

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
2. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
3. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย
4. แนวคิดเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

คำจำกัดความ

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2551) และจากรายงานการประชุมฉบับที่ 7 ของคณะกรรมการแห่งชาติด้านการป้องกัน การวินิจฉัย การประเมินผลและการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ประเทศสหรัฐอเมริกา (JNC VII) (Chobanian et al., 2003) ได้ให้คำจำกัดความของโรคความดันโลหิตสูงที่ครอบคลุมทุกช่วงอายุ ไว้ว่า โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึง ภาวะที่มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปในขณะพัก ซึ่งจะเป็นค่าใดค่าหนึ่งก็ได้ ส่วนการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงนั้น ใช้สำหรับผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป หน่วยวัดความดันโลหิตเป็นมิลลิเมตรปรอท (mmHg) ได้มีการแบ่งระดับความรุนแรงของความดันโลหิตไว้ ดังต่อไปนี้

| <u>ประเภท</u> | <u>ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว</u> | <u>ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว</u> |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|
| ระดับที่ควรเป็น (optimal) | น้อยกว่า 120 | และ น้อยกว่า 80 |
| ระดับปกติ (normal) | 120-129 | และ/หรือ 80-84 |
| ระดับปกติที่ค่อนข้างสูง (High normal) | 130-139 | และ/หรือ 85-89 |
| ความดันโลหิตสูง ขั้นที่ 1 ระดับเล็กน้อย (Grade 1 hypertension [mild]) | 140-159 | และ/หรือ 90-99 |
| ความดันโลหิตสูง ขั้นที่ 2 ระดับปานกลาง (Grade 2 hypertension [moderate]) | 160-179 | และ/หรือ 100-109 |
| ความดันโลหิตสูง ขั้นที่ 3 ระดับรุนแรง (Grade 3 hypertension [severe]) | มากกว่าหรือเท่ากับ 180 | และ/หรือ มากกว่าหรือเท่ากับ 110 |
| ความดันโลหิตสูงเฉพาะหัวใจบีบตัว (Isolated systolic hypertension) | มากกว่าหรือเท่ากับ 140 | และ น้อยกว่า 90 |

หมายเหตุ. หากความรุนแรงของความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว อยู่ต่างระดับกันให้ถือว่าระดับที่รุนแรงกว่าเป็นเกณฑ์ สำหรับโรคความดันโลหิตสูงเฉพาะค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ก็แบ่งระดับความรุนแรงเหมือนกันโดยใช้แต่ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวเท่านั้น

แหล่งที่มา จาก แนวทางในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป (guideline in the treatment of hypertension) (หน้า 1-15), โดย สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551

ชนิดของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

ระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้นในวัยสูงอายุ มักเกิดจากปัจจัยหลายประการหลาย ๆ อย่าง ร่วมกันโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 90 นั้นยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด รองลงมาร้อยละ 7 เป็นสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับไต อีกร้อยละ 3 เกิดจากระบบฮอร์โมนและปัจจัยอื่น ๆ (Silbernagl & Lang, 2000) สามารถแบ่งชนิดของโรคความดันโลหิตสูงตามสาเหตุได้ดังนี้

1. โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ (primary hypertension) มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งส่งเสริมให้เกิดความดันโลหิตสูงได้แก่

1.1 ปัจจัยภายในของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ มีดังต่อไปนี้

1.1.1 พื้นฐานทางพันธุกรรม (genetic background) มีโอกาสเป็นชนิดที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมแต่ยังพบได้น้อยอยู่ เช่น กลุ่มอาการลิดเดิล (Liddle syndrome [pseudaldosteronism]) และภาวะที่มีฮอร์โมนมีเนอราโลคอร์ติคอยด์มาก เป็นต้น แต่โดยมากแล้วในแง่ของพันธุกรรมมักมีความเกี่ยวข้องกับยีนหลายๆตัว เช่น ยีนซึ่งเกี่ยวกับแองจิโอเทนซินโนเจน (angiotensinogen gene) ยีนที่ควบคุมโซเดียม (sodium handle gene) และ ยีนซึ่งเกี่ยวกับแองจิโอเทนซินคอนเวอร์ตติ้งเอนไซม์ (angiotensin-converting enzyme gene) แต่ก็ยังไม่สามารถจะสรุปได้แน่ชัดว่ายีนใดที่เป็นสาเหตุ (สุคาร์ตัน ดันสุกสวัตติกุล และ จรินทร์ อัสวหาญฤทธิ, 2548)

1.1.2 อายุที่เพิ่มขึ้น อายุที่เพิ่มนั้นส่งผลต่อระดับความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย (จันทนา ารณฤทธิชัย, 2543; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549) เนื่องจากอายุที่เพิ่มสูงขึ้นการทำหน้าที่ของร่างกายนั้นมีการเปลี่ยนแปลงไป เช่น โครงสร้างและการทำหน้าที่ของระบบหัวใจและหลอดเลือดเสื่อม มีการลดลงของความไวของบาโรรีเซพเตอร์ เป็นต้น (สุคาร์ตัน ดันสุกสวัตติกุล และ จรินทร์ อัสวหาญฤทธิ, 2548) ซึ่งในผู้สูงอายุนี้มักมีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวสูงกว่าปกติ อันเนื่องมาจากการเสียหายที่ของเซลล์เยื่อผนังหลอดเลือด (endothelial dysfunction) และการตีบของหลอดเลือด (Wallace et al., 2007)

1.1.3 เพศ เพศมีผลต่อความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคนี้น้อยกว่าเพศชาย (พึงใจ งามอุโฆษ, ม.ป.ป.) จนถึงอายุได้ 55 ปีต่อมาเมื่ออายุในช่วง 55 ถึง 74 ปี ทั้งสองเพศกลับมีความเสี่ยงเท่ากัน หากแต่เมื่ออายุมากกว่า 74 ปี เพศหญิงกลับมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคนี้นี้มากกว่าเพศชาย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549)

1.1.4 เชื้อชาติ จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า คนที่มีผิวดำมีความชุกของการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนที่มีผิวขาว อีกทั้งยังเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าอีกด้วย (Rosamond et al., 2008)

1.2 ปัจจัยจากภายนอกของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงได้ มีดังต่อไปนี้

1.2.1 ความเครียด ความเครียดจะส่งผลกระทบต่อระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic) ซึ่งไปกระตุ้นให้มีการหลั่งสารนอร์อีพิเนฟริน (norepinephrine) จากปลายประสาท อีกทั้งมีการหลั่งสารนอร์อีพิเนฟรินและสารอีพิเนฟริน (epinephrine) จากต่อมหมวกไตชั้นใน (adrenal medulla) ส่งผลทำให้หลอดเลือดหดตัว แรงต้านภายในหลอดเลือดและปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีเพิ่มขึ้น อีกทั้งความเครียดยังส่งผลต่อต่อมพิทูอิทารีให้มีการหลั่งฮอร์โมนแอนตี้ไดยูริติก ทำให้น้ำและโซเดียมมีการดูดกลับมากขึ้น ปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนเพิ่มมากขึ้น ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงได้ (จันทนา รัตนฤทธิชัย, 2543; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549) ในขณะที่ความเครียดนั้นส่งผลต่อบาโรรีเซพเตอร์ (baroreceptor) ซึ่งทำหน้าที่ปรับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติให้มีการทำงานลดลง และส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (parasympathetic) ที่มีผลต่อการบีบตัวของหัวใจ (cardiac vagal tone) ให้มีการทำงานที่ลดลง จึงทำให้หัวใจมีการบีบตัวมากขึ้น (Lucini, Fede, Parati, & Pagani, 2005; Mezzacappa, Kelsey, Katkin, & Slon, 2001; Vrijkotte, van Doornen, & de Geus, 2000) จากที่กล่าวมาเป็นเหตุให้ความดันโลหิตสูงขึ้นทั้งสิ้น

1.2.2 การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง โซเดียมที่รับประทานเข้าไปทำให้ผนังหลอดเลือดบริเวณกล้ามเนื้อเรียบเกิดความตึงตัวสูงขึ้น ส่งผลต่อการเพิ่มปริมาณเลือดในร่างกาย ซึ่งส่งผลต่อการตอบสนองของกลไกของไทรระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งทำให้ระบบประสาทซิมพาเทติกมีการทำงานเพิ่มมากขึ้น และส่งผลต่อการทำงานของระบบเรนินแองจิโอเทนซินอัลโดสเตอโรน (renin-angiotensin-aldosterone system) เป็นผลให้มีปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีเพิ่มขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (จันทนา รัตนฤทธิชัย, 2543) มีการศึกษาหลายชิ้นที่แสดงให้เห็นถึงผลดี ของการจำกัดการได้รับโซเดียมที่ส่งผลทำให้ความดันโลหิตลดลง โดยเฉพาะความดันโลหิตสูงเฉพาะซิสโตลิก อีกทั้งยังช่วยป้องกันการเป็นโรคความดันโลหิตสูงอีกด้วย (Cook et al., 2007; Gates, Tanaka, Hiatt, & Seals, 2004)

1.2.3 ภาวะไขมันในเลือดสูง ระดับของไลโปโปรตีนในเลือดมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคนี้ โดยระดับของไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (high density lipoprotein [HDL]) หากมีระดับสูง จะสัมพันธ์กับการป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) (Badellino, 2008) ส่วนระดับโคเลสเตอรอลรวม (total cholesterol) ระดับไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) และระดับของไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ (low density lipoprotein [LDL]) หากมีระดับสูงจะมีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2547)

1.2.4 **ภาวะอ้วน** มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกับความดันโลหิตที่สูงขึ้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549) โดยภาวะอ้วนส่งผลต่อร่างกายหลายส่วน ได้แก่ ระบบซึมพาทิกและระบบเรนินแองจิโอเทนซินให้มีการทำงานมากขึ้น ส่งผลต่อการทำงานของไตทำให้ท่อไตมีการคูดโซเดียมกลับเพิ่มขึ้น และยังส่งผลต่อหลอดเลือดทั้งส่วนกลางและส่วนปลายโดยทำให้เซลล์เย็บผนังหลอดเลือดเสียหายที่ หลอดเลือดจึงเกิดการแข็งตัวอีกด้วย (Hall, 2003; Rahmouni, Correia, Haynes, & Mark, 2005; Roberts & Barnard, 2005) ที่กล่าวมาล้วนเป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง

1.2.5 **การสูบบุหรี่** สารนิโคตินในบุหรี่เมื่อถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือดแล้วส่งผลต่อการทำงานของร่างกายหลายระบบ ได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น หลอดเลือดมีการหดตัวลง และมีการเกาะกลุ่มกันของเกร็ดเลือด นิโคตินนั้นยังทำให้ระดับโคเลสเตอรอลรวมเพิ่มขึ้น แต่ระดับของไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (HDL) ลดลงนำไปสู่การการอุดตันของไขมันในเส้นเลือด สำหรับระบบประสาทนั้น นิโคตินส่งผลต่อการหลั่งของสารสื่อประสาท ได้แก่ นอร์อีพิเนพรินและอีพิเนพรินเพิ่มขึ้น (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; เสวต นนทกานันท์, ม.ป.ป.; สมิต วัฒนชัยยุทธกรรม, 2544) จากเหตุผลดังกล่าวส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

1.2.6 **การดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์** ให้ความดันโลหิตสูงขึ้น อธิบายได้หลายกลไกด้วยกัน โดยแอลกอฮอล์ทำให้มีปริมาณไขมันในเลือดสูง (hyperlipidemia) ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวเร็วยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ เพราะแอลกอฮอล์ทำให้ระดับของไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (HDL) ลดลงและระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงขึ้น (Beilin & Puddey, 2006) อีกทั้งมีการเพิ่มระดับของคอร์ติซอล (cortisol) ในเลือดทำให้ระดับแคททีโคลามีนเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อฮอร์โมนแอนตี้ไดยูเรติกและส่งผลต่อระบบเรนินแองจิโอเทนซิน (จันทนา รณฤทธิชัย, 2543) และยังพบอีกว่าผลของแอลกอฮอล์ต่อระดับความดันโลหิตจะขึ้นอยู่กับ ชนิดของแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่ม อายุ เพศ และเชื้อชาติอีกด้วย (Beilin & Puddey, 2006)

2. โรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (secondary hypertension) ได้แก่

2.1 เกิดจากความผิดปกติที่ไตและหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไต ทำให้ระบบเรนินแองจิโอเทนซินถูกกระตุ้น

2.2 เกิดจากความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ (จันทนา รณฤทธิชัย, 2543; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549; สมจิต หนูเจริญกุล และ พรทิพย์ มาลาธรรม, 2545; O'Rocke, & Richardson, 2001) ดังต่อไปนี้

2.2.1 เนื้อเยื่อของต่อมหมวกไตชั้นใน (Pheochromocytoma)

2.2.2 ภาวะที่มีคอร์ติซอลมากเกินไป (Cushing's syndrome) และภาวะที่มีการหลั่งอัลโดสเตอโรนมากผิดปกติ (primary aldosteronism) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดการเพิ่มของระดับของฮอร์โมนมิเนอราโลคอร์ติคอยด์ (mineralocorticoid) ซึ่งได้แก่อัลโดสเตอโรน (aldosterone) และมีการเพิ่มของกลูโคคอร์ติคอยด์ (glucocorticoid) ซึ่งได้แก่ คอร์ติซอลที่ส่งผลต่อการกั่งของน้ำและโซเดียมมากขึ้นในร่างกาย

2.2.3 ภาวะที่ต่อมธัยรอยด์ทำงานผิดปกติ (Hypo-Hyperthyroidism) เมื่อต่อมธัยรอยด์ทำงานมากผิดปกติ (Hyperthyroidism) ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นจากหลายประการ ได้แก่ กระตุ้นให้มีการหลั่งเรนิน (Kobori, Hayashi, & Saruta, 2001) ทำให้ระบบเรนินแองจิโอเทนซินมีการทำงานมากขึ้น อีกทั้งยังส่งผลต่อหัวใจทำให้มีการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจและปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีอีกด้วย (Biondi, Palmieri, Lombardi, & Fazio, 2002) สำหรับภาวะที่ต่อมธัยรอยด์ทำงานน้อยผิดปกติ (Hypothyroidism) เนื่องจากมีการลดลงของระดับไทรไอโอโดทัยโอนิน (triiodothyronine [T3]) ทำให้ระดับของไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ (LDL) และระดับคลอเรสเตอรอลรวมในเลือดมีปริมาณสูงขึ้น ส่งผลต่อการเกิดภาวะการแข็งตัวของหลอดเลือด (Cappola, & Ladenson, 2003)

2.2.4 ภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของฮอร์โมนจากต่อมใต้สมองมากเกินไป (Acromegaly) ซึ่งโรคนี้มีการหลั่งอัลโดสเตอโรนเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลต่อการกั่งของน้ำและโซเดียมมากขึ้นในร่างกาย

2.3 ความผิดปกติของระบบประสาท การมีแรงดันในสมองที่เพิ่มมากขึ้น เช่น มีเลือดออกใต้ชั้นคูรา (subdural hemorrhage) หรือมีเลือดออกในสมอง (intracranial hemorrhage) เป็นต้น จะทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น

2.4 จากการได้รับสารเคมีหรือการได้รับยาบางชนิด เช่น ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน ซัยโคลสปอริน (cyclosporin) สเตอโรยด์ (steroid) อิริย์โธพอยอิติน (erythropoietin) การได้รับสารพวกที่กระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ แอมเฟตามีน (amphetamine) และโคเคน (cocaine) เป็นต้น (ทิพญา แสนไชย, 2550; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551) รวมทั้งยาในกลุ่มที่ใช้ลดอาการปวด ได้แก่ ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตอโรยด์ (nonsteroidal anti inflammatory drugs [NSAIDs]) และยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตอโรยด์ชนิดที่มีความจำเพาะต่อเอนไซม์ไซโคลออกซิจีเนสทู (cyclooxygenase 2 [COX-2]) (ทิพญา แสนไชย, 2550; มนาธิป โอศิริ, 2549; Sowers et al., 2005 ;White, 2004) หรือจากการได้รับอาหารที่มีสารทัยรามีน (tyramine-containing food) ได้แก่ ตับไก่ เนยเก่า ไวน์และเบียร์ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549; O'Rocke & Richardson, 2001)

พยาธิสภาพของเกิดความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

กระบวนการสูงอายุ (aging process) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายโดยเฉพาะระบบหัวใจและหลอดเลือด เมื่ออายุมากขึ้นหลอดเลือดของผู้สูงอายุจะมีการแข็งตัวและเสียความยืดหยุ่น และสารที่ช่วยให้หลอดเลือดขยายตัว (EDRF) จะถูกสร้างลดลง ทำให้เกิดแรงต้านในหลอดเลือดมากขึ้นและผลรวมของความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย (total peripheral resistant [TPR]) เพิ่มขึ้น แต่ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีไม่เปลี่ยนแปลงเพราะหัวใจจะมีการปรับตัวในด้านการขยายขนาด โดยเฉพาะหัวใจห้องล่างซ้าย (สุครัตน์ ต้นสุกสวัสดิคุณ และ จรินทร์ อัสวหาญฤทธิ์, 2548; McEniery et al., 2006; Najjar et al., 2005; Pugh, & Wei, 2001) เป็นผลให้ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวสูงขึ้น (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2551)

การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายในผู้สูงอายุ ที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตได้แก่

1. ความเสื่อมของโครงสร้างและหน้าที่ของระบบหัวใจและหลอดเลือด (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542; Wang & Vanson, 2005) ในวัยสูงอายุนั้นกล้ามเนื้อหัวใจมีการหนาตัวมากขึ้น เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนที่มีผลต่อระบบประสาทอื่นๆ หรืออาจเกิดจากผลของความดันโลหิตที่สูงขึ้น ซึ่งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดแดงโดยมีการแข็งตัวมากขึ้น จากการมีปริมาณคอลลาเจน (collagen) และแคลเซียมที่เพิ่มสูงขึ้นในผนังเส้นเลือด ส่วนปริมาณของอีลาสติน (elastin) นั้นลดลง ทำให้มีความต้านทานของเส้นเลือดสูงขึ้นแต่ความยืดหยุ่นนั้นกลับลดลง ส่งผลให้ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวสูงขึ้น (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2551) ในผู้สูงอายุนั้นยังพบภาวะที่ความดันโลหิตสูงเฉพาะค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวมากกว่าวัยอื่นๆ อีกด้วย ซึ่งการที่ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวไม่สูง ในขณะที่ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวสูง ทำให้ผลต่างของความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (pulse pressure) นั้นกว้างขึ้น (Franklin et al, 1997)

2. ความไวของบาโรรีเซพเตอร์ที่อยู่ในหลอดเลือดของผู้สูงอายุลดลง เกิดจากสาเหตุ 3 ประการได้แก่ การไม่สมดุลระหว่างสารเร่งออกซิเดชันและสารต้านออกซิเดชันในร่างกาย ทำให้เกิดภาวะออกซิเดชันมากขึ้น (oxidative stress) ส่งผลให้สารไนตริกออกไซด์ (nitric oxide) ซึ่งช่วยให้หลอดเลือดขยายตัวมีจำนวนลดลง ทำให้เซลล์เยื่อผนังหลอดเลือดมีการเสียหายที่ (นันทรัตน์ โงมานะสิน, 2550; Taddei et al, 2001) การแข็งตัวของหลอดเลือดที่เกิดจากความเสื่อมของ

โครงสร้างของหลอดเลือดตามวัย และการตอบสนองต่อโคลิเนอจิกของหัวใจที่ลดลงตามอายุ ส่งผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (Monahan, 2007)

3. เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังของหลอดเลือด ทำให้สารไนตริกออกไซด์ที่ช่วยให้หลอดเลือดมีการขยายตัวมีจำนวนลดลง ส่งผลให้แรงต้านภายในหลอดเลือดมีมากขึ้น (สุภารัตน์ ต้นสุกสวัสดิกุล และ จรินทร์ อิศวหาญฤทธิ, 2548; McEniery et al., 2006; Najjar et al., 2005)

ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุนั้นหากไม่มีการควบคุมอย่างเหมาะสม จะก่อให้เกิดผลกระทบที่เกิดขึ้นคล้ายกับวัยอื่น แต่มีความรุนแรงมากกว่า จากการทบทวนวรรณกรรมพบผลกระทบที่เกิดขึ้น (จันทนา รณฤทธิชัย, 2543; คอนพิชิต เหล่ารักพงษ์, 2547; สมจิต หนูเจริญกุล และ พรทิพย์ มาลาธรรม, 2545) ดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบทางร่างกาย ความดันโลหิตที่สูงขึ้นจะมีผลต่ออวัยวะต่างๆในร่างกาย ดังนี้

1.1 หัวใจและหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงแข็งตัวและหนาขึ้น มีการเกาะของไขมันที่ผนังของหลอดเลือดมากขึ้น ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดเสียไป รวมทั้งหัวใจต้องทำงานมากขึ้นอีกด้วย ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังต่อไปนี้ ได้แก่

1.1.1 หัวใจมีการขยายขนาดขึ้น โดยเฉพาะหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricle hypertrophy [LVH]) เกิดภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บอก (angina pectoris) อันเนื่องมาจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยง หรือการที่มีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

1.1.2 ภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว (left side heart failure) ซึ่งเกิดภายหลังการที่แรงต้านทานของหลอดเลือดสูงอยู่เป็นเวลานาน ๆ ซึ่งภาระด้านหลัง (afterload) ที่เป็นแรงต้านซึ่งเกิดขึ้นหัวใจบีบตัว จะส่งผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้น เนื่องจากมีการทำงานที่มากขึ้น

1.1.3 ภาวะเลือดเซาะผนังหลอดเลือดเออร์ตาจนเกิดการโป่งพอง (dissecting aortic aneurysm) เป็นผลจากระดับความดันโลหิตที่สูงอยู่เป็นระยะเวลาที่นาน นั้นได้ทำลายผนังของหลอดเลือดเออร์ตา จนเกิดการโป่งพองตามมา

1.2 สมอง ความดันโลหิตสูงส่งผลต่อหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ดังนี้

1.2.1 โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) โดยมีกลไกการเกิดจากการแตกของหลอดเลือดในสมองเนื่องจากการโป่งพองของหลอดเลือดในสมอง (multiple microaneurysm) หรือเกิดภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว (transient ischemic attack) หรือมีการตายของเซลล์สมองหรือภาวะเนื้อสมองตาย (cerebral infarction) อันเนื่องมาจากการแข็งตัวของหลอดเลือด

1.2.2 โรคของสมองที่เกิดจากความดันโลหิตสูง (hypertensive encephalopathy) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวร่วมด้วย เช่น สับสน ชัก หรือหมดสติ

1.3 ตา มีการเปลี่ยนแปลงของจอภาพของตา หลอดเลือดแดงที่เรตินาตีบแคบลง ถ้ามีอาการรุนแรงจะพบว่าหลอดเลือดมีการหดเกร็งบวมและมีเลือดออกได้ ถ้ารุนแรงมากขึ้นจะพบว่ามีการบวมของบริเวณจานตา (optic disk) หรือทำให้เกิดภาวะจอตาบวม (papilledema) ส่งผลให้การมองเห็นเสียไป

1.4 ไต การป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในระยะเวลานาน ซึ่งเป็นผลมาจากหลอดเลือดของผู้สูงอายุมีการแข็งตัวมากขึ้น โดยเฉพาะหลอดเลือดฝอยของไต ทำให้อัตราการกรองของไตลดลง เนื่องจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตนั้นมีการตายลงเฉพาะที่เพราะการขาดเลือดไปเลี้ยง การทำหน้าที่ของหลอดเลือดไตก็เสื่อมลง ทำให้เกิดภาวะไตวาย (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546; จันทนา วัฒนวิชัย, 2543; คอนพิชิต เหล่ารักพงษ์, 2547; ถนอม สุภาพร, 2549)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ

ผลกระทบด้านจิตใจ เมื่อได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยมักมีความเครียด ที่รับรู้ว่าคุณเองมีภาวะทางสุขภาพด้อยกว่าคนปกติคนอื่นๆ ถึงแม้ว่าโรคนี้มักไม่มีอาการรบกวนชัดเจน ที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบายทางกายมากเท่าโรคเรื้อรังอื่นๆ (สมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธุ์ภักดี, 2542)

3. ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการรักษาพยาบาลโดยตรงจากการสาธารณสุขของรัฐที่ต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของโรคกลุ่มนี้เมื่อเปรียบเทียบกับโรคกลุ่มอื่นๆพบว่า สูงอยู่ในอันดับ 1 ใน 3 ที่เสียค่าใช้จ่ายมากที่สุดรองจากกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ และพบว่าค่ารักษาพยาบาลภาวะความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 1670.09 บาทต่อครั้งต่อราย ส่วนค่ารักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองโดยเฉลี่ยสูงถึง 15,283.22 บาทต่อครั้งต่อราย กรณีที่พักรักษาตัว ณ แผนกผู้ป่วยใน (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543)

4. ผลกระทบต่อครอบครัว จากการศึกษาของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คณานุสนธิ์, วิบุษ พูลเจริญ, และ ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (2542) พบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงนั้น มีความซุกซนของภาวะทุพพลภาพในระยะยาวและกลุ่มอาการสมองเสื่อมสูงกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่เป็นโรค

ความดันโลหิตสูงถึง ร้อยละ 24.9 และร้อยละ 4.1 ตามลำดับ และในกรณีที่มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ แล้วเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ/แตกเป็นอัมพาต ครอบครัวนั้นต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวอีกด้วย (สุคาร์ตันน์ ตันสุกสวัสดิกุล และ จรินทร์ อัสวหาญฤทธิ์, 2548)

การควบคุมระดับความดันโลหิตสูง

การควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุให้อยู่ในระดับที่เป้าหมาย จะใช้หลักการเดียวกันกับผู้ป่วยที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ โดยมีการควบคุมระดับความดันโลหิตทั้งค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวลงมาน้อยให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท สำหรับผู้ที่ป่วยเป็นโรคไตและ/หรือเบาหวาน ควรต้องลดระดับความดันโลหิตลงมาให้ต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551; อภิชาติ สுகนธสรณ์ และ ศรัณย์ ควรประเสริฐ, 2547; Chobanian et al., 2003) โดยผลดีของการควบคุมระดับความดันโลหิตได้นั้นพบว่า อัตราป่วยและอัตราตายจากสาเหตุโรคหัวใจจะลดลง สำหรับผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดในสมอง และผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ถ้าสามารถรักษาระดับความดันโลหิตไว้ที่ 132/79 มิลลิเมตรปรอท เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม ที่รักษาระดับความดันโลหิตไว้ที่ระดับ 141/83 มิลลิเมตรปรอท (อภิชาติ สுகนธสรณ์ และ ศรัณย์ ควรประเสริฐ, 2547)

จากรายงานฉบับที่ 7 ของคณะกรรมการแห่งชาติในการป้องกัน ตรวจสอบ ประเมินและรักษาโรคความดันโลหิตสูง ประเทศสหรัฐอเมริกา (JNC VII) (Chobanian et al, 2003) และสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2551) สามารถสรุปวิธีการควบคุมความดันโลหิตสูงไว้ดังต่อไปนี้

1. การควบคุมระดับความดันโลหิตสูงโดยการไม่ใช้ยา

การควบคุมระดับความดันโลหิตสูงโดยการไม่ใช้ยา เป็นการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อลดความดันโลหิตให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงปฏิบัติทุกกราย แม้ในรายที่ยังไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงก็อาจป้องกันหรือชะลอการเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงนั้นอาจใช้เฉพาะวิธีการปรับวิถีการดำเนินชีวิต หรือใช้ร่วมกับการรับประทานยาตามแผนการรักษาก็ได้ ซึ่งการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประกอบด้วย

1.1 การลดน้ำหนัก ควรให้ดัชนีมวลกาย (body mass index [BMI]) อยู่ในช่วง 18.5-24.9 หากสามารถลดน้ำหนักได้ 10 กิโลกรัมจะส่งผลต่อการลดลงของค่าความดันโลหิต ขณะหัวใจบีบตัวลงได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอท

1.2 การจำกัดเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นจึงควรมีการงด หรือลดการเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์นั้นไม่ควรเกิน 2 หน่วยสุราต่อวันในผู้ชาย หรือไม่เกิน 1 หน่วยสุราต่อวันในผู้หญิงและบุคคลที่มีน้ำหนักตัวน้อย จะส่งผลต่อการลดลงของค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว 2-4 มิลลิเมตรปรอท

1.3 การปรับเปลี่ยนวิธีรับประทานอาหาร โดยใช้หลักของอาหารกับความดันโลหิตสูง (DASH) การบริโภคอาหารแบบนี้ จะส่งผลดีต่อระดับความดันโลหิต โดยแนะนำให้รับประทาน ผลไม้ ผัก รวมทั้งอาหารที่มีไขมันต่ำ (low-fat dairy product) และ อาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัว (low in saturated and total fat) ซึ่งลักษณะอาหารเหล่านี้จะส่งผลต่อการลดลงของค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว 8-14 มิลลิเมตรปรอท

1.4 การจำกัดโซเดียมในอาหาร โดยการได้เกลือโซเดียมต้องมีปริมาณน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อวัน เทียบได้กับ โซเดียม 2.4 กรัม หรือเท่ากับ 6 กรัมของเกลือแกง ซึ่งการจำกัดโซเดียมดังกล่าวจะส่งผลต่อการลดลงของค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว 2-8 มิลลิเมตรปรอท

1.5 การออกกำลังกาย ควรมีการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic exercise) ซึ่งต้องทำเป็นประจำครั้งละ 30 นาที โดยต้องมีการออกกำลังกายเกือบทุกวัน พบว่าสามารถทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง 4-9 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551) การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ นั้น ส่งผลต่อการลดความดันโลหิตได้ทั้งความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว โดยเฉพาะการออกกำลังกายในระยะยาว (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549) ซึ่งเป็นเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนที่มีผลต่อระบบประสาท ระบบประสาทซิมพาเทติก ระบบเรนินแองจิโอเทนซิน การตอบสนองของเส้นเลือด และการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของเส้นเลือด โดยที่สารแคทีโคลามีนและผลรวมของความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย (TPR) จะลดลง ซึ่งส่งผลต่อการหดและขยายตัวของหลอดเลือด (Pescatello et al., 2004; Whelton, Chin, Xin, & He, 2005) อีกทั้งการออกกำลังกายนั้นยังส่งผลต่อระดับไขมันในเลือด ทำให้ระดับของไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ (LDL) ลดลง ในขณะที่ระดับของไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (HDL) เพิ่มขึ้น (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) อีกทั้งส่งผลให้มีการหลั่งสารเอนโดรฟิน (endorphin) ที่ช่วยลดความเครียดได้ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549) จากที่กล่าวมาล้วนส่งผลต่อการลดลงของความดันโลหิตทั้งสิ้น

2. การควบคุมระดับความดันโลหิตสูงโดยใช้ยา

ยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม เช่นเดียวกับผู้ป่วยผู้ใหญ่ (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546; ทิพย์สุชน เอี่ยมสะอาด และ ภาริณี สิงห์ประสาทพร, 2549; นงลักษณ์ สุวานิชย์ศิลป์, 2550; ปราณีย์ ทัพไพเราะ, 2550; ปราโมทย์ ชีรพงษ์, 2550; ศุภชัย ถนอมทรัพย์, 2549; อภิชาติ สุคนธสรทรัพย์ และ ศรีณย์ ควรประเสริฐ, 2547) ซึ่งหลักสำคัญในการใช้ยาแก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงนั้น ควรเริ่มต้นการใช้ยาที่ขนาดต่ำ ๆ ก่อน แล้วติดตามผลที่ได้ จากนั้นจึงค่อยๆ เพิ่มขนาดยาขึ้นไปจนได้ผลตามที่ต้องการ หากยังไม่ได้ผลก็อาจเพิ่มยากลุ่มอื่นหรือเปลี่ยนกลุ่มยา อีกทั้งมีการเลือกใช้ยาที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เกิดความสามารถในการใช้ยาที่ดี เช่น อาการไม่พึงประสงค์ของยาน้อย ราคาถูก จำนวนครั้งของการรับประทานยาน้อย และอาจพิจารณาใช้ยาบางกลุ่มเป็นพิเศษสำหรับผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มเช่น กลุ่มยาที่ยับยั้งการทำงานของการสร้างแองจิโอเทนซิน (ACEI) หรือ กลุ่มยาที่ยับยั้งการจับกับตัวรับของแองจิโอเทนซิน (angiotensin receptor blocker [ARBs]) ในผู้ที่มีเบาหวานหรือภาวะหัวใจวายร่วมด้วย เป็นต้น (สุภารัตน์ ต้นสุกสวัสดิกุล และ จรินทร์ อัสวหาญฤทธิ์, 2548)

2.1. ยาขับปัสสาวะ (diuretics) ยานี้ออกฤทธิ์เพิ่มการขับน้ำ และเกลือแร่ออกจากร่างกาย โดยการออกฤทธิ์โดยตรงที่ไต แบ่งออกเป็น 5 กลุ่มดังนี้

2.1.1 ยากลุ่มไทอะไซด์ (thiazide diuretics) เป็นยาขับปัสสาวะที่มีกลไกการออกฤทธิ์ ในการยับยั้งการดูดซึมกลับของโซเดียมคลอไรด์ เป็นยาที่ใช้มากในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง สามารถใช้เพียงตัวเดียว หรือใช้ร่วมกับยากลุ่มอื่น เช่น กลุ่มยาที่ยับยั้งการทำงานของการสร้างแองจิโอเทนซิน (ACEI) และยาด้านเบต้า (beta-blocker) เป็นต้น อาการที่ไม่พึงประสงค์ได้แก่ ภาวะโปแทสเซียมในเลือดต่ำ ภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ ภาวะกรดยูริกในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดสูงจากการสูญเสียแมกนีเซียม ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

2.1.2 ยาขับปัสสาวะที่มีฤทธิ์ต่อหลอดไต (loop diuretics) การออกฤทธิ์ของยา เป็นการลดการดูดกลับของโซเดียมคลอไรด์ ที่บริเวณหลอดฝอยไตทอดขึ้นชนิดหนา (thick ascending limb) ของท่อไตรูปตัวยู (loop of Henle) ทั้งที่อยู่ในส่วนของเปลือกไต (cortex) และไตส่วนเมดัลลา การเพิ่มการขับปัสสาวะทำให้ปริมาตรเลือดในหลอดเลือดลดลง จึงมีการเพิ่มการหลั่งอัลโดสเตอโรน ผ่านการใช้กลไกของระบบเรนินแองจิโอเทนซินอัลโดสเตอโรน ทำให้เกิดการดูดกลับของโซเดียมที่หลอดไตฝอย ซึ่งเกิดการแลกเปลี่ยนกับไฮโดรเจนไอออน และ โปแทสเซียมไอออน ทำให้เกิดภาวะโปแทสเซียมในร่างกายต่ำ และ ภาวะต่างจากคลอไรด์ในเลือดต่ำ (hypochloremic alkalosis) ได้

2.1.3 ยาขับปัสสาวะที่ไม่สูญเสียโปแทสเซียม (potassium-sparing diuretics) ยากลุ่มนี้มีกลไกการออกฤทธิ์ ยับยั้งการดูดซึมกลับของโซเดียมที่ท่อเชื่อม (connecting tubule) และท่อไตรวมที่อยู่บริเวณเปลือกไต (cortical collecting duct) ยาเพิ่มการขับออกของโซเดียมแต่เก็บรักษาโปแทสเซียมกับแมกนีเซียมไว้

