

ภาคผนวก ก

โรคความดันโลหิตสูง : เป้าหมายการรักษา และการรักษา

(JNC-VI, 1997)

การวินิจฉัยและประเมินผลการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1. วัตถุประสงค์การวินิจฉัยและประเมินผลการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อ

- 1.1 หาสาเหตุของภาวะความดันโลหิตสูง
- 1.2 ประเมินว่ามีหรือไม่มีภาวะที่ถูกทำลาย และโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด และการตอบสนองต่อการรักษา
- 1.3 หาปัจจัยเสี่ยงและโรคอื่น ๆ ที่เป็นร่วมด้วย ที่อาจมีผลต่อการดำเนินของโรคความดันโลหิตสูง เพื่อจะได้ดำเนินการรักษาตามแนวทางที่กำหนดไว้ต่อไป

2. ข้อมูลที่ใช้ในการวินิจฉัยและประเมินการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย

- 2.1 ประวัติทางการแพทย์ ซึ่งมีข้อมูลดังต่อไปนี้
 - 2.1.1 ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.1.2 ระดับความดันโลหิต
 - 2.1.3 ประวัติการมีอาการของโรคหัวใจ การทำงานของหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดในสมอง โรคหลอดเลือดส่วนปลาย โรคไต โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคเกาต์ ภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ หรือโรคอื่น ๆ ของผู้ป่วย
 - 2.1.4 ประวัติของบุคคลในครอบครัว ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจหลอดเลือดในสมองอุดตันหรือแตก โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคไต
 - 2.1.5 อาการที่บ่งบอกว่ามีสาเหตุมาจากโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.1.6 การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักอย่างรวดเร็ว การออกกำลัง สูบบุหรี่ หรืออื่นๆ
 - 2.1.7 สิ่งที่เป็นโรค เช่น เกอิลี แอลกอฮอล์ อาหารที่มีไขมันอิ่มตัว กาแฟ
 - 2.1.8 ประวัติการใช้ ยาสมุนไพร ยาเสพติด ที่มีผลต่อความดันโลหิต
 - 2.1.9 ประวัติผลการรักษา และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
 - 2.1.10 ปัจจัยทางจิตวิทยา
 - 2.1.11 สิ่งแวดล้อม เช่น ฐานะทางครอบครัว อาชีพ รายได้ การศึกษา

2.2 การตรวจร่างกาย ประกอบด้วย

- 2.2.1 ค่าความดันโลหิต 2 ค่าที่วัดห่างกันอย่างน้อย 2 นาที
- 2.2.2 วัดความดันโลหิตในแขนอีกข้าง แล้วเอาค่าที่สูงกว่า
- 2.2.3 ความสูง น้ำหนัก รอบเอว
- 2.2.4 ตรวจตา เช่น เส้นเลือดแดงที่ตาเล็กแคบ หรือ หดตัว มีเลือดออกในตา
- 2.2.5 ตรวจคอ เช่น คอต่อมไทรอยด์ เส้นเลือดค้ำโป่งพอง
- 2.2.6 ตรวจหัวใจ เช่น อัตราการเต้น จังหวะการเต้น ขนาด มีเสียงผิดปกติ
- 2.2.7 ตรวจปอด เช่น หลอดลมหดตัว
- 2.2.8 ตรวจท้อง เช่น ท้องโต มีก้อน
- 2.2.9 ตรวจแขนขา เช่น หลอดเลือดส่วปลายหดตัว บวม
- 2.2.10 ตรวจระบบประสาท

2.3 ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ และการวินิจฉัยด้วยกระบวนการอื่นๆ ดังนี้

- 2.3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ต้องทำเป็นประจำ มีดังนี้
 - 2.3.1.1 ก่อนเริ่มรักษาจะต้องตรวจว่ามีภาวะที่ถูกทำลาย และปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือไม่
 - 2.3.1.2 ตรวจปัสสาวะ
 - 2.3.1.3 ตรวจเม็ดเลือด
 - 2.3.1.4 ตรวจเคมีในเลือด เช่น โคลเลสเตอรอลรวม HDL-cholesterol น้ำตาล โปแทสเซียม โซเดียม ครีเอทีนิน
 - 2.3.1.5 ตรวจคลื่นหัวใจ
- 2.3.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ตรวจเป็นครั้งคราว
 - 2.3.2.1 การกำจัดครีเอทีนิน
 - 2.3.2.2 ไมโครแอลบูมินในปัสสาวะ
 - 2.3.2.3 แคลเซียมในเลือด
 - 2.3.2.4 กรดยูริก
 - 2.3.2.5 ไตรกลีเซอไรด์
 - 2.3.2.6 LDL-cholesterol
 - 2.3.2.7 Glycosolated hemoglobin
 - 2.3.2.8 ไทรอยด์ฮอร์โมน

2.3.2.9 เสียงหัวใจ (Limited echocardiography) ภาพภาพของหัวใจ การทำงานของหัวใจ การมีไขมันอุดตันในเส้นเลือดหัวใจ เเรนินในพลาสมา /โซเดียมในปัสสาวะ

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการรักษาประกอบด้วย

1. การปรับเปลี่ยนการดำรงชีวิต
2. การใช้ยารักษา

การปรับเปลี่ยนการดำรงชีวิต ประกอบด้วย

1. การลดน้ำหนักหากมี Body mass index (BMI) มากกว่าหรือเท่ากับ 27 เนื่องจากการมี BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 27 จะมีผลทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้ และการที่มีการสะสมของไขมันบริเวณส่วนบนของร่างกาย เช่น ช่องท้องและหน้าท้อง จนมีขนาดรอบเอวมากกว่าหรือเท่ากับ 35 นิ้ว ในผู้หญิง และ 39 นิ้ว ในผู้ชาย จะมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการลดน้ำหนักลงเพียง 4.5 กิโลกรัม จะสามารถลดความดันโลหิตได้มากกว่าผู้ป่วยคนอื่นๆ ที่มีน้ำหนักเกิน และการลดน้ำหนักยังช่วยให้ลดการใช้ยาลดความดันโลหิต และสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจากโรคที่เป็นร่วมอยู่ เช่น โรคเบาหวาน และโรคความผิดปกติของไขมันในเลือด

2. ลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากการได้รับแอลกอฮอล์ในปริมาณมากเกินไปจะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อภาวะการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง และคือต่อการใช้ยาลดความดันโลหิตสูง และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด stroke โดยควรดื่มเอทานอนไม่เกินวันละ 30 มิลลิลิตร หรือดื่มเบียร์ไม่เกินวันละ 720 มิลลิลิตร หรือดื่มไวน์ไม่เกินวันละ 300 มิลลิลิตร หรือดื่มวิสกี้ 100% ไม่เกินวันละ 60 มิลลิลิตร และสำหรับสตรีหรือคนที่น้ำหนักน้อยไม่ควรดื่มเอทานอนไม่เกินวันละ 15 มิลลิลิตร แต่ควรระวังการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ทันทีจากที่เคยดื่มมากๆ เพราะจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นทันที อย่างไรก็ตามความดันโลหิตจะค่อยๆลดลงภายใน 2 –3 วันหลังจากลดการดื่มแอลกอฮอล์

3. เพิ่มการออกกำลังกายในระดับปานกลาง (ที่ต้องใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น 40%-60%) อย่างน้อย 30 ถึง 45 นาที ต่อวัน ทุกวัน สามารถลดความดันโลหิตได้ และจะช่วยให้น้ำหนักลดลง สุขภาพดีขึ้น และลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และลดการตายจากสาเหตุต่างๆ

ได้ สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหัวใจ หรือโรคประต้วรุนแรงอื่นๆ ควรปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสม

4. จำกัดการรับประทานเกลือ ให้ได้รับเกลือไม่เกิน 100 มิลลิโมล ต่อวัน (เกลือแคงประมาณ 6 กรัม หรือ โซเดียม 2.4 กรัม) จาก Meta-analysis ของการทดลองเกี่ยวกับการลดปริมาณการรับประทานเกลือโซเดียม 75 – 100 มิลลิโมล ต่อวัน สามารถลดความดันโลหิตลงได้นานหลายสัปดาห์ หรืออาจนานถึง 2-3 ปี ซึ่งได้ผลอย่างมากต่อกลุ่มผู้ป่วยที่สูงอายุ และ ผู้ป่วยที่ความดันโลหิตสูงขึ้นจากการรับประทานเกลือ จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา 17 การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม ในผู้ป่วยที่มีอายุ 45 ปี ขึ้นไป พบว่าความดันโลหิตลดลง 6.3/2.2 มิลลิเมตรปรอท เมื่อลดโซเดียมในปัสสาวะได้ 95 มิลลิโมล ต่อวัน และจากหลายการศึกษาพบว่าการลดปริมาณโซเดียมที่รับประทาน สามารถช่วยลดความต้องการยาลดความดันโลหิต ลดการสูญเสียโปแตสเซียมจากการใช้ยาขับปัสสาวะ อาจลดความรุนแรงของภาวะ LVH และป้องกันภาวะกระดูกพรุน น้ัวในไต เนื่องจากลดการขับออกของแคลเซียมในปัสสาวะ

