

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคในกลุ่มโรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ ที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรโลกในอันดับต้น ๆ และนับวันโรคความดันโลหิตสูงก็มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (World Health Organization, 2008) จากรายงานความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกในปี ค.ศ. 2000 พบความชุกร้อยละ 26.4 ของประชากรโลก ในปีค.ศ. 2007 พบประมาณร้อยละ 29 (Kotchen, 2007) และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2025 จะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มเป็นร้อยละ 60 (Kearney, Whelton, Reynolds, Muntner, & He, 2005) สำหรับข้อมูลความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในวัยสูงอายุพบว่าเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ในประเทศสหรัฐอเมริกาข้อมูลจากศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (Center for Disease Control and Prevention, 2008) ได้สำรวจความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป ในปีค.ศ.1997-2006 พบว่าเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 46.5 เป็นร้อยละ 53.3 ส่วนประเทศไทยนั้นจากรายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2545 พบว่ามีผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนทั้งสิ้น 1,330,691 คน จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุของประเทศทั้งหมดจำนวน 5.97 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22.30 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547) และจากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547-2549 พบความชุกของผู้สูงอายุที่เป็นโรคนี้เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 50.7 ในจำนวนนี้พบว่าอาศัยอยู่ในภาคเหนือมากที่สุด (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ จรรยาภัทรอาชาชัย, 2550) นอกจากนี้จากการสำรวจและศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุขเมื่อ ปีพ.ศ. 2549 พบว่า โรคความดันโลหิตสูงยังเป็นโรคที่พบบ่อยเป็นอันดับสองรองจากโรคในกลุ่มข้อและกระดูก (กระทรวงสาธารณสุข, 2549) สำหรับปัญหาสุขภาพของประชาชนที่มารับบริการที่โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงรายซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงตั้งอยู่ในเขตภาคเหนือตอนบน พบว่าโรคความดันโลหิตสูงนั้นก็ยังเป็นโรคที่พบบ่อยอันดับหนึ่งของแผนกผู้ป่วยนอกติดต่อกันมาตลอด และมีแนวโน้มของการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงด้วยเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากสถิติของงานเวชระเบียนของโรงพยาบาลแม่สรวย พบว่าจำนวนของการมารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคความดัน

โลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2549 พ.ศ 2550 และ พ.ศ. 2551 ดังต่อไปนี้คือ 1,370 คน 2,276 คน และจำนวน 1,946 คนตามลำดับ ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดนั้นมีผู้สูงอายุมารับบริการคิดเป็นร้อยละ 33.94 ร้อยละ 47.59 และร้อยละ 49.64 ตามลำดับ (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลแม่สรวย, ติดต่อกับเป็นการส่วนตัว, 7 สิงหาคม, 2551) จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่าโรคความดันโลหิตสูงนั้นเป็นโรคที่มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนสูงขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ และหากผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต

โรคความดันโลหิตสูงในวัยสูงอายุ มีสาเหตุไม่แน่ชัด จากการศึกษาวิจัยพบว่าร้อยละ 90 ไม่ทราบสาเหตุ (Silbernagl & Lang, 2000) แต่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงหน้าที่การทำงานของหลอดเลือด เมื่ออายุมากขึ้นหลอดเลือดของผู้สูงอายุจะมีการแข็งตัวและเสียความยืดหยุ่น และสารที่ช่วยให้หลอดเลือดขยายตัว (endothelial-driven relaxing factor [EDRF]) จะถูกสร้างลดลง ทำให้เกิดแรงต้านในหลอดเลือดมากขึ้น (McEniery et al., 2006; Najjar, Scuteri, & Lakatta, 2005) จากเหตุผลดังกล่าวทำให้ ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวสูงขึ้น (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2551) หากผู้สูงอายุไม่ได้รับการรักษาหรือการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติอย่างถูกต้อง จะทำให้เกิดผลกระทบของต่ออวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายได้ เช่น สมอง หัวใจและหลอดเลือด ไต และต่อมไร้ท่อ นำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาอีกหลายโรค ได้แก่ โรคเส้นเลือดสมองตีบหรือแตก โรคกล้ามเนื้อหัวใจโต โรคกล้ามเนื้อหัวใจพิการ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ ตาบอดอันเกิดจากความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นผลจากจอประสาทตาเสื่อม โรคไตวาย และโรคเสื่อมสมรรถภาพทางเพศเป็นต้น (Folin, Mills, & Munden, 2006) ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเสียชีวิต ดังจะเห็นได้จากสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกาที่แสดงให้เห็นว่า สาเหตุอันดับหนึ่งของการเสียชีวิตของผู้ที่อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ได้แก่โรคในระบบหลอดเลือดและหัวใจ อันมีสาเหตุมาจากโรคความดันโลหิตสูง (National vital statistics system as cited in Gorina, & Lentzner, 2008) สำหรับประเทศไทย สถิติของจำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2545 พบว่าโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง นั้นยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตที่สูงเป็นอันดับที่ 3 รองจาก โรคมะเร็งและเนื้องอก อุบัติเหตุและการเป็นพิษ ตามลำดับ 2549 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) นอกจากผลกระทบทางด้านร่างกาย โรคความดันโลหิตสูงยังส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้สูงอายุด้วย เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มักมีความเครียดและรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนปกติคนอื่น ๆ ถึงแม้ว่าโรคนี้อาจไม่มีอาการรบกวนชัดเจน ที่ทำให้เกิดความไม่สบายทางกายมากเหมือนโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรครูมาตอยด์ก็ตาม (สมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธุ์ภักดี, 2542) นอกจากนั้น ผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของ

โรคเรื้อรังนี้ยังส่งผลต่อเศรษฐกิจของประเทศโดยรวม ดังจะเห็นได้จากค่าใช้จ่ายที่รัฐจะต้องรับผิดชอบในการรักษาพยาบาลโดยตรง โดยมีการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของโรคกลุ่มนี้กับโรคกลุ่มอื่น ๆ พบว่า ค่าใช้จ่ายนั้นสูงอยู่ระดับ 1 ใน 3 อันดับแรกของกลุ่มโรคเรื้อรัง โดยค่ารักษาพยาบาลของโรคความดันโลหิตสูง เฉลี่ยประมาณ 1,670.09 บาทต่อครั้งต่อราย ส่วนค่ารักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉลี่ยสูงถึง 15,283.22 บาทต่อครั้งต่อราย กรณีที่พักรักษาตัว ณ แผนกผู้ป่วยใน (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, 2543) เช่นเดียวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลแม่สรวยนั้น มีค่าใช้จ่ายสูงอยู่ในอันดับแรกของกลุ่มโรคที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โดยพ.ศ. 2549 พ.ศ.2550 และ พ.ศ. 2551 ค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยเฉลี่ย คือ 269.67 352.52 และ 271.78 บาทต่อครั้งต่อรายตามลำดับ ส่วนค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยเฉลี่ย กรณีที่พักรักษาตัว ณ ตึกผู้ป่วยใน 5,248.78 3,246.18 และ 2,716.08 บาทต่อครั้งต่อรายตามลำดับ (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลแม่สรวย, ติดต่อกับเป็นการส่วนตัว, 7 สิงหาคม, 2551) ส่วนผลกระทบสำคัญอื่นๆ ได้แก่ ผลกระทบต่อครอบครัวโดยเฉพาะผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายจากการไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ทำให้ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว (สุภารัตน์ ต้นสุกสวัสดิกุล และ จรินทร์ อัสวหาญฤทธิ์, 2548) จากข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ผลกระทบที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงนั้น ส่งผลต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ หากสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับเป้าหมาย จะช่วยลดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการเกิดความรุนแรงของโรค ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายที่รัฐจะต้องรับผิดชอบในการรักษาพยาบาลและยังช่วยลดผลกระทบต่าง ๆ ลงได้อีกด้วย

การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ เพื่อลดและป้องกันผลกระทบที่เกิดขึ้นประกอบด้วยหลายวิธี วิธีที่ถือว่าเป็นมาตรฐานสากลและได้รับการยอมรับทั่วโลก ได้แก่การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต (lifestyle modification) ร่วมกับการรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 140 /90 มิลลิเมตรปรอท โดยที่วิธีดังกล่าวเกิดจากข้อสรุปของคณะกรรมการแห่งชาติด้านการป้องกัน การวินิจฉัย การประเมินผลและการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นสรุปรายงานฉบับที่ 7 (The Seventh Report of Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure [JNC VII]) (Chobanian et al., 2003) เช่นเดียวกับประเทศทางยุโรป ที่ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ แล้วพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกเกี่ยวกับการจัดการกับความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2001) ประกอบด้วยสาระสำคัญ ได้แก่ 1) การรับประทานยาตามแผนการรักษา 2) การลดปริมาณโซเดียมคลอไรด์ลงให้เหลือน้อย