2.1.4 ยากลุ่มที่ยับยั้ง คาร์บอนิกแอนไฮเดส (carbonic anhydrase inhibitors) เป็นยาที่ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์คาร์บอนิกแอนไฮเดสที่ท่อไต ทำให้มีการขับน้ำ โซเดียม ไอออน โปแทสเซียม ไอออน และไบคาร์บอเนต ไอออนเพิ่มขึ้นด้วย

2.1.5 ยากลุ่มออสโมติกไดยูเรติก (osmotic diuretics) เป็นยาที่ออกฤทธิ์ส่วนใหญ่ที่ท่อไตส่วนต้น (proximal tubule) ยาจะถูกกรองออกที่โกลเมอรูลัสอย่างอิสระ แต่ไม่ถูกดูดซึมกลับ ทำให้ความสามารถในการคูดน้ำของสารในปัสสาวะ (osmolality) ที่อยู่ในท่อไตเพิ่มสูงขึ้น เป็นการป้องกันการคูดน้ำกลับสู่กระแสเลือด แต่โซเดียมถูกคูดกลับเข้าสู่กระแสเลือดได้มากกว่าน้ำ ทำให้ความเข้มข้นของโซเดียมในท่อไตนั้นลดลง

2.2. ยากลุ่มต้านแคลเซียม (calcium channel blockers) ยาจะมีฤทธิ์ยับยั้งการเคลื่อนที่ของแคลเซียมไอออน ที่จะผ่านช่องทางเฉพาะที่เรียกว่า ช่องแคลเซียม (calcium channel) ที่บริเวณผนังของเซลล์ โดยเฉพาะที่ผนังหลอดเลือดทำให้กล้ามเนื้อบริเวณนี้คลายตัว ความดันในหลอดเลือดลดลง ส่งผลต่อความดันโลหิตในร่างกายลดลงตามมาด้วย

2.3. กลุ่มยาที่ยับยั้งการทำงานของการสร้างแองจิโอเทนซิน (ACEI) ยาจะยับยั้งเอนไซม์ที่สร้างแองจิโอเทนซิน (angiotensin-converting enzyme) ที่ทำหน้าที่เปลี่ยนแองจิโอเทนซิน 1 (angiotensin I) ให้เป็นแองจิโอเทนซิน 2 (angiotensin II) ซึ่งมีคุณสมบัติทำให้หลอดเลือดหดตัว เมื่อระดับแองจิโอเทนซิน 2 ลดลงจึงทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงตามมา ยาไม่มีผลต่อปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ ยากลุ่มนี้ยังสามารถลดการทำลายเบรคคินิน (bradykinin) เพราะยากลุ่มนี้เป็นเอนไซม์ตัวเดียวกับคัยนินเอส 2 (kininase II) จึงทำให้หลอดเลือดมีการคลายตัว รวมทั้งมีผลต่อการลดการหลั่งอัลโดสเตอโรน ช่วยทำให้มีการขับน้ำและโซเดียมออกจากร่างกาย ทางปัสสาวะเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย อาการไม่พึงประสงค์ของยา ที่พบได้บ่อยคืออาการไอแห้ง ๆ อาการคลื่นไส้ อาเจียน มีผื่นคัน หรือการสูญเสียหรือการรับรสเปลี่ยนแปลงไป ภาวะโปแทสเซียมในเลือดสูง

2.4. กลุ่มยาที่ยับยั้งการจับกับตัวรับของแองจิโอเทนซิน (ARBs) มีการออกฤทธิ์ปิดกั้นตัวรับแองจิโอเทนซิน 1 (angiotensin 1 receptor) ทำให้แองจิโอเทนซิน 2 ไม่สามารถออกฤทธิ์ได้ทำให้หลอดเลือดมีการขยายตัวลดการคั่งของโซเดียม ส่งผลต่อการลดลงของระดับความดันโลหิต อาการไม่พึงประสงค์ของยา ได้แก่ อาการหัวใจเต้นช้า ภาวะโปแทสเซียมในเลือดสูง ยากลุ่มนี้ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์เพราะมีผลเสียต่อทารกในครรภ์ได้

2.5. ยาต้านอะดรีเนอจิก (adrenergic blockers) แบ่งได้เป็น 3 กลุ่มได้แก่

2.5.1 ยาต้านแอลฟาอะดรีเนอจิก (α -adrenergic blockers) การออกฤทธิ์ของยาจะมีการจับแอลฟา 1 (α_1) และต้านอะดรีเนอจิกแอลฟา 2 (α_2 -Adrenergic blockers) ได้อย่างเท่ากัน ทำให้ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายลดลง อาการไม่พึงประสงค์ของยา ได้แก่ อาการปวดศีรษะ อาการหัวใจเต้นเร็ว

2.5.2 ยาต้านเบต้าอะดรีเนอจิก (β -Adrenergic blockers) การออกฤทธิ์ของยานั้นจะยับยั้งการจับของแคททีโคลามีนกับตัวรับเบต้า (β -receptor) ที่อวัยวะต่างๆ ซึ่งเบต้า 1 (β_1) พบมากที่หัวใจและเบต้า 2 (β_2) พบที่เส้นเลือดหลอดลมและกล้ามเนื้อลาย ยานี้จะทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง การหลั่งของแคททีโคลามีนที่ระบบประสาทส่วนกลางลดลง ปริมาณเลือดที่กลับเข้าสู่หัวใจ (venous return) ลดลง ยับยั้งการหลั่งเรนินที่ไตและทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง อาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ อาการปวดท้อง ท้องเดิน คลื่นไส้ เบื่ออาหาร ปากแห้ง สับสน และประสาทหลอน

2.5.3 ยาต้านทั้งแอลฟาและเบต้าอะดรีเนอจิก (combined α - and β -Adrenergic blockers) เป็นยากุ่มต้านอะดรีเนอจิก (adrenergic inhibitors) ที่อาศัยการออกฤทธิ์ในการต้านทั้งตัวรับแอลฟา (α -receptor) และตัวรับเบต้า เพื่อให้เกิดผลในการลดความดันโลหิต อาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ หลอดลมตีบ ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นช้า

2.6. ยาขยายหลอดเลือด (vasodilator) ออกฤทธิ์ต่อกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดลดความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย ทำให้ความดันโลหิตลดลง มีฤทธิ์กระตุ้นหัวใจทำให้หัวใจเต้นเร็ว ยากุ่มนี้ไม่ใช่ยากุ่มหลักในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง จะใช้ในผู้ป่วยเฉพาะกรณีเช่นในกรณีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤติ (hypertensive crisis) อาการไม่พึงประสงค์เกิดจากฤทธิ์ของยาที่มีมากเกินไป เช่น ทำให้ปวดศีรษะ คลื่นไส้ หน้าแดง ความดันโลหิตต่ำ อ่อนเพลีย สับสน กล้ามเนื้อกระตุก เป็นต้น

สรุปได้ว่า การควบคุมระดับความดันโลหิต ควรประกอบด้วยหลักสำคัญ 2 ประการ คือ การควบคุมระดับความดันโลหิตสูงโดยการใช้ยา และการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงโดยการใช้ยา ซึ่งต่างก็มีความสำคัญต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตเพื่อให้อยู่ในระดับเป้าหมายที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องได้รับและมีการดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ความหมาย

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ให้คำจำกัดความของ ความสามารถในการดูแลตนเองไว้ดังนี้

ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง การที่บุคคลมีกิจกรรมหรือพฤติกรรมอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย มีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปจนเป็นส่วนหนึ่งของวิถีดำเนินชีวิต เพื่อให้ตนเองสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด (อรุณรัตน์ กาญจนะ, 2545)

ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง สักยภาพของแต่ละบุคคลในการดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต ภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง เป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย โดยเป้าหมายนั้นคือการดูแลตนเองที่จำเป็น (คุษฎี พงศ์อุดม, 2549)

ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง พลังของแต่ละบุคคลที่จะทำการดูแลตนเอง ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองนั้นมีความสลับซับซ้อน เป็นความสามารถในการประมาณการที่สร้างสำหรับการดูแลตนเอง คนเป็นสาเหตุของความจำเป็นในช่วงเวลาหนึ่ง เพื่อฝึกฝนความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นผลรวมของการกระทำของแต่ละบุคคล จัดเป็นลักษณะของความสามารถและความจำกัของแต่ละบุคคล บนเงื่อนไขของปัจจัยและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาและการฝึกฝน (Orem et al., 2001)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว สรุปได้ว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง การที่บุคคลมีการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะที่ใกล้เคียงหรือเท่ากับภาวะปกติมากที่สุด โดยขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของปัจจัยแวดล้อมเฉพาะบุคคล

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดการเบี่ยงทางสุขภาพ ที่คุกคามต่อชีวิต เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต อีกทั้งมีความต้องการในการดูแลช่วยเหลือและการให้คำแนะนำพิเศษในระยะยาว (อรุณรัตน์ กาญจนะ, 2545) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เพื่อการรับรู้สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ มีการปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูและการป้องกันตนเองจากพยาธิสภาพที่เกิดอย่างมีประสิทธิภาพ มีการรับรู้สนใจและป้องกันความไม่สุขสบายที่เกิดจากผลข้างเคียงของการรักษาและพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น มีการ

ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษา มีการปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น และมีการเรียนรู้ในการใช้ชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพและการวินิจฉัย เพื่อคงไว้ซึ่งการดำรงชีวิตอยู่ได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด (Orem et al., 2001) ซึ่งหมายถึง การมีความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เมื่อบุคคลมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพนั้นเอง

ดังนั้น ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จึงหมายถึง พฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิต โดยการปรับวิถีการดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ อย่างเหมาะสม ได้แก่ การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย การจำกัดการรับประทานโซเดียม การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และ การควบคุมปัจจัยที่ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนเป็นต้น ให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด

ความสามารถในการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเรียม

ความสามารถในการดูแลตนเองนั้นมีความซับซ้อน จัดเป็นลักษณะของแต่ละบุคคลบนเงื่อนไขของปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาและการฝึกฝน โดยมีโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับใช้ในการดูแลตนเอง ในสถานการณ์ขณะนั้นทันที ประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการดังนี้

1.1 การคาดการณ์ (estimative) เป็นความสามารถในการประเมินและตรวจสอบสถานการณ์ รวมทั้งองค์ประกอบเกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม ที่สำคัญต่อการนำไปใช้ในการดูแลตนเอง

1.2 การปรับเปลี่ยน (transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับ สิ่งที่ต้องทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

1.3 การลงมือปฏิบัติ (productive operation) เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (ten power components) นั้นเป็นตัวกลางที่เชื่อมระหว่างการรับรู้และการกระทำที่มีความเฉพาะเจาะจงในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย

2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง โดยให้ความสนใจภาวะแวดล้อมภายในและภายนอกตนเอง รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองเพราะตนเองต้องเป็นรับผิดชอบในตนเอง

2.2 ความสามารถในการควบคุมพลังงานด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอ เพื่อริเริ่มและปฏิบัติการในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถในการควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ในการเคลื่อนไหวที่จำเป็นเพื่อริเริ่มหรือปฏิบัติการในการดูแลตนเองจนประสบความสำเร็จได้อย่างต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถในการใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 การมีแรงจูงใจในการกระทำเพื่อการดูแลตนเอง

2.6 การมีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจไว้

2.7 ความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง จากผู้ที่มีความเหมาะสมและเชื่อถือได้ รวมทั้งสามารถจดจำและนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้

2.8 การมีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและทางสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติในการดูแลตนเอง

2.9 ความสามารถในการจัดระบบในการดูแลตนเอง

2.10 ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง จนสามารถสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของการดำรงชีวิตประจำวันได้

3. ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน (foundation capability and dispositions) เป็นความสามารถที่จำเป็นในการกระทำกิจกรรมต่างๆ อย่างจงใจ แบ่งออกเป็น 2 ประการได้แก่ ความสามารถในการเรียนรู้และการกระทำ และปัจจัยที่มีผลต่อการค้นหาเป้าหมายของการกระทำ โดยความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน ซึ่งประกอบด้วย

3.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้

3.2 คุณสมบัติของประสาทรับรู้ความรู้สึก ทั้งด้านการมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส การรับรส และการได้กลิ่น

