทันเวลาตามเวลา 270 นาที หรือ 4.30 ชั่วโมง (หรือตามแต่ข้อตกลงของเครือข่ายในพื้นที่ ซึ่งจะกำหนดขึ้นตามศักยภาพ และข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่รับผิดชอบ)</p> <p>6. ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดลิ้มเลือด และไปดูแลติดตามเส้นเลือดบริเวณต่าง ๆ เช่น สมอง หัวใจ ปอด และอวัยวะส่วนปลาย เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของหัวใจจากโรคความดันโลหิตสูงได้แก่</p>	

ปัญหา และข้อมูลต้นฉบับ	วัตถุประสงค์ และเกณฑ์ประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ การพยาบาล
		<p>6.1 การควบคุมระดับความดันโลหิต จากการศึกษาความสัมพันธ์ของระดับความดันโลหิต และการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) ในประเทศไทย โดยเก็บข้อมูลจากอาสาสมัครจำนวน 246,459 คนที่มีภาวะแทรกหัวใจห้องบนพลิ้วไหว และไม่มีภาวะลิ้นหัวใจ และรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน ระหว่างปี ค.ศ. 2005-2015 พบว่า ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดเพิ่มขึ้นตามระดับความดันโลหิตตัวบน (systolic BP) ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นทุกปี และเพิ่มสูงสุด ในอายุมากกว่าเท่ากับ 65 ปี โดยความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดในผู้ควบคุมระดับความดันโลหิตตัวบน ไม่ได้เป็น 1.6 เท่า ที่ค่าความเชื่อมั่นที่ 95 อย่างไรก็ตาม ในการติดตามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงครั้งนี้ ไม่พบการควบคุมระดับความดันตัวบนที่ 120 mmHg อย่างเคร่งครัดแต่อย่างใด (Kim et al., 2019)</p> <p>6.2 การงดดื่มแอลกอฮอล์ จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มแอลกอฮอล์ และการภาวะแทรกซ้อนจากหัวใจห้องบนพลิ้วไหว เก็บข้อมูลจากอาสาสมัคร 9411 คนที่มีภาวะแทรกหัวใจห้องบนพลิ้วไหว และไม่มีภาวะลิ้นหัวใจรั่ว ระหว่างเดือนมิถุนายน 2559 – พฤษภาคม 2562 แบ่งอาสาสมัครเป็น 4 กลุ่มตามการดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์, ดื่มเล็กน้อย (<100g/week), ดื่มแอลกอฮอล์ปานกลาง (100-200 g/week) และดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก (>200 g/week) พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก เพิ่มความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจพลิ้วไหว ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke), โรคหลอดเลือดสมองกับพลิ้ว (Transient ischemia attack : TIA) การเกิดลิ้นเลือดอุดตันส่วนต่างๆ</p>	

ปัญหา และข้อมูลต้นแบบ	วัตถุประสงค์ และเกณฑ์ประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ การพยาบาล
		<p>ของร่างกาย (systemic embolism) โดยเฉพาะอย่างยิ่งปวยภาวะหัวใจห้องบนพลิ้วไหวร่วมกับความดันโลหิตสูงที่มี CHA2DS2-VASc score ต่ำ และไม่ได้รับยาลดความดันโลหิตในกลุ่ม b-blocker (Lim et al., 2020)</p> <p>6.3 การควบคุมน้ำหนัก และรอบเอวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ความพยายามควบคุมค่าดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 18.5 – 22.9 กิโลกรัม/ ตารางเมตรและมีเส้นรอบพุงอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานสำหรับคนไทย คือ ไม่เกิน 90 ซม. (36 นิ้ว) ในเพศชาย และไม่เกิน 80 ซม. (32 นิ้ว) ในเพศหญิง หรือไม่เกิน ส่วนสูงหารด้วยสองทั้งเพศชายและหญิง (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)</p> <p>6.4 การงดสูบบุหรี่ เนื่องจากสารนิโคตินที่ได้จากการสูบบุหรี่จะออกฤทธิ์ต่อผนังหลอดเลือดแดง ทำให้หลอดเลือดตีบ ซึ่งรวมถึงหลอดเลือดสมองจะเกิดตีบตัน จะทำให้สมองขาดเลือดจนเป็นอัมพาต</p> <p>7. สอบถาม และสังเกตวิธีการเก็บ การแบ่งเม็ดยา และให้ผู้ช่วยอธิบายถึง การใช้ยาฟาร์วินทั้งในเรื่องของขนาดยาที่ได้รับ จำนวนยาที่รับประทานในแต่ละวัน อาหาร หรือยาที่มีผลต่อยาฟาร์วิน และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาฟาร์วิน</p> <p>8. สอบถามความเข้าใจ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับกรปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยฟาร์วิน ดังนี้</p> <p>8.1 ควรหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์</p> <p>8.2 หากต้องทำฟัน หรือเข้ารับการรักษาอื่น ต้องแจ้งแพทย์ที่ทำการรักษาว่าใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด</p> <p>8.3 หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่อาจกระทบกระเทือนรุนแรง หรือเกิดการบาดเจ็บได้ง่าย</p>	

ปัญหา และข้อมูลต้นแบบ	วัตถุประสงค์ และเกณฑ์ประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ การพยาบาล
		<p>8.4 หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์</p> <p>8.5 ในกรณีข้อยาวรับประทานเอง ควรปรึกษาเภสัชกรก่อนทุกครั้ง</p> <p>8.6 ถ้าเกิดอุบัติเหตุมีเลือดออก ให้ใช้มือหรือผ้าสะอาดกดตรงแผล หากไม่หยุดให้รีบกลับมาพบแพทย์</p> <p>8.7 มตรวจตามนัดทุกครั้ง หากไม่สามารถตามนัดได้ ให้ติดต่อเดือนนัด และกินยาในขนาดเดิมไปก่อน</p> <p>8.8 นำสมุดประจำตัวมารับบริการที่โรงพยาบาลทุกครั้ง</p> <p>8.9 เก็บยาไว้ในบรรจุภัณฑ์ที่โรงพยาบาลจัดให้ เก็บไว้ในแสง และไกลจากมือเด็ก</p> <p>8.10 ยোগานิมผลต่อทารกในครรภ์ หากต้องการตั้งครรภ์ปรึกษาแพทย์ก่อนการวางแผนตั้งครรภ์</p> <p>9. ดูแลให้ผู้ป่วยควบคุมการแข็งตัวของเลือดให้ได้ตามแผนการรักษา ดังนี้</p> <p>9.1 ตรวจสอบค่าไอเอ็นอาร์ โดยสังเกตได้จากสมุดประจำตัวผู้ป่วย ในนัดสุดท้าย ว่าเข้าสู่ช่วงการรักษาหรือไม่ ถ้าค่าไอเอ็นอาร์ของผู้ป่วยไม่อยู่ในช่วงการรักษา ให้คืนสาเหตุที่อาจจะเกี่ยวข้องเพิ่มเติม ได้แก่อาหาร อาหารเสริม หรือยาก็มีผลต่อยาฟาร์ฟริน เพื่อให้สามารถให้การดูแลอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย และเน้นย้ำการป้องกันอุบัติเหตุในผู้ป่วยที่ค่าไอเอ็นอาร์ไม่อยู่ในช่วงการรักษา</p> <p>9.2 ดูแลให้ได้รับยาฟาร์ฟรินตามแผนการรักษา ดังนี้</p> <p>9.2.1 สังเกตจากสมุดประจำตัวผู้ป่วย ในนัดสุดท้าย ร่วมกับของของผู้ป่วย โดยตรวจทั้งปริมาณ ขนาดยา สีของยา และสอบถามความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติถึงปริมาณ และขนาดของยาผู้ป่วยว่ารับประทานถูกต้องตามแผนการรักษาหรือไม่</p>	

ปัญหา และข้อมูลต้นแบบ	วัตถุประสงค์ และเกณฑ์ประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ การพยาบาล
		<p>9.2.2 ให้คำแนะนำในกรณีลิ้มรสรับประทาน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) กรณีลิ้มรสรับประทานไม่เกิน 12 ชั่วโมง ให้ลิ้มรสรับประทานทันทีที่นึกได้ ในขนาดยาที่เท่าเดิม 2) กรณีลิ้มรสเกิน 12 ชั่วโมง ให้ข้ามยาในมื้อนั้นไป แล้วรับประทานยาในมื้อต่อไป ในขนาดยาที่เท่าเดิม ห้ามปรับยาเพิ่มเป็น 2 เท่า 3) ควรจดบันทึก และแจ้งแพทย์ทุกครั้งทีลิ้มรสรับประทาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใน 1 สัปดาห์ก่อนมาตามนัดที่โรงพยาบาล <p>9.3 แนะนำหลักเล็งพฤติกรรมที่ทำให้ระดับยารฟารินในเลือดเปลี่ยนแปลง ได้แก่</p> <p>9.3.1 การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ จากการศึกษาที่รายงานถึงผลของการดื่มแอลกอฮอล์พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ให้ยารฟารินอยู่ในรูปอิสระมากขึ้น จึงส่งผลให้การออกฤทธิ์ด้านการแข็งตัวของเลือดได้ และยังเพิ่มความถี่ของการเกิดออกในผู้ป่วยรับยาด้านการแข็งตัวของเลือด</p> <p>9.3.2 การสูบบุหรี่ โดยพบว่าผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มีความต้องการขนาดยารฟารินสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ</p> <p>9.3.3 การรับประทานอาหาร/อาหารเสริมที่มีผลต่อระดับยารฟาริน ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) อาหารที่เพิ่มฤทธิ์ของยารฟาริน ซึ่งอาจส่งผลให้ค่า INR ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ได้แก่ แป้งกวนสุมนไฟรจิน ตังกุย โสม เห็ดหลินจือ แคนเบอร์รี่ ชะเอมเทศ ถั่งเช่า กาแฟ 	

ปัญหา และข้อมูลต้นแบบ	วัตถุประสงค์ และเกณฑ์ประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ การพยาบาล
		<p>น้ำมันปลา กระเทียม จิง ขมิ้นชัน มะรุม วิตามินอี มะม่วง มะละกอ ส้มโอ น้ำ เกรปฟรุต ทูริชัน ทับทิม องุ่น ผลไม้สีแดง</p> <p>2) อาหารที่ลดฤทธิ์ของฮิวาร์ฟริน ซึ่งอาจส่งผลให้ค่า INR ของผู้ป่วยลดลง ได้แก่ บรอก โคลี กะหล่ำปลี กะหล่ำดอก ผักกาดหอม ตำลึง กวางตุ้ง สะพู ทุ กระเทียม กระเจี๊ยบ คาน้ำ ผักบุ้ง หน่อม สะตอ มะระจีนก ใบย่านาง ผักกาดค้อดเมด คลอโรฟิลล์อัดเม็ด นมถั่วเหลือง ชาเขียว โอคาโต ซูชิหน้าสาหร่าย ผลิตภัณฑ์วิตามินเค โคเคิน ไชม์คิว เพ็น</p> <p>9.4 แนะนำอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งแพทย์หรือเภสัชกร และควรรับมาโรงพยาบาล ได้แก่</p> <p>9.4.1 อาการของเลือดออกผิดปกติ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) มีจ้ำเลือดออกตามตัว 2) เมื่อเกิดแผลแล้วเลือดไหลไม่หยุด 3) ประจำเดือนมากผิดปกติในเพศหญิง 4) ไอ หรืออาเจียนเป็นเลือด 5) มีเลือดปนมากับอุจจาระ หรืออุจจาระมีสีดำ 6) ปัสสาวะมีสีผิดปกติ เช่น สีสนิม หรือน้ำล้างเนื้อ 7) มีเลือดออกผิดปกติ <p>9.4.2 อาการอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ได้แก่</p>	

ปัญหา และข้อมูลต้นฉบับสนวน	วัตถุประสงค์ และเกณฑ์ประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ การพยาบาล
		<p>1) อาการโรคหลอดเลือดสมองตามหลัก BEFAST ได้แก่ คือ อาการเดินเซ บริเวณศีรษะ บ้านหมุนจับพัตัน (B = Balance) อาการตามัว มองไม่เห็น เห็นภาพซ้อน (E = Eyes) ปากเบี้ยว หน้าเบี้ยว จับพัตัน (F = Face) อาการแขนขาชา หรืออ่อนแรงเฉียบพลัน (A = Arms) อาการพูดไม่ออก พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ พูดจาติดขัด สูญเสียความจำ แบบเฉียบพลัน (S = Speech) และระยะเวลาที่มีอาการ (T = Time) หากพบอาการดังกล่าว</p> <p>2) อาการของโรคหัวใจขาดเลือด ได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอก ถ้าผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่</p> <p>3) อาการของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary thromboembolism-PE) ได้แก่ อาการเหนื่อยขึ้นมากกว่าปกติ เจ็บหน้าอกแปลบหรือเจ็บเหมือนถูกแทงที่หน้าอก มีนพบปวดขาข้างหนึ่ง อาจจะมีไข้ ไอ หรือแสบหลัง และมักเจ็บมาก ขึ้นเมื่อหายใจเข้า ไอ หรือจาม อาการไอเป็นเลือด หายใจหอบ ไอ และเหนื่อยขณะพัก</p> <p>4) อาการของภาวะลิ่มเลือดอุดตันส่วนปลาย (Lower extremity deep venous thrombosis: DVT) ได้แก่ อาการปลายมือปลายเท้าเย็นเพียงข้างใดข้างหนึ่ง ปวดกล้ามเนื้อบริเวณแขน หรือขาข้างใดข้างหนึ่งแบบลักษณะคล้ายเป็นตะคริวแต่มีอาการกดเจ็บร่วมด้วย ผิวหนังบริเวณนั้นอุ่น หรือร้อนบริเวณอื่น และอาจเปลี่ยนสีเช่น ซีดลง แดง หรือเขียว ทั้งนี้ อาจจะพบพร้อมกันมากกว่า 1 บริเวณได้ แต่พบได้น้อย</p>	