กว่า 5 กรัมต่อวัน 3) การเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ ไขมันที่ไม่อิ่มตัว และการลดการรับประทานไขมันที่อิ่มตัว (Diet Approach Stop Hypertension [DASH]) 4) การลดน้ำหนัก 5) การงดเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ และ 6) การออกกำลังกาย วิธีการต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นถูกนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศต่าง ๆ กันอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในประเทศไทย สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2551) ได้บูรณาการวิธีการควบคุมความดันโลหิตดังกล่าวลงไปในแนวทางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป เพื่อให้แพทย์และพยาบาลได้ใช้เป็นแนวทางในการควบคุมโรค อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีการนำแนวทางการควบคุมโรคทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ก็ยังมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคนี้อีกเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย (personal factor) ประกอบด้วย ความสามารถในการดูแลตนเอง (self care ability) และปัจจัยด้านการจัดการของกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ (ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ และ ดวงกมล จันทรมิตร, 2542, อังโน มยุรี มูลสวัสดิ์, 2548) จากผลการศึกษาหลายชิ้นงานที่แสดงให้เห็นว่า โรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ การศึกษาของสิรินาด คำใจหนัก (2548) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่อำเภอถ้ำ จังหวัดลำพูน จำนวน 188 คน พบว่าผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องเกี่ยวกับ การสังเกตอาการผิดปกติและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 100 การควบคุมอาหาร ร้อยละ 99.74 การพักผ่อน ร้อยละ 88.89 การออกกำลังกาย ร้อยละ 76.60 การตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 48.40 ตามลำดับ เช่นเดียวกับ การศึกษาของ บุญศรี ปันดี (2549) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสบเตี๊ยะ อำเภอจอมทอง จำนวน 150 ราย พบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมยังอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับผลการศึกษานำร่องเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลแม่สรวย จำนวน 50 คน เมื่อปี พ.ศ. 2550 โดยผู้ศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองไม่ถูกต้องเกี่ยวกับ การควบคุมอาหาร ร้อยละ 95.06 การออกกำลังกาย ร้อยละ 92.88 การสังเกตอาการผิดปกติ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 73.76 การตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 71.12 และการพักผ่อน ร้อยละ 45.24 ตามลำดับ และยังพบอีกว่ามีผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับเป้าหมายได้ในปีพ.ศ. 2549 คิดเป็นร้อยละ 70 พ.ศ. 2550 คิดเป็นร้อยละ 47.78 และ พ.ศ. 2551 คิดเป็นร้อยละ 32.50 ตามลำดับ (คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแม่สรวย, ติดต่อบุคคลส่วนตัว, 3 ตุลาคม, 2551) จะเห็นได้ว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านการควบคุมอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง การสังเกตอาการ

ผิดปกติ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ (เสาวณีย์ ศรีติระกุล, เฉลิมศรี นันทวรรณ, สุพรรณิ ธารกุล, โภยม บัลลังโพธิ์, และ อุบล เกานิบล, 2542)

ส่วนปัจจัยด้านการจัดการของกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ ก็มีความสำคัญที่ส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยด้วยกัน ไม่ว่าจะเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและการดูแลตนเอง หรือการเตือนให้มารับการรักษาตามนัดก็ตาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลที่นอกจากจะมีบทบาทในการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงแล้ว ยังต้องเป็นสื่อกลางช่วยประสานระหว่างผู้ป่วยกับกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพอีกด้วย (Ann, & Eva, 2003; Fahey, Schroeder, & Ebrahim, 2006) จากสภาพการณ์เกี่ยวกับการจัดการของกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ ที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแม่สรวย พบว่าพยาบาลจะผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยมีการหมุนเวียนกันมาปฏิบัติงานในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง และจากการสังเกตพบว่าในการปฏิบัติงานนั้นมีความหลากหลายในการปฏิบัติกรพยาบาล ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละบุคคล เช่น การประเมินผู้ป่วย การความรู้ในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคแก่ผู้ป่วย รวมทั้งยังขาดการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างเป็นทางการที่ชัดเจน ขาดการติดตามผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ขาดการประเมินผลการปฏิบัติงานที่ชัดเจน และยังไม่มีการนำผลการวิจัยหรือการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้เป็นต้น ด้วยเหตุผลดังกล่าวอาจส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้

โดยทั่วไป ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (health deviation self care requisites) จะบรรจุเป้าหมายขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ การรับรู้ สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ การปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูและการป้องกันตนเองจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ การรับรู้สนใจและป้องกันความไม่สุขสบายที่เกิดจากผลข้างเคียงของการรักษา และพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษา การปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น และการเรียนรู้ในการใช้ชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพและการวินิจฉัย (Orem, Taylor, & Renpenning, 2001) ส่วนกระบวนการที่จะทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมประกอบด้วย กระบวนการระหว่างพยาบาลกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล การประเมินระยะการรับรู้ ความเข้าใจ ประสบการณ์ และรูปแบบของพฤติกรรม ในการจัดการความดันโลหิตสูงที่ผ่านมา การปรับการรับรู้สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะของโรคความดันโลหิตสูง

การส่งเสริมการดูแลตนเองโดยการตั้งเป้าหมายและหาแนวทางเพื่อบรรลุเป้าหมายของการดูแลตนเองร่วมกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และการเสริมแรงจิตใจมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง (มยุรี มูลสวัสดิ์, 2548) กระบวนการดังกล่าวพัฒนาจากการสืบค้นงานวิจัยที่มีคุณภาพระดับสูงอย่างเป็นระบบ และพัฒนามาเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

แนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guidelines [CPGs]) เป็นเครื่องมือสำคัญที่เชื่อมระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ อันเป็นผลมาจากการพัฒนาอย่างเป็นระบบ ช่วยให้กลุ่มบุคลากรทางสุขภาพหรือผู้ให้บริการมีการตัดสินใจ ที่เหมาะสมเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพสำหรับภาวะใดภาวะหนึ่ง การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกจึงทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลหรือทำงานเป็นไปในแนวเดียวกัน โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการ (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 2000) ผลที่เกิดจากการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ส่งผลดีต่อทั้งผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ในส่วนของกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพนั้นเป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลแก่ผู้รับบริการ นอกจากนี้ยังทำให้กลุ่มบุคลากรทางสุขภาพมีการทำงานเป็นทีม และแนวปฏิบัติทางคลินิกยังช่วยอำนวยความสะดวกต่อการวางแผนในดูแลผู้รับบริการอีกด้วย (Ring, Malcom, Coull, Murphy-Black, & Watterson, 2005)

จากความสำคัญที่กล่าวมาข้างต้น หากพยาบาลซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ สามารถปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีมาตรฐานในการปฏิบัติเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีคุณภาพ มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลแม่สรวย ย่อมจะส่งผลให้เกิดคุณภาพและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น และจากการสืบค้นแนวปฏิบัติทางคลินิกจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รวมทั้งข้อมูลของห้องสมุดต่าง ๆ พบว่า มีแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงฉบับเดียวได้แก่ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ที่เป็ความดันโลหิตสูงพัฒนาโดย มยุรี มูลสวัสดิ์ (2548) เมื่อนำแนวปฏิบัติทางคลินิกดังกล่าวมาประเมินคุณภาพจากทีมงานและผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้เครื่องมือประเมินแนวปฏิบัติสำหรับงานวิจัย (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation [AGREE]) ของคณะกรรมการผู้แนะนำการใช้แนวปฏิบัติ (Guidelines Advice Committee [GAC]) กลุ่มประเทศเครือข่ายในยุโรป ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดย ฉวีวรรณ ชงชัย (2547) พบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับนี้มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบต่อไปนี้ ได้แก่ 1) มีขอบเขตและวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้ชัดเจน

(scope and purpose) โดยสร้างจากปัญหาทางคลินิก และมีการระบุวัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติ 2) มีการระบุลักษณะของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 3) มีขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ที่เป็นระบบถูกต้องและชัดเจน (rigour of development) โดยมีระบบการค้นคว้าหาหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ความชัดเจนในการคัดเลือกหลักฐาน รวมถึงการประเมินประโยชน์ ความเสี่ยงในการนำไปใช้ ตลอดจนการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 4) ความชัดเจนในการนำเสนอ (clarity and presentation) ซึ่งมีความชัดเจนของข้อแนะนำ การให้คำจำกัดความที่ง่าย การให้ทางเลือกในการจัดการอย่างชัดเจน มีคู่มือหรืออุปกรณ์ที่ช่วยสนับสนุนการนำไปใช้ 5) มีความง่ายต่อการประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน (applicability) ซึ่งมีความชัดเจนในการอธิบายถึงประโยชน์และอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิก ไปประยุกต์ใช้ และ 6) ความเป็นอิสระของทีมในการจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก (editorial independence) จากนั้นนำแนวปฏิบัติทางคลินิกลงกล่าวไปทำการหาหรือและวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ร่วมกับพยาบาลทีมผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลแม่สรวย โดยวิธีการประเมินระดับข้อเสนอนำไปสู่การปฏิบัติของสถาบันโจแอนนาบริกส์ออสเตรเลีย (Pearson, Field, & Jordan, 2007) ผลสรุปจากการวิเคราะห์ของทีมพบว่า รายละเอียดของกิจกรรมการพยาบาลที่ได้มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในแต่ละขั้นตอนของแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาโดย มยุรี มูลสวัสดิ์ (2548) มีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตีตลอดจนกำหนดกระบวนการปฏิบัติ และกำหนดผลลัพธ์ที่จะเกิดจากการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้อย่างชัดเจนและครอบคลุม

ด้วยความสำคัญดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงเลือกนำแนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับนี้มาประยุกต์เพื่อใช้ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลแม่สรวย รูปแบบของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผลที่ผู้ศึกษานำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ อิงกรอบแนวคิดการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในคลินิกของสภาวิจัยทางสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 2000) มาเป็นแนวทางในการศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผลของการศึกษาที่ได้เป็นการยืนยันถึงประสิทธิผลของการใช้หลักฐานเชิงปฏิบัติในการปฏิบัติกรพยาบาล และยังเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลแก่ผู้รับบริการที่โรงพยาบาลแม่สรวยต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
2. เปรียบเทียบความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
3. ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลทีมผู้ดูแลที่ให้บริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
4. ประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก

สมมติฐานการศึกษา

1. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น หลังการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก
2. ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงลดลง หลังการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก
3. ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงลดลง หลังการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (operational study) เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึง กันยายน พ.ศ. 2551

นิยามศัพท์

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก หมายถึง ผลที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งความพึงพอใจของพยาบาลทีมผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง พฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิต โดยการปรับวิถีของการดำเนินชีวิต ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การตรวจตามนัด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการพักผ่อน ให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด โดยประเมินจากแบบสอบถามความสามารถในปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่พัฒนาโดย คุษฎี พงศ์อุดม (2549)

ความดันโลหิต หมายถึง แรงที่กระทำต่อผนังของหลอดเลือดซึ่งประกอบด้วย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) และความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure) โดยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวเป็นค่าที่บอกถึงปริมาณเลือดที่หัวใจบีบออกไปสู่หลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ตา ซึ่งทำให้ผนังหลอดเลือดตึงตัวและ ความดันในหลอดเลือดเอออร์ตาสูงขึ้น และความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวเป็นผลที่เกิดจากแรงดันที่คงค้างในผนังหลอดเลือดแดงเอออร์ตาขณะที่หัวใจมีการบีบตัว และเป็นความดันที่เกิดจากการหดกลับของหลอดเลือดหลังจากที่เลือดไหลผ่านไปแล้ว ประเมินจากการวัดความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตมาตรฐานชนิดปรอท (mercury sphygmomanometer)

ความพึงพอใจของพยาบาลทีมผู้ดูแลต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก หมายถึง ความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติงานที่สืบเนื่องมาจากผลการปฏิบัติงานที่ดี ประเมินโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจที่ผู้ศึกษาสร้างเองจากการทบทวนวรรณกรรม

ความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก หมายถึง ความรู้สึกที่ดีต่อการได้รับบริการที่สืบเนื่องมาจากประสบการณ์ที่ได้รับการ

ดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ประเมินโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจที่ผู้ศึกษาสร้างเองจากการ ทบทวนวรรณกรรม

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ หมายถึง การนำกลยุทธ์ต่าง ๆ มาปรับใช้ให้เหมาะสม กับบริบทพื้นที่ เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลที่ผู้ดูแลมีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยการศึกษาครั้งนี้ อิงกรอบแนวคิด การนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในคลินิกของสภาวิจัยทางสุขภาพและการแพทย์ สุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 2000) ในรูปแบบ PDSA มาใช้ ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนดังนี้ 1) ขั้นวางแผน 2) ขั้นปฏิบัติการ 3) ขั้นเรียนรู้ และ 4) ขั้นปรับปรุงงาน

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ข้อความที่มีการจัดทำอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับขั้นตอนในการส่งเสริม ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจ แก่พยาบาลในการส่งเสริมความสามารถของผู้รับบริการ ประยุกต์จากแนวปฏิบัติของ มยุรี มูลสวัสดิ์ (2548) องค์ประกอบของแนวปฏิบัติทางคลินิกนี้ประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย กับพยาบาล 2) การประเมินระยะการรับรู้ ความเข้าใจ ประสบการณ์ และรูปแบบของพฤติกรรมใน การจัดการความดันโลหิตสูงที่ผ่านมา 3) การปรับการรับรู้สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 4) การส่งเสริมการดูแลตนเอง และ 5) การเสริมแรงใจและการติดตามอย่างต่อเนื่องสำหรับช่วย ในการตัดสินใจเพื่อการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและ เพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาล แม่สรวย จังหวัดเชียงราย