



Best Practice

Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals

คลินิกปฏิบัติการพยาบาลด้านหัวใจสำหรับผู้ใหญ่ที่มีปัญหาโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

Nurse-led cardiac clinics for adults with Coronary Heart Disease

แหล่งของข้อมูล

เอกสารข้อมูลการปฏิบัติที่ดีที่สุดนี้ ได้มาจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบที่ตีพิมพ์โดยแบคเวลล์ลิงซ์ และดำเนินการโดยศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทางการแพทย์ออสเตรเลีย ศูนย์เครือข่ายของสถาบันโจแอนนาบริกส์ เอกสารอ้างอิงเบื้องต้นที่ใช้ในการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบที่เผยแพร่ทางอินเทอร์เน็ตของแบคเวลล์ซินเนอร์จี้ www.blackwell-synergy.com และสำหรับสมาชิกของสถาบันเผยแพร่ไว้ทางเวปไซต์ www.joannabriggs.edu.au

ระดับของข้อเสนอแนะ

ระดับของข้อเสนอแนะนี้ใช้ระดับของประสิทธิผลที่พัฒนาขึ้นโดย JBI

ระดับเอ : ประสิทธิผลสมควรนำไปปฏิบัติ

ระดับบี : ประสิทธิผลแนะนำให้นำไปปฏิบัติ

ระดับซี : ประสิทธิผลที่ให้พิจารณาก่อนนำไปปฏิบัติ

ระดับดี : ประสิทธิผลที่มีข้อจำกัดในการนำไปใช้

ระดับอี : ประสิทธิผลที่ไม่แนะนำให้ใช้

เอกสารข้อมูลนี้ครอบคลุมเรื่องต่อไปนี้

- การให้ความรู้แก่พยาบาลและการช่วยตัวเอง
- การให้ความรู้และการสัมภาษณ์

- การตรวจสอบและการทบทวน
- การป้องกันระดับทุติยภูมิ

ความเป็นมาและความสำคัญ

การทบทวนเอกสารเสนอแนะว่า คลินิกปฏิบัติการพยาบาลเป็นคลินิกที่ถูกกำหนดด้วยลักษณะสำคัญของบทบาทหน้าที่และหรือโครงสร้าง ซึ่งมุ่งเน้นที่สุขภาพมากกว่าการเจ็บป่วยและเน้นที่การจัดการชีวิตมากกว่าการวินิจฉัยโรคและการปฏิบัติการ

คลินิกปฏิบัติการพยาบาล เปิดโอกาสให้พยาบาลนักปฏิบัติได้แสดงบทบาทอิสระทางวิชาชีพพยาบาลอย่างเต็มที่ ซึ่งบทบาทเหล่านี้พบได้ในการทบทวนเอกสารในเรื่องต่าง ๆ เช่น การรักษาผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ การจัดการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ การดูแลแผล การเลิกบุหรี่ และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการตายมากที่สุดในประเทศตะวันตก ซึ่งเพิ่มขึ้นจากการที่อายุเฉลี่ยของประชากรที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคนี้อันเพิ่มขึ้น บุคคลที่มีภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอาการจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดหัวใจ การดูแลชีวิตความเป็นอยู่ที่ต้องจะนำไปสู่การลดอัตราการตายจากภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญ

สิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องอย่างมากกับภาวะเศรษฐกิจและสังคม การปรับปรุงการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจ โดยจัดบริการคลินิกปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นวิธีหนึ่งในการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำจำกัดความ

โรคของหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง โรคใด ๆ ที่เกิดขึ้นกับหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจ โดยเฉพาะการทำให้หลอดเลือดแข็งตัว ทำให้การไหลเวียนของเลือดและการนำออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงหรือหยุดชะงัก

ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) คำนวณจากค่าน้ำหนัก (กิโลกรัม) หารด้วยส่วนสูง (เมตร²) มีหน่วยเป็น กิโลกรัม/ตารางเมตร