3.3 การเห็นถึงคุณค่าของตัวเอง

3.4 ความตั้งใจ

3.5 ความหวังใจตนเอง

3.6 ความเข้าใจตนเอง

3.7 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

3.8 ความเข้าใจ

3.9 การยอมรับตนเอง

3.10 การจัดลำดับความสำคัญในสิ่งต่างๆที่ต้องกระทำ

3.11 ความสามารถในการจัดการตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเอง นั้นมีความเฉพาะเจาะจงในแต่ละบุคคล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ, ขนบธรรมเนียมประเพณีและสังคม สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว ภาวะสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ทำอยู่เป็นประจำ ประสบการณ์ที่สำคัญที่เกิดขึ้นในชีวิต และแหล่งประโยชน์ ดังนั้นในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ควรคำนึงถึงปัจจัยดังที่กล่าวมาข้างต้นเสมอ

ความสำคัญของความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามชีวิตของผู้สูงอายุ หากไม่มีการควบคุมที่เหมาะสมจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาข้างต้น จากการทบทวนวรรณกรรมโดยผู้ศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย นอกจากจะใช้วิธีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนิน ร่วมกับการรักษาด้วยยาแล้ว ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล (personal factor) ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเอง (self care ability) และปัจจัยด้านการจัดการของกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ (ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และดวงกมล จันทรมิตร, 2542, อ่างใน มยุรี มูลสวัสดิ์, 2548)

จากผลการศึกษาหลายชิ้นงานแสดงให้เห็นความสำคัญของความสามารถในการดูแลตนเอง ดังเช่น การศึกษาของ เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, ดลนภา หงษ์ทอง, และ จันจิรา จันทรบัค (2549) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ครอบครัว และชุมชนในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ร้อยละ 91.89 โดยที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้นมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมในเรื่อง การรับประทานอาหารที่มีเหมาะสม ทั้งการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมและอาหารที่มีไขมัน การออกกำลังกาย การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการมาตรวจตามนัดเพิ่มขึ้น แตกต่างจากก่อนการจัดกิจกรรมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากผลการศึกษา ของ สุกัญญา เข็มมเอก, สมพันธ์ หิญชีระนันท์, ผ่องศรี ศรีมรกต, และ ศากุล ช่างไม้ (2550) ที่ศึกษาผลการนำแนวปฏิบัติ

ทางคลินิกของ มยุรี มุลสวัสดิ์ (2548) ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ณ แผนกผู้ป่วย ใน โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า คะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นหลังการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า หากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมกับวิถีการดำรงชีวิต จะส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิตได้ ซึ่งบุคคลรอบข้างที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ครอบครัว ผู้ดูแล ชุมชน และบุคลากรทางสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง เป็นผู้ที่มีความสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม (มยุรี มุลสวัสดิ์, 2548; วร แก้วมณี, 2546; อรุณรัตน์ กาญจนะ, 2545)

กระบวนการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

กระบวนการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นกระบวนการที่เกิดจากพยาบาลและญาติ ช่วยกันสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงมีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม มยุรี มุลสวัสดิ์ (2548) ได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ที่เป็ความดันโลหิตสูง ซึ่งมีกระบวนการในการส่งเสริมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล โดยพยาบาลแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการสร้างเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง เมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นการลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุให้รู้สึกผ่อนคลายและพร้อมที่จะเรียนรู้

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินระยะการรับรู้ ความเข้าใจ ประสบการณ์ และรูปแบบของพฤติกรรมในการจัดการความดันโลหิตสูงที่ผ่านมา ด้วยการซักถามผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงตามแนวคำถามที่กำหนดไว้ในแนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งสามารถแบ่งระยะการรับรู้ และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1) เมื่อผู้สูงอายุได้รับวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงครั้งแรก ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็นอีก 2 แบบ ได้แก่ แบบที่ 1 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ว่าเป็นโรคนี้สามารถหายขาดได้เมื่อไม่มีอาการ และแบบที่ 2 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ว่าเป็นโรคเรื้อรังไม่หายขาด ระยะที่ 2) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มีการรับรู้ว่าเป็นโรคนี้รักษาไม่หายแต่ยังมีความหวังว่าจะมีวิธีรักษาให้หายได้ ระยะที่ 3) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มีการรับรู้ว่าเป็นชีวิตของตนนั้นเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย จากประสบการณ์การที่ได้พบความรุนแรงของโรคที่เกิดกับตนเอง หรือจากการรับรู้ความรุนแรงของ

โรคที่เกิดกับผู้อื่น และระยะที่ 4) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ว่าเป็นโรคนี้อาจไม่หาย เป็นโรคประจำตัว แต่สามารถที่จะควบคุมระดับความดันโลหิตให้ปกติได้

ขั้นตอนที่ 3 การปรับการรับรู้สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยปรับให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะของโรคความดันโลหิตสูง เป้าหมายของการรักษาและวิธีการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและญาติต้องมีความรู้เบื้องต้นในเรื่องต่อไปนี้ ได้แก่ ธรรมชาติของโรคความดันโลหิตสูง และเป้าหมายของการควบคุมระดับความดันโลหิต ด้วยการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา โดยการรักษาโดยการให้ยา และการรักษาโดยการไม่ใช้ยา ได้แก่การปรับวิถีการดำเนินชีวิต ในเรื่องการรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การจำกัดการรับประทานโซเดียม การงดการดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การเผชิญความเครียด และ/หรือการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการมาตรวจตามนัดของแพทย์เพื่อให้ได้รับการปรับยาให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย ซึ่งในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทุกระยะ ต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะของโรคความดันโลหิตสูง

ขั้นตอนที่ 4 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง โดยมีการตั้งเป้าหมายและหาแนวทางเพื่อบรรลุเป้าหมายของการดูแลตนเองร่วมกัน โดยการสอนหรือทั้งการสอนและฝึกทักษะในการจัดการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในเรื่อง การรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ความดันโลหิตสูง

ขั้นตอนที่ 5 การเสริมแรงจิตใจ (motivation) และการติดตามอย่างต่อเนื่อง เป็นการเปิดโอกาสและสนับสนุนให้ครอบครัวและผู้ดูแล ได้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยการจัดทำสมุดบันทึกค่าความดันโลหิตที่วัดได้น้ำหนักตัว ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เช่น ค่าไขมันในเลือด และสอนการลงบันทึกปัญหาและอุปสรรค รวมถึงภาวะผิดปกติอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นก่อนมาพบแพทย์ตามนัด ในคู่มือที่ได้รับ เป็นการกระตุ้นและติดตามการดูแลตนเองของผู้รับบริการ รวมทั้งมีการการแจ้งแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในชุมชน เช่น สถานีอนามัย อาสาสมัครสาธารณสุขของชุมชน หรือหน่วยเยี่ยมบ้าน ให้ผู้รับบริการทราบ พร้อมทั้งจัดบันทึกแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ลงในสมุดประจำตัวของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อีกทั้งพยาบาลทีมผู้ดูแลร่วมกันอภิปรายปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ในปัญหาที่ผู้รับบริการบันทึกไว้ในสมุดบันทึกก่อนมาตรวจตามนัด เมื่อมารับบริการในแต่ละครั้ง โดยพยาบาลทีมผู้ดูแลเป็นผู้เสนอแนะทางเลือกในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความสามารถในการดูแลตนเอง ควรมีการสอนและฝึกทักษะในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. การรับประทานอาหารสำหรับควบคุมระดับความดันโลหิต

โดยใช้หลักของอาหารกับความดันโลหิตสูง (DASH) ประกอบด้วย การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือเป็นส่วนประกอบในปริมาณสูง ลดปริมาณอาหารที่ให้พลังงานสูงลง รับประทานอาหารให้ครบทั้ง 3 มื้อ รวมทั้งเพิ่มปริมาณอาหารที่มีกากใยทั้งชนิดและปริมาณให้มีความหลากหลายมากขึ้น โดยลดปริมาณโซเดียมคลอไรด์ลงให้เหลือน้อยกว่า 5 กรัมต่อวัน ซึ่งเทียบได้กับปริมาณเกลือแกง 1 ช้อนชา (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549ข; สุดารัตน์ ต้นสุกสวัสดิคุณ และ จรินทร์ อัสวหาญฤทธิ์, 2548; อุปถัมภ์ ศุภสินธุ์, 2550; Chobanian et al., 2003) รวมทั้งควรลดหรืองดอาหารที่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบ เช่น สารกันบูด (sodium benzoate) ผงชูรส (monosodium glutamate) ผงฟู (sodium bicarbonate) สารที่ป้องกันไม่ให้ผลไม่มีสีค้ำหรือ โซเดียมซัลไฟด์ (sodium sulphide) สารที่ผสมในไอศกรีมหรือสารที่ทำให้อาหารนั้นมีเนื้อละเอียด (sodium alginate) และสารป้องกันเชื้อรา (sodium propionate) เป็นต้น (พัชรภรณ์ อารีย์, 2550)

2. การออกกำลังกายสำหรับการควบคุมระดับความดันโลหิต

การออกกำลังกายที่เหมาะสมนั้นจำเป็นอย่างยิ่งต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ควรเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ที่มีการออกกำลังกายโดยใช้กล้ามเนื้อใหญ่ของร่างกายพร้อมกันหลายมัดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลต่อ ปอด หัวใจและหลอดเลือด การออกกำลังกายควรนานครั้งละอย่างน้อย 30 นาทีเป็นการทำอย่างต่อเนื่อง โดยมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอคือ 3-7 วันต่อสัปดาห์ มีความหนักระดับปานกลาง (moderate intensity) ซึ่งสามารถประเมินความหนักได้โดยการทดสอบการพูด (talk test) ความหนักระดับปานกลางนั้นผู้ออกกำลังกายจะยังสามารถพูดคุยกับผู้อื่นได้เมื่อรู้สึกเหนื่อย ในการออกกำลังกายแต่ละครั้งนั้นจะมีการแบ่งออกเป็น 3 ช่วงแรกเป็นการอบอุ่นร่างกาย (warm up) นานประมาณ 5-10 นาที ช่วงที่ 2 เป็นการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มความทนทาน (endurance) นานประมาณ 20-30 นาที ช่วงสุดท้ายเป็นการผ่อนคลาย (cool down) นานประมาณ 5-10 นาทีก่อนการหยุดออกกำลังกาย ในการเริ่มออกกำลังกายนั้นควรเพิ่มความแรงทีละน้อยจนถึงระดับที่เหมาะสม เนื่องจากการออกกำลังกายที่หนักและแรงจะทำให้เกิดอันตรายกับผู้สูงอายุได้ (American College of Sports Medicine [ACSM], 2006) ผู้สูงอายุนั้นไม่ควรเป็นการออกกำลังกายที่เป็นการใช้ความเร็วหรือแรงมากนัก เนื่องจาก ผู้สูงอายุนั้น ได้มีการสูญเสียใยกล้ามเนื้อชนิดหดตัวเร็ว (fast twitch fibers) มากกว่าใยกล้ามเนื้อชนิดหดตัวช้า (slow twitch

fibers) ซึ่งทำให้ในผู้สูงอายุที่มีความไวในการทำงานและความแข็งแรงลดลง อีกทั้งขณะออกกำลังกายไม่ควรก้มหน้าเพราะส่งผลเสียต่อการทำงานของหัวใจ ขณะที่ก้มหน้าใจร่วมกับการเกร็งหน้าท้องนั้น จะทำให้ความดันภายในทรวงอกและหน้าท้องเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก อากาศก็จะไหลเข้าสู่ปอดไม่ได้ ผู้สูงอายุไม่ควรออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (isometric exercise) ที่เป็นการออกกำลังกายแบบเพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อ แต่ไม่เพิ่มความยาว เช่น การยกของ การลาก และการดึง เป็นต้น (ดวงฤดี ลาสุขะ, 2550; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549ก)

3. การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ (มยุรี มุลสวัสดิ์, 2548) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาต่าง ๆ ได้แก่