ปัญหา และข้อมูลต้นแบบ	วัตถุประสงค์ และเกณฑ์ประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ การพยาบาล
<p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้</p> <p>เกณฑ์ประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะ ปวดตึงท้ายทอย เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย</p> <p>2. ระดับความดันโลหิต อยู่ในช่วง 90/60-140/90 mmHg</p>	<p>1. ประเมินอาการของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยการสอบถามอาการปวดศีรษะ ปวดตึงท้ายทอย เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย</p> <p>2. ประเมินระดับความดันโลหิต โดยแนะนำผู้ป่วยวัดซ้ำ กายภาพ และงดการสูบบุหรี่ก่อนการวัดความดันโลหิตอย่างน้อย 30 นาที นั่งพักในห้องที่เงียบสงบก่อนการวัดอย่างน้อย 5 นาที ในท่าที่สบาย การวัดความดันโลหิตที่แขนซ้ายหรือแขนขวา โดยให้เครื่องวัดความดันโลหิตวางอยู่ระดับเดียวกับหัวใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่สำคัญ เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น เพื่อสร้างความตระหนักในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และครอบครัว</p> <p>4. แนะนำการรับประทานสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้</p> <p>4.1 อาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (Dietary Approaches to Stop Hypertension Diet: DASH diet)</p> <p>) โดยการรับประทานอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ ลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือ โซเดียมไขมันอิ่มตัว ไขมันรวม และคอเลสเตอรอล เพิ่มการรับประทานใยอาหาร โปรตีน แร่ธาตุ</p> <p>4.2 อธิบายการใช้สูตรอาหาร 2:1:1 ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยแบ่งงานอาหารออกเป็น 4 ส่วน โดย 2 ส่วนแรกเป็นผัก 1 ส่วนเป็นอาหารจำพวกแป้ง และ 1 ส่วนสุดท้ายเป็นโปรตีน เน้นเนื้อสัตว์ที่มันดีมัน เนื้อปลา และทุกมื้อควรมีผลไม้สดที่มีรสหวานน้อยร่วมด้วย การรับประทานผักและผลไม้เป็นปริมาณที่พอเหมาะ</p> <p>4.3 แนะนำให้รับประทานอาหารที่ปริมาณโซเดียมที่เหมาะสมไว้ที่ไม่เกิน 2 กรัมต่อวัน การจำกัดโซเดียมที่เข้มงวดที่ไม่เกิน 1.5 กรัมต่อวันจะสามารถช่วยในการลดระดับความดันโลหิตได้ โดยที่ปริมาณโซเดียม 2 กรัม เทียบเท่ากับเกลือแกง 1 ช้อนชา หรือน้ำปลา/ซีอิ๊วขาว 3-4 ช้อนชา และผงชูรส 1 ช้อนชา (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)</p>	<p>1. ประเมินอาการของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยการสอบถามอาการปวดศีรษะ ปวดตึงท้ายทอย เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย</p> <p>2. ประเมินระดับความดันโลหิต โดยแนะนำผู้ป่วยวัดซ้ำ กายภาพ และงดการสูบบุหรี่ก่อนการวัดความดันโลหิตอย่างน้อย 30 นาที นั่งพักในห้องที่เงียบสงบก่อนการวัดอย่างน้อย 5 นาที ในท่าที่สบาย การวัดความดันโลหิตที่แขนซ้ายหรือแขนขวา โดยให้เครื่องวัดความดันโลหิตวางอยู่ระดับเดียวกับหัวใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่สำคัญ เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น เพื่อสร้างความตระหนักในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และครอบครัว</p> <p>4. แนะนำการรับประทานสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้</p> <p>4.1 อาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง (Dietary Approaches to Stop Hypertension Diet: DASH diet)</p> <p>) โดยการรับประทานอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ ลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือ โซเดียมไขมันอิ่มตัว ไขมันรวม และคอเลสเตอรอล เพิ่มการรับประทานใยอาหาร โปรตีน แร่ธาตุ</p> <p>4.2 อธิบายการใช้สูตรอาหาร 2:1:1 ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยแบ่งงานอาหารออกเป็น 4 ส่วน โดย 2 ส่วนแรกเป็นผัก 1 ส่วนเป็นอาหารจำพวกแป้ง และ 1 ส่วนสุดท้ายเป็นโปรตีน เน้นเนื้อสัตว์ที่มันดีมัน เนื้อปลา และทุกมื้อควรมีผลไม้สดที่มีรสหวานน้อยร่วมด้วย การรับประทานผักและผลไม้เป็นปริมาณที่พอเหมาะ</p> <p>4.3 แนะนำให้รับประทานอาหารที่ปริมาณโซเดียมที่เหมาะสมไว้ที่ไม่เกิน 2 กรัมต่อวัน การจำกัดโซเดียมที่เข้มงวดที่ไม่เกิน 1.5 กรัมต่อวันจะสามารถช่วยในการลดระดับความดันโลหิตได้ โดยที่ปริมาณโซเดียม 2 กรัม เทียบเท่ากับเกลือแกง 1 ช้อนชา หรือน้ำปลา/ซีอิ๊วขาว 3-4 ช้อนชา และผงชูรส 1 ช้อนชา (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)</p>	<p>ผลลัพธ์ การพยาบาล</p>

ปัญหา และข้อมูลต้นฉบับสนวน	วัตถุประสงค์ และเกณฑ์ประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ การพยาบาล
		<p>5. แนะนำการลดน้ำหนักในผู้ที่น้ำหนักเกินหรืออ้วน ควรพยายามควบคุมค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 18.5 -22.9 กิโลกรัม/ ตารางเมตรและมีเส้นรอบพุงอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานสำหรับคนไทย คือ ไม่เกิน 90 ซม. (36 นิ้ว) ในเพศชาย และไม่เกิน 80 ซม. (32 นิ้ว) ในเพศหญิง หรือไม่เกินส่วนสูงหารด้วยสองทั้ง เพศชายและหญิง (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)</p> <p>6. แนะนำการรับประทานยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา เพื่อช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจจะมีความแปรปรวนมาก และในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจที่ได้รับยาค่านการแข็งตัวของเลือด ควรควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติเพื่อป้องกันภาวะเลือดออกในสมอง (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)</p> <p>7. แนะนำการรับประทานยาลดไขมันในกลุ่ม statin ตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดจากภาวะไขมันในเลือดสูง (สมาคมโรคหลอดเลือดแดงแข็งแห่งประเทศไทย, 2559)</p>	

ปัญหา และข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์ และเกณฑ์ประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ การพยาบาล
<p>2. ความทนต่อกิจกรรมลดลง เนื่องจากปริมาตรเลือดออกจากหัวใจ (Cardiac output) อาจลดลง จากโรคความดันโลหิตสูง และภาวะหัวใจห้องบนพัวไหว</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน ข้อมูลอ้อม ผู้ป่วยบอกว่า “อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ทำกิจกรรมต่างๆ ใช้น้อยลง ทำอะไรเพียงเล็กน้อยก็เหนื่อย ใจสั่น”</p>	<p>วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความทนต่อกิจกรรมเพิ่มขึ้น</p> <p>เกณฑ์ประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยบอกเหนื่อยหรืออ่อนเพลียลดลง ทำกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้น 2. ผู้ป่วยบอกใจสั่นลดลง 3. ความทนต่อกิจวัตรประจำวันตาม EHRA symptom scale ในระดับ 1-2b 4. ชีพจรปกติ 60-100 ครั้งต่อนาที 5. Pulse Pressure ไม่น้อยกว่า 20 mmHg 	<p>1. ประเมินอาการของปริมาตรเลือดออกจากหัวใจ (Cardiac output) ลดลง โดยการสอบถาม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ประเมินความทนต่อกิจกรรม อาการตาม EHRA symptom scale (The European Society of Cardiology, 2020) 1.2 อาการใจสั่น เหนื่อยแน่นหน้าอก และอาการแสดงที่เกิดจากปริมาตรเลือดออกจากหัวใจลดลง ได้แก่ ระดับความรู้สึกรู้สึกตัว อาการใจสั่น หน่วงมีด เวียนศีรษะ อาการสับสนหรือกระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ปลายมือปลายเท้าเย็น ชีต ปัสสาวะออกน้อย เป็นต้น 1.3 อาการเจ็บแน่นหน้าอก ถ้าผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่ ให้สอบถามต่อดังนี้ เจ็บหน้าอกขณะทำกิจกรรมหรือไม่ ตำแหน่งที่เจ็บแน่นบริเวณกลางหน้าอก/ใต้ลิ้นปี่ หรือด้านซ้ายของหน้าอกหรือไม่ เจ็บแน่นหน้าอกเมื่อหยุดพักหรือไม่ และเจ็บแน่นหน้าอกมากกว่า 20 นาทีหรือไม่ ถ้ามีอาการดังกล่าวอย่างน้อย 1 อาการ ถือว่าสัมพันธ์กับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ให้ติดต่อโรงพยาบาล เพื่อนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามระบบ FAST Track เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram: EKG) เพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติม (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2564) <p>2. ประเมินอาการแสดงของปริมาตรเลือดออกจากหัวใจ (Cardiac output) ลดลง โดยการตรวจร่างกาย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 ประเมินชีพจร โดยเน้นการจับชีพจรที่แม่นยำ เพื่อดูในส่วนของจำนวนครั้ง ความแรง และความสม่ำเสมอของชีพจร เมื่อพบผู้ป่วยมีอาการใจสั่น ประสานทีมสหวิชาชีพเพื่อส่งต่อในการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม (สมาคมช่างไฟฟ้าหัวใจ และสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2555) 	

ปัญหา และข้อมูลต้นฉบับ	วัตถุประสงค์ และเกณฑ์ประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ การพยาบาล
<p>ข้อมูลปรนัย</p> <p>1. สีหน้าอ่อนเพลีย</p> <p>ซีด</p> <p>2. ความทนต่อกิจวัตร</p> <p>ประจำวันตาม</p> <p>EHRA symptom</p> <p>scale ระดับ 3-4</p> <p>2. ซีฟรน้อยกว่า60</p> <p>ครั้งหรือมากกว่า</p> <p>100 ครั้ง จึงหว่าไม่</p> <p>สม่ำเสมอ</p> <p>3. ระดับความดันโลหิต</p> <p>น้อยกว่า 90/60</p> <p>mmHg หรือ</p> <p>มากกว่า 140/90</p> <p>mmHg</p> <p>4. อัตราการหายใจน้อย</p> <p>กว่า 12 ครั้ง หรือ</p> <p>มากกว่า 20 ครั้ง</p>	<p>6. อัตราการหายใจอยู่</p> <p>ระหว่าง 12-20 ครั้ง</p> <p>ตอนที่ จึงหว่า</p> <p>สม่ำเสมอ</p> <p>7. เสียงหัวใจปกติ</p> <p>8. เสียงปอดปกติ</p> <p>9. Capillary refill อยู่</p> <p>ระหว่าง 2-3 วินาที</p> <p>10. O₂ Saturation</p> <p>มากกว่าหรือเท่ากับ</p> <p>95</p>	<p>2.2 ประเมินระดับความดันโลหิต โดยการจัดทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนราบ วัดความดันโลหิตที่ต้น</p> <p>แขน และต้นขาทั้ง 2 ข้าง จำนวน 3 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 3-5 นาที โดยบันทึกและหาค่าเฉลี่ย</p> <p>ของระดับความดันโลหิต และสังเกตว่า Pulse Pressure น้อยกว่า 20 mmHgหรือไม่ หาก Pulse</p> <p>Pressure น้อยกว่า 20 mmHg ให้ประสานงานโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในเขตพื้นที่</p> <p>2.3 ประเมิน O₂ Saturation เพื่อวินิจฉัยแยกโรคจากภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ ซึ่งเป็นภาวะที่</p> <p>อันตราย และอาจแสดงอาการออกมาในรูปแบบอาการอ่อนเพลีย ใจสั่นได้ หากพบว่า O₂</p> <p>Saturation น้อยกว่าร้อยละ 95 แนะนำให้ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล</p> <p>2.4 ประเมินภาวะซีด โดยการตรวจดูเยื่อตา และประเมิน Capillary refill โดยกดที่ปลายเล็บมือ</p> <p>และเล็บเท้า เพื่อหาสาเหตุอาการอ่อนเพลีย และหากพบว่าผู้ป่วยมีอาการซีด แนะนำให้ไปพบ</p> <p>แพทย์ที่โรงพยาบาล</p> <p>3. ประเมินเสียงของหัวใจบริเวณ S4 และ S3 ว่ามีเสียง mummur หรือไม่ และอาจพบเสียงของปอดที่</p> <p>ผิดปกติเป็นเสียง crepitation ซึ่งเกิดจากการมีเลือดคั่งในปอด ในผู้ป่วยบางรายอาจได้ยินเสียงหายใจ</p> <p>ซีด (wheezing) เนื่องจากกรดิมแคบของหลอดลมเมื่อมีเลือดคั่งในปอดเรียกว่า Cardiac wheezing</p> <p>ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจที่พัฒนาสู่ภาวะหัวใจล้มเหลว</p> <p>เร็วรั้ง หากพบว่าเสียงผิดปกติดังกล่าวแนะนำให้ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเพื่อตรวจวินิจฉัย</p> <p>เพิ่มเติม</p> <p>4. แนะนำอาหารที่รับประทาน ควรเป็นอาหารอ่อนย่อยง่าย เพื่อลดการสูญเสียพลังงาน ในระบบย่อย</p> <p>อาหาร</p>	