คลินิกปฏิบัติการพยาบาล หมายถึง คลินิกที่ให้บริการแก่ผู้รับบริการ โดยมีพยาบาลเป็นผู้บริหารจัดการ ซึ่งรูปแบบของการบริหารประกอบไปด้วยกิจกรรมการประเมิน การให้การรักษา การให้คำปรึกษา หรือการส่งต่อผู้รับบริการให้แก่บุคลากรสุขภาพวิชาชีพอื่นเมื่อผู้รับบริการร้องขอ

ภาวะสุขภาพทั่วไป (General Health Status (SF-36)) หมายถึง แบบฟอร์มที่ใช้สำรวจสุขภาพอย่างสั้นจำนวน 36 ข้อ ซึ่งจะทำการประเมินในหัวข้อหลัก 8 หัวข้อคือ ความสามารถทางกายภาพ ข้อจำกัดด้าน

บทบาทที่มีผลมาจากปัญหาสุขภาพทางกาย ความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย สุขภาพโดยทั่วไป พละกำลัง บทบาททางสังคม สุขภาพจิต และข้อจำกัดด้านบทบาทที่มีผลมาจากปัญหาสุขภาพจิต โดยแต่ละหัวข้อหลักจะให้คะแนน 0 ถึง 100 คะแนน 0 คะแนน หมายถึง การมีภาวะสุขภาพแย่ที่สุด 100 คะแนน หมายถึง การมีภาวะสุขภาพดีที่สุด

แบบวัดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลต่อโรงพยาบาล (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)) หมายถึง แบบวัดที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ คำถาม 7 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ส่วนอีก 7 ข้อ คำถามเกี่ยวกับความวิตกกังวล โดยแต่ละข้อจะมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 – 3 คะแนน คะแนนรวมสูงสุดคือ 42 คะแนน ซึ่งจะแสดงถึงระดับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล

0 – 7 คะแนน หมายถึง ปกติ

8 – 10 คะแนน หมายถึง มีอาการกำกึ่ง

≥ 11 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลและซึมเศร้า

แบบสอบถามซีแอตเติลแอนจิน่า (Seattle Angina Questionnaire (SAQ)) หมายถึง แบบวัดที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ ซึ่งทำการวัดคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับโรคหัวใจ โดยวัดได้จากข้อจำกัดทางด้านร่างกายอันเนื่องมาจากโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี อาการเจ็บหน้าอกที่คงที่มากกว่า 1 เดือน ความถี่ของอาการเจ็บหน้าอก ความพึงพอใจต่อการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี และการรับรู้ต่อข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตเมื่อป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ซึ่งให้คะแนนตั้งแต่ 0 – 100 คะแนน โดยคะแนนที่อยู่ในระดับสูงจะบ่งบอกถึงระดับการทำหน้าที่ที่ดีกว่า และถ้ามีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนระหว่าง 5 – 8 คะแนน แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญ

การปฏิบัติกิจกรรมในงานวิจัย

การปฏิบัติกิจกรรมในงานวิจัยที่สนใจคือการปฏิบัติเกี่ยวข้องกับกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล ภายในคลินิกพยาบาลซึ่งได้แก่ การให้สุขศึกษา การประเมิน การให้คำปรึกษา การส่งต่อและรูปแบบโครงสร้างการบริหาร ผลลัพธ์เบื้องต้นที่ได้คือเหตุการณ์ที่ให้ผลลัพธ์ในทางเลวลง เช่น ความรุนแรงของอาการโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประสิทธิภาพของการดูแล ความคุ้มค่าคุ้มทุน ความพึงพอใจและความร่วมมือของผู้รับบริการ

การสอนและการช่วยเหลือตนเอง

การศึกษาแบบสุ่มตัวอย่างและมีกลุ่มควบคุม (RCT) ของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศอังกฤษ ตอนเหนือ เปรียบเทียบการสอนสุขศึกษาโดยพยาบาลและการสนับสนุนจากกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยศึกษา

ในกลุ่มผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการอาการเจ็บหน้าอกและมีการใช้ยาไนเตรท เป็นครั้งแรกในรอบ 12 เดือน จำนวน 142 คน ประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าด้วยแบบวัด HADS ประเมินคุณภาพชีวิตด้วยแบบวัด SAQ ทำการเก็บบันทึกอาการเจ็บหน้าอกทุกวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ โดยบันทึกระยะเวลาและความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกในแต่ละครั้ง นอกจากนั้นเก็บบันทึกจำนวนการรักษาด้วยยาไกลีเซอรอลไนเตรท (glyceryl trinitrate : GTN) โดยการประเมินดังกล่าวจะประเมินครั้งแรกก่อนการศึกษาและเมื่อครบ 6 เดือน

ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า พบว่าระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.013$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้

อาการเจ็บหน้าอก พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองเกิดอาการเจ็บหน้าอกใน 1 สัปดาห์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้ ($p=0.016$) รวมถึงมีจำนวนการใช้ยาไกลีเซอรอลไนเตรทลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.018$) ส่วนความแน่นอนของการเจ็บหน้าอก ความถี่ของอาการเจ็บหน้าอก ความพึงพอใจในการรักษาและการยอมรับต่อโรคไม่มีความแตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามพบว่าข้อจำกัดด้านร่างกายของผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$)

แบบแผนการดำเนินชีวิต พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองสามารถเปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหารของตนเองและสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้ ($P<0.001$)

การสอนและการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ

การศึกษาวิจัย (RCT) ในคลินิกเวชปฏิบัติของชุมชนแกสโกว และที่บ้านของผู้ป่วย เปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติ และการดูแลแบบมีส่วนร่วม พยาบาลในคลินิกปฏิบัติการพยาบาลสอนและสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจตามความต้องการของแต่ละคน ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่รอการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass grafting) จำนวน 98 คน ประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบวัด HADS และประเมินภาวะสุขภาพทั่วไปโดยใช้แบบวัด SF-36 ส่วนผลลัพธ์อื่นๆ ที่ประเมินเพิ่มเติมคือ ความดันโลหิต ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ภาวะการสูบบุหรี่ ความอ้วนและกิจกรรมทางกาย ความพึงพอใจของผู้ป่วยประเมินโดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบคำถามด้วยตนเอง ผลลัพธ์จะถูกประเมินเป็นพื้นฐานก่อนเริ่มทำการศึกษา และเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัด

ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า พบว่า ในระยะพื้นฐานก่อนเริ่มทำการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติร้อยละ 39 และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบมีส่วนร่วมร้อยละ 45 มีความวิตกกังวล ภายหลังการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีระดับความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 89 ส่วนกลุ่มที่

ได้รับการดูแลแบบมีส่วนร่วมมีความวิตกกังวลดีขึ้นร้อยละ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.000$) ก่อนการศึกษา ระดับของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบมีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติคิดเป็นร้อยละ 51 และร้อยละ 28 ตามลำดับ ภายหลังจากศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 85 ขณะที่กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบมีส่วนร่วมมีความซึมเศร้าลดลงเหลือร้อยละ 64 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.000$)

ความดันโลหิต พบว่า ค่าเฉลี่ยของความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบมีส่วนร่วมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$ และ $p = 0.048$ ตามลำดับ) นอกจากนี้เมื่อประเมินครั้งสุดท้ายยังพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบมีส่วนร่วมมีอาการดีขึ้นโดยไม่มีความดันโลหิตสูงอีกเกือบร้อยละ 10 ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติกลับมีความดันโลหิตที่เกินระดับเป้าหมาย สูงถึงเกือบร้อยละ 38 ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.000$)

โคเลสเตอรอลในเลือด พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับโคเลสเตอรอลในเลือดในกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบมีส่วนร่วมดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.003$)

ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป พบว่าใน 8 หัวข้อหลักด้านข้อจำกัดบทบาททางร่างกายได้รับผลมากที่สุด ในขณะที่ผู้ป่วยรอกการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ ส่วนด้านสุขภาพจิตได้รับผลน้อยที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่า ภายหลังจากศึกษากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีระดับคะแนนที่เลวลงในทุก ๆ ด้าน ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบมีส่วนร่วมมีระดับคะแนนทุกด้านดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แบบแผนการดำเนินชีวิต พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบมีส่วนร่วมมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงอย่างมากคือร้อยละ 25 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติที่ลดลงเพียงร้อยละ 2 ($p = 0.001$) และยังพบว่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติเพิ่มขึ้น 0.2 กก./ตร.ม. ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบมีส่วนร่วมมีดัชนีมวลกายลดลง 1.0 กก./ตร.ม. ($p = 0.000$) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบมีส่วนร่วมมีระดับการมีกิจกรรมทางกายสูงขึ้นร้อยละ 33 ขณะที่กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีกิจกรรมทางกายลดลงร้อยละ 16 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$)

ความพึงพอใจ พบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบมีส่วนร่วม มีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติของพยาบาลในเรื่องการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต เช่น การหยุดสูบบุหรี่ การเปลี่ยนการรับประทานอาหาร ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลทำให้ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวลดลง ในขณะที่ความรู้ในเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและวิธีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

การตรวจสอบและการทบทวน

การศึกษาแบบ RCT ในกลุ่มตัวอย่าง 1,906 คน ในเมืองวอชิงตัน เพื่อเปรียบเทียบการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่มีอายุระหว่าง 55 – 75 ปีจากคลินิกเวชปฏิบัติทั่วไป 21 แห่ง โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มดังนี้คือ กลุ่ม 1 คือกลุ่มที่ได้รับการตรวจสอบ กลุ่ม 2 คือกลุ่มที่ได้รับการทบทวนจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และกลุ่ม 3 คือกลุ่มที่ได้รับการทบทวนจากพยาบาลในคลินิกปฏิบัติการพยาบาล โดยแต่ละกลุ่มจะได้รับการประเมินข้อมูลพื้นฐานก่อนทำการศึกษา จากนั้นกลุ่ม 1 ได้รับผลการให้ข้อมูลย้อนกลับในเรื่องของความดันโลหิต ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดและภาวะการสูบบุหรี่ และประเมินผลอีกครั้งเมื่อ 18 เดือน ส่วนกลุ่ม 2 และ 3 จะได้รับข้อมูลเมื่อผู้ป่วยต้องการทบทวน

ความดันโลหิต พบว่า ความดันโลหิตของกลุ่ม 2 และ 3 มีความแตกต่างจากกลุ่ม 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ระดับโคเลสเตอรอล พบว่า ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดของกลุ่ม 2 และ 3 มีความแตกต่างจากกลุ่ม 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

แบบแผนการดำเนินชีวิต พบว่ามีความแตกต่างในเรื่องการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่ม 2 และ 3 มีความแตกต่างจากกลุ่ม 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ความเพียงพอของการประเมิน พบว่า ในระยะเก็บข้อมูลพื้นฐาน มีผู้ป่วยได้รับการประเมินอย่างเพียงพอเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30 เป็นร้อยละ 52 ในกลุ่ม 1 ส่วนกลุ่ม 2 และ 3 เพิ่มขึ้นร้อยละ 76 และ 85 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีระยะที่สอง

พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านหัวใจ

การศึกษาแบบ (RCT) ที่เมืองเซาท์แทมตันในผู้ป่วยจำนวน 597 คน จาก 67 คลินิกเวชปฏิบัติทั่วไปโดยสุ่มแบบแบ่งชั้นเข้ากลุ่มที่ได้รับการดูแลรักษาโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดโคโรนารีระยะที่สอง โดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านหัวใจ (specialist cardiac nurse: SCN) จำนวน 3 คน ผลลัพธ์ที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ การเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การส่งยาก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การรายงานตนเอง เรื่อง การสูบบุหรี่ อาหาร และการออกกำลังกาย และอาการเจ็บหน้าอก หายใจเร็วตื่น ทั้งนี้การประเมินผลลัพธ์ดังกล่าวจะทำในเดือนที่หนึ่ง เดือนที่สี่และเดือนที่สิบสอง

ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างคะแนนความวิตกกังวลและคะแนนความซึมเศร้า

อาการเจ็บหน้าอก พบว่าอุบัติการณ์ของอาการเจ็บหน้าอกขณะออกกำลังกายของผู้ป่วยที่ได้รับ

โปรแกรมจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านหัวใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเดือนที่สี่ ($p=0.05$)

ความดันโลหิต จำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง (ความดันไดแอสโตลิกมากกว่า 90 มิลลิปรอทและความดันซิสโตลิกมากกว่า 140 มิลลิปรอท) จากการประเมินครั้งแรกและครั้งสุดท้ายของทั้งสองกลุ่มเท่ากัน

แบบแผนการดำเนินชีวิต พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้นในหนึ่งปี เมื่อเปรียบเทียบกับเดือนแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.05$) ซึ่งในเดือนแรกมีรายงานว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80 รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพ และในหนึ่งปีพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านหัวใจรับประทานอาหารเหมาะสมมากขึ้น แต่ไม่มีความแตกต่างระหว่างสองกลุ่ม

การติดตามผู้ป่วย พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านหัวใจเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างน้อย 1 ครั้ง มีมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากเวชปฏิบัติทั่วไป ในเดือนที่สี่ ($p<0.001$) และเมื่อครบ 1 ปีจำนวนนี้ยังมีมากกว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ($p<0.001$) นอกจากนี้เมื่อติดตามจนครบ 1 ปี พบว่าจำนวนการขอรับคำปรึกษาจากพยาบาลมีมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 2 เท่า ($p<0.001$)

คลินิกปฏิบัติการพยาบาล

การศึกษาแบบ RCT ในประเทศสกอตแลนด์ ซึ่งทำการสุ่มผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีจำนวน 1,173 คน จากคลินิกเวชปฏิบัติทั่วไปหรือคลินิกปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดโคโรนารีอย่างต่อเนื่องระยะที่สอง 19 แห่ง วัตถุประสงค์ระยะเริ่มต้นและเมื่อครบ 1 ปี โดยประเมินสุขภาพทั่วไปด้วยแบบวัด SF-36 ประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าด้วยแบบวัด HADS นอกจากนี้ยังประเมินการเข้ารับการรักษาในคลินิก การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และอาการเจ็บหน้าอกแบบเฉพาะเจาะจง

ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า พบว่า ไม่มีความแตกต่างของคะแนน HADS ระหว่างทั้งสองกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อาการเจ็บหน้าอก พบว่า จำนวนผู้ที่มีอาการเจ็บหน้าอกที่เลวร้ายมากขึ้นนั้นลดลงในกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติโดยพยาบาล แต่ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติจากคลินิกเวชปฏิบัติทั่วไปกลับมีจำนวนเพิ่มขึ้น ($p=0.025$)

ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป พบว่า คะแนนในทุก ๆ ด้านในผู้ป่วยที่ได้รับคลินิกปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดโคโรนารีมีการเปลี่ยนแปลงจากการประเมินครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติยกเว้นด้านพลังกำลังและสุขภาพจิต

การติดตามผู้ป่วย พบว่า จำนวนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของกลุ่มที่มาจากคลินิกปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดโคโรนารีลดลง ในขณะที่ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติจากคลินิกเวชปฏิบัติทั่วไปมีจำนวนการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลสูงขึ้น ($p=0.003$)