3.1 ประโยชน์จากการรับประทานยาอย่างมีประสิทธิภาพต่อความดันโลหิต

3.2 การปฏิบัติตัวเพื่อรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอ

3.2.1 การเลือกใช้อุปกรณ์ที่ช่วยป้องกันการลืมรับประทานยา

3.2.2 การจัดวางตำแหน่งที่ไว้ยาให้เห็นชัดเจน

3.2.3 ไม่ควร ลด จด หรือปรับขนาดยาด้วยตนเอง รวมทั้งการปฏิบัติเมื่อลืม

รับประทานยา และควรปรึกษาแพทย์ก่อนทุกครั้งที่จะลด ปรับขนาด หรือลดยา

3.3 วิธีการใช้ยาเพื่อให้ยาออกฤทธิ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด คำแนะนำที่ให้แก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่

3.3.1 ควรงดการหักเม็ดยาหรือแบ่งเม็ดยา เพราะจะทำให้ยาที่หักแล้วกร่อนลงได้

3.3.2 ไม่ควรรับประทานยาพร้อมกับการดื่มแอลกอฮอล์ และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน เช่น กาแฟ ชา น้ำอัดลม เป็นต้น

3.3.3 ควรหลีกเลี่ยงการเกิดท้องผูก

3.3.4 เก็บรักษายาไว้ในภาชนะที่มิดชิด โดยไม่ให้ยาถูกแสงหรือความร้อนและความชื้น

Copyright © Chiang Mai University
A l l r i g h t s r e s e r v e d

3.3.5 ควรรับประทานยาตรงตามเวลาเสมอ

3.4 แนะนำให้ผู้สูงอายุและญาติ สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบบ่อย และวิธีการจัดการปัญหา

3.5 แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวต่อการรับประทานยาในแต่ละชนิด

4. การจัดการความเครียด สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (มยุรี มุลสวัสดิ์, 2548) โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.1 ติดตามประเมินความเครียด ปัญหาและอุปสรรคจากการเคร่งครัดในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง

4.2 ให้กำลังใจด้วยการชมเชย เมื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองได้เหมาะสม

4.3 แนะนำให้ครอบครัวมีการให้กำลังใจ และความเอาใจใส่แก่ผู้ป่วย

4.4 แนะนำการจัดการความเครียดที่เหมาะสม

5. การลดน้ำหนัก

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่าหรือเท่ากับ 25 ควรลดน้ำหนัก โดยกำหนดเป้าหมายของการลดน้ำหนักลงอย่างน้อยร้อยละ 5-10 ของน้ำหนักตัว และได้รับการประเมินพลังงานที่ได้รับจากอาหารที่รับประทานตลอดทั้งวัน หากพบว่าพลังงานที่ได้รับมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย ให้ลดการได้รับพลังงานลง 250-1,000 กิโลแคลอรีของพลังงานที่ได้รับจากการรับประทานอาหาร (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549ข)

6. การควบคุมปัจจัยที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ได้แก่:

6.1 การสูบบุหรี่ เนื่องจากการสูบบุหรี่ส่งผลต่อระดับความดันโลหิต สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ยังมีการสูบบุหรี่ ควรงดการสูบบุหรี่ (มยุรี มูลสวัสดิ์, 2548)

6.2 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในกรณีที่มีพฤติกรรมการดื่มแบบไม่หนัก ควรให้คำแนะนำให้หยุดดื่ม สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมการดื่มที่หนัก แนะนำให้งดหรือควบคุมปริมาณการดื่ม โดยปริมาณแอลกอฮอล์ที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง นั้นสามารถดื่มได้เพียงวันละ 1 หน่วยสุราเท่านั้น (Mauk, 2006) โดยหมายถึงการดื่มเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ 10 กรัม เทียบได้กับเหล้าขาว 30 มิลลิลิตร หรือ 1 กัง เบียร์ชนิดอ่อน (มีปริมาณแอลกอฮอล์ร้อยละ 2-2.9) จำนวน 1.5 กระป๋อง หรือเท่ากับดื่มเบียร์ชนิดปานกลาง (มีปริมาณแอลกอฮอล์ร้อยละ 3-3.9) จำนวน 1 กระป๋อง เท่ากับดื่มเบียร์ชนิดแรง (มีปริมาณแอลกอฮอล์ร้อยละ 4-5) จำนวน 3/4 กระป๋อง เป็นต้น (ทรงเกียรติ ปิยะกะ, ชาญวิทย์ เงินศรีตระกูล, และ สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย, 2545)

6.3 คาเฟอีนและกาแฟ ควรหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน โดยเฉพาะกาแฟ หากต้องการดื่มสามารถดื่มได้ไม่เกินวันละ 2 แก้วต่อวัน หรือปริมาณคาเฟอีนที่ผสมในอาหารไม่ควรเกินวันละ 100 มิลลิกรัม (มยุรี มูลสวัสดิ์, 2548)

การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เป็นการประเมินการรับรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีการประเมินพฤติกรรม สามารถสรุปการวิธีประเมินได้ 2 วิธี ได้แก่ (ศิริชัย นามบุรี, 2551; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550)

1. การประเมินโดยตรง (direct method of assessment) โดยใช้วิธี

- การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมโดยผู้อื่น (observation) เป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับมากที่สุด ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้ทั้งในสถานการณ์ที่เป็นไปตามธรรมชาติและสถานการณ์ที่ถูกจัดขึ้นในคลินิก การสังเกตที่ดีควรทำโดยไม่ให้ผู้ที่ถูกสังเกตรู้ตัว

- การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยตนเอง (self-monitoring) มักนำมาใช้ในกรณีที่ผู้สังเกตไม่สามารถที่จะสังเกตเห็นพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ มักเป็นพฤติกรรมภายใน เช่น การคิดฆ่าตัวตาย หรือการปวดศีรษะ เป็นต้น

- การวัดผลที่เกิดขึ้น (measurement of product) เป็นวิธีการประเมินที่ง่ายและสะดวกที่สุดแต่ควรมีความระมัดระวังในการรวบรวมข้อมูล และควรพิจารณาว่าพฤติกรรมที่วัดได้ เป็นพฤติกรรมที่นำไปสู่ผลที่แน่นอนทุกครั้ง อีกทั้งการนำผลที่ได้จากการวัดไปเป็นตัวชี้วัดถึงความเปลี่ยนแปลง ต้องแน่ใจว่าผลที่เกิดขึ้นมาจากพฤติกรรมนั้นแต่เพียงอย่างเดียว ไม่มีพฤติกรรมอื่น ๆ หรือนุคคลอื่นมาเกี่ยวข้องด้วย

- การวัดทางสรีระ (physiological measure) หรือการป้อนกลับทางสรีระ (biofeedback) เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของบุคคลเมื่อได้รับสิ่งเร้า โดยใช้เครื่องมือวัดทางสรีระ ข้อดีคือผู้วัดสามารถทราบผลการวัดได้ทันทีและมีความเที่ยงสูง

2. วิธีการประเมินทางอ้อม (indirect methods of assessment) โดยใช้วิธี

2.1 การสัมภาษณ์ (interview) เป็นการประเมินที่สำคัญ ซึ่งการสัมภาษณ์เพื่อการประเมินพฤติกรรมนั้นจะมุ่งเน้นที่พฤติกรรมของบุคคลที่ถูกสัมภาษณ์กระทำ โดยมีข้อดีคือทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึก แต่มีข้อจำกัดในเรื่องของความเชื่อถือของข้อมูล โดยเฉพาะข้อมูลที่ต้องอาศัยการจำ

2.2 การรวบรวมข้อมูลจากบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง (information from other people) มักทำการรวบรวมข้อมูลในกรณีที่ไม่สามารถรวบรวมข้อมูล จากบุคคลผู้เป็นเจ้าของข้อมูลโดยตรง วิธีการรวบรวมข้อมูลวิธีนี้ส่วนใหญ่นิยมใช้วิธีสัมภาษณ์

2.3 การรายงานตนเอง (self report) มักนำมาใช้ในการทดสอบทางจิตวิทยา เครื่องมือที่ใช้มักเน้นที่พฤติกรรมที่มีความเฉพาะเจาะจง และมีสภาพการณ์ที่มีความเกี่ยวข้องกับ

พฤติกรรมนั้นๆ โดยการรายงานตนเองมีข้อคืออยู่ที่การประหยัดและใช้ร่วมกับการประเมินโดยตรงได้ แต่มีข้อจำกัดในด้านความเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับ

จากทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่าเครื่องมือที่ใช้ประเมินนั้นเป็นการประเมินทางอ้อม และมีผู้สร้างเครื่องมือที่ใช้ประเมินไว้ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์เรื่องความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของ สิรินาถ คำใจหนัก (2548) สร้างโดยอิงทฤษฎีของโอริเอม แบบสัมภาษณ์นี้เนื้อหาประกอบด้วย การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการพักผ่อน ด้านการออกกำลังกาย ด้านตรวจรักษา ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ การหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 53 ข้อ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ค่าความดัชนีตรงตามเนื้อหา 0.97 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72

2. แบบสอบถามความสามารถในปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของ ดุษฎี พงศ์อุดม (2549) อิงทฤษฎีของโอริเอม ได้รับการดัดแปลงมาจากเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเอง (The Appraisal of Self-Care Agency Scale [ASA scale]) ซึ่งเครื่องมือฉบับนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากโอริเอมและนักวิจัยผู้เชี่ยวชาญในทฤษฎีนี้แล้ว (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) แบบสอบถามนี้เนื้อหาประกอบด้วย ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการรับประทานยา ด้านการมาตรฐานนัด ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง โดยมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ แบบสอบถามนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ค่าความดัชนีตรงตามเนื้อหา 0.87 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96

สำหรับการศึกษานี้ ผู้ศึกษาเลือกใช้แบบสอบถามความสามารถในปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของ ดุษฎี พงศ์อุดม (2549) เนื่องจากมีเนื้อหาของแบบประเมินสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการประเมินคือ การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างครบถ้วน มีจำนวนข้อคำถามที่เหมาะสม และแบบประเมินนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ค่าความดัชนีตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.87 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาของ ดุษฎี พงศ์อุดม ก็ยังเป็นผู้สูงอายุอีกด้วย ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเลือกนำแบบประเมินนี้ไปใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษา

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

คำจำกัดความ

แนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guidelines [CPGs]) หมายถึง ข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยมีการสรุปรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อการปฏิบัติเฉพาะเรื่อง เป็นเครื่องมือที่ช่วยในการตัดสินใจแก่กลุ่มบุคคลากรทางสุขภาพ ใช้ในการตัดสินใจให้การดูแลปัญหาสุขภาพแก่ผู้รับบริการ อันนำไปสู่การดูแลที่เหมาะสมต่อภาวะทางคลินิก การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก จึงทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลหรือทำงานเป็นไปในแนวเดียวกัน โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการ (ฉวีวรรณ ธงชัย และคณะ, 2551; วิณา จีระแพทย์, 2550; NHMRC, 1999; Pearson et al., 2007)

ขั้นตอนสำหรับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตามแนวปฏิบัติทางคลินิก

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงรายฉบับนี้ ผู้ศึกษาและพยาบาลทีมผู้ดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้ประยุกต์จากแนวปฏิบัติทางคลินิกของ มยุรี มูลสวัสดิ์ (2548) ที่พัฒนาจากการสืบค้นงานวิจัยที่มีคุณภาพระดับสูงอย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับกระบวนการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และนำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับดังกล่าว การประยุกต์เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับการนำไปใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการส่งเสริมให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเองและหน่วยงาน ขั้นตอนของแนวปฏิบัติทางคลินิก ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนได้แก่

1. การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล
2. การประเมินระยะการรับรู้ ความเข้าใจ ประสบการณ์ และรูปแบบของพฤติกรรมในการจัดการความดันโลหิตสูงที่ผ่านมา
3. การปรับการรับรู้สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยปรับให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะของโรคความดันโลหิตสูง เป้าหมายของการรักษาและวิธีการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง

4. การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยการสอนหรือทั้งการสอนและฝึกทักษะในการจัดการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ตามหัวข้อต่อไปนี้