ปัญหา และข้อมูลต้นแบบ	วัตถุประสงค์ และเกณฑ์ประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ การพยาบาล
<p>หรือจังหวะไม่ สีน้ำตาลอม 5. ประเมินเสียงของ หัวใจบริเวณ S4 และ S3 ว่าพบว่ามี เสียง murmur 6. ฟังเสียงปอดได้ยิน เสียง crepitation หรือ Wheezing 7. Capillary refill มากกว่า 3 วินาที 8. O₂ Saturation น้อย กว่า 95</p>		<p>5. แนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน โดยแนะนำจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับการนอน โดยไม่มีแสง และเสียงรบกวนขณะนอนหลับ</p> <p>6. แนะนำการฝึกการออกกำลังกายที่เหมาะสม ในเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และระบบไหลเวียน ซึ่งจะช่วยเพิ่มความทนต่อกิจกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ โดยหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่มีการกระแทก และการออกกำลังกายที่เพิ่มแรงต้านของหลอดเลือด หากต้องการออกกำลังกายประเภทดังกล่าว ผู้ป่วยควรปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ โดยการออกกำลังกายที่แนะนำ คือ การเดิน ควรเริ่มจากการเพิ่มระยะเวลาในการเดินให้มากขึ้น และเมื่อผู้ป่วยสามารถเดินติดต่อกันได้ 15 นาทีขึ้นไป จึงเริ่มให้เดินเร็วขึ้น โดยการเดินเร็ว สลับการเดินช้า เป้าหมายสำคัญ คือ ผู้ป่วยสามารถเดินเร็วได้ต่อเนื่อง 10 นาทีขึ้นไป (งานเวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 2561)</p>	

ปัญหา และข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์ และเกณฑ์ประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ การพยาบาล
<p>3. เกี่ยงต่อการงัดตก หกล้ม เนื่องจาก อาการเวียนศีรษะ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน <u>ข้อมูลอัตนัย</u> ผู้ป่วยบอกว่า “เวียน ตาลาย บ้านหมุน หน้ามืดเวลาลุก เปลี่ยนท่า”</p> <p><u>ข้อมูลปรนัย</u> 1. ชีพจรน้อยกว่า 60 ครั้งหรือมากกว่า 100 ครั้ง จึงหว่าไม่ สม่ำเสมอ</p> <p>2. ระดับความดันโลหิต น้อยกว่า 90/60 mmHg</p> <p>3. DTX น้อยกว่า 70 mg%</p>	<p>วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการล้ม ตกหกล้มจากอาการ เวียนตาลาย</p> <p>เกณฑ์ประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยบอกเวียน ตาลายลดลง หรือมี อาการหน้ามืดเวลา ลุกเปลี่ยนท่า หรือไม่</p> <p>3. ระดับความดันโลหิต อยู่ในช่วง 90/60- 140/90 mmHg</p> <p>4. DTX อยู่ระหว่าง 70 - 100 mg%</p>	<p>1. ประเมินอาการเวียนศีรษะ จากการสอบถามลักษณะอาการของอาการเวียนศีรษะ หน้าที่เวลาลุกเปลี่ยน ท่า อาการปวดศีรษะบ้านหมุน และอาการร่วมที่มักมาพร้อมกันได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น</p> <p>2. ประเมินอาการแสดงอาการเวียนศีรษะโดยการตรวจร่างกายดังนี้</p> <p>2.1 สังเกตอาการของผู้ป่วยระหว่างลุกเปลี่ยนท่า หรือเดินว่ามีอาการเซ หรือไม่ และถ้าพบอาการเซ หยุดให้ผู้ป่วยนั่งพัก และสังเกตว่าอาการเวียนศีรษะหายไปหรือไม่ หากอาการเวียนตาลาย ดังกล่าวไม่หายไป ให้ผู้ป่วยขึ้นเตียง แล้วหกล้มตกลงประมาณ 10 วินาที ว่ามีอาการเอนตัวไปมา หรือไม่ ถ้ามีอาการเอนตัวไปมา ให้ขอคำปรึกษาจากแพทย์ โดยระหว่างที่ผู้ป่วยขึ้นหลังตาอยู่ นั้น พยายามสูดหายใจอยู่ใกล้ผู้ป่วย เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้</p> <p>2.2 ประเมินชีพจร โดยการนับเต้นนาที สังเกตว่ามีจังหวะสม่ำเสมอ และหากพบชีพจรเบาเร็ว ให้ติดต่อ โรงพยาบาลเพื่อส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโดยเร็วที่สุด</p> <p>2.3 ประเมินระดับความดันโลหิต โดยการวัดความดันโลหิตเปรียบเทียบกับระหว่างทำ และทำนอน พร้อมทั้งสอบถามอาการเวียนตาลายระหว่างเปลี่ยนท่าไปด้วย</p> <p>3. ตรวจสอบยาลดความดันโลหิตที่ผู้ป่วยรับประทานแผนการรักษาว่าผลต่อการเกิดอาการเวียนตาลาย โดย ยาลดความดันโลหิตที่ใช้บ่อยในประเทศไทย มีดังนี้</p> <p>3.1 Hydrochlorothiazide (HCTZ) (25 mg) เป็นยาในกลุ่มขับปัสสาวะ ออกฤทธิ์ที่กรวยไต เพิ่มการขับ โซเดียม และโพแทสเซียม จึงมีฤทธิ์ขับปัสสาวะ และสามารถลดความดันโลหิตได้ โดยการ ข้างเคียงของยาที่พบได้บ่อย คือ 1) ระดับโพแทสเซียมต่ำ (น้อยกว่า 1.35 mmol/l) อาจมีอาการคลื่นไส้ เวียน ปวดศีรษะ สดสีปัสสาวะ (ลดลง 2) ระดับโพแทสเซียมต่ำ (น้อยกว่า 3.5 mmol/l) อาจมี</p>	

ปัญหา และข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์ และเกณฑ์ประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ การพยาบาล
		<p>อาการอ่อนแรง เมื่อยกล้ามเนื้อเป็นตะคริว ปวด หรือมีอาการทางจิต 3) ปัสสาวะบ่อย ซ้อห้าม และซ้อควรรระวังในการใช้ยา คือ 1) ห้ามใช้ในผู้ป่วยปัสสาวะไม่ออก คือ ออกน้อยกว่า 100 ml/day 2) ไม่แนะนำในผู้ป่วย CrCl น้อยกว่า 10 ml/min และยาอาจไม่มีประสิทธิภาพไม่มี แพ้ที่ควรเมื่อ CrCl น้อยกว่า 10 ml/min 3) อาจทำให้กรดยูริกสูงขึ้น ไม่แนะนำในผู้ป่วยโรคเก๊าท์ และ 4) ระวังการใช้ในผู้ที่รับประทานยา sulfonamides</p> <p>3.2 Amlodipine (5 mg) เป็นยาในกลุ่ม Calcium channel blockers (CCBs) มีฤทธิ์ต่อการขยายหลอดเลือดแดงโดยตรงทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง อาการข้างเคียงของยาที่พบได้บ่อย คือ มีอาการร้อนวูบวาบ, ปวดศีรษะ, หัวใจเต้นเร็วขึ้น (>90 ครั้ง/นาที) หรือทำให้ขาบวมได้ (การบวมมักเกิดบริเวณส่วนปลายของร่างกาย เช่น ปลายเท้า มักจะบวมทั้ง 2 ข้าง กดนุ่ม) ซ้อห้ามและซ้อควรรระวังในการใช้ยา คือ 1) ระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคตับบกพร่อง 2) เกิด drug interaction กับยา simvastatin จะทำให้ระดับยา simvastatin ในเลือดเพิ่มขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อลาย (Rhabdomyolysis) ผู้ป่วยจะมีอาการ กล้ามเนื้อ ลายบวม ปวด มีรอยช้ำหรือห้อเลือด และกล้ามเนื้ออ่อนแรง อาจมีอาการใช้ อ่อนเพลีย ปัสสาวะมีสีคล้ำ หากใช้ร่วมกันควรรใช้ simvastatin ไม่เกิน 20 mg</p> <p>3.3 Enalapril (มี 2 ขนาด คือ 5 และ 20 mg) เป็นยาในกลุ่ม Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEIs) ช้บั้งการเกิด angiotensin II ทำให้หลอดเลือดคลายตัว จึงลดแรงต้านของหลอดเลือดทั่วร่างกาย อาการข้างเคียงของยาที่พบได้บ่อย คือ อาจทำให้เกิดอาการ ไอ แห้ง, มีนงง อ่อนเพลีย, ระดับโพแทสเซียมสูง (> 5 mmol/L ผู้ป่วยอาจมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง คลื่นไส้ อาเจียน</p>	

ปัญหา และข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์ และเกณฑ์ประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ การพยาบาล
		<p>หายใจลำบาก ใจเต้นเจ็บหน้าอก) ค่า BUN เพิ่มขึ้น, ค่า Scr เพิ่มขึ้น (ส่งต่อเมื่อ ผู้ป่วยมีค่า Scr > 2.0 mg/dl) ข้อห้ามและข้อควรระวังในการใช้ยา คือ 1) ห้ามใช้ในผู้ที่มีประวัติ เคยเกิด angioedema จากการได้รับ ACEI มา ก่อน 2) ไม่แนะนำให้ใช้ในหญิงตั้งครรภ์ในทุกไตรมาส และ 3) ระวังการใช้ยา enalapril ร่วมกับยาในกลุ่ม NSAID เช่น Ibuprofen, Diclofenac เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสื่อมสภาพของไตในผู้ป่วยที่มี การทำงานของไตบกพร่องหรือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง</p> <p>3.4 Losartan (50 mg) เป็นยากลุ่ม Angiotensin receptor blockers (ARBs) ออกฤทธิ์ขัดขวาง angiotensin II ทำให้หลอดเลือดคลายตัว จึงลดแรงดันของหลอดเลือดทั่วร่างกาย อาการข้างเคียงของยาที่พบได้บ่อยคือ มีนงง เวียนศีรษะ (3%), อ่อนเพลีย, ปวดหลัง (ในผู้ป่วยเบาหวานพบ 4% หรือมากกว่า) ระดับโพแทสเซียมสูง (> 5 mmol/L ผู้ป่วยอาจมีอาการ กล้ามเนื้ออ่อนแอแรง คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก ใจเต้น (เจ็บหน้าอก) ข้อห้ามและข้อควรระวังในการใช้ยา คือ ไม่แนะนำให้ใช้ในหญิงตั้งครรภ์ในทุกไตรมาส</p> <p>3.5 Doxazosin (4 mg) เป็นยากลุ่ม Alpha-blockers (ABs) ออกฤทธิ์ทำ กล้ามเนื้อเรียบของผนังหลอดเลือดแดงคลายตัว อาการข้างเคียงของยาที่พบได้บ่อยคือ ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนอิริยาบถ ปวดศีรษะ วิงเวียน คลื่นไส้ และกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ข้อห้ามและข้อควรระวังในการใช้ยา คือ 1) หากบริหารยารวันละครั้ง แนะนำให้ก่อนนอน เพื่อลดอาการข้างเคียงของยา 2) ระวังการใช้ในผู้ป่วยที่เคยมีประวัติโรคหัวใจล้มเหลว เจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือเคยเกิด</p>	

ปัญหา และข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์ และเกณฑ์ประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ การพยาบาล
		<p>กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา) หาก ระหว่างใช้ยามีอาการเจ็บอก ควร รายงานแพทย์</p> <p>3.6 Propranolol (10 mg) เป็นยาในกลุ่ม Beta-blockers (BBs) ลดความดันโลหิต โดย ลดปริมาตรเลือดที่ ออกจากหัวใจ และช่วยลดการหลั่งของ renin ออกมาจากไต อาการข้างเคียงของยาที่พบ ได้บ่อย คือ อาจเกิดหดรอดลมตีบและมีอาการ โรคหืด รู้สึกเย็นตามแขน ขา อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ นอน ไม่หลับ ง่วงนอน หงุดหงิด ระบบทางเดินอาหาร ท้องเสีย ท้องผูก น้ำลายแห้ง/ปากแห้ง รวมถึงความรู้สึกรู้สึกสับสนหรือเวียนศีรษะ ข้อห้ามและข้อควรระวังในการ ใช้ยา คือ 1) ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติเป็น โรคหอบหืด หรือหดรอดลมอุดตัน 2) หากผู้ป่วยมีค่า มีค่า BP < 90/60 mmHg หรือค่า PR < 60 beats/min ควรแจ้ง แพทย์ และ3) ระวังการใช้ร่วมกับยารักษา เบาหวาน เนื่องจากยากลุ่มนี้มีฤทธิ์ลดอัตราการเต้นของหัวใจ อาจทำให้เกิดการบดบังอาการแสดงจากการ ที่มีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ</p> <p>3.7 Atenolol (50 mg) เป็นยาในกลุ่ม Beta-blockers (BBs) ลดความดันโลหิต โดย ลดปริมาตรเลือดที่ ออกจากหัวใจ และช่วยลดการหลั่งของ renin ออกมาจากไต อาการข้างเคียงของยาที่พบ ได้บ่อย คือ อาจเกิดหดรอดลมตีบและมีอาการ โรคหืด รู้สึกเย็นตามแขน ขา อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ นอน ไม่หลับ ง่วงนอน หงุดหงิด ระบบทางเดินอาหาร ท้องเสีย ท้องผูก น้ำลายแห้ง/ปากแห้ง รวมถึงความรู้สึกรู้สึกสับสนหรือเวียนศีรษะ ข้อห้ามและข้อควรระวังในการ ใช้ยา คือ 1) ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติเป็น โรคหอบหืด หรือหดรอดลมอุดตัน 2) หากผู้ป่วยมีค่า มีค่า BP < 90/60 mmHg หรือ ค่า PR < 60 beats/min ควรแจ้ง แพทย์ และ3) ระวังการใช้ร่วมกับยารักษา เบาหวาน</p>	