5. ให้รับประทานอาหารที่มีแคลเซียม และแมกนีเซียม ในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จากหลายการศึกษาพบว่าการได้รับอาหารที่มีแคลเซียมในปริมาณน้อยอาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ และการได้รับแคลเซียมเพิ่มขึ้นอาจช่วยลดความดันโลหิตได้เล็กน้อย ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในบางคน

6. ให้รับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียม ประมาณ 90 มิลลิโมล ต่อวัน เพราะอาจช่วยในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้

7. ลดปริมาณอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลสูง เพื่อสุขภาพของระบบหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ควรเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมัน Omega-3 fatty acid เพราะอาจช่วยลดความดันโลหิตได้

8. หยุดสูบบุหรี่ เนื่องจากการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของโรคหัวใจและหลอดเลือด และความดันโลหิตจะสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อสูบบุหรี่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังคงสูบบุหรี่ อาจจะไม่ได้ผลในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดจากการใช้ยาลดความดันโลหิต ผลจากการหยุดสูบบุหรี่จะเกิดผลดีต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดภายใน 1 ปี ในผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ แต่เมื่อหยุดสูบบุหรี่จะทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น จึงควรควบคุมน้ำหนักในระหว่างหยุดสูบบุหรี่ด้วย

9. การดื่มน้ำ อาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ทันที จึงควรดื่มน้ำก่อนวัดความดันโลหิตอย่างน้อย 30 นาที แต่อย่างไรก็ตามร่างกายสามารถทนต่อความดันโลหิตที่สูงขึ้นจากการดื่มน้ำได้อย่างรวดเร็ว และจากหลายการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มน้ำกับการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต

10. นอกจากการปฏิบัติตัวตามข้อ 1 ถึง 7 ควรจะต้องลดความเครียดเพราะความเครียดสามารถทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นอย่างฉับพลัน ในผู้ป่วยบางรายที่ความดันโลหิตสูงโดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน อาจต้องจัดการกับความเครียด แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาที่ให้การสนับสนุนว่าจำเป็นต้องรักษาภาวะเครียดเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

การช้ยาในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

หลักการช้ยา มีดังนี้

1. เริ่มต้นขนาดยาจากขนาดต่ำและค่อยๆ เพิ่มขนาดยาโดยพิจารณาจาก อายุ ความต้องการและการตอบสนองต่อยาของผู้ป่วยแต่ละคน โดยให้ปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นถ้าหากขนาดยาแรกยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ภายใน 1 ถึง 2 เดือน

2. รูปแบบการช้ยาที่เหมาะสมที่สุด คือ การช้ยารวันละครั้ง และสามารถควบคุมอาการได้ตลอด 24 ชั่วโมง โดยที่เวลา 24 ชั่วโมงหลังรับประทานยาฤทธิ์ของยายังคงมีอยู่ครึ่งหนึ่งของฤทธิ์สูงสุด การช้ยาที่ออกฤทธิ์ได้นานวันละครั้งมีข้อดี 4 ประการ คือ ประการที่ 1 ช่วยให้ความร่วมมือในการช้ยาของผู้ป่วยดีขึ้น ประการที่ 2 สำหรับยาบางตัวอาจช่วยลดต้นทุนในการรักษาได้ แม้บางครั้งยาบางตัวที่รับประทานวันละ 2 ครั้ง จะลดต้นทุนได้มากกว่า ประการที่ 3 ทำให้ระดับความดันโลหิตคงที่ และ ประการที่ 4 ป้องกันความเสี่ยงที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตฉับพลันหรือผลกระทบต่อหัวใจในขณะที่ความดันโลหิตสูงขึ้นทันทีหลังหมดฤทธิ์ยาในเวลากลางคืน

3. การช้ยา 2 ตัวที่อยู่คนละกลุ่มกันจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิต ในขณะที่ลดผลข้างเคียงจากการช้ยาที่ขึ้นกับขนาดยาได้ เช่น ยากลุ่มขับปัสสาวะขนาดต่ำ HCTZ 6.25 มิลลิกรัม กับยากลุ่มอื่นๆ หรือการช้ยากลุ่ม ACEI ขนาดต่ำกับยากลุ่ม Nondihydropyridine calcium antagonist ขนาดต่ำอาจช่วยลดการมีโปรตีนในปัสสาวะมากกว่าการช้ยาเดี่ยวๆ หรือการช้ยากลุ่ม ACEI ขนาดต่ำ กับยากลุ่ม Dihydropyridine calcium antagonist ขนาดต่ำ ช่วยลดการเกิดภาวะบวมหน้าได้ดีกว่าการช้ ยากลุ่ม Dihydropyridine calcium antagonist เดี่ยวๆ

4. การลดขนาดยาหรือหยุดยาบางตัว กรณีที่ความดันโลหิตคงที่อย่างน้อย 1 ปี อาจทำได้ โดยค่อยๆ ปรับขนาดยาลงอย่างช้าๆ ซึ่งจะได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนการดำรงชีวิตร่วมด้วย แต่อย่างไรก็ตามการหยุดยาไปเลยอาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้บางครั้งอาจภายในเวลา 1 เดือน หรือ 1 ปี โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนการดำรงชีวิต ดังนั้นจึงควรนัดผู้ป่วยมาติดตามผลเป็นระยะ

การนัดผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษา

หลังจากเริ่มรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ควรนัดมาติดตามผลการรักษา ภายใน 1 ถึง 2 เดือน เพื่อดูการควบคุมความดันโลหิต การให้ความร่วมมือในการใช้ยา และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา รวมทั้งการมีอวัยวะที่ถูกทำลาย การมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และดูผลความผิดปกติทางห้องปฏิบัติการ

เมื่อความดันโลหิตคงที่ นัดมาติดตามผลทุก 3 ถึง 6 เดือน ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน

ขั้นตอนการเลือกใช้ยาลดความดันโลหิต

เริ่มต้นจากการปรับเปลี่ยนการดำรงชีวิตและปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

ถ้าความดันโลหิตยังไม่ลดลง < 140/90 มิลลิเมตรปรอท

หรือต่ำกว่านี้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคไต



เริ่มต้นใช้ยา

กรณีมีภาวะโรคความดันโลหิตสูงเดี่ยวๆ ไม่มีโรคอื่นๆ ร่วมด้วย

Diuretics

β -Blockers

กรณีมีโรคเบาหวาน ร่วมกับมี Proteinuria

ACE Inhibitors

กรณีมีภาวะการทำงานของหัวใจล้มเหลว (Heart Failure)

ACE Inhibitors

Diuretics

กรณีมี Isolated Systolic Hypertension (ในผู้สูงอายุ)

Diuretics (เหมาะสมที่สุด)

Long-Acting Dihydropyridine Calcium Antagonist

กรณีมีภาวะ Myocardial Infarction

β -Blockers (Non-ISA)

ACE Inhibitors (กรณีมี Systolic dysfunction)



กรณีที่ผลการรักษายังไม่ได้ตามเป้าหมายการรักษา

กรณีไม่ตอบสนองการรักษา หรือ
มีปัญหาเรื่องผลข้างเคียงจากการใช้ยา
ให้เปลี่ยนเป็นยากลุ่มใหม่

กรณีการตอบสนองการรักษายังไม่เต็มที่
แต่ทนต่อผลข้างเคียงของยาได้ดีให้
เพิ่มยากกลุ่มใหม่
(เลือก Diuretics ถ้ายังไม่ได้ใช้)



กรณีที่ผลการรักษายังไม่ได้ตามเป้าหมายการรักษา

ให้เพิ่มยากกลุ่มใหม่
หรือส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

ภาคผนวก ข

Patient medication profile

HN..... เลขที่.....