บทสรุป

ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า พบว่า ระดับคะแนนความวิตกกังวลและซึมเศร้า (HADS) ไม่มีความแตกต่างกันเมื่อพิจารณาในแง่ประโยชน์ที่ได้ จากการดูแลโดยพยาบาลเมื่อเทียบกับการดูแลจากเวชปฏิบัติทั่วไป แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลดังกล่าวเสนอแนะว่าการดูแลโดยพยาบาลน่าจะมีประโยชน์กว่าการดูแลจากเวชปฏิบัติทั่วไป

อาการเจ็บหน้าอก ทั้ง 4 การศึกษารายงานว่าประโยชน์ที่ได้มาจากผลของคลินิกปฏิบัติการพยาบาลทั้งในเรื่องของการประเมินการใช้ยาหรือการเข้ารับการรักษาที่คลินิก

ความดันโลหิต ไม่พบความแตกต่าง แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าคลินิกปฏิบัติการพยาบาลดีกว่า

ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด พบว่า ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดของผู้ป่วยที่รอการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดในคลินิกปฏิบัติการพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่อยู่ในคลินิกเวชปฏิบัติทั่วไป

ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป จากการวิเคราะห์เมตา (meta-analysis) ของคะแนน SF-36 ใน 2 การศึกษา พบว่าในการดูแลของคลินิกปฏิบัติการพยาบาลดีกว่าการดูแลจากคลินิกเวชปฏิบัติทั่วไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แบบแผนการดำเนินชีวิต พบความสามารถในการทำกิจกรรมมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ใน 2 รายงาน ผลการศึกษาแตกต่างกันในเรื่องการสูบบุหรี่ เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากเวชปฏิบัติทั่วไปกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากคลินิกปฏิบัติการพยาบาล ใน 3 การศึกษา โดย 2 การศึกษา พบว่าการเลิกบุหรี่ดีขึ้น และอีก 1 การศึกษาไม่พบความแตกต่าง

ความพึงพอใจ พบว่ามี 1 การศึกษาที่แสดงว่าผู้เข้าร่วมการศึกษามีความพึงพอใจต่อคลินิกปฏิบัติการพยาบาลเป็นผู้นำอยู่ในระดับสูง แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีการเปรียบเทียบกับคลินิกเวชปฏิบัติทั่วไป

การติดตามผู้ป่วย พบว่ามีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทั้งในกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากคลินิกปฏิบัติการพยาบาลและกลุ่มเวชปฏิบัติทั่วไป นอกจากนี้ยังพบว่าการเพิ่มขึ้นของการประเมินโดยรวมด้วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลการศึกษาที่มีความแตกต่างกันในเรื่องอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

การอภิปรายผล

งานวิจัยทั้ง 6 เรื่อง เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้สุขศึกษา การประเมิน และการให้คำปรึกษา หรือการติดตามเยี่ยม โดยที่ไม่มีงานวิจัยใดมุ่งเน้นไปที่การส่งต่อผู้ป่วยหรือการวิเคราะห์ราคาค่าใช้จ่าย การปฏิบัติที่ใช้ในการวิจัยส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการให้คำแนะนำ การส่งต่อ การศึกษาและรูปแบบของการให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน

ผลของการปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้ต่อผู้ป่วยแตกต่างกันในแต่ละงานวิจัย ผลลัพธ์ที่ดีพบในเรื่อง ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิตและสุขภาพทั่วไป ซึ่งผลลัพธ์ที่ดีจากคลินิกปฏิบัติการพยาบาลยังพบในเรื่องการลดความรุนแรงของการเกิดอาการเจ็บหน้าอก ความดันโลหิต ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด การรับประทานยา และการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อลดความรุนแรงของปัจจัยเสี่ยงของโรค มีเพียงความดันโลหิตและระดับโคเลสเตอรอลเท่านั้นที่ถูกวัดอย่าง objective ผลลัพธ์ที่เป็น subjective จำเป็นต้องถูกพิจารณาด้วยความระมัดระวังเนื่องจากมีข้อจำกัดที่เป็นการรายงานตนเองของผู้ป่วย ส่วนผลลัพธ์อื่น ๆ มีรายงานในการศึกษาเดี่ยว ๆ แต่ขาดข้อมูลที่สมบูรณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูลหรือรายงานถึงการมาตรวจตามนัด อัตราการเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วย หรือการปฏิบัติตาม ข้อมูลจากการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่ไม่ได้รายงานข้อมูลดิบ มีเพียงบางงานวิจัยเท่านั้นที่ได้ข้อมูลดิบเพื่อทำการวิเคราะห์เมต้า สำหรับการทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้

การศึกษาส่วนใหญ่ถูกทำในประเทศอังกฤษซึ่งเป็นประเทศที่มีอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีสูง แต่อย่างไรก็ตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ไม่แตกต่างจากประเทศทางตะวันตกและผลลัพธ์ก็สามารถนำมาพิจารณาเปรียบเทียบกันได้

จำนวนครั้งของการมาพบพยาบาลและแพทย์เวชปฏิบัติเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลงในผู้ป่วยบางราย ราคาค่าใช้จ่ายในการดูแลอาจจะสูงในระยะแรก แต่จะลดลงอย่างค้ำค่าในระยะยาว ไม่มีรายงานที่ศึกษาความคุ้มค่าคุ้มทุนหรือผลเสียที่เกิดขึ้น จึงยังไม่สามารถสรุปผลนรู้ได้

การนำไปปฏิบัติ

บุคลากรที่มีประสบการณ์ในการพยาบาลโรคหลอดเลือดหัวใจควรนำไปใช้เป็นแบบอย่างในการดูแล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

ควรทำการศึกษารูปแบบค่าใช้จ่ายสำหรับคลินิกปฏิบัติการพยาบาลโรคหัวใจเพื่อศึกษาความคุ้มค่าคุ้มทุน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรใช้คลินิกปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (ระดับ บี)
2. การใช้คลินิกปฏิบัติการพยาบาลอาจเพิ่มคนเข้าร่วมรับบริการที่คลินิกและอัตราการมาตรวจตามนัด (ระดับ บี)
3. คลินิกปฏิบัติการพยาบาลควรใช้กับผู้ป่วยที่มีความต้องการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อลดความเสี่ยงต่อผลลัพธ์ที่ไม่ดีจากโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (ระดับ เอ)

สรุป

การวิเคราะห์เมต้า สามารถทำได้น้อยเนื่องจากพบความแตกต่างของการปฏิบัติทดลองและการวัดผลลัพธ์ของแต่ละการศึกษา อย่างไรก็ตามบทสรุปของผลลัพธ์แต่ละการศึกษามีการนำเสนอไว้ ผลลัพธ์ด้านลบสำหรับคลินิกปฏิบัติการพยาบาลไม่มีรายงาน ถึงแม้ผลลัพธ์ทุกตัวไม่ได้มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลาย ๆ การศึกษาก็ชี้ถึงผลลัพธ์ในทางที่ดีขึ้น วัตถุประสงค์ของการทบทวนวรรณกรรมอย่างระบบก็เพื่อหาข้อค้นพบว่า คลินิกปฏิบัติการพยาบาลมีศักยภาพเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี แทนการดูแลโดยเวชปฏิบัติทั่วไปหรือไม่ ซึ่งพบว่าประสิทธิภาพของการดูแลโดยพยาบาลไม่แตกต่างจากคลินิกเวชปฏิบัติทั่วไป แสดงให้เห็นประโยชน์ในการให้พยาบาลที่ได้รับการฝึกฝนอย่างเหมาะสมเปิดคลินิกเพื่อดูแลผู้ป่วยเหล่านี้