ปัญหา และข้อมูลต้นแบบ	วัตถุประสงค์ และเกณฑ์ประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ การพยาบาล
		<p>เนื่องจากขากลุ่มนี้มี ฤทธิลดอัตราการเต้นของหัวใจ อาจทำให้เกิดการบ่งอาการแสดงจากการที่มีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ</p> <p>4. ประเมินค่าน้ำตาลปลายนิ้ว (DXTX) ในผู้ป่วยที่มีอาการวิงเวียน เพื่อแยกจากภาวะน้ำตาลต่ำ ซึ่งหากพบว่าผู้ป่วยมีน้ำตาลปลายนิ้วน้อยกว่า 60 แล้วยังรู้สึกตัวดี ให้คั้นน้ำหวาน 1 แก้ว และให้ติดต่อโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม แต่หากผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวให้ส่งตัวผู้ป่วยรับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยเร็ว</p> <p>5. ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม จากอาการเวียนศีรษะ หากมีอาการเวียนศีรษะขณะขึ้น ให้ค่อย ๆ ย่อตัวลง และหากมีอาการเวียนศีรษะขณะเดิน ให้หยุดเดิน และนั่งพัก (ศรีสุ นทรา เอ็มวาริพัฒน์, 2559)</p> <p>6. แนะนำการจัดการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน (ชุมชนเกษตร สุขุมเจริญ, 2563) โดยคำนึงถึงความสำคัญ ดังนี้</p> <p>6.1 เริ่มจากการเข้าถึงและเพื่อต่อกันทั้งภายใน และภายนอกบ้าน มีทางเดินที่สามารถเดินได้โดยง่ายมีระดับเท่ากัน ถ้าเป็นพื้นต่างระดับควรเป็นทางลาด ไม่มีธรณีประตู และมีสัญลักษณ์พื้นต่างระดับอย่างชัดเจน</p> <p>6.2 ควรมีการติดตั้งกริ่งสัญญาณในตำแหน่งที่สามารถกดได้ง่าย และราวจับตามทางเดิน หากไม่สามารถติดตั้งได้ตลอดเส้นทางควรติดตั้งจุดสำคัญ เช่น ห้องนำ เป็นต้น</p> <p>6.3 การเก็บของให้เป็นระเบียบ ไม่วางขวางทางและมีแสงสว่างเพียงพอในการเดินในบ้าน และพื้นแห้ง ไม่เปียกและ</p>	

ปัญหา และข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์ และเกณฑ์ประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ การพยาบาล
		<p>6.4 การจัดตำแหน่งห้องนอน ควรอยู่ในตำแหน่งที่เป็นส่วนตัวที่สุด ห่างไกลจากเสียงรบกวน อยู่ใกล้ทางเข้าออก ได้สะดวก ในกรณีฉุกเฉิน อยู่ใกล้ห้องน้ำ เพียงสามารถเคลื่อนย้ายได้ มีความสูงที่เหมาะสม โดยเมื่อนั่งแล้วเท้าสามารถเหยียบให้เต็มฝ่าเท้าเสมอพื้นพอดี</p> <p>7. สอบถามถึงประวัติการดื่มสุรา แนะนำจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ที่ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ไม่แนะนำให้ดื่ม หรือถ้าดื่มแอลกอฮอล์อยู่แล้ว ควรจำกัดปริมาณในการดื่มในเพศหญิงไม่เกิน 1 ดั้มมาตรฐาน (Standard drink ซึ่งมีค่าเท่ากับเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ประมาณ 10 กรัม) ต่อวัน และเพศชายไม่เกิน 2 ดั้มมาตรฐานต่อวัน (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)</p> <p>8. แนะนำปรับเปลี่ยนท่าซำๆ และหลีกเลี่ยงการยกของๆ เพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของอาการปวดตึกตึก</p> <p>9. ดูแลให้ได้รับยาแก้วิงเวียนตามแผนการรักษา เช่น Dimenhydrinate 1 tab oral TID PC โดยที่ Dimenhydrinate อยู่ในในกลุ่มยาต้านฮีสตามีน หรือที่เรียกว่ากลุ่มยาแก้แพ้ ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ช่วยขยับยั้งอาการเวียนศีรษะ และแนะนำให้พักผ่อนหลังรับประทานยาแก้วิงเวียน และสังเกตผลข้างเคียง คือ ทำให้เกิดการง่วงนอน ไม่สดชื่น ตอบสนองต่อสิ่งเร้าช้าลง ปากคอ และช่องจมูกแห้ง</p>	

ปัญหา และข้อมูล สนับสนุน	วัตถุประสงค์ และเกณฑ์ ประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ การ พยาบาล
<p>4. มีภาวะเครียด และวิตกกัง กลเกี่ยวกับ ค ว า ม รุนแรงของ โรค และ ผลข้างเคียง ของยาต้าน การแข็งตัว ของเลือด</p> <p>ข้อมูล สนับสนุน ข้อมูลต้นัย</p> <p>1. ผู้ป่วยบอก ว่า “วิตก กังวล</p>	<p>วัตถุประสงค์</p> <p>1. เพื่อลด ความเครียด และคลาย ความวิตก กังวล เกณฑ์ ประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยบอก วิตกกังวล ลดลง</p> <p>2. ผู้ป่วยไม่ แสดงสีหน้า วิตกกังวล</p> <p>3. ST5 ไม่เกิน 7 คะแนน</p>	<p>1. ประเมินอาการของภาวะวิตกกังวล จากการสอบถามประเมิน ดังนี้</p> <p>1.1 อาการด้านร่างกาย ประกอบด้วย</p> <p>1.1.1 อาการทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ อาการปวดกล้ามเนื้ออกกระดูก ขมเขียวฟัน เสียงสั่น ตรีอ กล้ามเนื้อหดเกร็ง ขาขวิดดิ้นถี่ ไปฉมา มุ่งงาม นอนไม่หลับ</p> <p>1.1.2 อาการทางระบบประสาท ได้แก่ หูอื้อ ตาพล่า หนาว ๆ ร้อน ๆ อ่อนเพลีย ระคายเคืองตามร่างกาย หน้าซีด หรือแดง</p> <p>1.1.3 อาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น เจ็บหน้าอก รู้สึกเหมือนจะเป็นลม หัว ใจเต้นไม่เป็นจังหวะ</p> <p>1.1.4 อาการทางระบบหายใจ ได้แก่ รู้สึกจุกแน่นหน้าอก รู้สึกเหมือนสำลัก ถอนหายใจ หายใจติดขัด</p> <p>1.1.5 อาการทางระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ฝืดคอ กลืนอาหารลำบาก ท้องอืด เจ็บในท้อง แสบท้อง บั่นป่วน กระเพาะอาหาร กลืน ใส้อาเจียน นำหนักลด เบื่ออาหาร ท้องผูก</p> <p>1.1.6 อาการทางระบบสืบพันธุ์ และระบบขับถ่าย ได้แก่ ปัสสาวะกระปริดกระปรอย ปวดปัสสาวะบ่อย กลั้น ปัสสาวะไม่ได้ ประจำเดือนไม่ปกติ ผื่นเปื่อย สุขุณเกี่ยวกับความรู้สึกทางเพศ</p> <p>1.1.7 อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ ปากแห้งคอแห้ง หนาว ๆ ร้อน ๆ หน้าซีดเผือด เหงื่อไหล มึนงง ปวดศีรษะ ขนลุก</p> <p>1.2 อาการด้านจิตประสาท ประกอบด้วย</p>	

ปัญหา และข้อมูล สนับสนุน	วัตถุประสงค์ และเกณฑ์ ประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ การ พยาบาล
<p>เกี่ยวกับ ความ รุนแรงของ โรค”</p> <p>2. ผู้ป่วยบอก ว่า “วิตก กังวล เกี่ยวกับ ผลข้างเคียง ของยาต้าน การแข็งตัว ของเลือด”</p> <p><u>ข้อมูลปรับย</u></p> <p>1. สิ้นหัวใจ กังวล</p> <p>2. STS มากกว่า 7</p>	<p>4. GAD-7 ไม่ เกิน 9 คะแนน</p>	<p>1.2.1 อากาการผิดปกติด้านการรับรู้และการสัมผัส ได้แก่ ตาพลาบัว เกิดภาพซ้อนหาจุดตัดของสายตาไม่ได้ เกิดภาพ ไม่จริงหรือภาพหลอน รู้สึกว่าไม่ใช่ของจริง ขาดสติ หมดสติถึงถึงถึงสำคัญได้ ไม่อาจควบคุม 1.2.2 อากาการผิดปกติทางความคิด ได้แก่ เกิดอาการตื่นตระหนก วิตกกังวล วิตกกังวล วิตกกังวล วิตกกังวล วิตกกังวล กระบวนกรคิด ไม่มีสมาธิ วิตกกังวล วิตกกังวล วิตกกังวล วิตกกังวล วิตกกังวล วิตกกังวล วิตกกังวล วิตกกังวล 1.2.3 ความผิดปกติทางโมทัศน์ ได้แก่ อากาการผิดเพี้ยนทางจิต วิตกกังวล วิตกกังวล วิตกกังวล วิตกกังวล วิตกกังวล หรือความตาย วิตกกังวล วิตกกังวล วิตกกังวล วิตกกังวล วิตกกังวล วิตกกังวล วิตกกังวล วิตกกังวล วิตกกังวล 2. ประเมินอาการแสดงของภาวะวิตกกังวล โดยใช้แบบประเมินดังต่อไปนี้</p> <p>2.1 แบบประเมินความเครียด STS และแจ้งผลประเมินให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยทราบ (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ดังต่อ ผู้เสียชีวิต เมื่อตรวจพบว่าผู้ป่วยมีความเครียดจากแบบประเมิน STS ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป</p> <p>2.2 แบบประเมินความวิตกกังวล GAD-7 และแจ้งผลประเมินให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยทราบ แบ่งระดับความวิตกกังวล ดังนี้</p> <p>2.2.1 ระดับคะแนน 5-9 คะแนน ระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับค่าเฉลี่ย หรือสูงกว่าค่าเฉลี่ยเล็กน้อย แนะนำ เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฝึกการหายใจ เทคนิคการผ่อนคลาย หลังให้คำแนะนำหากคะแนนยังไม่ต่ำ กว่า 9 คะแนน พิจารณาส่งต่อผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาล</p> <p>2.2.2 ระดับคะแนน 10-14 คะแนน มีระดับความวิตกกังวลระดับปานกลาง แนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การ ฝึกการหายใจ เทคนิคการผ่อนคลาย และพิจารณาส่งต่อผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาล พร้อมทั้งประเมินผลซ้ำ หลังพบผู้เชี่ยวชาญ 2 สัปดาห์</p>	

ปัญหา และข้อมูล สนับสนุน	วัตถุประสงค์ และเกณฑ์ ประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ การ พยาบาล
<p>3. GAD-7 มากกว่า 9 คะแนน 4. 2Q positive</p>		<p>2.2.3 ระดับคะแนน 15-21 คะแนน มีความวิตกกังวลระดับสูง พิจารณาส่งต่อพบผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาล เพื่อ พิจารณาการรักษา และติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง</p> <p>3. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความไว้วางใจ และประเมินระดับความวิตกกังวลได้ ชัดเจน รวมทั้งพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร</p> <p>4. จัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมระหว่างการทำหัตถการพยาบาล โดยการสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ลดการกระตุ้นจกสิ่งเร้า อยู่ ในจุดที่ปลอดภัย เพื่อช่วยส่งเสริมการแตกเปลี่ยนข้อมูล อารมณ์ของผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อค้นหาปัญหา และความ ต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัว (วิศิมา ตั้งพิมพ์ลิขิตต์, 2564)</p> <p>5. แนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดตามแผนการรักษา โดยแนะนำถึงสาเหตุที่ใช่ยา ข้อดีข้อเสียของการรับตำ การแข็งตัวของเลือด และการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาว่าได้รับยาว่าฟรีนตามคู่มือผู้ป่วยที่ได้รับยาว่าฟรีน เพื่อสร้างความเข้าใจกับ ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะสามารถลดความวิตกกังวลได้</p> <p>6. เปรียบเทียบค่าไอเอ็นอาร์ของผู้ป่วยจากกลุ่มผู้ป่วยกับค่าไอเอ็นอาร์เป้าหมาย พร้อมทั้งชี้แจงให้ผู้ป่วย และ ครอบครัวเข้าใจว่าการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจควรรักษาอย่างไรให้มีความสำคัญกับการอาการของ ผู้ป่วยมากกว่าค่า INR ที่ตรงใจ เพื่อลดความวิตกกังวล (Georgina S. Farrow and Nathan P. Clark, 2019)</p> <p>7. ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมตามความเหมาะสมของผู้แต่ละราย พร้อมทั้งแจ้งการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้ ผู้ป่วย และครอบครัวทราบ</p> <p>8. แนะนำการจัดการกับภาวะอารมณ์ โดยการแนะนำวิธีการผ่อนคลาย เช่น การหายใจเข้าออกลึกๆ การนั่งสมาธิ การสวดมนต์ การฟังเพลง การออกกำลังกาย เป็นต้น</p>	