ข้อมูลผู้ป่วย..... ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

ชื่อ/นามสกุล (นาน นาง นางสาว).....	วัน/เดือน/ปีเกิด.....	อายุ.....	ปี
น้ำหนัก.....กก.	ส่วนสูง.....ซม.	รอบเอว.....นิ้ว	<input type="checkbox"/> สมาชิกในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง
อาชีพ.....	การศึกษา.....	รายได้/เดือน.....บาท	ผู้ดูแลให้กินยา <input type="checkbox"/> ตัวเอง <input type="checkbox"/> ญาติ ระบุ.....
<input type="checkbox"/> แอลกอฮอล์ ชนิด.....	ปริมาณ...../วัน	<input type="checkbox"/> บุหรี่ ปริมาณ.....	ม้วน/วัน
<input type="checkbox"/> ออกกำลังกาย ชนิด.....	วันละ.....นาที	<input type="checkbox"/> สารเสพติดอื่นๆ.....	
<input type="checkbox"/> แพ้ยา.....		<input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/> ให้นมบุตร <input type="checkbox"/> ใช้ยาคุมกำเนิด	

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต.....

ประวัติการฉายยาในอดีต.....

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ.....

ปัญหาที่เกิดจากการรักษา

วัน/เดือน/ปี							ปัญหาที่เกิดขึ้น/คำแนะนำ/แก้ไข
ภาวะโรคแทรกซ้อน							
ปัญหาจากการใช้ยา							
Not receiving drug							
Improper drug use							
Subtherapeutic dose							
Overdose							
ADR							
DI							
Not taking drug							
Self medication							
Other eg. Storage							
ปัญหาการปฏิบัติตัว							
การควบคุมน้ำหนัก							
การออกกำลังกาย							
อาหารที่มีไขมัน							
อาหารที่รสเค็ม							
การสูบบุหรี่							
เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์							
เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน							
เครื่องดื่มที่มีเกลือแร่							
ภาวะเครียด							
การรับประทานผักผลไม้							

บัตรนัดคลินิกโรคความดันโลหิตสูง

ว/ด/ป	เวลามา	เวลากลับ	ผู้นัด

ภาคผนวก ค

แบบประเมินคุณภาพการใช้จ่าย

ชื่อ-นามสกุล.....HN.....

รูปแบบการใช้จ่ายมีความเหมาะสมดังนี้

	เหมาะสมที่สุด	ยอมรับได้ แต่เปลี่ยนแปลงดีกว่า	ไม่เหมาะสม ควรเปลี่ยนแปลง
ก่อนการวิจัย			
1. ชนิดของยา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ข้อเสนอแนะ.....			
2. ขนาดยา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ข้อเสนอแนะ.....			
3. ระยะเวลาของการใช้จ่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ข้อเสนอแนะ.....			

หลังการวิจัย

1. ชนิดของยา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ข้อเสนอแนะ.....			
2. ขนาดยา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ข้อเสนอแนะ.....			
3. ระยะเวลาของการใช้จ่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ข้อเสนอแนะ.....			

กลุ่ม.....เลขที่.....

ผู้ประเมิน.....

ภาคผนวก ง

สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ภาคผนวก

สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สมุดประจำตัว
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ชื่อ-สกุล.....
เลขที่บัตร.....Case No.....
ที่อยู่.....
โทรศัพท์.....

<p>คลินิกความดันโลหิตสูง</p> <p>ให้บริการใน วันจันทร์-พุธ-บ่าย</p> <p>เวลา 13.00-16.00 น.</p>

โครงการ
การบริหารทางเภสัชกรรม
ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลพัทลุง

-5-

สภาวะสุขภาพเมื่อเริ่มบันทึก

วันตรวจ	หมู่เลือด

การตรวจร่างกาย

น้ำหนัก.....กก ส่วนสูง.....ซม.
BMI..... น้ำหนักที่ควรเป็นจริง.....
ชีพจร.....ครั้ง/นาที จังหวะ.....
การหายใจ.....ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต

นอน (ขวา).....นอน (ซ้าย).....
ยืน (ขวา).....ยืน (ซ้าย).....
นั่ง (ขวา).....นั่ง (ซ้าย).....

ประวัติการแพ้ยา

.....
.....
.....

ยาที่ใช้ประจำ

.....
.....
.....

-7-

การตรวจพิเศษต่าง ๆ

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

-6-

ในกรณีที่มีการตรวจสุขภาพประจำปี

วัน/เดือน/ปี					
การตรวจ					
CBC Hb/Hct					
UA Alb/Sug					
น้ำตาลในเลือด (FBS)					
การทำงานของไต	BUN				
	Cr				
ไขมันเลือด	Chol				
	TG				
	HDL				
การทำงานของตับ	LDL-C				
	GOT/GPT				
ระดับกรดยูริค	ALK				
อื่น ๆ					

-8-

ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง คือ ภาวะที่มีความดันโลหิตขณะ
 ปีบตัว (ความดันบน) สูงตั้งแต่ 140 มม.ปรอท
 ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (ความดันล่าง) สูงตั้ง
 แต่ 90 มม.ปรอท

ความดันโลหิต	ความดันบน (มม.ปรอท)	ความดันล่าง (มม.ปรอท)
ความดันปกติ	< 130	และ < 85
ความดันก้ำกึ่ง	130-139	หรือ 85-89
ความดันสูง สูงเล็กน้อย	140-159	หรือ 90-99
สูงปานกลาง	160-179	หรือ 100-109
สูงมาก	≥ 180	หรือ ≥ 110



-9-

สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง แบ่งตามสาเหตุการเกิดได้

2 ประเภท

1. ประเภทที่ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด

● พบบ่อยประมาณ 90% ของโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยที่มีอิทธิพล ได้แก่

พันธุกรรม (รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่เหมือนกัน)

- ความอ้วน
- อาหารและแร่ธาตุ (โดยเฉพาะเกลือ)
- ภาวะทางจิตใจ
- อายุและเพศ พบว่าความดันบนจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ
- ตามอายุ



-11-

อาการของโรคความดันโลหิตสูง

1. อาการจากภาวะความดันโลหิตสูง

- ❖ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีอาการ โดยเฉพาะในผู้ที่ เป็นมานานจะมีอาการน้อยกว่าผู้ที่เพิ่งเริ่มเป็น
- ❖ สำหรับผู้ที่มีอาการ อาการที่พบบ่อย ได้แก่ปวด ศรษะ (มักปวดบริเวณท้ายทอย, ช่วงเช้า) อาจ มีอาการคลื่นไส้ หรือตามัวร่วมด้วย, เวียนศีรษะ, เหนื่อยง่าย
- 2. อาการจากภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการเจ็บหน้าอก, อัมพาต

อาการแทรกซ้อนที่ต้องรีบไปพบแพทย์

- ⊗ ปวดศีรษะรุนแรง, ขาแขนขาครึ่งซีก (อาการเส้นเลือดสมองอุดตัน)
- ⊗ เจ็บหน้าอกด้านซ้ายอย่างรุนแรง (อาการเส้นเลือดหัวใจตีบ)
- ⊗ บวม, ปัสสาวะไม่ออก (อาการไตวาย)
- ⊗ หายใจติดขัด
- ⊗ ไอเรื้อรัง

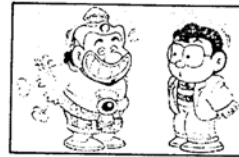
-10-

2. ประเภทที่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด

● พบน้อยประมาณ 10% ของโรคความดันโลหิตสูง

สาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่

- ✦ โรคไต
- ✦ โรคต่อมหมวกไต
- ✦ โรคหลอดเลือดเออร์ตาตีบ
- ✦ ความดันสูงในหญิงตั้งครรภ์
- ✦ จากการได้รับยาและสารบางอย่าง ได้แก่ สเตียรอยด์, ยาคุมกำเนิด, ยาหลอดเลือด



-12-

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

ภาวะที่มีความดันโลหิตสูงจะเกิดอันตรายต่อระบบหัวใจ และหลอดเลือด ทำให้เกิดการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่าง ๆ ได้แก่

1. หลอดเลือดในสมองแตก, ตีบตัน ทำให้สมองขาดเลือดเกิดอัมพาตสมอง
2. หลอดเลือดในหัวใจตีบ, กล้ามเนื้อหัวใจหนาตัว ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด, กล้ามเนื้อหัวใจตาย, ภาวะหัวใจล้มเหลว, หัวใจเต้นผิดปกติ
3. หลอดเลือดไปเลี้ยงไตตีบตัน ทำให้เกิดภาวะไตเสื่อม, ภาวะไตวาย
4. หลอดเลือดไปเลี้ยงตาตีบ, อักเสบ ทำให้เกิดการอักเสบนัยน์ตาและทำลายจอประสาทตา ทำให้การมองเห็นไปจนอาจจะตาบอดได้
5. หลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน ทำให้เส้นเลือดแดง อักเสบ