- 4.1 การรับประทานอาหารสำหรับควบคุมระดับความดันโลหิต
- 4.2 การออกกำลังกายสำหรับการควบคุมระดับความดันโลหิต
- 4.3 การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ
- 4.4 การจัดการความเครียด สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
- 4.5 การลดน้ำหนัก
- 4.6 การควบคุมปัจจัยที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ได้แก่
 - 4.6.1 การสูบบุหรี่
 - 4.6.2 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
 - 4.6.3 การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน

การสอนและฝึกทักษะเพื่อการส่งเสริมให้มีความสามารถในการดูแลตนเองนั้นจะ ทำเป็นรายบุคคลหรือเป็นรายกลุ่มก็ได้ ซึ่งพยาบาลทีมผู้ดูแลควรจัดให้เกิดการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ในการดูแลตนเองร่วมกัน รวมทั้งช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการ ตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองตามศักยภาพและปัญหาของแต่ละบุคคล สำหรับการ โดยการสอน และฝึกทักษะนั้น ควรมีการนำสื่อต่าง ๆ เข้ามาช่วยในการสอนและฝึกทักษะด้วย

5. การเสริมแรงใจและการติดตามอย่างต่อเนื่อง เป็นการสนับสนุนให้ครอบครัว และผู้ดูแล ได้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดัน โลหิตสูง ซึ่งพยาบาลทีมผู้ดูแลจะมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาและพยาบาลทีมผู้ดูแล ได้มีการปรับสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ ทางคลินิก 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. การสื่อสารระหว่างพยาบาลทีมผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ เนื่องจากแนวปฏิบัติทางคลินิก เดิม ไม่ได้กล่าวถึงวิธีการสื่อสารระหว่างพยาบาลทีมผู้ดูแลกับผู้สูงอายุไว้ จึงมีการเพิ่มเติมเนื้อหา เนื่องจากผู้ศึกษาและพยาบาลทีมผู้ดูแลมีความตระหนักว่า ในวัยสูงอายุนี้มีการเปลี่ยนแปลงของ ร่างกาย ด้านประสาทสัมผัสทางการได้ยินและการมองเห็นที่ลดลงทำให้เป็นอุปสรรคในการ สื่อสารได้ ดังนั้นจึงมีการเพิ่มเนื้อหาในส่วนของ การสื่อสารกับผู้สูงอายุไว้ว่า พยาบาลควรสื่อสาร กับผู้สูงอายุด้วยการ ใช้เทคนิคของการสื่อสารเชิงวิชาชีพ (therapeutic communication techniques) เป็นการนำใช้เทคนิคต่างมาใช้ในการสื่อสารเช่น การสะท้อนกลับ (reflecting) การเงียบ (using silence) และการใช้คำถามปลายเปิด (opened questions) เป็นต้น ซึ่งการสื่อสารนั้นต้องให้

ความสำคัญทั้งการสื่อสารด้วยคำพูดและการสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด ทั้งในขณะส่งสารและรับสารกับผู้สูงอายุ (Roach, 2001) สำหรับการสื่อสารด้วยคำพูด พยาบาลทีมผู้ดูแลควรพูดด้วยถ้อยคำที่ชัดเจน ไม่ควรตะโกน หรือใช้เสียงที่สูง และควรเป็นการพูดกันต่อหน้า (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) คำพูดที่ใช้กับผู้สูงอายุนั้นควรเป็นคำพูดที่เข้าใจง่าย สั้น ได้ใจความ และสื่อความหมายได้ชัดเจน ร่วมกับการพูดซ้ำ ๆ (Brown & Draper, 2003) สำหรับการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูดนั้นพยาบาลควรมีท่าทีสุภาพอ่อนโยน สบตากับผู้สูงอายุขณะพูด มีการแสดงสีหน้าและท่าทางที่เหมาะสม เช่น การยิ้มและพยักหน้า แสดงการชื่นชมและเข้าใจในสิ่งที่ผู้สูงอายุพูด เป็นต้น สำหรับการรับสารจากผู้สูงอายุ พยาบาลควรมีการรับฟังอย่างตั้งใจ อาจสรุปคำพูดของผู้สูงอายุเป็นระยะ ๆ เพื่อตรวจสอบให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน (Roach, 2001)

2. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ปรับจากเนื้อหาในแนวปฏิบัติทางคลินิกเดิมที่ระบุว่า สำหรับผู้ชายให้ดื่มได้ไม่เกิน 2 หน่วยสุราต่อวัน และ ผู้หญิงดื่มได้ไม่เกิน 1 หน่วยสุราต่อวัน เป็นการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในกรณีที่ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงดื่มไม่หนัก ควรให้คำแนะนำให้หยุดดื่ม สำหรับในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมการดื่มที่หนัก แนะนำให้งดหรือควบคุมปริมาณการดื่ม ปริมาณการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สำหรับในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง นั้นการดื่มสามารถดื่มได้เพียงวันละ 1 หน่วยสุราเท่านั้น (Mauk, 2006)

3. การติดตามกำกับประเมินผลตนเองด้วยการตรวจวัดความดันโลหิต เพื่อเปรียบเทียบความดันโลหิตของตนเองกับความดันโลหิตเป้าหมาย ปรับจากเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางคลินิกเดิมที่ระบุว่าให้วัดความดันโลหิตทุกวัน ปรับเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควรได้รับการวัดความดันโลหิตอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551)

การปรับสาระสำคัญดังกล่าว เพื่อให้สอดคล้องเหมาะสมกับการปฏิบัติจริงในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และบริบทของหน่วยงาน คือคลินิกโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย

แนวคิดเกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

หลักการในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

เป้าหมายหลักของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้นั้น ผู้ให้บริการล้วนมุ่งหวังผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้รับบริการ จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปหลักการของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ เน้นให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลง (a process of change) (NHMRC, 1999; Peason et al., 2007) โดยคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ต่อไปนี้ ได้แก่ ระดับและลักษณะของงานวิจัยที่นำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิก สภาพสิ่งแวดล้อมหรือบริบทที่จะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ รวมทั้งมีวิธีการหรือกลยุทธ์ที่มีเหมาะสมกับบริบท ที่เอื้อต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ (Peason et al., 2007)

รูปแบบการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผล

รูปแบบของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผล ได้มีการพัฒนาขึ้นในหลายสถาบัน ได้แก่

1. สถาบันวิจัยทางสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 2000) ได้ประยุกต์รูปแบบ PDSA (plan-do-study-act) จากแนวคิดของสถาบันพัฒนาการดูแลสุขภาพ (Institute for Healthcare Improvement) ประเทศสหรัฐอเมริกามาใช้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้

- 1.1 การกำหนดเป้าหมาย (setting aims)
- 1.2 การกำหนดตัวชี้วัด (establishing measures)
- 1.3 การเปลี่ยนแปลงเพื่อนำไปสู่การพัฒนา (developing changes)

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผล ในรูปแบบ plan-do-study-act เป็นการปฏิบัติเพื่อการพัฒนางานอันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในรูปแบบวงจร ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) การวางแผน (plan) เป็นการกำหนดวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติงาน หรือผลลัพธ์ที่ทีมปฏิบัติต้องการให้เกิด รวมทั้งมีการกำหนดกิจกรรม อุปกรณ์ที่ใช้ ระยะเวลา และผู้รับผิดชอบในแต่ละกิจกรรม

2) การปฏิบัติการ (do) เป็นขั้นตอนนำแผนที่วางไว้ไปสู่การปฏิบัติจริง ซึ่งขั้นตอนนี้จะมีการบันทึกสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นด้วย ได้แก่ ปัญหาต่างๆหรือสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่กำหนดด้วย และมีการทบทวนผลงานเป็นระยะ ๆ

3) การเรียนรู้ (study) เป็นขั้นตอนของรวบรวมและวิเคราะห์ผลการปฏิบัติ หลังจากนั้นนำผลการวิเคราะห์ที่ได้ไปทำการเปรียบเทียบกับตัวชี้วัดที่ได้ตั้งไว้ รวมทั้งทำการรวบรวมสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติทั้งหมด

4) การปรับปรุงงาน (act) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของวงจรนี้ ที่สรุปผลของการปฏิบัติงานทั้งหมด เพื่อนำผลที่ได้มาใช้ในการวางแผนเพื่อปรับปรุงก่อนเริ่มขั้นตอนการปฏิบัติงานในวงจรใหม่ต่อไป

2. สมาคมพยาบาลออนตาริโอ ประเทศแคนาดา (Registered Nurses Association of Ontario [RNAO], 2002) ซึ่งมีขั้นตอนสำคัญประกอบด้วยขั้นตอน ดังต่อไปนี้

2.1 การเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสม

2.2 การวิเคราะห์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยมีการระบุเกี่ยวผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด วิเคราะห์ถึงความสนใจ สรุปให้ได้ถึงระดับของการสนับสนุนและสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ รวมทั้งมีการพัฒนากลยุทธ์เพื่อใช้กับผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด

2.3 การประเมินโครงสร้างความพร้อมทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ วัฒนธรรมองค์กร ระบบการติดต่อสื่อสาร การสนับสนุนจากผู้นำ ความรู้ ทักษะและทัศนคติของกลุ่มเป้าหมาย สัมพันธภาพระหว่างสหสาขาวิชาชีพ บริบทขององค์กรและทรัพยากรต่าง ๆ

2.4 การกำหนดกลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เช่น การนิเทศและการให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้ความรู้ การสนับสนุนด้านวัสดุ การเตือนความจำ และการติดตามเยี่ยมจากบุคคลภายนอก เป็นต้น

2.5 การประเมินผลการปฏิบัติอย่างครบถ้วน ทั้งด้านโปรแกรม ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ที่ได้

2.6 การกำหนดงบประมาณในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และกลยุทธ์ที่จะทำให้ผู้บริหารให้การสนับสนุนทรัพยากรด้านต่างๆที่จำเป็น เช่น ด้านการเงิน ด้านกำลังคนและด้านวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น เป็นต้น

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาเลือกแนวคิดการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในคลินิกของสถานวิจัยทางสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 2000) ในรูปแบบ PDSA ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติการ 3) การเรียนรู้ และ 4) การปรับปรุงงาน มาประยุกต์ใช้เนื่องจากมีความสอดคล้องกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลแม่สรวย ซึ่งเป็นไปตามที่สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ของประเทศไทยกำหนด จึงทำให้รูปแบบนี้ง่ายต่อการทำความเข้าใจและนำไปใช้ของพยาบาลทีมผู้ดูแล

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

ปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ซึ่งเป็นไปได้ทั้งทางบวกทางลบ สามารถแบ่งออกเป็น 3 ปัจจัยได้แก่ (Ring et al., 2005)

1. ปัจจัยด้านบุคคล (individual factor) ประกอบด้วย

1.1 ความรู้สึกของความเป็นเจ้าของ (ownership) เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

1.2 ภาวะผู้นำที่น่าเชื่อถือ (credible leadership) ปัจจัยนี้ถึงยังไม่ได้ยืนยันถึงการประสบความสำเร็จของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ เพราะยังขึ้นอยู่กับอำนาจบังคับบัญชาของแต่ละบุคคล ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในองค์กร และความสามารถในการชักชวนผู้อื่น

1.3 ผู้นำที่มีทัศนคติ (opinion leaders) ร่วมกับภาวะผู้นำทางคลินิก (clinical leadership) ผู้นำที่มีทัศนคติ (opinion leaders) หมายถึง การเป็นผู้นำที่มีมุมมองในการพัฒนางาน ส่วนภาวะผู้นำทางคลินิก (clinical leadership) หมายถึง การที่บุคคลมีพลังอำนาจในตนเองที่จะริเริ่มเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในองค์กร ทั้งสองสิ่งนี้จำเป็นต้องมีและผสมผสานกัน อันจะช่วยให้เกิดการยอมรับและการยอมตามของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในทั้งในช่วงการพัฒนาแนวปฏิบัติและการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เพราะผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนสำคัญต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ส่วนพยาบาลที่ให้การปรึกษาและให้การสนับสนุนนั้น มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการคงอยู่ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