ปัญหา และข้อมูล สนับสนุน	วัตถุประสงค์ และเกณฑ์ ประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ การ พยาบาล
	<p>2. เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า</p> <p>เกณฑ์</p> <p>ประเมินผล</p> <p>1. ผู้ป่วยออกเครียดลดลง</p> <p>2. ไม่มีอาการแสดงภาวะซึมเศร้า</p> <p>3. 2Q negative</p>	<p>9.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความเครียดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นและค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา</p> <p>1. ประเมินอาการที่แสดงถึงภาวะซึมเศร้าจากอาการสอบถาม โดยแบ่งเป็น 5 ด้าน ดังนี้</p> <p>1.1 ด้านอารมณ์ โดยผู้ที่มีการประเมินจะมีอารมณ์เศร้า หดหู่ สะเทือนใจ อ่อนไหวได้ง่าย ไม่ทราบสาเหตุ เวื่อหน้าหงุดหงิด บางครั้งก้าวร้าวรุนแรง</p> <p>1.2 ด้านความคิด โดยผู้ที่มีการประเมินจะมีความคิดในแง่ลบต่อตนเอง และสิ่งแวดล้อม มองว่าตนเองไร้ค่า และอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย</p> <p>1.3 ด้านความจำ และสมาธิ โดยผู้ที่มีการประเมินจะมีการหลงลืมได้ง่าย ไม่มีสมาธิจดจ่อจะบางครั้งไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้</p> <p>1.4 ด้านร่างกาย โดยผู้ที่มีการประเมินจะมีการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ใจสั่น หายใจลำบาก ปวดอึดแน่นท้อง</p> <p>1.5 ด้านสัมพันธภาพ โดยผู้ที่มีการประเมินจะมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นแย่ลง สังเกตได้จากผู้ที่ป่วยมีการแยกตัว เก็บตัว ไม่สนใจผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม (Thongcharoen, 2011)</p> <p>2. ประเมินอาการแสดงของผู้ป่วย โดยใช้แบบสอบถาม ดังนี้</p> <p>2.1 ความเครียด โดยใช้แบบประเมิน STS และแจ้งผลประเมินให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ส่งต่อผู้ศึกษาหาข้อมูลเพิ่มเติมว่าผู้ป่วยมีความเครียดจากแบบประเมิน STS ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป (กระทรวงสาธารณสุข, 2564)</p>	

ปัญหา และข้อมูล สนับสนุน	วัตถุประสงค์ และเกณฑ์ ประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ การ พยาบาล
		<p>2.2 ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินซึมเศร้า 2Q และแจ้งผลประเมินให้ผู้ป่วยและญาติทราบ เมื่อผู้ป่วย 2Q + ให้ประเมิน 9Q และ 8Q เพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติม และส่งต่อผู้ป่วยพบพยาบาลเฉพาะทางเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง (กระทรวงสาธารณสุข, 2564)</p> <p>3. ประเมินปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ได้แก่ รายได้ต่อค่าใช้จ่าย สัมพันธภาพในครอบครัว โรคร่วม และสิทธิการรักษา (รินทร์ทัย กิตติธรรมาภรณ์ และวัชรินทร์ ทนประดิษฐ์, 2562)</p> <p>4. แนะนำวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งสามารถป้องกัน และช่วยสามารถลดอาการซึมเศร้าได้ ดังนี้</p> <p>4.1 แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายตามความเหมาะสม โดยออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์ ครั้งละ 20-30 นาที</p> <p>4.2 แนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อน ให้เพียงพอ อย่างน้อย 6-8 ชม. และปรับเปลี่ยนเวลานอนให้เหมาะสม (สุวรรณ อนุสันติ, 2558)</p> <p>4.3 ปรึกษาผู้ป่วย และญาติ ในการหากิจกรรมที่ผู้ป่วยสนใจ เช่น การฟังเพลง การปลูกต้นไม้ และส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้</p> <p>5. แนะนำเครื่องดื่มน้ำที่มัลติวิตามินและเกลือแร่ทุกชนิด เนื่องจากเกลือแร่ของยาด้านซึมเศร้า ทำให้ขดออกฤทธิ์ได้ไม่เต็มที่</p> <p>6. ค้นหาบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วย และครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ของผู้ป่วย การมองเห็นคุณค่าของตนเองและผู้อื่น โดยมีแนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย สำหรับครอบครัว ดังนี้ 1) ส่งเสริมการปรับตัวในการเผชิญกับโรค และบทบาทหน้าที่ของคนในครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป 2) ครอบครัวสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมในชุมชน 3) ส่งเสริมการสร้างสัมพันธ์กับครอบครัว โดยการทำ</p>	

ปัญหา และข้อมูล สนับสนุน	วัตถุประสงค์ และเกณฑ์ ประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ การ พยาบาล
		<p>กิจกรรมร่วมกัน 4) สังเสริมในสมาชิกในครอบครัวแสดงออกถึงคุณค่าในตัวของผู้ป่วย โดยให้การพยาบาลถือ การขอคำปรึกษาในการตัดสินใจในกิจกรรมต่างๆ และ 5) ให้คำแนะนำในการสังเกตอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า และช่องทาง การติดต่อเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเมื่อพบอาการดังกล่าว (อรัทัย แก้วมหากาฬ และดารารัตน์ อยู่เจริญ, 2562)</p> <p>7. แนะนำให้ผู้ช่วยพยาบาลด้านจิตเวชติดตามแผนการรักษา และเน้นชี้แจงเรื่องการรับประทานยาต้านซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง แนะนำญาติสังเกตผลข้างเคียงจากยาด้านซึมเศร้า ได้แก่ อาการง่วงซึมง ให้หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่อาจเกิดอุบัติเหตุ เช่น การ ขับรถ หรือเดินข้ามถนนคนเดียว อาการปากคอแห้ง โดยเฉพะตอนเช้า หรืออาจมีอาการท้องผูกร่วมด้วย แนะนำให้ผู้ป่วย จิบน้ำระหว่างวัน แต่หากพบอาการตาพร่ามัว หรืออาการซึมเศร้า ไม่ดีขึ้นใน 2-4 สัปดาห์ แนะนำให้กลับไปพบแพทย์เพื่อ ปรึกษา</p>	

ปัญหา และข้อมูลต้นฉบับสนทน	วัตถุประสงค์ และเกณฑ์ประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ การพยาบาล
<p>5. ครอบครัวขาดความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย</p> <p>ข้อมูลต้นฉบับสนทน ข้อมูลเบื้องต้น</p> <p>1. ผู้ป่วยบอกว่า “บางครั้งญาติที่บ้านก็ห้ามมากเกินไป”</p> <p>ข้อมูลปฐมวัย</p> <p>1. สีนัยตรงเครียด</p> <p>2. บ่นเรื่องการสื่อสารระหว่างครอบครัวซ้ำ ๆ</p> <p>3. Family APGAR score น้อยกว่า 8 คะแนน</p>	<p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อให้ครอบครัวของผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย</p> <p>เกณฑ์ประเมินผล</p> <p>1. บอกสามารถพูดคุยกับญาติได้ดี</p> <p>2. Family APGAR score มากกว่า หรือเท่ากับ 8 คะแนน</p>	<p>1. ประเมินแบบประเมินความสัมพันธ์ของครอบครัว โดยใช้ Family APGAR score ซึ่งประกอบด้วยคำถามที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว 5 ประการ ได้แก่ A: Adaptation การปรับตัวของสมาชิกในครอบครัว P: Partnerships การอยู่ร่วมกันอย่างปกติ และสอดคล้อง G: Growth การเติบโตและการพัฒนาของสมาชิกแต่ละคนในด้านต่างๆ A: Affection ความรักความเอาใจใส่ในครอบครัว และ R: Resolve ความตั้งมั่น ยึดมั่น ในสถาบันครอบครัว</p> <p>2. ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้วยบาร์เธลอินเดกซ์ (Barthel ADL index)</p> <p>3. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความไว้วางใจ และพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร</p> <p>4. ชี้ให้ครอบครัวเห็นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ โดยจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วย 1 ใน 4 มีการตอบสนองต่อการรับรู้เรื่องราวโรคว่าพวกเขาต้องอยู่กับโรคนี้ และการควบคุมอาหารอย่างเข้มงวดตลอดชีวิต ในขณะที่ด้วยกัน ผู้ป่วย 1 ใน 4 กล่าวว่าพวกเขามีอารมณ์รุนแรง ไม่พอใจตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจห้องบนพลิ้วไหว (Atrial Fibrillation) (MYilmaz & Rencuso gullari, 2015) ดังนั้น ญาติควรให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตามหลัก 3 อ 2 ส 3 ข ได้แก่ 1) อาหาร 2) อารมณ์ 3) ออกกำลังกาย 4) การงดสูบบุหรี่ 5) การงดดื่มสุรา 6) การใช้ยาตามหลัก 6 R 7) การใช้บริการสุขภาพ และ 8) การระมัดระวัง/งดใช้อาหารเสริม และสมุนไพร หากต้องการใช้ยาใช้ยาให้คำแนะนําของแพทย์/เภสัชกรประจำตัว</p> <p>5. ให้คำแนะนำสำหรับครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ของผู้ป่วย การมองเห็นคุณค่าของตนเองและผู้อื่น ขณะสื่อสารกับ</p>	

ปัญหา และข้อมูลต้นแบบ	วัตถุประสงค์ และเกณฑ์ประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ การพยาบาล
		<p>ผู้ป่วยอาจแสดงความหงุดหงิด ก้าวร้าว ควรรับฟังอย่างสงบ ไม่แสดงอาการตอบโต้ หรือแสดงอาการไม่ใส่ใจ หรือไม่เคารพนับถือ อาจสัมผัสลักษณะสันทนา เช่น การแตะเบาๆ หรือจับมือ เพื่อแสดงความใส่ใจ (วิรมน กาศิวงษ์, สุประวีณ์ คงชนชโยพิทย์, 2558)</p> <p>แนะนำให้ครอบครัวมีการทำกิจกรรมร่วมกัน และมีการสื่อสารระหว่างคนในครอบครัว โดยมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การมีทักษะผู้ฟังที่ดี 2) ทักษะการเป็นผู้พูด 3) การเปิดเผยตนเอง 4) ความชัดเจน 5) การยอมรับข้อสนทนา และการเคารพคู่สนทนา (กรรณิการ์ แสนสุภา, 2562)</p> <p>แนะนำ และฝึกทักษะการประชุมครอบครัว (Family Meeting) คือการที่สมาชิกในครอบครัวมานั่งรวมกัน ฝึกใจถึงความสุข และความทุกข์อย่างตรงไปตรงมา ตามหัวข้อที่ครอบครัวกำหนด โดยคำนึงถึงสิ่งสำคัญ ดังนี้ 1) การกำหนดระยะเวลา และรายละเอียดคร่าว ๆ โดยควรเลือกเวลาที่สมาชิกในครอบครัวว่างตรงกัน ทำให้รับรู้ข้อมูล โดยไม่มีใครตกหล่น และกำหนดหัวข้อที่จะพูดไว้ จะทำให้การประชุมครอบครัวสั้น 2) กำหนดสิ่งรบกวนการประชุมครอบครัว โดยการหาสถานที่สงบ และตั้งกฎที่ใช้โทรศัพท์มือถือ และเทคโนโลยีระหว่างการประชุมครอบครัว 3) เมื่อมีผู้พูดก็ต้องมีผู้ฟัง โดยเมื่อสมาชิกในครอบครัวคนหนึ่งเริ่มพูดเรื่องของตน สมาชิกที่เหลือควรรับฟัง เพื่อเข้าใจความคิดเห็น และปัญหาของผู้พูด และเป็นการให้เกียรติ ยอมรับในตัวตนของผู้พูดด้วย และ 4) เมื่อถึงเวลาแล้วไม่รู้ว่าพูดอะไรดี ควรเริ่มจากเรื่องที่ดีหรือแย่ที่สุด เรื่องที่เฉพาะเจาะจง เช่น ปัญหาที่เกิดขึ้นเวลานั้น และการวางแผนกิจกรรมต่างๆร่วมกับสมาชิกในครอบครัว</p> <p>ประชาสัมพันธ์โครงการ 3 หมอ โดยแจ้งว่า หากผู้ป่วย หรือครอบครัวมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แต่ไม่กล้า หรือไม่มั่นใจ ในการสอบถามเจ้าหน้าที่ สามารถติดต่อเจ้าหน้าที่ในโครงการ 3 หมอได้ โดย หมอดนที่ 1 หมอประจักษ์ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. ทำ</p>	

ปัญหา และข้อมูลต้นแบบ	วัตถุประสงค์ และเกณฑ์ประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ การพยาบาล
		<p>หน้าที่เยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ คัดกรอง ติดตามและดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น โดยหมอบประจำบ้าน 1 คน ดูแลประชาชน 10-20 หลังคาเรือน หมอดคนที่ 2 หมอสาธารณสุข คือ บุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ ทั้ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือ รพ.สต. คณินกหมอครอบครัว ศูนย์บริการสาธารณสุข ครอบคลุมบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพทั้งพยาบาล เกษัตริกร นักสาธารณสุขชุมชน และวิชาชีพอื่นๆ ทำหน้าที่ให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพ ประสานงานระหว่างหมอดคนที่ 1 และหมอดคนที่ 3 คัดกรองเพื่อระบุสาเหตุ ยืนยันความผิดปกติและส่งต่อผู้ป่วย โดยหมอสาธารณสุข 1 คนดูแลประชาชน 1,250 – 2,500 คน และหมอดคนที่ 3 หมอครอบครัว คือ แพทย์ใน โรงพยาบาล เป็นผู้มอบการรักษา ดูแล ให้คำปรึกษา ประสานและส่งต่อการรักษาพิเศษ โดยหมอบครอบครัว 1 คนดูแลประชาชน 8,000 – 12,000 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2563)</p> <p>9. แนะนำญาติให้ผู้ป่วยร่วมกิจกรรมในชุมชน ซึ่งนอกจากจะช่วยลดความเครียดให้ผู้ป่วยแล้ว ยังช่วยในเรื่องความสัมพันธ์ในครอบครัวได้ โดยคำนึงถึงจำเป็น และวิธีการลดการเกิดอุบัติเหตุในการเข้ากิจกรรมทางสังคม</p>	

เอกสารอ้างอิง

- กนกอร ทองกลิ้ง. (2560). การศึกษาปัจจัยสภาพแวดล้อมที่พกอาศัยเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาชุมชนหัวตะเข้ จังหวัดกรุงเทพมหานคร. Veridian E-Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์ และศิลปะ, 10(2), 2909-2921.
- ชมรมช่างไฟฟ้าหัวใจ และสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2555). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial fibrillation ในไทย. กรุงเทพฯ : ศรีเมืองการพิมพ์.
- จิตติมา ตั้งพิมพ์จิตต์. (2564). บทบาทพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเครียด และความวิตกกังวล. วชิรสารการพยาบาล, 23(1), 75-83.
- นิตยสุภา วัฒนชัยและสุทธิดา แก้วมุงคุณ. (2560). เกสัชวิทยาและปัจจัยที่มีผลต่อการตอบสนองของยารวาร์ฟาริน. ศรีนครินทร์เวชสาร, 32(2), 189-199.
- โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. (ม.ม.ป.) คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวแบบบูรณาการ.[Online]. สืบค้นจาก http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/CMU%20HF%20Clinic.pdf.
- วิชัย เอกพลากร, (บก.). (2564). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนดีไซน์.
- วิพัชร พันธวิมล, (2562). วิธีใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดกลุ่มใหม่ในผู้ป่วยโรคหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว.[Online]. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JDMS/article/view/246637/167670>.
- สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. เชียงใหม่ : ทริค ชิงค์.
- สมาคมโรคหลอดเลือดแดงแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติการใช้ยารักษาไขมันผิดปกติ เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด พ.ศ. 2559. ปทุมธานี : เอ-พลัส พีรน์.
- สาวตรี เหล่าไพบุลย์กุล, อังคณา ช่วยชัย, ศิวกร บันลือพีช, ภากร บรรณโสภิชญ์, สิริปภา มาตรฐานตรี และวรรณดี คงเทพ. (2562). ปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับยารวาร์ฟารินที่มีค่า INR นอกช่วงการรักษาโดยการเยี่ยมบ้านในอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช. [Online]. สืบค้นจาก <https://wjst.wu.ac.th/index.php/wuresearch/article/view/6607>

- อรรถัย แก้วมหากาฬ และคารารัตน์ อยู่เจริญ. (2562). ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง Depression: an Important Mental Health Problem among Elderly with Hypertension. *เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(2), 237-245.
- Altiock M, Yilmaz M & Rencuso_gullari I. (2015, 2 September). Living with Atrial Fibrillation: An Analysis of Patients' Perspectives. [Online]. Retrieved from <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1976131715000833?token=6B3AB66B6DDCB8F67A621B9FB7898201F4D7260C16E5D8D22A734E7E5ED6F1A61DEF45FC2B56C5235A49FB625BF73ECD&originRegion=eu-west-1&originCreation=20221103092509>.
- Lim C. et al. (2020, 23 November). Effect of alcohol consumption on the risk of adverse events in atrial fibrillation: from the Comparisons study of Drugs for symptom control and complication prevention of Atrial Fibrillation (CODE-AF) registry. [Online]. Retrieved from <https://academic.oup.com/europace/article/23/4/548/5998957>.
- Methavigul K. (2018, 22 June). Proportion of Thai Patients with Atrial Fibrillation Receiving Warfarin with Labile INR in Each Group of SAMETT2R2 Score. [Online]. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/324329910_Proportion_of_Thai_patients_with_atrial_fibrillation_receiving_warfarin_with_labile_INR_in_each_group_of_SAME_TT2R2_score
- Kim T. et al. (2019, 4 January). Effect of hypertension duration and blood pressure level on ischemic stroke risk in atrial fibrillation: nationwide data covering the entire Korean population. [Online]. Retrieved from <https://academic.oup.com/eurheartj/article/40/10/809/5273478>.
- The European Society of Cardiology. (2020, 29 August). 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). [Online]. Retrieved from <https://academic.oup.com/eurheartj/article/42/5/373/5899003>

Verdecchia P., Angeli F., and ianpaolo Reboldi G. (2017, 6 January). How Low Should We Go with Blood Pressure? [Online]. Retrieved from

<https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIRCRESAHA.116.309971>.

Potter, P.A. & Perry, A.G. (2005). Fundamental of Nursing. 6th ed. St.Louis: Mosby.

Soukup, M. The center of advanced nursing practice evidence-based practice model. Nursing Clinic of North America 2000; 35:301-9



เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล



แบบประเมินความเครียด (ST5)

คำชี้แจง ผู้ประเมินสอบถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนกระทั่งถึงวันที่ประเมิน
ถามทีละข้อไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป พยายามให้ตอบคำถามทุกข้อ ถ้าผู้ป่วยไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ
ไม่ควรอธิบายหรือขยายความ ควรถามซ้ำจนกว่าผู้ป่วยจะตอบคำถามตามความเข้าใจของ
ตนเอง และเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ ตรงกับคำตอบของผู้ป่วย
คะแนน 0 หมายถึง เป็นน้อยมากหรือแทบไม่มีเลย
คะแนน 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง
คะแนน 2 หมายถึง เป็นบ่อยครั้ง
คะแนน 3 หมายถึง เป็นประจำ

ข้อที่	คำถาม	คะแนน			
		0	1	2	3
1	มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก				
2	มีสมาธิน้อยลง				
3	หงุดหงิด กระทบกระชวย ว้าวุ่นใจ				
4	รู้สึกเบื่อ เซ็ง				
5	ไม่อยากพบปะผู้คน				
คะแนนรวม					

เกณฑ์การประเมิน

คะแนน 0-4 คะแนน เครียดน้อย

คะแนน 5-7 คะแนน เครียดปานกลาง

คะแนน 8-9 คะแนน เครียดมาก

คะแนน 10-15 คะแนน เครียดมากที่สุด

ที่มา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

แบบประเมินภาวะวิตกกังวล (GAD-7)

คำชี้แจง ผู้ประเมินสอบถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนกระทั่งถึงวันที่ประเมิน
ถามทีละข้อไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป พยายามให้ตอบคำถามทุกข้อ ถ้าผู้ป่วยไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ
ไม่ควรอธิบายหรือขยายความ ควรถามซ้ำจนกว่าผู้ป่วยจะตอบคำถามตามความเข้าใจของ
ตนเอง และเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ ตรงกับคำตอบของผู้ป่วย

คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีเลย

คะแนน 1 หมายถึง บางวัน

คะแนน 2 หมายถึง เกินกว่า 7 วันในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

คะแนน 3 หมายถึง เกือบทุกวัน

ข้อที่	คำถาม	คะแนน			
		0	1	2	3
1	รู้สึกตึงเครียด วิตกกังวล หรือ กระวนกระวาย				
2	ไม่สามารถหยุด หรือควบคุมความกังวลได้				
3	กังวลมากเกินไปในเรื่องต่างๆ				
4	ทำตัวให้ผ่อนคลายได้ยาก				
5	รู้สึกกระสับกระส่ายจนไม่สามารถอยู่นิ่งๆ ได้				
6	กลายเป็นคนขี้รำคาญ หรือ หงุดหงิดง่าย				
7	รู้สึกว่าอาจจะมึนอะไรร้ายๆ เกิดขึ้น				
คะแนนรวม					

เกณฑ์การประเมิน

คะแนน 0-9 คะแนน ความวิตกกังวลอยู่ในระดับเฉลี่ย หรือสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเพียงเล็กน้อย

คะแนน 10-14 คะแนน ความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง และควรประเมินซ้ำภายใน 2 สัปดาห์

คะแนน 15-21 คะแนน ความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง ควรได้รับการประเมินจาก ผู้เชี่ยวชาญ

ที่มา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

คำชี้แจง ผู้ประเมินสอบถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนกระทั่งถึงวันที่ประเมิน
ถามทีละข้อไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป พยายามให้ตอบคำถามทุกข้อ ถ้าผู้ป่วยไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ
ไม่ควรอธิบายหรือขยายความ ควรถามซ้ำจนกว่าผู้ป่วยจะตอบคำถามตามความเข้าใจของ
ตนเอง และเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ ตรงกับคำตอบของผู้ป่วย

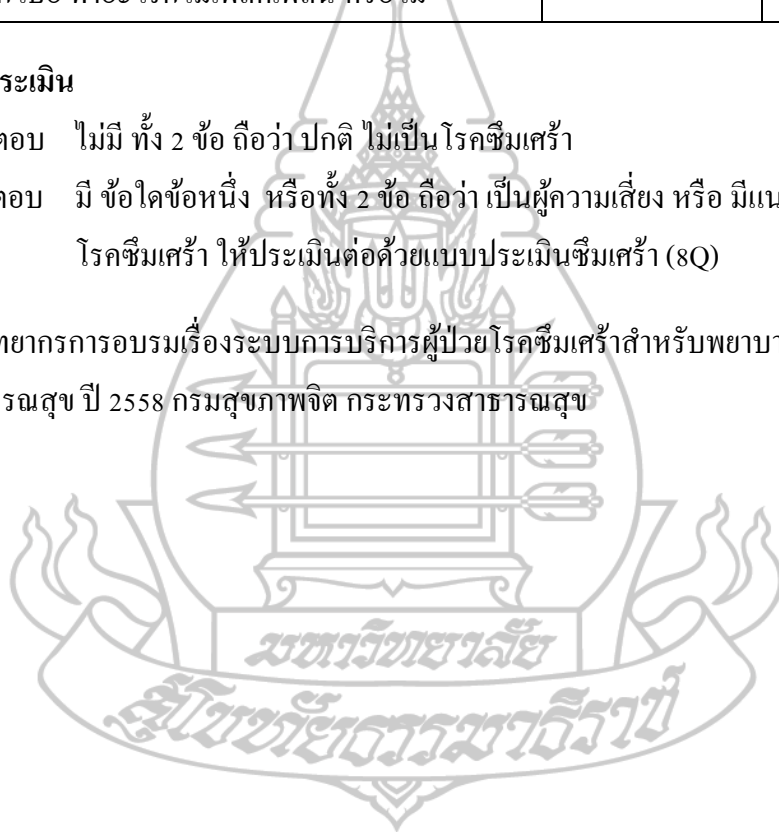
คำถาม	มี	ไม่มี
1. ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่		
2. ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่		

เกณฑ์การประเมิน

ถ้าตอบ ไม่มี ทั้ง 2 ข้อ ถือว่า ปกติ ไม่เป็น โรคซึมเศร้า

ถ้าตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อ ถือว่า เป็นผู้มีความเสี่ยง หรือ มีแนวโน้มที่จะเป็น
โรคซึมเศร้า ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินซึมเศร้า (8Q)

ที่มา คู่มือวิทยากรการอบรมเรื่องระบบการบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสำหรับพยาบาล/นักวิชาการ
สาธารณสุข ปี 2558 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

คำชี้แจง ผู้ประเมินสอบถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนกระทั่งถึงวันที่ประเมิน
ถามทีละข้อไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป พยายามให้ตอบคำถามทุกข้อ ถ้าผู้ป่วยไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ
ไม่ควรอธิบายหรือขยายความ ควรถามซ้ำจนกว่าผู้ป่วยจะตอบคำถามตามความเข้าใจของ
ตนเอง และเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ ตรงกับคำตอบของผู้ป่วย

คำถาม	ไม่มี เลย (0)	เป็นบาง วัน(1-7 วัน)	เป็นบ่อย (> 7 วัน)	เป็นทุก วัน
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3. หลับยาก หรือ หลับๆ ตื่นๆ หรือ หลับมากเกินไป	0	1	2	3
4. เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5. เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป	0	1	2	3
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตัวเอง หรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือ ทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8. พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตได้ หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนเคยเป็น	0	1	2	3
9. คิดทำร้ายตัวเอง หรือคิดว่าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
รวมคะแนน				

เกณฑ์การประเมิน (คะแนนเต็ม 27 คะแนน)

<7	คะแนน	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า หรือมีอาการ โรคซึมเศวาระดับน้อยมาก
7-12	คะแนน	มีอาการ โรคซึมเศวาระดับน้อย
13-18	คะแนน	มีอาการ โรคซึมเศวาระดับปานกลาง
>= 19	คะแนน	มีอาการ โรคซึมเศวาระดับรุนแรง

ที่มา คู่มือวิชาการการอบรมเรื่องระบบการบริการผู้ป่วย โรคซึมเศร้าสำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข ปี
2558 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

คำชี้แจง ผู้ประเมินสอบถามทีละข้อไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป พยายามให้ตอบคำถามทุกข้อ ถ้าผู้ป่วยไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายหรือขยายความ ควรถามซ้ำจนกว่าผู้ป่วยจะตอบคำถามตามความเข้าใจของตนเอง และเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ ตรงกับคำตอบของผู้ป่วย

ข้อ	ระยะเวลา	คำถาม	ไม่มี	มี
1	ช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา รวมวันนี้	คิดอยากตาย หรือ คิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2		อยากทำร้ายตัวเอง หรือ ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3		คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	0	6
		(ถ้าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถามต่อ) ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือบอกได้ไหมว่าคงไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้	ได้ 0	ไม่ได้ 8
4		มีแผนที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5		ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตัวเอง หรือเตรียมการจะฆ่าตัวตาย โดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริงๆ	0	9
6		ได้ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ แต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้ตัวเองเสียชีวิต	0	4
7		ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวังตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10
8	ตลอดชีวิตที่ผ่านมา	ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4
คะแนนรวม				

เกณฑ์การประเมิน

- 0 คะแนน ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน
- 1-8 คะแนน มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย
- 9-16 คะแนน มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง
- >= 17 คะแนน มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง ให้ส่งต่อ โรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์ด่วน

ข้อควรระวัง

1. คะแนนแต่ละข้อไม่เท่ากัน ควรใช้ความระมัดระวังในการคำนวณคะแนน
2. คะแนนในข้อ 3 ให้นำคะแนนที่ประเมินได้มารวมกัน ถ้าได้คะแนนจากข้อ 3 ทั้ง 2 หัวข้อ จะได้คะแนนจากข้อนี้ 14 คะแนน

ที่มา คู่มือวิทยากรกรอบมรณเฑียรระบบการบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข ปี 2558 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

แบบประเมินหน้าที่ของครอบครัว (FAMILY APGAR Score)

คำชี้แจง ผู้ประเมินสอบถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนกระทั่งถึงวันที่ประเมิน
ถามทีละข้อไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป พยายามให้ตอบคำถามทุกข้อ ถ้าผู้ป่วยไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ
ไม่ควรอธิบายหรือขยายความ ควรถามซ้ำจนกว่าผู้ป่วยจะตอบคำถามตามความเข้าใจของ
ตนเอง และเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ ตรงกับคำตอบของผู้ป่วย

APGAR	ข้อความ	เกือบ ตลอดเวลา	บางเวลา	แทบไม่ เคย
A: Adaptation	1. ฉันพอใจที่สามารถขอความช่วยเหลือจาก ครอบครัวได้ เมื่อมีบางสิ่งรบกวนฉัน	2	1	0
P: Partnerships	2. ฉันพอใจกับวิธีที่ครอบครัวพูดคุยกันและ แบ่งปันปัญหาด้วยกัน	2	1	0
G: Growth	3. ฉันพอใจที่ครอบครัวยอมรับและสนับสนุน ความปรารถนาของฉันเกี่ยวกับกิจกรรมหรือ ทิศทางใหม่	2	1	0
A: Affect	4. ฉันพอใจกับวิธีที่ครอบครัวแสดงความรัก และ ตอบสนองต่ออารมณ์ของฉัน เช่น ความโกรธ ความเศร้าและความรัก	2	1	0
R: Resolve	5. ฉันพอใจกับการที่ครอบครัวและฉันใช้เวลา ร่วมกัน	2	1	0
คะแนนรวม				

เกณฑ์การประเมิน

- 8 – 10 คะแนน หมายถึงฟังก์ชันการทำงานของครอบครัวเป็นปกติดี (Highly Functional)
- 4 – 7 คะแนน หมายถึงฟังก์ชันการทำงานของครอบครัวมีความผิดปกติปานกลาง
(Moderately Dysfunctional)
- 0 – 3 คะแนน หมายถึงฟังก์ชันการทำงานของครอบครัวผิดปกติ (Dysfunctional)

ที่มา SMILKSTEIN, 1984

รายนามคณะกรรมการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก
ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพัวลิ้วไหว



**รายนามคณะกรรมการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก
ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหวในชุมชน จังหวัดเลย**

รศ.ดร.สุทธิพร มุลศาสตร์	ที่ปรึกษา
รศ.ดร.นพวรรณ เปี้ยเชื้อ	ที่ปรึกษา
ผศ.ดร.สมนึก สกุลหงส์โสภณ	ผู้ทรงคุณวุฒิ
อาจารย์ ดร. กฤษณพร ทิพย์กาญจนเรขา	ผู้ทรงคุณวุฒิ
นายแพทย์ชัยยา ปานันท์	ผู้ทรงคุณวุฒิ
นายสมโชค กันยยาว	ผู้ทรงคุณวุฒิ
นางสาววนิดา เคนทองดี	ผู้ทรงคุณวุฒิ
นางวิไลวรรณ ทุมวงษ์	ประธาน
นางจีระพรรณ ชื่นใจ	รองประธาน
นางสาวศิริกาญจน์ ใจกว้าง	กรรมการ
นางรัตนาภรณ์ วิเศษรัตน์	กรรมการ
นางสายฝน กุลเทียนประดิษฐ์	กรรมการ
นางคำห่อ กัญยาว	กรรมการ
นางอัจฉริยาภรณ์ แก้วโบราณ	กรรมการ
นางสาวน้ำค้าง สาระแสน	กรรมการ
นางโสมโสภา เขาลาด	กรรมการ
นางสาวศิริรัตน์ เขาลาด	กรรมการ
นางพนิดา มีจินดา	กรรมการ
นางสาวอนิษฐ์ธร พลเสนา	กรรมการ
นางสาวจรรยา จันทะบัพภาศรี	กรรมการและเลขานุการ

หมายเหตุ คณะกรรมการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก รวมถึงที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิ ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนในการร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก รวมถึงไม่มีการสนับสนุนเงินทุนที่มีอิทธิพลต่อเนื้อหาของแนวทางปฏิบัติในการร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกครั้งนี้



การหาค่าความแตกต่างรายข้อของแบบสอบถาม
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว

.....
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนของหัวใจที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง

ข้อความ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z	p
	M	SD	M	SD		
ความรู้เกี่ยวกับโรค						
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ คือผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทได้	.3333	.48795	.8000	.41404	-2.333	.02
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหัวใจมากกว่าผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้	.6000	.50709	.9333	.25820	-2.236	.025
ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงมากขึ้น ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การไม่ออกกำลังกาย ความเครียด การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ	.7333	.45774	.9333	.25820	-1.342	.18
ผู้ที่มีดัชนีมวลกายสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีภาวะ	.6000	.50709	1.0000	.00000	-2.449	.014

ข้อความ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z	p
	M	SD	M	SD		
อ้วนลงพุง มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้มีดัชนีมวลกายปกติ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่หรืออยู่ในบริเวณที่มีผู้สูบบุหรี่ จะเสี่ยงต่อการได้รับสารนิโคตินซึ่งจะไปเกาะตามเส้นเลือดเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากหัวใจ การดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์จะไปกระตุ้นหัวใจให้สูบฉีดเลือดแรงและเร็ว ทำให้ความดันโลหิตสูงมากขึ้น	.6000	.50709	.8000	.41404	-1.342	.18
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ถ้ามีอาการ ปวดศีรษะรุนแรง อาเจียนพุ่ง พูดไม้ขัด ปากเขียว แขนขาอ่อนแรง ต้องรีบไปโรงพยาบาลโดยด่วน	.6000	.50709	1.0000	.00000	-2.449	.014
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจห้องบนพลิ้วไหวสูงกว่าคนที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	.2667	.45774	1.0000	.00000	-3.317	<.001
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้น้อยกว่า 140/90 จะมีความเสี่ยงต่อการเกิด	.6000	.50709	.8667	.35187	-2.000	.046
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้น้อยกว่า 140/90 จะมีความเสี่ยงต่อการเกิด	.6000	.50709	.9333	.25820	-1.890	.059

ข้อความ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z	p
	M	SD	M	SD		
ภาวะหัวใจห้องบนพลิ้วไวน้อยลง						
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ จะไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ	.4667	.51640	.9333	.25820	-2.646	.008
ด้านการรับประทานอาหาร						
ข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือมีน้ำตาลน้อยและใยอาหารสูงซึ่งเหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าข้าวขัดสี	.6000	.50709	1.0000	.00000	-2.449	.014
เนื้อแดง เช่น เนื้อหมู เนื้อวัว เป็น ต้น มี ปริมาณ คอเลสเตอรอลและไขมันอิ่มตัวสูง ถ้ารับประทานปริมาณมากจะส่งผลให้ไขมันในเลือดสูงและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น	.3333	.48795	.8000	.41404	-2.333	.02
อาหารที่มีไขมันมาก เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู คอหมูย่างหนังไก่ทอด ถ้ารับประทานเป็นประจำ ทำให้หลอดเลือดตีบแคบลง ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น	.6000	.50709	.8667	.35187	-1.633	.102
ผักและผลไม้สด เป็นแหล่งของวิตามินและแร่ธาตุ เช่น โพแทสเซียมและแมกนีเซียม	.4000	.50709	.8667	.35187	-2.333	.02

ข้อความ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z	p
	M	SD	M	SD		
เป็นอาหารต้องห้ามสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับประทานยารักษาอาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น อาหารที่ปรุงรสด้วยซूपก้อน ซอสปรุงรส ผงชูรส เป็นต้น รับประทานเป็นประจำ ทำให้ปริมาณน้ำในเส้นเลือดมากและไตทำงานหนักมากขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น	.7333	.45774	.8667	.35187	-0.816	.414
อาหารแปรรูป เช่น ไส้กรอก กุนเชียง หมูหยอง และอาหารหมักดอง เป็นต้น ทำให้หัวใจทำงานหนักและผนังหลอดเลือดหัวใจหนาขึ้น เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ	.4000	.50709	1.0000	.00000	-3.000	.003
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจสามารถซื้ออาหารเสริมตามท้องตลาดมารับประทานได้โดยไม่ต้องปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ หรือเภสัชกรประจำคลินิก	.4000	.50709	1.0000	.00000	-3.000	.003
ด้านการออกกำลังกาย	.4667	.51640	1.0000	.00000	-2.828	.005

ข้อความ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z	p
	M	SD	M	SD		
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจควรออกกำลังกายให้มีความหนักในระดับปานกลาง หรือขณะออกกำลังกายจะรู้สึกเหนื่อย แต่ยังสามารถพูดคุยกับผู้อื่นได้จนจบประโยค การออกกำลังกายที่มีความหนักในระดับปานกลางที่ไม่มีการกระแทก เช่น เดินเร็ว ปั่นจักรยาน เป็นต้น	.6000	.50709	1.0000	.00000	-2.449	.014
การออกกำลังกายแบบการเกร็งกล้ามเนื้อ เช่น การยกน้ำหนัก อาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้	.6000	.50709	1.0000	.00000	-2.44 ^b	.014
การออกกำลังกายที่ถูกต้องจะต้องออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน อย่างสม่ำเสมอ	.6000	.50709	.8667	.35187	-1.414	.157
ก่อนและหลังออกกำลังกายจะต้องทำการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นเวลา 5-10 นาที เพื่อปรับร่างกายให้กลับสู่ภาวะปกติ	.6000	.50709	1.0000	.00000	-2.449	.014
ด้านการจัดการความเครียด						
ความเครียด ความโกรธ อารมณ์ฉุนเฉียว ทำให้	.6000	.50709	.9333	.25820	-1.890	0.059

ข้อความ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z	p
	M	SD	M	SD		
<p>ฮอร์โมนอะดรีนาลินหลังมาก มีผลต่อเส้นเลือดและหัวใจ โดยทำให้หัวใจสูบฉีดโลหิตมากขึ้น</p> <p>เมื่อรู้สึกเครียด โกรธ หรือ โมโห ควรใช้ชีวิตระบายอารมณ์กับคนใกล้ชิด เช่น การต่อว่า ค่าทอ ขว้างของ เป็นต้น เพราะช่วยลดแรงกดดันในเส้นเลือด</p> <p>การสวดมนต์ นั่งสมาธิ ทำให้จิตใจสงบ ร่างกายหลังฮอร์โมนเอ็นโดฟิน ช่วยลดความดันโลหิตลดลง</p> <p>ด้านการรับประทานยา</p> <p>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความดันโลหิตที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ และระดับความโลหิตอยู่ในระดับปกติแล้ว สามารถหยุดรับประทานยาเองได้</p> <p>เมื่อมีอาการปวดศีรษะตาพร่ามัว ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถเพิ่มยาลดความดันโลหิตเป็น 2 เท่าได้</p> <p>ในกรณีที่ยาหมด ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถนำยาของเพื่อนที่เป็นโรคความ</p>	.6667	.48795	.9333	.25820	-1.633	.102
<p>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความดันโลหิตที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ และระดับความโลหิตอยู่ในระดับปกติแล้ว สามารถหยุดรับประทานยาเองได้</p> <p>เมื่อมีอาการปวดศีรษะตาพร่ามัว ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถเพิ่มยาลดความดันโลหิตเป็น 2 เท่าได้</p> <p>ในกรณีที่ยาหมด ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถนำยาของเพื่อนที่เป็นโรคความ</p>	.6667	.48795	1.0000	.00000	-2.236	.025
<p>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความดันโลหิตที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ และระดับความโลหิตอยู่ในระดับปกติแล้ว สามารถหยุดรับประทานยาเองได้</p> <p>เมื่อมีอาการปวดศีรษะตาพร่ามัว ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถเพิ่มยาลดความดันโลหิตเป็น 2 เท่าได้</p> <p>ในกรณีที่ยาหมด ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถนำยาของเพื่อนที่เป็นโรคความ</p>	.6000	.50709	.8667	.35187	-1.633	.102
<p>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความดันโลหิตที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ และระดับความโลหิตอยู่ในระดับปกติแล้ว สามารถหยุดรับประทานยาเองได้</p> <p>เมื่อมีอาการปวดศีรษะตาพร่ามัว ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถเพิ่มยาลดความดันโลหิตเป็น 2 เท่าได้</p> <p>ในกรณีที่ยาหมด ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถนำยาของเพื่อนที่เป็นโรคความ</p>	.2667	.45774	1.0000	.00000	-3.317	<.001
<p>ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความดันโลหิตที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ และระดับความโลหิตอยู่ในระดับปกติแล้ว สามารถหยุดรับประทานยาเองได้</p> <p>เมื่อมีอาการปวดศีรษะตาพร่ามัว ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถเพิ่มยาลดความดันโลหิตเป็น 2 เท่าได้</p> <p>ในกรณีที่ยาหมด ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถนำยาของเพื่อนที่เป็นโรคความ</p>	.6000	.50709	.8667	.35187	-1.633	.102

ข้อความ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z	p
	M	SD	M	SD		
<p>คันโลหิตสูงเช่นเดียวกัน มา รับประทานได้</p> <p>การรับประทานยาต้านการ แข็งตัวของเลือดสามารถลด โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หลอดเลือดสมองได้</p> <p>เมื่อผู้ป่วยลิ้มรับประทานยา วาร์ฟารินให้รับ ประทาน ทันทีที่นึกได้ หากลิ้มไม่เกิน 12 ชม.</p> <p>เมื่อผู้ป่วยลิ้มกินยาวาร์ฟาริน เกิน 12 ชม. ให้รับประทาน รวมเป็น 2 เท่าในรอบต่อไป</p> <p>เมื่อเกิดอุบัติเหตุเพียงเล็กน้อย เช่น มีคบาดมือ สามารถ ปล่อยให้เลือดไหลเองได้</p> <p>หากเกิดอุบัติเหตุหลั้มใน บ้านในคืนก่อนที่จะมาตาม นัด สามารถรอนจนถึงเวลานัด ได้</p>	.6000	.50709	1.0000	.00000	-2.449	.014
	.6000	.50709	.8000	.41404	-1.732	.083
	.4667	.51640	.9333	.25820	-2.646	.008
	.4000	.50709	1.0000	.00000	-3.000	.003
	.4000	.50709	.8667	.35187	-2.333	.02

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจห้องบนพลิ้วไหว

ข้อความ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z	P
	M	SD	M	SD		
ด้านการรับประทานอาหาร						
ท่านรับประทานข้าวที่มีกากใยสูง เช่น ข้าวกล้อง หรือข้าวซ้อมมือมากกว่าข้าวขัดสี เป็นต้น	3.5333	.91548	4.4000	.63246	-2.412	.016
ท่าน <u>หลีกเลี่ยง</u> การรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลสูง เช่น ขนมปัง ขนมหวาน น้ำอัดลม เป็นต้น	2.8000	.77460	4.4000	.50709	-3.111	.002
ท่าน <u>หลีกเลี่ยง</u> การรับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น ทูเรียน มะขามหวาน มะม่วงสุก ลำไย ขนุน เป็นต้น	3.0000	.75593	4.6000	.50709	-3.223	.001
ในการปรุงอาหาร ท่านเลือกใช้น้ำมันพืชที่มีไขมันไม่อิ่มตัวสูง เช่น น้ำมันรำข้าว น้ำมันดอกทานตะวัน น้ำมันมะกอก เป็นต้น	2.9333	.88372	4.3333	.61721	-3.269	.001
ท่าน <u>หลีกเลี่ยง</u> การรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ทอด หรืออาหารที่มีเนยและครีมมาก ๆ เช่น ขนมเค้ก เป็นต้น	3.2667	1.03280	4.5333	.63994	-2.731	.006

ข้อความ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z	P
	M	SD	M	SD		
ท่าน <u>หลีกเลี่ยงการ</u> รับประทานอาหารประเภท ทอด เช่น ไก่ทอด หมูทอด ปลาทอด กุ้งทอด ปลาทอด กุ้งทอด หมูหรือซี่โครงหมูทอด เป็นต้น	2.8000	1.01419	4.2000	.67612	-2.969	.003
ท่าน <u>หลีกเลี่ยงการ</u> รับประทานอาหารที่มีคลอ เลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล กะทิ เป็นต้น	2.6667	1.11270	4.4000	.63246	-3.082	.002
ท่านรับประทานผลไม้ 2-3 ทัพพีต่อวัน เช่น กล้วย ส้ม มะม่วง มะละกอ ชมพู ฝรั่ง แตงโม แก้วมังกร เป็นต้น	2.4667	1.06010	4.4000	.63246	-3.213	.001
ท่านรับประทานผัก 2-3 ทัพพีต่อวัน เช่น ผักบุ้ง คะน้า กวางตุ้ง บวบก ชะอม ข้าวโพด มะเขือเทศ มะเขือ เป็นต้น	3.3333	.89974	4.5333	.63994	-3.176	.001
ท่าน <u>หลีกเลี่ยงการ</u> รับประทานอาหารที่มีเกลือ โซเดียมสูง เช่น แองไดปลา ปลาเค็ม ปลาหมึกตากแห้ง หมูแดดเดียว กุ้งแห้ง หมูยอ ไส้กรอก แหนม เป็นต้น	2.8000	.77460	4.1333	.74322	-3.233	.001

ข้อความ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z	P
	M	SD	M	SD		
ท่าน <u>หลีกเลี่ยงการ</u> รับประทานอาหาร สำเร็จรูปหรือขนมที่ปรุง ด้วยเกลือ เช่น ขนมอบ กรอบ สำหรับย ข้าวเกรียบ มันฝรั่งทอด ปลากรอบ บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป เป็นต้น	2.6667	.97590	4.5333	.51640	-3.208	.001
ท่าน <u>หลีกเลี่ยงการ</u> รับประทานอาหารกระป๋อง หรือของหมักดอง เช่น ปลา กระป๋อง ผลไม้กระป๋อง ผัก หรือผลไม้ดอง เป็นต้น	2.8000	1.08233	4.4667	.63994	-3.342	<.001
ในการปรุงอาหาร ท่านใช้ เครื่องปรุงรส เช่น ผงชูรส รสดี ปลาแร่ ซุปก้อน ซีอิ๊ว ขาว เต้าเจี้ยว น้ำมันหอย ซอสถั่วเหลือง เป็นต้น	3.0000	1.06904	4.2667	.70373	-3.068	.002
ท่านเติมเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว หรือ ซอส ปรุงรส ใน ระหว่างรับประทานอาหาร หรือเติมลงในอาหารที่ปรุง สำเร็จแล้ว	3.0667	1.09978	4.4000	.63246	-2.842	.004
ท่านเลือกปรุงอาหารหรือ รับประทานอาหารที่ปรุง ด้วยวิธีการอบ นึ่ง ต้ม	3.1333	1.24595	4.6000	.50709	-2.836	.005
ท่าน <u>หลีกเลี่ยงการ</u> ต้ม เครื่องต้มที่มีแอลกอฮอล์	3.2667	1.03280	4.5333	.51640	-3.082	.002

ข้อความ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z	P
	M	SD	M	SD		
เช่น เหล้า เบียร์ ชาติอง เป็นต้น						
เมื่อท่านได้รับเชิญไปงานเลี้ยง ท่านจะคิดถึงปริมาณอาหารที่รับประทานแต่ละ	3.1333	.99043	4.4667	.51640	-2.969	.003
อย่างเป็นการแลกเปลี่ยนในวันนั้นๆ						
ท่านดื่มน้ำเปล่าวันละ 6-8 แก้ว	3.4667	1.18723	4.6000	.50709	-3.126	.002
ด้านการออกกำลังกาย						
ท่านเลือกกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับ						
ภาวะสุขภาพของท่าน เช่น การเดินเร็ว การวิ่งช้าๆ เป็นต้น	3.4000	1.05560	4.4000	.50709	-2.850	.004
ท่านอบอุ่นร่างกายก่อน						
ออกกำลังกายเป็นเวลา 5-10 นาที เช่น มีการยืดกล้ามเนื้อ	3.0000	1.30931	4.4000	.63246	-2.683	.007
แขน ขา ลำตัว กอ ศีรษะ เป็นต้น						
ท่านเล่นกีฬาหรือออกกำลังกาย						
เดินเร็ว ปั่นจักรยาน จนรู้สึกเหนื่อยในขั้นที่สามารถพูดคุยกับผู้อื่นได้	3.4667	1.06010	4.3333	.72375	-2.858	.004
ไม่ลำบากจนจบประโยค						
ท่านออกกำลังกายนานอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง	3.4000	1.18322	4.6000	.63246	-2.511	.012

ข้อความ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z	P
	M	SD	M	SD		
หรือรวมอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ ในขณะที่ออกกำลังกายท่าน มีการสังเกตอาการผิดปกติ ที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว หายใจหอบ เหนื่อย เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม	3.4667	.91548	4.4667	.51640	-2.716	.007
หลังออกกำลังกาย ท่าน ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็น เวลา 5-10 นาที เช่น มีการ ยืดกล้ามเนื้อแขน ขา ลำตัว คอ ศีรษะ เป็นต้น	3.3333	1.04654	4.5333	.51640	-2.579	.01
เมื่อรู้สึกเครียด ท่านมักจะ ออกกำลังกาย เพื่อผ่อนคลาย	3.4667	1.06010	4.2667	.70373	-2.877	.004
เมื่อทำกิจวัตรประจำวัน แล้วมีอาการเหนื่อยหอบ ใจ สั่น ท่านจะหยุดทำกิจกรรม นั้น ๆ แล้วแจ้งบุคคลที่อยู่ ใกล้ชิด	3.2000	1.01419	4.4667	.63994	-2.521	.012
ด้านการจัดการความเครียด เวลาไม่พอใจ โกรธหรือ โมโหหงุดหงิด ถ้าท่านมี อาการใจสั่น หัวใจเต้นแรง ผัดเจี๊หวะ มือสั่น ปากสั่น ท่านจะนั่งนิ่ง ๆ อยู่คนเดียว	3.4000	.91026	4.4000	.50709	-3.000	.003

ข้อความ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z	P
	M	SD	M	SD		
สุดลมหายใจเข้าออกลึก ๆ ยาว ๆ						
ท่านระบายความเครียดด้วย การออกกำลังกาย เล่นกีฬา ดูหนัง ฟังเพลง คุยกับเพื่อน บ้าน ทำกิจกรรมร่วมกัน เป็นหมู่คณะ หรือนั่งสมาธิ เมื่อเกิดปัญหาท่านจะคิดหา วิธีการต่าง ๆ ที่จะสามารถ แก้ปัญหา หรือควบคุม สถานการณ์ให้ได้	3.2000	1.01419	4.5333	.51640	-2.803	.005
เมื่อท่านไม่สามารถ แก้ปัญหาได้ ท่านจะปรึกษา กับบุคคลที่ท่านไว้วางใจ เช่น บิดา มารดาญาติพี่น้อง หรือเพื่อน เป็นต้น	3.4667	.91548	4.5333	.74322	-2.798	.005
เมื่อเกิดปัญหาที่ทำให้ท่าน รู้สึกอึดอัดกับข้อใจ ท่าน จะให้กำลังใจตัวเองว่าทุก สิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น	3.2667	1.03280	4.0000	.65465	-2.722	.006
เมื่อท่านเครียด โกรธหรือ โมโห ท่านมักใช้วิธีระบาย อารมณ์กับบุคคลใกล้ชิด เช่น ต่อว่า คำทอ เป็นต้น	3.0667	1.09978	4.4000	.63246	-2.230	.026
เมื่อท่านเครียด ท่านมักไป ซื้อหรือหาयरาระงับประสาท มารับประทาน	2.3333	1.04654	4.4000	.63246	-2.944	.003
ด้านการรับประทานยา	3.7333	1.03280	4.1333	.74322	-3.336	<.001
	2.2667	1.03280	4.4667	.51640	-1.459	.145

ข้อความ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z	P
	M	SD	M	SD		
ท่านรับประทานยาตาม จำนวนและเวลาที่แพทย์สั่ง ท่านอ่านฉลากยาก่อน รับประทานยา	2.3333	1.04654	4.5333	.63994	-3.325	<.001
ท่านรับประทานยารักษา ความดันโลหิตสูง ตามเวลา ที่สะดวก และปรับยาเอง ตามระดับความดันโลหิต	2.8000	1.42428	4.4667	.74322	-3.088	.002
ท่านขอยารักษาโรคความ ดันโลหิตสูงของเพื่อนหรือ ญาติที่เป็น โรคความดัน โลหิตสูงเช่นเดียวกับท่าน มารับประทานเมื่อจำเป็น	2.4000	1.12122	4.4000	.50709	-3.134	.002
ท่านซื้อยารักษาโรคความ ดันโลหิตสูงจากร้านขายยา มารับประทานเอง	2.2000	1.14642	4.7333	.45774	-3.225	.001
ท่านไม่รับประทานยารักษา โรคความดันโลหิตสูง เพราะรู้สึกว่าการดีขึ้น หรือไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ	3.7333	.70373	4.6667	.48795	-3.434	<.001
ท่านสังเกตอาการผิดปกติ ภายหลังการรับประทานยา รักษาโรคความดันโลหิตสูง เช่น อาการไอ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น ขา บวม เป็นต้น	2.6667	1.49603	4.8000	.41404	-2.889	.004

ข้อความ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z	P
	M	SD	M	SD		
ท่านพกสมุดประจำตัว ผู้ป่วยรับยารวาร์ฟาริน เมื่อ ออกจากบ้าน เมื่อรับบริการทาง การแพทย์ ท่านจะแจ้ง เจ้าหน้าที่ว่าท่าน รับประทานยารวาร์ฟารินอยู่	2.5333	1.18723	4.7333	.45774	-2.969	.003
	3.5333	.91548	4.4000	.63246	-3.235	.001



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวจรรยา จันทะบับภาศรี
วัน เดือน ปี เกิด	17 กรกฎาคม 2529
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดเลย
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรธานี 2552
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลท่าลี่ อำเภอท่าลี่ จังหวัดเลย
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