-13-

วัตถุประสงค์ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

1. เพื่อลดอัตราการตายจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด, ภาวะหัวใจล้ม
2. เพื่อลดอัตราการเสื่อม, พิการของอวัยวะต่าง ๆ ได้แก่ สมอง, หัวใจ, ไต, ตา, หลอดเลือดส่วนปลาย

เป้าหมายในการรักษา

เพื่อลดความดันในหลอดเลือดแดงให้ต่ำกว่าระดับที่ทำให้เกิดอันตรายต่อเส้นเลือดและหัวใจนั้นคือ ให้ความดันน้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท โดยที่ผู้ป่วยไม่เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ถ้าไม่สามารถทำได้ต้องพยายามลดความดันลงให้ต่ำที่สุด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน

แนวทางในการรักษา

- 1 การรักษาแบบไม่ใช้ยา
- 2 การรักษาโดยใช้ยาลดความดัน
- 3 ลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด

-15-

**ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ
ที่มีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด**

- บุหรี่
- อาหารที่มีไขมันอิ่มตัวหรือมีคอเลสเตอรอลสูงระดับไขมันต่าง ๆ ในเลือดที่ผิดปกติ
- โรคบางอย่าง ๆ ได้แก่ เบาหวาน, ไตวาย, เก๊าท์
- เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน
- ขาบางอย่าง ได้แก่ ขาคู่กล้ามเนื้อ, สเตียรอยด์



-14-

การรักษาแบบไม่ใช้ยา

- การลดและควบคุมน้ำหนัก
- บริโภคเกลือโซเดียมไม่เกิน 2 กรัม/วัน (เกลือแกงที่บริโภค 1 ช้อนชาจะมีโซเดียม 2.3 กรัม)
- การลดปริมาณเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่เกินวันละ 1 ออนซ์ (30 ซีซี)
- การออกกำลังกาย (โดยเฉพาะการออกกำลังกายแบบแอโรบิก) อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ได้แก่ เดินเร็ว, ขี่จักรยาน, ว่ายน้ำ ออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30-45 นาที อาทิตย์ละ 4-5 วัน
- ลดภาวะตึงเครียด
- รับประทานอาหารที่มีโปรตีนที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
- รับประทานอาหารที่มีปริมาณแคลเซียมและแมกนีเซียมที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

-16-

ข้อแนะนำสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

1. รับการรักษาจากแพทย์อย่างต่อเนื่องและไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง
2. กินยาสม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง ไม่ลด-เพิ่ม หรือหยุดยาเอง
3. การเลือกรับประทานอาหาร , เครื่องดื่ม
 - 3.1 งดความเค็ม ได้แก่ ของเค็ม เช่น ปลาเค็ม ของหมักดอง เช่น มะนาวดอง ของแห้ง เช่น กุ้งแห้ง
 - 3.2 ลดอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง ได้แก่ ไขมันสัตว์ทุกชนิด เลือกใช้น้ำมันที่ไม่อิ่มตัวจากพืชแทน
 - 3.3 ลดอาหารที่รสหวานจัดเพราะเปลี่ยนเป็น ไขมันไตรกลีเซอไรด์
 - 3.4 ลดอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง ได้แก่ ไข่แดง
 - 3.5 งดบุหรี่, เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์, เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน
4. ออกกำลังกายเป็นประจำ
5. หลีกเลี่ยงที่ทำให้หงุดหงิด โมโห ตื่นเต้นหรือเครียด ควรใช้เวลาพักผ่อนหรือทำกิจกรรมที่สนใจ
6. ถ้ามีอาการผิดปกติควรกลับไปพบแพทย์ที่รักษาโดยเร็ว

ภาคผนวก จ

บัตรนัดและติดตามผู้ป่วยคลินิกโรคความดันโลหิตสูง

แบบที่ 1 สำหรับติดที่มุมล่างซ้ายของสมุดประวัติและสมุดคู่มือ โรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย

วัน เดือน ปี	เวลา	เวลากลับ	ผู้นัด

(ขนาด 4 x 6 เซนติเมตร)

แบบที่ 2 บัตรนัดในครั้งที่ 3 สำหรับติดที่หน้าสมุดคู่มือ โรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย

เรียน.....

คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพัทลุง ขอให้ท่านมารับยาโรคความดันโลหิตสูงตามทีนัดไว้ในวันที่

หากท่านไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้ตามที่นัดไว้

ขอให้ท่านมาในวันพุธ หรือ วันศุกร์ ในเวลาระหว่าง 12.00 - 15.00 น. ของสัปดาห์ก่อนยาหมด

และนำยาที่เหลือทั้งหมดมาด้วยทุกครั้ง

ขอแสดงความนับถือ

(ขนาด 10 x 11 เซนติเมตร)

แบบที่ 3 บัตรติดตามผู้ป่วยทางไปรษณีย์

เรียน.....

เรื่อง ขอความร่วมมือในการมาโรงพยาบาลตามนัด

คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพัทลุง ขอให้ท่านมารับยาโรคความดันโลหิตสูง ตามที่นัดไว้ในวันที่ระหว่างเวลา 12.30 – 15.00 น. หรือมาในวันที่.....และกรุณานำยาที่เหลือทั้งหมดมาด้วย

ขอแสดงความนับถือ

ภาคผนวก จ

แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

แบบสอบถามนี้จัดทำขึ้นเพื่อประเมินปัญหาสุขภาพกายและจิตใจที่มีผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของท่าน ข้อมูลที่ได้นี้จะนำไปใช้เพื่อการวิจัยและพัฒนาการบริการของโรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้ผู้มารับบริการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ขอให้ท่านทำเครื่องหมายถูก ✓ ในช่อง ของคำตอบที่ตรงตามความเป็นจริงมากที่สุดในการตอบคำถามแต่ละข้อ ดังนี้

1. โดยทั่วไปท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร

- (1) ดีเลิศ
 (2) ดีมาก
 (3) ดี
 (4) พอใช้
 (5) ไม่ดี

2. สุขภาพของท่านเมื่อเทียบกับปีที่แล้ว

- (1) ดีกว่าปีที่แล้วมาก
 (2) ค่อนข้างดีกว่าปีที่แล้ว
 (3) เหมือนกับปีที่แล้ว
 (4) ค่อนข้างแย่กว่าปีที่แล้ว
 (5) แย่กว่าปีที่แล้ว

3. สุขภาพทำให้ท่านมีปัญหาในการกิจกรรมต่อไปนี้หรือไม่ มากน้อยแค่ไหน

- | | (1) | (2) | (3) |
|---|--------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| 3.1 สุขภาพทำให้ท่านมีปัญหาในการกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมาก | <input type="checkbox"/> มีมาก | <input type="checkbox"/> มีเล็กน้อย | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| 3.2 สุขภาพทำให้ท่านมีปัญหาในการกิจกรรมที่ต้องใช้แรงปานกลาง | <input type="checkbox"/> มีมาก | <input type="checkbox"/> มีเล็กน้อย | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| 3.3 สุขภาพทำให้ท่านมีปัญหาในการเดิน ยก หรือหิ้วของชำเต็มสองมือ | <input type="checkbox"/> มีมาก | <input type="checkbox"/> มีเล็กน้อย | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| 3.4 สุขภาพทำให้ท่านมีปัญหาในการเดินขึ้นบันไดหลายชั้นติดต่อกัน | <input type="checkbox"/> มีมาก | <input type="checkbox"/> มีเล็กน้อย | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| 3.5 สุขภาพทำให้ท่านมีปัญหาในการเดินขึ้นบันไดหนึ่งชั้น | <input type="checkbox"/> มีมาก | <input type="checkbox"/> มีเล็กน้อย | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| 3.6 สุขภาพทำให้ท่านมีปัญหาในการงอเข่า ก้มเข่า โกงโค้ง/น้อมตัวลง | <input type="checkbox"/> มีมาก | <input type="checkbox"/> มีเล็กน้อย | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| 3.7 สุขภาพทำให้ท่านมีปัญหาในการเดินมากกว่าหนึ่งกิโลเมตร | <input type="checkbox"/> มีมาก | <input type="checkbox"/> มีเล็กน้อย | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| 3.8 สุขภาพทำให้ท่านมีปัญหาในการเดินประมาณครึ่งกิโลเมตร | <input type="checkbox"/> มีมาก | <input type="checkbox"/> มีเล็กน้อย | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| 3.9 สุขภาพทำให้ท่านมีปัญหาในการเดินประมาณหนึ่งร้อยเมตร | <input type="checkbox"/> มีมาก | <input type="checkbox"/> มีเล็กน้อย | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| 3.10 สุขภาพทำให้ท่านมีปัญหาในการอาบน้ำ แต่งตัว | <input type="checkbox"/> มีมาก | <input type="checkbox"/> มีเล็กน้อย | <input type="checkbox"/> ไม่มี |

4. สุขภาพกายทำให้มีปัญหาเวลาทำงานหรือกิจกรรมประจำวัน ดังต่อไปนี้ใช่หรือไม่
- | | (1) | (2) |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
| 4.1 สุขภาพกายทำให้ท่านทำงานหรือทำกิจกรรมต่างๆได้ไม่นานเท่าเดิม | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| 4.2 สุขภาพกายทำให้ท่านทำงานได้น้อยกว่าที่ต้องการ | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| 4.3 สุขภาพกายทำให้ท่านไม่สามารถทำงานหรือกิจกรรมบางอย่างได้ | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| 4.4 สุขภาพกายทำให้ท่านมีความยากลำบากในการทำงานหรือกิจกรรม | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
5. อารมณ์ของท่านทำให้ท่านมีปัญหาในการทำงานดังต่อไปนี้ใช่หรือไม่
- | | (1) | (2) |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
| 5.1 อารมณ์ของท่านทำให้ท่านทำงานได้ไม่นานเท่าเดิม | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| 5.2 อารมณ์ของท่านทำให้ท่านทำงานได้น้อยกว่าที่ต้องการ | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| 5.3 อารมณ์ของท่านทำให้ท่านมีความระมัดระวังในการทำงานน้อยกว่าเดิม | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
6. สุขภาพทางร่างกายหรืออารมณ์มีผลกระทบต่อการทำงานทางสังคมของท่านหรือไม่
- (1) ไม่มีผล
- (2) มีผลเล็กน้อย
- (3) มีผลปานกลาง
- (4) มีผลค่อนข้างมาก
- (5) มีผลมากที่สุด
7. ท่านมีอาการปวดเมื่อยร่างกายหรือไม่
- (1) ไม่มีอาการปวดเมื่อย
- (2) มีปวดเมื่อย เล็กน้อยมาก
- (3) มีปวดเมื่อย เล็กน้อย
- (4) มีปวดเมื่อย ปานกลาง
- (5) มีปวดเมื่อย รุนแรง
- (6) มีปวดเมื่อย รุนแรงมาก
8. อาการปวดเมื่อยร่างกายมีผลกระทบต่อการทำงานของท่านหรือไม่
- (1) ไม่มีผล
- (2) มีผลเล็กน้อย
- (3) มีผลปานกลาง
- (4) มีผลค่อนข้างมาก
- (5) มีผลมากที่สุด

9. ท่านเคยมีความรู้สึกต่อไปนี้บ่อยแค่ไหน

- | | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
|--|-------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| 9.1 ท่านรู้สึกมีชีวิตชีวา กระปรี้กระเปร่า | <input type="checkbox"/> ตลอด | <input type="checkbox"/> เกือบตลอด | <input type="checkbox"/> บ่อยๆ | <input type="checkbox"/> บางครั้ง | <input type="checkbox"/> นานๆ | <input type="checkbox"/> ไม่มีเลย |
| 9.2 ท่านรู้สึกวิตกกังวล | <input type="checkbox"/> ตลอด | <input type="checkbox"/> เกือบตลอด | <input type="checkbox"/> บ่อยๆ | <input type="checkbox"/> บางครั้ง | <input type="checkbox"/> นานๆ | <input type="checkbox"/> ไม่มีเลย |
| 9.3 ท่านรู้สึกหดหู่ซึมมากจนไม่มีอะไรทำให้ท่านรู้สึกดีขึ้นได้ | <input type="checkbox"/> ตลอด | <input type="checkbox"/> เกือบตลอด | <input type="checkbox"/> บ่อยๆ | <input type="checkbox"/> บางครั้ง | <input type="checkbox"/> นานๆ | <input type="checkbox"/> ไม่มีเลย |
| 9.4 ท่านรู้สึกอารมณ์เย็นและสงบ | <input type="checkbox"/> ตลอด | <input type="checkbox"/> เกือบตลอด | <input type="checkbox"/> บ่อยๆ | <input type="checkbox"/> บางครั้ง | <input type="checkbox"/> นานๆ | <input type="checkbox"/> ไม่มีเลย |
| 9.5 ท่านรู้สึกมีพลังกำลังมาก | <input type="checkbox"/> ตลอด | <input type="checkbox"/> เกือบตลอด | <input type="checkbox"/> บ่อยๆ | <input type="checkbox"/> บางครั้ง | <input type="checkbox"/> นานๆ | <input type="checkbox"/> ไม่มีเลย |
| 9.6 ท่านรู้สึกท้อแท้และหดหู่ใจ | <input type="checkbox"/> ตลอด | <input type="checkbox"/> เกือบตลอด | <input type="checkbox"/> บ่อยๆ | <input type="checkbox"/> บางครั้ง | <input type="checkbox"/> นานๆ | <input type="checkbox"/> ไม่มีเลย |
| 9.7 ท่านรู้สึกหมดเรี่ยวแรง | <input type="checkbox"/> ตลอด | <input type="checkbox"/> เกือบตลอด | <input type="checkbox"/> บ่อยๆ | <input type="checkbox"/> บางครั้ง | <input type="checkbox"/> นานๆ | <input type="checkbox"/> ไม่มีเลย |
| 9.8 ท่านรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่มีความสุข | <input type="checkbox"/> ตลอด | <input type="checkbox"/> เกือบตลอด | <input type="checkbox"/> บ่อยๆ | <input type="checkbox"/> บางครั้ง | <input type="checkbox"/> นานๆ | <input type="checkbox"/> ไม่มีเลย |
| 9.9 ท่านรู้สึกเหนื่อยล้า | <input type="checkbox"/> ตลอด | <input type="checkbox"/> เกือบตลอด | <input type="checkbox"/> บ่อยๆ | <input type="checkbox"/> บางครั้ง | <input type="checkbox"/> นานๆ | <input type="checkbox"/> ไม่มีเลย |

10. สุขภาพทางร่างกายหรืออารมณ์มีผลกระทบต่อการทำกิจกรรมทางสังคมของท่านบ่อยแค่ไหน

- (1) ตลอดเวลา
- (2) เกือบตลอดเวลา
- (3) บางครั้ง
- (4) นานๆครั้ง
- (5) ไม่มีเลย

11. ข้อความต่อไปนี้ เป็นจริงสำหรับท่านหรือไม่

- | | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
|---|--|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|--|
| 11.1 ท่านไม่สบายง่ายกว่าคนอื่นฯ | <input type="checkbox"/> จริงแท้แน่นอน | <input type="checkbox"/> จริง | <input type="checkbox"/> ไม่รู้ | <input type="checkbox"/> ไม่ค่อยจริง | <input type="checkbox"/> ไม่จริงแน่นอน |
| 11.2 ท่านมีสุขภาพดีเหมือนกับเพื่อนๆ | <input type="checkbox"/> จริงแท้แน่นอน | <input type="checkbox"/> จริง | <input type="checkbox"/> ไม่รู้ | <input type="checkbox"/> ไม่ค่อยจริง | <input type="checkbox"/> ไม่จริงแน่นอน |
| 11.3 ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านจะแย่ลง | <input type="checkbox"/> จริงแท้แน่นอน | <input type="checkbox"/> จริง | <input type="checkbox"/> ไม่รู้ | <input type="checkbox"/> ไม่ค่อยจริง | <input type="checkbox"/> ไม่จริงแน่นอน |
| 11.4 ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านสมบูรณ์ดีเลิศ | <input type="checkbox"/> จริงแท้แน่นอน | <input type="checkbox"/> จริง | <input type="checkbox"/> ไม่รู้ | <input type="checkbox"/> ไม่ค่อยจริง | <input type="checkbox"/> ไม่จริงแน่นอน |

ขอให้ท่านมีความสุขในชีวิตที่ดี
.....ด้วยรักและห่วงใย.....

กลุ่ม.....เลขที่.....
สำหรับเจ้าหน้าที่

ภาคผนวก ข

แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการของคลินิกโรคความดันโลหิตสูง

(สำหรับก่อนการวิจัยของผู้ป่วยทุกคนและหลังการวิจัยของผู้ป่วยกลุ่มควบคุม)

แบบสอบถามนี้จัดทำขึ้นเพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการของคลินิกโรคความดันโลหิตสูง จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวิจัยและพัฒนาการบริการของห้องจ่ายยาและโรงพยาบาลในโอกาสต่อไป

คำชี้แจง : ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ใน ที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดในการตอบต่อไปนี้

ก. ท่านพอใจ ต่อการบริการของคลินิกโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับ ในประเด็นต่อไปนี้หรือไม่

	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1. ความสะดวกรวดเร็วของขั้นตอนการเข้ารับบริการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. การให้คำปรึกษาแนะนำความรู้เกี่ยวกับการรักษาและการใช้ยาของเภสัชกร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. การช่วยท่านดูแลรักษาโรคของเภสัชกร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ความสุภาพ กระตือรือร้น และเป็นมิตร ของบุคลากร					
4.1 แพทย์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 พยาบาล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 เภสัชกร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 เจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. คุณภาพและความถูกต้องของการจ่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. โดยภาพรวมท่านพอใจกับการบริการที่ได้รับในขณะนี้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ข. ท่านคิดว่าการบริการของคลินิกโรคความดันโลหิตสูงที่ท่านได้รับในขณะนี้ควรปรับปรุงหรือไม่อย่างไร

	ไม่ต้องปรับปรุง	ต้องปรับปรุง / ข้อเสนอแนะ
1. ความสะดวกรวดเร็วของการจ่ายยา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. คุณภาพและความถูกต้องของการจ่ายยา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. การให้คำปรึกษาแนะนำความรู้เกี่ยวกับการรักษาและการใช้ยาของเภสัชกร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. การช่วยท่านดูแลรักษาโรคของเภสัชกร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ความสุภาพ กระตือรือร้น และเป็นมิตร ของบุคลากร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. อื่นๆ ระบุ.....	

กลุ่ม.....เลขที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการของคลินิกโรคความดันโลหิตสูง

(สำหรับหลังการวิจัยของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง)

แบบสอบถามนี้จัดทำขึ้นเพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการของคลินิกโรคความดันโลหิตสูง จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวิจัยและพัฒนาการบริการของห้องจ่ายยาและโรงพยาบาลในโอกาสต่อไป

คำชี้แจง : ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ใน □ ที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ในคำถามต่อไปนี้

ก. ท่านพอใจ ต่อการบริการของคลินิกโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับ ในประเด็นต่อไปนี้หรือไม่

	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1. ความสะดวกรวดเร็วของขั้นตอนการเข้ารับบริการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. การให้คำปรึกษาแนะนำความรู้เกี่ยวกับการรักษา และการใช้ยาของเภสัชกร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. การช่วยท่านดูแลรักษาโรคของเภสัชกร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ความสุภาพ กระตือรือร้น และเป็นมิตร ของบุคลากร					
4.1 แพทย์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 พยาบาล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 เภสัชกร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4 เจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. คุณภาพและความถูกต้องของการจ่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. โดยภาพรวมท่านพอใจกับการบริการที่ได้รับในขณะนี้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ถ้าต่อไปเภสัชกรยังคงให้บริการคลินิกกับยาต่อเนื่อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ข. ท่านคิดว่าการบริการของคลินิกโรคความดันโลหิตสูงที่ท่านได้รับในขณะนี้ควรปรับปรุงหรือไม่อย่างไร

	ไม่ต้องปรับปรุง	ต้องปรับปรุง / ข้อเสนอแนะ
1. ความสะดวกรวดเร็วของการจ่ายยา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. คุณภาพและความถูกต้องของการจ่ายยา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. การให้คำปรึกษาแนะนำความรู้เกี่ยวกับการรักษาและการใช้ยาของเภสัชกร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. การช่วยท่านดูแลรักษาโรคของเภสัชกร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ความสุภาพ กระตือรือร้น และเป็นมิตร ของบุคลากร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. อื่นๆ ระบุ.....		

กลุ่ม.....เลขที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

ภาคผนวก ข

แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรต่อการบริการของห้องจ่ายยาคลินิกโรคความดันโลหิตสูง
(ก่อนการวิจัย)

แบบสอบถามนี้จัดทำขึ้นเพื่อประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อการบริการของห้องจ่ายยาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวิจัยและพัฒนาการบริการของห้องจ่ายยาและโรงพยาบาลในโอกาสต่อไป

คำชี้แจง : ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ใน ที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดในการตอบคำถามต่อไปนี้

ท่านคือ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร

ก. ท่านมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานของเภสัชกรคลินิกโรคความดันโลหิตสูงในขณะนี้ อย่างไร

	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1. ผลการปฏิบัติงานของเภสัชกรในขณะนี้ต่อ					
1.1 เวลาในการปฏิบัติงานโดยรวม ของท่าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 เวลาในการดูแลผู้ป่วย / คน ของท่าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 จำนวนผู้ป่วย ที่ท่านต้องรับผิดชอบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 ความสะดวกในการปฏิบัติงาน ของท่าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ความรู้ความสามารถของเภสัชกรในการช่วยท่านดูแลผู้ป่วย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. โดยภาพรวมท่านพอใจกับการปฏิบัติงานของเภสัชกร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ถ้าเภสัชกรบริการให้บริการคลินิกรับยาต่อเนื่อง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

แบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรต่อการบริการของห้องจ่ายยาคลินิกโรคความดันโลหิตสูง
(หลังการวิจัย)

แบบสอบถามนี้จัดทำขึ้นเพื่อประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อการบริการของห้องจ่ายยาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวิจัยและพัฒนาการบริการของห้องจ่ายยาและโรงพยาบาลในโอกาสต่อไป

คำชี้แจง : ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ใน ที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดในการตอบคำถามต่อไปนี้

ท่านคือ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร

ก. ท่านมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานของเภสัชกรคลินิกรับยาต่อเนื่องโรคความดันโลหิตสูงในขณะนี้อย่างไร

	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1. ผลการปฏิบัติงานของเภสัชกรในขณะนี้ต่อ					
1.1 เวลาในการปฏิบัติงานโดยรวม ของท่าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 เวลาในการดูแลผู้ป่วย / คน ของท่าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 จำนวนผู้ป่วย ที่ท่านต้องรับผิดชอบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 ความสะดวกในการปฏิบัติงานของท่าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ความรู้ความสามารถของเภสัชกรในการช่วยท่านดูแลผู้ป่วย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. โดยภาพรวมท่านพอใจกับการปฏิบัติงานของเภสัชกร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ถ้าเภสัชกรบริการให้บริการคลินิกรับยาต่อเนื่องต่อไป	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ถ้าเภสัชกรบริการให้บริการคลินิกรับยาต่อเนื่อง ในโรคเรื้อรังอื่นๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ท่านต้องการให้เภสัชกรให้บริการคลินิกรับยาต่อเนื่องโรคเรื้อรังอะไรบ้าง					
<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/> โรคไขมันในเลือดสูง			
<input type="checkbox"/> โรคที่ใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด	<input type="checkbox"/> โรคจิตประสาท	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....			

ข. ท่านพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานของเภสัชกรในคลินิกรับยาต่อเนื่องหรือไม่ อย่างไร (สัมภาษณ์)

.....
.....

ภาคผนวก ฅ

ตารางแสดงความเที่ยงของแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ณ โรงพยาบาลพหลุณ

คุณภาพชีวิตด้านต่างๆ	ความเที่ยง (Cronbach alpha)
ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย	0.8592
ด้านการทำกิจกรรมที่ถูกจำกัดเพราะปัญหาทางกายภาพของร่างกาย	0.8219
ด้านการทำกิจกรรมที่ถูกจำกัดเพราะปัญหาทางอารมณ์	0.8921
ด้านพลังงานและความเหนื่อยล้า	0.7359
ด้านความรู้สึกรู้สึกต่อความเป็นอยู่ (สุขภาพจิต โดยทั่วไป)	0.7302
ด้านบทบาททางสังคม	0.6783
ด้านความเจ็บปวดของร่างกาย	0.8266
ด้านสุขภาพทั่วไป	0.6832

ภาคผนวก ญ

ตารางแสดงรูปแบบการใช้ยาลดความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างก่อนการวิจัย

รูปแบบการใช้ยาลดความดันโลหิตสูง	จำนวนผู้ป่วย (คน)	
	กลุ่มทดลอง (N = 55)	กลุ่มควบคุม (N = 54)
Atenolol 50 mg OD	2	2
Atenolol 100 mg OD	1	3
Enalapril 5 mg OD	1	1
Enalapril 10 mg OD	1	0
Enalapril 20 mg OD	1	1
Felodipine 5 mg OD	3	2
Hydrochlorothiazide 25 mg OD	3	1
Hydrochlorothiazide 50 mg OD	2	1
Moduretic 25 mg ¹ OD	5	8
Moduretic 50 mg ² OD	3	5
Atenolol 50 mg OD + Felodipine 5 mg OD	1	1
Atenolol 50 mg OD + Nifedipine 5 mg OD	1	0
Enalapril 20 mg OD + Felodipine 5 mg OD	1	0
Hydrochlorothiazide 25 mg OD + Atenolol 50 mg OD	1	2
Hydrochlorothiazide 25 mg OD + Enalapril 10 mg OD	1	1
Hydrochlorothiazide 25 mg OD + Enalapril 20 mg OD	2	4
Hydrochlorothiazide 25 mg OD + Propranolol 10 mg BID	1	0
Hydrochlorothiazide 25 mg OD + Propranolol 40 mg BID	1	1
Hydrochlorothiazide 50 mg OD + Enalapril 10 mg OD	1	1
Hydrochlorothiazide 50 mg OD + Enalapril 20 mg OD	1	1
Moduretic 25 mg ¹ OD + Atenolol 50 mg OD	5	3
Moduretic 25 mg ¹ OD + Atenolol 100 mg OD	1	0

ตารางที่ 5 (ต่อ)

รูปแบบการใช้ยาลดความดันโลหิตสูง	จำนวนผู้ป่วย (คน)	
	กลุ่มทดลอง (N = 55)	กลุ่มควบคุม (N = 54)
Moduretic 25 mg ¹ OD + Propranolol 10 mg BID	0	1
Moduretic 25 mg ¹ OD + Propranolol 40 mg BID	0	1
Moduretic 50 mg ² OD + Atenolol 50 mg OD	8	10
Moduretic 50 mg ² OD + Atenolol 100 mg OD	3	1
Moduretic 50 mg OD + Enalapril 20 mg OD	0	1
Moduretic 50 mg ² OD + Felodipine 5 mg OD	0	1
Moduretic 50 mg ² OD + Propranolol 10 mg BID	2	0
Moduretic 50 mg ² OD + Propranolol 20 mg BID	1	1
Moduretic 50 mg ² OD + Propranolol 40 mg BID	1	1
Hydrochlorothiazide 25 mg OD + Atenolol 100 mg OD + Felodipine 5 mg OD	2	0

¹Hydrochlorothiazide 25 mg + Amiloride HCl 2.5 mg,

²Hydrochlorothiazide 50 mg + Amiloride HCl 5 mg

ภาคผนวก ก

ใบเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัยและใบสมัครใจ

ใบเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย

เรื่อง : ผลของการให้บริการคลินิกรับยาต่อเนื่อง โดยเภสัชกรต่อคุณภาพการรักษายาป่วยโรคความดันโลหิตสูง
เรียน ท่านผู้อ่านที่นับถือ

พวกเราคณะผู้วิจัยใคร่ขอเล่าถึง โครงการวิจัยที่กำลังทำอยู่ และขอเชิญชวนท่านเข้าร่วม โครงการวิจัยนี้ เป็นที่ทราบกันดีว่าขณะนี้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนมากขึ้น และบุคลากรการแพทย์ยังมีจำนวนจำกัด ทำให้การดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแต่ละวันไม่เต็มที่และทั่วถึง เพราะแพทย์ต้องพบผู้ป่วยทุกคนในเวลาที่มีอยู่อย่างจำกัด และเนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการส่วนหนึ่งสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในช่วงที่เหมาะสมได้แล้วด้วยการใช้ยาลดความดันโลหิตสูงรูปแบบเดิม ซึ่งการมาโรงพยาบาลทุกครั้งของผู้ป่วยดังกล่าวจะมารับยาเดิมเพียงอย่างเดียว

ดังนั้นเพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการมารับบริการแต่ละครั้งของผู้ป่วยที่มารับยาเดิมเพียงอย่างเดียว ฝ่ายเภสัชกรรมจึงได้คิดระบบการให้บริการ “คลินิกรับยาต่อเนื่อง” ซึ่งเป็นการให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่มารับยาเดิมเพียงอย่างเดียว โดยผู้ป่วยจะมารับยาเดิมที่ห้องจ่ายยาและพบเภสัชกรเพื่อติดตามผลการรักษาโดยไม่ต้องรอพบแพทย์ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาการรักษาโรคที่เป็นอยู่ หรือมีโรคใหม่เกิดขึ้น หรือผู้ป่วยต้องการพบแพทย์ เภสัชกรจะส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อให้แพทย์วินิจฉัยและเปลี่ยนแปลงการรักษาต่อไป

จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าคลินิกรับยาต่อเนื่องช่วยลดเวลาในการเข้ารับบริการของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยบางส่วนไม่ต้องรอพบแพทย์ ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่ต้องพบแพทย์ลดลง และยังทำให้แพทย์มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในการรักษาโรคได้เต็มที่และทั่วถึงมากขึ้น ในขณะที่คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยของเภสัชกรในคลินิกรับยาต่อเนื่องไม่แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยของแพทย์

ถ้าท่านตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ จะมีขั้นตอนการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับท่าน คือ ท่านจะได้ทำแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับและแบบสอบถามคุณภาพชีวิต และท่านจะถูกสุ่มให้เข้ารับบริการอย่างใดอย่างหนึ่ง คือเข้ารับบริการแบบเดิมที่พบแพทย์ทุกครั้งที่มีมารับบริการ หรือเข้ารับบริการแบบใหม่ในคลินิกรับยาต่อเนื่องที่ท่านสามารถรับยากับเภสัชกรได้เลยโดยไม่ต้องรอพบแพทย์ เว้นแต่กรณีท่านมีปัญหาในการรักษาที่เภสัชกรพิจารณาแล้วว่าจะต้องได้รับการตรวจเพิ่มเติมจากแพทย์ หรือท่านต้องการพบแพทย์ เภสัชกรก็จะส่งท่านไปพบแพทย์ทันที โดยทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการบริการแบบเดียวกันติดต่อกัน 3 ครั้ง ในระยะเวลา 6 เดือน และเมื่อการวิจัยได้ผลเป็นที่พอใจตามเกณฑ์ที่โรงพยาบาลกำหนด และท่านพึงพอใจที่จะรับบริการจากคลินิกรับยาต่อเนื่อง ฝ่ายเภสัชกรรมก็จะเปิดให้บริการคลินิกรับยาต่อเนื่อง ต่อไป

ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ ท่านจะยังคงได้รับการรักษาที่ดีเช่นเดียวกับผู้ป่วยคนอื่นๆ และถ้าท่านต้องการที่จะถอนตัวออกจากการศึกษานี้เมื่อใด ท่านก็สามารถทำได้โดยอิสระ

ถ้าท่านมีคำถามใดๆ ก่อนที่จะตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ โปรดซักถามคณะผู้วิจัยได้อย่างเต็มที่จากห้องจ่ายยาคลินิกโรคความดันโลหิตสูง หมายเลขโทรศัพท์ 074-613008 ต่อ 1224

ขอขอบคุณอย่างสูง

ลงชื่อ.....

คณะผู้วิจัย

ใบสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เรื่อง : ผลของการให้บริการคลินิกปรึกษาต่อเนื่องโดยเภสัชกรต่อคุณภาพการรักษายาวโรคความดันโลหิตสูง

วันที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....นามสกุล.....

ขอลงนามในใบสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ โดยก่อนที่ข้าพเจ้าลงนามในใบสมัครใจให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ผลที่คาดหวังจากการวิจัย และมีความเข้าใจดีแล้วว่า เมื่อข้าพเจ้าสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ข้าพเจ้าจะได้ทำแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการของห้องจ่ายยาคลินิกโรคความดันโลหิตสูงและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการวิจัย และในการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าจะถูกสุ่มให้เข้ารับบริการอย่างใดอย่างหนึ่ง คือเข้ารับบริการแบบเดิมที่พบแพทย์ทุกครั้งที่มาใช้บริการหรือเข้ารับบริการแบบใหม่ในคลินิกปรึกษาต่อเนื่องที่ข้าพเจ้าสามารถมารับยากับเภสัชกรได้เลยโดยไม่ต้องรอพบแพทย์ในกรณีที่มารับยาเดิมเพียงอย่างเดียว โดยเภสัชกรจะดูแลข้าพเจ้าแทนแพทย์ เว้นแต่กรณีข้าพเจ้ามีปัญหาในการรักษาที่เภสัชกรพิจารณาแล้วว่าจะต้องได้รับการตรวจเพิ่มเติมจากแพทย์ หรือข้าพเจ้าต้องการพบแพทย์ เภสัชกรก็จะส่งข้าพเจ้าไปพบแพทย์ทันทีเพื่อเข้ารับการตรวจต่อไป ผู้วิจัยได้อธิบายว่าข้าพเจ้าจะได้รับการบริการแบบเดียวติดต่อกัน 3 ครั้ง ในระยะเวลา 6 เดือน จนเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยข้าพเจ้าจะเป็นผู้ตัดสินใจว่าจะเข้ารับบริการแบบใดต่อไป และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ และผู้วิจัยได้แจ้งให้ข้าพเจ้าทราบว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์บอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยการบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จะไม่ผลใดๆ ต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไป และหากข้าพเจ้าไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยก็จะยังได้รับการรักษาที่เดิมเช่นเดิม

และผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย และผู้วิจัยรับรองว่าจะดำเนินการด้วยความระมัดระวังอย่างดีที่สุด

ลงนาม.....(ผู้สมัครใจ)

(.....)

ลงนาม.....(พยาน)

(.....)

ลงนาม.....(แพทย์)

(.....)

ลงนาม.....(ผู้รับผิดชอบในการวิจัย)

(.....)

ภาคผนวก ก

ใบเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัยและใบสมัครใจ

ใบเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย

เรื่อง : ผลของการให้บริการคลินิกรับยาต่อเนื่องโดยเภสัชกรต่อคุณภาพการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เรียน ท่านผู้อ่านที่นับถือ

พวกเราคณะผู้วิจัยใคร่ขอเล่าถึงโครงการวิจัยที่กำลังทำอยู่ และขอเชิญชวนท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

เป็นที่ทราบกันดีว่าขณะนี้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนมากขึ้น และบุคลากรการแพทย์ยังมีจำนวนจำกัด ทำให้การดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแต่ละวันไม่เต็มที่และทั่วถึง เพราะแพทย์ต้องพบผู้ป่วยทุกคนในเวลาที่มืออยู่อย่างจำกัด และเนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการส่วนหนึ่งสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในช่วงที่เหมาะสมได้แล้ว ด้วยการใช้อาสาสมัครแบบเดิม ซึ่งการมาโรงพยาบาลทุกครั้งของผู้ป่วยดังกล่าวจะมารับยาเดิมเพียงอย่างเดียว

ดังนั้นเพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการมารับบริการแต่ละครั้งของผู้ป่วยที่มารับยาเดิมเพียงอย่างเดียว ฝ่ายเภสัชกรรมจึงได้คิดระบบการให้บริการ “คลินิกรับยาต่อเนื่อง” ซึ่งเป็นการให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่มารับยาเดิมเพียงอย่างเดียว โดยผู้ป่วยจะมารับยาเดิมที่ห้องจ่ายยาและพบเภสัชกรเพื่อติดตามผลการรักษาโดยไม่ต้องรอพบแพทย์ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาการรักษาโรคที่เป็นอยู่ หรือมีโรคใหม่เกิดขึ้น หรือผู้ป่วยต้องการพบแพทย์ เภสัชกรจะส่งผู้ป่วยไปพบแพทย์ เพื่อให้แพทย์วินิจฉัยและเปลี่ยนแปลงการรักษาต่อไป

จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าคลินิกรับยาต่อเนื่องช่วยลดเวลาในการเข้ารับบริการของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยบางส่วนไม่ต้องรอพบแพทย์ ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่ต้องพบแพทย์ลดลง และยังทำให้แพทย์มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในการรักษาโรคได้เต็มที่และทั่วถึงมากขึ้น ในขณะที่คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยของเภสัชกรในคลินิกรับยาต่อเนื่องไม่แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยของแพทย์

ถ้าท่านตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ จะมีขั้นตอนการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับท่าน คือ ท่านจะได้ทำแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับและแบบสอบถามคุณภาพชีวิต และท่านจะถูกสุ่มให้เข้ารับบริการอย่างใดอย่างหนึ่ง คือเข้ารับบริการแบบเดิมที่พบแพทย์ทุกครั้งที่มาใช้บริการ หรือเข้ารับบริการแบบใหม่ในคลินิกรับยาต่อเนื่องที่ท่านสามารถมารับยากับเภสัชกรได้เลยโดยไม่ต้องรอพบแพทย์ เว้นแต่กรณีท่านมีปัญหาในการรักษาที่เภสัชกรพิจารณาแล้วว่าจำเป็นต้องได้รับการตรวจเพิ่มเติมจากแพทย์ หรือท่านต้องการพบแพทย์ เภสัชกรก็จะส่งท่านไปพบแพทย์ทันที โดยทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการบริการแบบเดิมติดต่อกัน 3 ครั้ง ในระยะเวลา 6 เดือน และเมื่อการวิจัยได้ผลเป็นที่พอใจตามเกณฑ์ที่โรงพยาบาลกำหนด และท่านพึงพอใจที่จะรับบริการจากคลินิกรับยาต่อเนื่อง ฝ่ายเภสัชกรรมก็จะเปิดให้บริการคลินิกรับยาต่อเนื่องต่อไป

ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ ท่านจะยังคงได้รับการรักษาที่ดีเช่นเดียวกับผู้ป่วยคนอื่นๆ และถ้าท่านต้องการที่จะถอนตัวออกจากการศึกษานี้เมื่อใด ท่านก็สามารถทำได้โดยอิสระ

ถ้าท่านมีคำถามใดๆ ก่อนที่จะตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ โปรดซักถามคณะผู้วิจัยได้อย่างเต็มที่จากห้องจ่ายยาคลินิกโรคความดันโลหิตสูง หมายเลขโทรศัพท์ 074-613008 ต่อ 1224

ขอขอบคุณอย่างสูง

ลงชื่อ.....

คณะผู้วิจัย

ใบสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เรื่อง : ผลของการให้บริการคลินิกปรึกษาต่อเนื่องโดยเภสัชกรต่อคุณภาพการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

วันที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....นามสกุล.....

ขอลงนามในใบสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ โดยก่อนที่ข้าพเจ้าลงนามในใบสมัครใจให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ผลที่คาดหวังจากการวิจัย และมีความเข้าใจดีแล้วว่า เมื่อข้าพเจ้าสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ข้าพเจ้าจะได้ทำแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการของห้องจ่ายยาคลินิกโรคความดันโลหิตสูงและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการวิจัย และในการวิจัยนี้ข้าพเจ้าจะถูกสุ่มให้เข้ารับบริการอย่างใดอย่างหนึ่ง คือเข้ารับบริการแบบเดิมที่พบแพทย์ทุกครั้งที่มาใช้บริการ หรือเข้ารับบริการแบบใหม่ในคลินิกปรึกษาต่อเนื่องที่ข้าพเจ้าสามารถมารับยาที่เภสัชกรได้เลยโดยไม่ต้องรอพบแพทย์ในกรณีที่มาปรึกษาเดิมเพียงอย่างเดียว โดยเภสัชกรจะดูแลข้าพเจ้าแทนแพทย์ เว้นแต่กรณีข้าพเจ้ามีปัญหาในการรักษาที่เภสัชกรพิจารณาแล้วว่าจะต้องได้รับการตรวจเพิ่มเติมจากแพทย์ หรือข้าพเจ้าต้องการพบแพทย์ เภสัชกรก็จะส่งข้าพเจ้าไปพบแพทย์ทันทีเพื่อเข้ารับการรักษาต่อไป ผู้วิจัยได้อธิบายว่าข้าพเจ้าจะได้รับการบริการแบบเดียวกันติดต่อกัน 3 ครั้ง ในระยะเวลา 6 เดือน จนเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยข้าพเจ้าจะเป็นผู้ตัดสินใจว่าจะเข้ารับบริการแบบใดต่อไป และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ และผู้วิจัยได้แจ้งให้ข้าพเจ้าทราบว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยการบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จะไม่เป็นผลใดๆ ต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไป และหากข้าพเจ้าไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยก็จะยังได้รับการรักษาที่ดีเช่นเดิม

และผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย และผู้วิจัยรับรองว่าจะดำเนินการด้วยความระมัดระวังอย่างดีที่สุด

ลงนาม.....(ผู้สมัครใจ)

(.....)

ลงนาม.....(พยาน)

(.....)

ลงนาม.....(แพทย์)

(.....)

ลงนาม.....(ผู้รับผิดชอบในการวิจัย)

(.....)