2. ปัจจัยด้านทีม (team factor)

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ต้องเป็นไปโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยการพัฒนาความเป็นเลิศทางการพยาบาลนั้น ต้องการผู้นำทางคลินิกที่ได้รับการยอมรับจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งควรเป็นสมาชิกในทีม ที่มีบทบาทการเป็นผู้นำในการส่งเสริมการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ มากกว่าบุคคลภายนอก

3. ปัจจัยด้านองค์กร (organizational factor)

องค์กรเป็นปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ในด้านทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง เช่นด้านสิ่งแวดล้อมและด้านการเงิน รวมทั้งการสนับสนุนด้านเวลา ซึ่งต้องอาศัยการสนับสนุนด้านนโยบาย จากผู้นำในองค์กรด้วยเช่นกัน

กลยุทธ์ในการส่งเสริมให้นำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

สภาวิจัยทางสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 2000) ได้กล่าวถึงกลยุทธ์ในการส่งเสริมให้มีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ไว้ดังต่อไปนี้ได้แก่

1. การให้ความรู้จากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เป็นการให้ความรู้แก่บุคลากรแบบตัวต่อตัวจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อยกระดับความสามารถให้แก่บุคลากรนั้น ๆ กลยุทธ์นี้เหมาะสำหรับหน่วยงานที่มีขนาดเล็ก แต่ถ้าเป็นหน่วยงานขนาดใหญ่จำเป็นต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง
2. การสร้างระบบสนับสนุนการตัดสินใจและระบบช่วยเตือน เพื่อให้เกิดความสะดวกในการทำงานและง่ายต่อการนำไปใช้อีกทั้งราคาไม่แพง เช่น การติดสติ๊กเกอร์บนแฟ้มข้อมูลผู้ป่วย เพื่อเตือนความจำ เป็นต้น
3. การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการด้านความรู้ เป็นการประชุมของกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาหรือปรับปรุงคุณภาพงาน และมีการสร้างมาตรฐานไว้สำหรับบุคลากรทางสุขภาพผู้อื่นได้ใช้ต่อไป
4. การรณรงค์โดยใช้สื่อสารมวลชน เป็นการรณรงค์ผ่านสื่อสารมวลชนสู่กลุ่มเป้าหมาย เช่น ผู้รับบริการ บุคลากรทางสุขภาพ เป็นต้น ผ่านทางหนังสือพิมพ์ วารสารทางวิชาการ รายการวิทยุหรือโทรทัศน์ โดยสื่อดังกล่าวอาจเป็นระดับชาติ หรือเป็นภายในท้องถิ่นก็ได้
5. การจัดกิจกรรมให้ความรู้ที่มีความหลากหลาย เพราะส่งผลดีกว่าการใช้เพียงกิจกรรมเพียงอย่างเดียว โดยผสมผสานกันระหว่างการตรวจสอบ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเตือนความจำ กิจกรรมทางการตลาด หรือ กระบวนการค้นตามติภายในหน่วยงาน เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการทำงาน
6. การตรวจสอบและการให้ข้อมูลย้อนกลับ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน เพื่อสะท้อนข้อมูลให้ผู้ปฏิบัติงาน กลยุทธ์นี้จะประสบผลสำเร็จได้ก็ต่อเมื่อ บุคคลที่เป็นผู้ปฏิบัติงานให้การยอมรับ ตระหนักถึงความจำเป็นของการเปลี่ยนแปลง มีการตอบสนองต่อข้อมูลทันที
7. การใช้ความคิดเห็นของผู้นำในหน่วยงาน ผู้นำต้องเป็นคนที่เพื่อนร่วมงานให้การยอมรับ ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้สร้างนวัตกรรม แต่เป็นผู้ที่มักให้คำปรึกษาทางคลินิกแก่ผู้อื่น มีทักษะในการฟังที่ดี รวมทั้งเป็นผู้มีสมรรถนะในทางคลินิกที่ดีในการดูแลผู้รับบริการ ซึ่งมีศักยภาพเพียงพอที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางคลินิกของบุคลากรรอบข้างได้
8. การหาฉันทมติในหน่วยงาน เป็นกระบวนการที่สร้างเพื่อใช้ในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นเฉพาะในหน่วยงานนั้น ๆ ซึ่งผลที่ได้้อาจไม่เป็นที่ยอมรับจากหน่วยงานอื่นก็ได้ หรือบางครั้งอาจแก้ไขปัญหาไม่ได้เสมอไป

9. การจัดกิจกรรมสำหรับรับข้อคิดเห็นจากผู้รับบริการ ซึ่งเป็นการรวมข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ เพื่อมุ่งหวังในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคลากรทางสุขภาพผ่านทางผู้รับบริการ วิธีการอาจใช้การณรงค์ผ่านสื่อ หรือการรวบรวมข้อมูลทางคลินิกจากผู้รับบริการ โดยตรงก็ได้

10. การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องความรู้ต่าง ๆ ซึ่งหมายรวมถึงการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ทุกอย่างที่เกี่ยวข้องความรู้ในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เช่น เอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติทางคลินิก เอกสารคู่มือในการปฏิบัติงาน เอกสารประกอบการให้ความรู้ และบทความทางวิชาการ เกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นต้น อาจเป็นรูปแบบการจัดพิมพ์ รูปแบบวีดิทัศน์ รูปแบบฐานข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ หรือมีการผสมผสานให้หลากหลายขึ้นอยู่กับบริบทของหน่วยงาน

11. การจัดกิจกรรมให้ความรู้ การให้ความรู้สามารถทำได้ในรูปแบบการเรียนการสอน เป็นรายบุคคล หรือการประชุมเชิงปฏิบัติการก็ได้ ซึ่งกลยุทธ์นี้เป็นการเพิ่มความรู้แก่บุคลากรทางสุขภาพ แต่อาจไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติงานก็ได้

12. การกำหนดมาตรการด้านการเสริมแรงใจและการลงโทษ เป็นกลยุทธ์ที่เกิดขึ้นภายในขององค์กร ได้แก่ แรงจูงใจทางบวกด้านการเงิน เช่น การได้รับค่าตอบแทนเพิ่ม เป็นต้น แรงจูงใจทางบวกที่ไม่ใช่ด้านการเงิน เช่น บุคคลมีความพึงพอใจที่ได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น ส่วนแรงจูงใจในทางลบพบได้ทั้งในส่วนของกลุ่มบุคลากรและผู้รับบริการ ในส่วนของกลุ่มบุคลากร เช่น ภาระงานที่หนักมากขึ้น เป็นต้น ในส่วนของผู้รับบริการ เช่น ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้นเมื่อมารับบริการ เป็นต้น

13. การกำหนดมาตรการด้านการบริหาร เป็นการกำหนดมาตรการส่งเสริมและสนับสนุนจากฝ่ายบริหารงาน ให้บุคลากรทางสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงด้านการปฏิบัติ ปกติมักนำมาใช้ในภาพรวมขององค์กร เช่น การช่วยกำจัดอุปสรรคต่าง ๆ ช่วยให้การดำเนินงานได้ง่ายขึ้น การให้รางวัล การส่งเสริมด้านเงินทุน เป็นต้น ซึ่งการกระตุ้นหรือส่งเสริมให้มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกนั้น อาจกำหนดเป็นนโยบายของหน่วยงาน ข้อบังคับหรือกฎก็ได้

ดังนั้นการนำกลยุทธ์ที่กล่าวมาข้างต้นไปใช้นั้น จำเป็นอย่างยิ่งต้องมีการประยุกต์และปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงานและกลุ่มเป้าหมาย โดยการนำกลยุทธ์ที่หลากหลายผสมผสานกัน อีกทั้งส่งเสริมให้กลุ่มบุคลากรที่นำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้มีความรู้สึกในความเป็นเจ้าของอีกด้วย

การประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ นั้นก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการให้บริการสุขภาพ เพราะการบริการนั้นเป็นไปอย่างมีคุณภาพรวมทั้งมีประสิทธิภาพมากขึ้น เกิดมาตรฐานในการให้บริการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน นำไปสู่การใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมโดยมีความคุ้มค่าคุ้มทุนในการให้บริการ ซึ่งเป็นการบูรณาการความรู้ลงสู่การปฏิบัติ อีกทั้งยังใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินเพื่อเพิ่มคุณภาพของการให้บริการ อันนำไปสู่การประกันคุณภาพของการให้บริการสุขภาพอีกด้วย (ฉวีวรรณ ชงชัย, 2549; พงศ์คำ ติลกสกุลชัย, 2549)

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก หมายถึง ผลที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นตัวชี้วัดที่แสดงให้เห็นถึงสิ่งที่ได้รับการยอมรับ สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพงาน และยังนำไปเป็นเครื่องมือสำหรับการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น เพื่อที่จะนำผลการประเมินที่ได้ไปใช้อย่างเหมาะสมต่อไป (สงวนสิน รัตนเลิศ, 2543)

โดยทั่วไปตัวชี้วัดของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้แบ่งได้ 4 ด้านได้แก่

1. ด้านงานบริการทั่วไป ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่เหมาะสมกับทุกคน เช่น ความพึงพอใจของผู้รับบริการ คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ เป็นต้น
2. ด้านงานบริการเฉพาะซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่ใช้วัดงานบริการที่มีความเฉพาะ เช่น การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การบรรเทาอาการเจ็บปวด การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น
3. ด้านกลุ่มงานด้านคลินิก ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่ใช้วัดงานบริการ เช่น งานของห้องผ่าตัด งานบริการห้องฉุกเฉิน งานบริการในหออภิบาลผู้ป่วยที่มีอาการหนัก เป็นต้น
4. ด้านการแพทย์ เช่น การวินิจฉัยและผลการรักษาโรคต่าง ๆ เป็นต้น

ดังนั้น ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผลที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยพยาบาลทีมผู้ดูแล ซึ่งตัวชี้วัดที่สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพงาน และนำไปเป็นเครื่องมือสำหรับการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น เพื่อนำผลการประเมินที่ได้ไปปรับปรุงวิธีการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องและมีความเหมาะสมต่อไป ผู้ศึกษาได้กำหนดประสิทธิผลหรือตัวชี้วัดในการศึกษารั้งนี้ไว้ 4 ประการได้แก่

1. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

2. ความดันโลหิตทั้งความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และขณะหัวใจคลายตัวหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
3. ความพึงพอใจของพยาบาลทีมผู้ดูแลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิก
4. ความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก

กรอบแนวคิดในการศึกษา

กรอบแนวคิดสำหรับการศึกษานี้ ใช้กรอบแนวคิดการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในคลินิกของสภาวิจัยทางสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 2000) ในรูปแบบ PDSA ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่อไปนี้ได้แก่ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติ 3) การเรียนรู้ และ 4) การปรับปรุงงาน ร่วมกับการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ซึ่งประยุกต์จากแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ของมยุรี มูลสวัสดิ์ (2548) ซึ่งในทุกขั้นตอนในกระบวนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกดังกล่าวไปใช้ จะอาศัยการมีส่วนร่วมของพยาบาลทีมผู้ดูแล ทำการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งคาดว่าจะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความสามารถดูแลตนเองมากขึ้น ทำให้ความดันโลหิตของผู้สูงอายุลดลง และส่งผลต่อพยาบาลทีมผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติทางการพยาบาลมากขึ้น ดังได้อะแกรม

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในคลินิก

1. การวางแผน
2. การปฏิบัติ
3. การเรียนรู้
4. การปรับปรุงงาน

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริม

ความสามารถในการดูแลตนเองของ

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

1. การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล
2. การประเมินระยะการรับรู้ ความเข้าใจ ประสบการณ์ และรูปแบบของพฤติกรรมในการจัดการความดันโลหิตสูงที่ผ่านมา
3. การปรับการรับรู้สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
4. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง
5. การเสริมแรงจูงใจและการติดตามอย่างต่อเนื่อง

- ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
- ความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
- ความพึงพอใจของพยาบาลที่ผู้ดูแลต่อการใช้นโยบายทางคลินิก
- ความความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก