

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่างๆ ตามหัวข้อดังต่อไปนี้

2.1 โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

- 2.1.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง
- 2.1.2 สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง
- 2.1.3 ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง
- 2.1.4 แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
- 2.1.5 หลักเกณฑ์การให้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

2.2 การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

- 2.2.1 ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
- 2.2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
- 2.2.3 แนวทางในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
- 2.2.4 การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

2.3 การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

- 2.3.1 ขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
- 2.3.2 แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง หมายถึงภาวะที่มีความดันโลหิตสูงกว่าปกติในขณะที่พัก และจะคงอยู่ในระดับสูงตลอดเวลา คณะกรรมการแห่งชาติด้านการป้องกัน การวินิจฉัย การประเมินผลและการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้สรุปความเห็นในรายงานการประชุมฉบับที่ 7 (JNC VII,2004) ว่าเป็นภาวะที่มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปในขณะที่พัก ส่วนผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน โรคไต จะมีเกณฑ์ที่ต่างกับผู้ป่วยทั่วไปโดยมีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวตั้งแต่ 130 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 80 มิลลิเมตรปรอท ทั้งนี้คณะกรรมการฯ ได้แบ่งความรุนแรงออกเป็น 4 ระดับดังต่อไปนี้

1. ระดับความดันปกติ (normal) คือการที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก น้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอทและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก น้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท
2. ก่อนเป็นความโลหิตสูง (pre-hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก น้อยกว่า 120-139 มิลลิเมตรปรอทและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก 80-89 มิลลิเมตรปรอท
3. ความดันโลหิตสูงระดับ 1 (hypertension stage 1) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเท่ากับ 140-159 มิลลิเมตรปรอทหรือระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก 90-99 มิลลิเมตรปรอท
4. ความดันโลหิตสูงระดับ 2 (hypertension stage 2) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือ ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก มากกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท

ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จะใช้เกณฑ์นี้ในการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของโรคเช่นเดียวกับผู้ใหญ่

สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

สาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุจะมีลักษณะคล้ายคลึงกับวัยผู้ใหญ่ ปัจจัยหลายประการที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่

1. เพศ (gender) เมื่ออายุระหว่าง 45-64 ปี เพศชายมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับเพศหญิง แต่เมื่ออายุมากกว่า 65 ปี จะพบความเสี่ยงการเป็นโรคในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Robinson, 2007) เพศหญิงจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้

นักวิทยาศาสตร์เชื่อว่าเกิดจากภาวะหมดประจำเดือน (postmenopausal) ทำให้ระดับฮอร์โมน เอสโตรเจนลดลง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหลอดเลือด ทำให้เกิดการเสียหายที่ของเซลล์เยื่อผิวของผนังหลอดเลือด (endothelial dysfunction) หลอดเลือดเกิดการตีบแคบ ทำให้เกิดแรงต้านในหลอดเลือด ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ (Leuzzi & Modena, 2011) นอกจากนี้ระดับฮอร์โมนที่ลดลงยังส่งผลให้มีการเก็บสะสมของเนื้อเยื่อไขมันทำให้มีไขมันส่วนเกินเกาะอยู่ในอวัยวะภายใน มีผลให้ผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนมีน้ำหนักเกินซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

2. ความมีอายุ (aging) เมื่ออายุมากขึ้น ผนังหลอดเลือดจะเสียความยืดหยุ่น ทำให้มีการตีบแข็ง ซึ่งนำไปสู่การเกิดแรงต้านทานการไหลของเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงได้ ทั้งนี้ความดันโลหิตจะสูงขึ้นตามอายุ โดยอายุที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปีจะทำให้ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1-2 มิลลิเมตรปรอทและค่าเฉลี่ยของความดันไดแอสโตลิกเพิ่มขึ้น 0.5-1 มิลลิเมตรปรอท (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2552)

3. ความอ้วน (obesity) มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง และส่งผลให้ไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ (low-density lipoprotein) ในเลือดสูงขึ้นซึ่งจะมีผลทำให้หลอดเลือดตีบแข็งส่งผลให้เกิดแรงต้านในหลอดเลือดทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ดังเช่นการศึกษาของลีและคณะ (Lee et al., 2010) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุชาวเกาหลี จำนวน 4,201 ราย พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้นั้น มีความสัมพันธ์กับค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 ตารางกิโลเมตร และในผู้สูงอายุหญิงที่มีความดันโลหิตสูงกว่าเกณฑ์ปกติมักมีเส้นรอบวงเอวมากกว่า 80 เซนติเมตร

4. การขาดการออกกำลังกาย (lack of exercise) การที่ผู้สูงอายุไม่ได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและถูกต้อง ในระยะเวลานาน จะทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจลดลงและระดับโปรตีนชนิดที่มีความหนาแน่นสูง (High-density lipoprotein) ลดลง ซึ่งปกติไลโปโปรตีนชนิดนี้จะทำหน้าที่พาโคเลสเตอรอลในเลือดกลับไปเก็บที่ตับหรือขับออกจากร่างกาย เมื่อระดับของ HDL ต่ำจะมีผลทำให้หลอดเลือดแดงหนาตัวเพิ่มขึ้นแรงต้านเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นในที่สุด (Kotani, Adachi, Tsuzaki, Sakane, & Gugliucci, 2010)

5. การสูบบุหรี่ (smoking) เนื่องจากในควันบุหรี่มีสารนิโคติน (nicotin) ซึ่งจะไปเร่งทำให้มีการหลั่งสารอิพิเนฟริน (epinephrine) และสารนอร์อิพิเนฟริน (nor-epinephrine) เพิ่มขึ้นในกระแสเลือด มีผลต่อการบีบตัวของหลอดเลือดแดง และทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วและแรงขึ้น นอกจากนี้ นิโคตินยังกระตุ้นให้มีการจับตัวของเกร็ดเลือดและไขมันในเลือด (Simons, Simons, McCallum, & Friedlander, 2005) ส่งผลให้หลอดเลือดแดงตีบแข็งมากขึ้นและเพิ่มความดันโลหิตในร่างกาย

6. อาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง (high-salt diet) การรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงจะมีผลให้ความดันโลหิตจะเพิ่มตามปริมาณเกลือโซเดียมที่ได้รับ เนื่องจากโซเดียมที่รับประทานจะไปกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด (vasopressor mechanism) อันเป็นผลจากการที่กลไกของระบบเรนิน แองจิเทนซิน (renin-angiotensin system) ทำงานเสื่อมลง (Drenjancevic-Peric et al., 2011) นอกจากนี้โซเดียม จะกระตุ้นให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนเนทริยูเรติก (natriuretic hormone) ซึ่งมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต ทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น มีการศึกษาในกลุ่มคนที่รับประทานเกลือน้อย กับกลุ่มคนที่รับประทานเกลือมากในเวลา 8 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มที่รับประทานเกลือน้อยมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มที่รับประทานเกลือมาก และมีความแตกต่างของระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก ที่ 5/5 มิลลิเมตรปรอท (Meland & Aamland, 2009) ดังนั้น อาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงจึงทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้

จากสาเหตุที่กล่าวมาข้างต้น จะมีทั้งปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้และเปลี่ยนแปลงได้ หากไม่มีการจัดการอย่างถูกต้องจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในระยะแรก ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการ มีเพียงส่วนน้อยที่มักพบอาการปวดศีรษะ ท้อ อาการตึงที่ต้นคอ ปวดศีรษะ หากไม่มีการรักษาที่ถูกต้องและปล่อยให้ อาการของโรคดำเนินต่อไปเรื่อยๆ จะส่งผลกระทบต่อหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญของร่างกาย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังต่อไปนี้

1. ระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในหลอดเลือดของผู้สูงอายุชั้นมีเดีย (media) ซึ่งพบการเสื่อมสลายของคอลลาเจนและอีลาสตินทำให้เกิดหินปูนเข้าเกาะภายในหลอดเลือด ทำให้เส้นเลือดใหญ่ที่นำเลือดออกจากหัวใจห้องล่างซ้ายเกิดการตีบแคบและแข็งตัว ส่งผลให้หัวใจห้องล่างซ้ายต้องทำงานหนักมากขึ้น หัวใจห้องล่างซ้ายจะโต เส้นใยกล้ามเนื้อของหัวใจห้องล่างซ้ายจะหย่อนจนไม่สามารถขยายตัวได้อีก หัวใจห้องล่างซ้ายจะพองตัวและทำงานลดลง ทำให้ไม่สามารถรับเลือดจากปอดได้ เลือดจะไหลกลับเข้าสู่ปอดตามเดิม เกิดเลือดคั่งในปอด ส่งผลให้หัวใจห้องล่างขวาต้องทำงานหนักมากขึ้นจนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (Pedrinelli et al., 2012)

2. ระบบไต หากควบคุมความดันโลหิตไม่เป็นไปตามเกณฑ์ มีผลให้เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงไตเกิดการตีบและแข็ง และทำให้เลือดไปเลี้ยงไตได้น้อยลง ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงบริเวณไตส่วน

นอก (cortex) ของผู้สูงอายุซึ่งลดลงถึง ร้อยละ 20-25 (Beck, 2000) ทำให้ไตลดการทำงานลงส่งผลให้การขับของเสียลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะไตวายเรื้อรังได้

3. จอภาพนัยน์ตา การที่ผู้สูงอายุมีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานๆ จะทำให้หลอดเลือดฝอยในจอตาตีบแคบไปทั่ว มีเลือดและของเหลวจากการอักเสบ (exudates) ออกมาในจอตาและหลายรายมีจุดบอดบางส่วนในลานสายตา เวลามองจะรู้สึกว่ามีตามัว (Tien & Paul, 2004) และตาบอดได้ในระยะยาว ดังนั้น การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ

4. หลอดเลือดสมอง หากผู้สูงอายุที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จะทำให้แรงดันในหลอดเลือดที่สูงขึ้น ส่งผลให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองแตก จาก หรือทำให้เกิดการอุดตันภายในหลอดเลือดสมองจากภาวะหลอดเลือดแข็งตัว แล้วสมองขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งจะมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ส่วนใหญ่ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอุดตันจะพบผนังหลอดเลือดแดงที่คอห่านตัวขึ้นและตีบแคบ (carotid intima media thickness) และเมื่อมีการหลุดเข้าไปสู่สมอง (Sahoo, Krishna, Subrahmaniyan, Dutta, & Elangovan, 2009) จะทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ ทำให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อในสมอง ผู้สูงอายุเกิดภาวะทุพพลภาพและต้องการการดูแลที่เฉพาะทางในระยะยาว

ดังนั้น หากมีการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง จะสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับอวัยวะต่างๆ และช่วยให้ผู้สูงอายุควบคุมความดันโลหิตได้

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

คณะกรรมการแห่งชาติด้านการป้องกัน การวินิจฉัย การประเมินผลและการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้สรุปแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงทั้งวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ไว้ในรายงานการประชุมฉบับที่ 7 (JNC VII, 2004) และสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2555) ได้นำสาระสำคัญของคณะกรรมการฯ มาบรรจุไว้ในแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของสมาคมฯ โดยมีเป้าหมายของการรักษาเพื่อลดระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ส่วนผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังร่วมด้วย ต้องควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท ส่วนผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ควรลดความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130-139/80-85 มิลลิเมตรปรอท ทั้งนี้ ในการควบคุมความดันโลหิตประกอบด้วยแนวทางสำคัญ 2 ประการ ได้แก่

1. การรักษาที่ไม่ใช่ยา หมายถึง การควบคุมความดันโลหิตสูงโดยการไม่ใช่ยาลดความดันโลหิต แต่เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง

1.1 ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การลดน้ำหนักที่คิดว่าจะลดไม่เกินสัปดาห์ละ 1/2 กิโลกรัม โดยผู้สูงอายุจะต้องรับประทานอาหารที่มีพลังงานน้อยร่วมกับการออกกำลังกาย ทั้งนี้ ในการลดน้ำหนัก 10 กิโลกรัม จะสามารถลดความดันโลหิตได้ 5-0 มิลลิเมตรปรอท

1.2 จำกัดอาหารที่มีไขมันและโคเรสเตอรอล แต่เน้นการรับประทานอาหารจำพวกผักผลไม้ วิธีการดังกล่าว จะสามารถลดระดับความดันโลหิตลงได้ 8-14 มิลลิเมตรปรอท

1.3 รับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมน้อย โดยการลดอาหารที่มีรสชาติเค็ม ซึ่งสามารถช่วยป้องกันและลดความดันโลหิตได้ โดยทั่วไป ห้ามกินเกลือเกิน 6 กรัมหรือ 1 ช้อนชา (เท่ากับ โซเดียม 2400 มิลลิกรัม) แต่แนะนำให้รับประทานเกลือ 1,500 มิลลิกรัม เทียบเท่าปริมาณเกลือ 4 กรัมหรือ 2/3 ช้อนชา สามารถลดความดันโลหิตลงได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท

1.4 จำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ จากผลการศึกษาของ มัคคามอล (Mukamal, 2006) พบว่า ปริมาณสุราที่ดื่ม มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต สำหรับผู้ที่ดื่มสุราปริมาณปานกลาง ระดับความดันโลหิตจะลดลงในช่วง 1-2 สัปดาห์ หลังจากนั้นจะกลับสู่ปกติ สำหรับผู้ที่ดื่มสุราอย่างมาก (ประมาณห้าเท่า) จะพบว่าระดับความดันโลหิตจะสูงขึ้น แต่หลังจากหยุดสุราจะทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง 2-4 มิลลิเมตรปรอท

1.5 การออกกำลังกาย ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ควรมีการออกกำลังกายชนิดแอโรบิก ที่มีความหนักในระดับปานกลางอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ การเดิน โดยเฉพาะการเดินเร็ว (brisk walking) อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน และปฏิบัติทุกวัน สามารถลดความดันโลหิตได้ 4-9 มิลลิเมตรปรอท ดังเช่นการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการออกกำลังกายในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปจำนวน 21 คน ซึ่งใช้เวลาประมาณ 6 เดือน และมีการประเมินในระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง (Fantin et al., 2012)

2. การรักษาด้วยการใช้ยา หมายถึง การควบคุมความดันโลหิตสูงโดยการใช้ยาลดความดันโลหิต ซึ่งประกอบด้วยยา 6 กลุ่มดังต่อไปนี้

2.1 ยาขับปัสสาวะ ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ เอชซีทีแซด (HCTZ dose 12.5-50 mg/day) เป็นยาที่ใช้มาก มีกลไกการออกฤทธิ์ คือยับยั้งโซเดียมคลอไรด์ (NaCl transport) ที่ท่อไตรวม (distal convoluted tubule) ทำให้ลดการดูดกลับของโซเดียม อาการไม่พึงประสงค์ คือ ภาวะกรดยูริกสูงในเลือด, ระดับน้ำตาลในเลือดสูง, ระดับไขมันในเลือดสูง, ภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ, ภาวะระดับแมกนีเซียมในเลือดต่ำ

2.2 ยาลดความดันโลหิตกลุ่มเอซีอี อินฮิบิเตอร์ (ACE inhibitors) หรือตัวยับยั้งแองจิโอเทนซิน-คอนเวอร์ติง เอนไซม์ (Angiotensin-Converting Enzyme) เป็นกลุ่มยาที่ใช้รักษาเบื้องต้นในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง (hypertension) โดยจะเป็นยาใช้อันดับแรก ยาในกลุ่มนี้

ได้แก่ อีналаพริล (enalapril) ไอโซโนพริล (isinopril) แคปโตพริล (captopril) เป็นต้น กลไกการออกฤทธิ์โดยการยับยั้งเอนไซม์ในร่างกายที่มีชื่อว่าซึ่งแองจิโอเทนซินวัน ปกติเอนไซม์ตัวนี้จะทำหน้าที่เปลี่ยนสาร ในร่างกายที่ชื่อว่า แองจิโอเทนซินวัน (Angiotensin I) ให้เป็นแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin II) ซึ่งสารแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin II) จะทำให้หลอดเลือดหดตัวทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นและกระตุ้นการหลั่งสาร อัลโดสเตอโรน (aldosterone) ซึ่งทำให้มีการดูดซึมเกลือโซเดียมกลับเข้าร่างกายที่บริเวณไต ผลก็คือทำให้ปริมาณสารทำให้เกิดผลตรงกันข้าม คือ หลอดเลือดจะขยายตัวออก ทำให้ความดันโลหิตลดลง อาการไม่พึงประสงค์ คือ อาการไอแห้งๆ

2.3 ยาต้านเบต้า (Beta-blockers) เป็นยาที่ปิดกั้นระบบประสาทอัตโนมัติซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตและชีพจรลดลง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ อะทีโนรอล (atenolol), โพรพานอลอล (propranolol), เมทโทโพรลอล (metoprolol) ผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้ได้แก่ จะมีอาการมือเท้าเย็น ทำให้โรคหอบหืดเป็นมากขึ้น ซึมเศร้า ผื่นร้าย อ่อนเพลีย เสื่อมสมรรถภาพทางเพศยากลุ่มนี้ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหอบหืด โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจวายหัวใจเต้นผิดปกติ

2.4 ยาต้านแคลเซียม (Calcium antagonists) ยาในกลุ่มนี้มีการออกฤทธิ์ขัดขวางไม่ให้แคลเซียมเข้าเซลล์ของกล้ามเนื้อที่อยู่รอบหลอดเลือด มีผลทำให้ยับยั้งการหดตัวของเซลล์กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด ส่งผลให้มีการคลายตัวของกล้ามเนื้อและหลอดเลือด แรงต้านภายในผนังหลอดเลือดลดลง ทำให้มีความดันโลหิตลดลง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ ไนเฟดิพีน (Nifedipine), แอมโลดีพีน (Amlodipine), เฟโลดีพีน (Felodipine) และนิคาร์ดีพีน (Nicardipine) เป็นต้น มีข้อควรระวังในการให้ยากลุ่มนี้ในผู้ป่วยโรคหัวใจวาย และอาจทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีอาการรุนแรงมากขึ้น อาการไม่พึงประสงค์ของยากลุ่มนี้ คือ ปวดศีรษะ ความดันโลหิตต่ำ บวมตามอวัยวะส่วนปลาย

2.5 ยาขยายหลอดเลือด (vasodilators) ได้แก่ ไฮดราลาซีน (hydralazine) มีฤทธิ์ลดแรงต้านทานภายในผนังหลอดเลือด โดยจะออกฤทธิ์โดยตรงต่อกล้ามเนื้อเรียบที่อยู่รอบๆ เส้นเลือด ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว และหลอดเลือดขยายตัว ฤทธิ์ข้างเคียงของยา คือ ปวดศีรษะ หัวใจเต้นแรง และมีการคั่งของน้ำ

2.6 ยายับยั้งการจับกับตัวรับของแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin II receptor antagonists) ผลยับยั้งการสร้างแองจิโอเทนซินทู (angiotensin II) และทำให้ระดับแองจิโอเทนซินทู (angiotensin II) ลดลงไม่สามารถออกฤทธิ์ได้ ส่งผลทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ โลซาแทน (losartan), วาลซาแทน (valsatan) เป็นต้น ยานี้มักทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ของยา เช่น อาการหัวใจเต้นช้า ภาวะโปตัสเซียมในเลือดสูง

หลักเกณฑ์การให้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

เมื่อแพทย์ตรวจพบว่าผู้สูงอายุมีความดันโลหิตสูงกว่าเกณฑ์ และตัดสินใจว่าจะรักษาด้วยวิธีการใช้ยา สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2555) ได้เสนอแนะแนวทางในการให้ยาแก่ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไว้ดังนี้

1. แพทย์สามารถเริ่มใช้ยาลดความดันโลหิตได้ทุกกลุ่ม โดยเฉพาะ 4 กลุ่มที่จะนำเสนอในที่นี้ถือเป็นยาที่นิยมใช้ทั่วโลก และมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าได้ในผลดีในระยะยาว ได้แก่ ยาขับปัสสาวะชนิดไทอาไซด์ (Thiazide) ยาต้านแคลเซียม ยาลดความดันโลหิตกลุ่มเอซีอี อินฮิบิเตอร์ และยาที่ยับยั้งการจับกับตัวรับของแองจิโอเทนซินทู

2. หากผู้สูงอายุที่ไม่มีข้อบ่งชี้ที่จะใช้ยาในกลุ่มใด ให้ใช้ยาลดความดันโลหิตอย่างเป็นขั้นตอนดังตารางที่ 2-1

ตารางที่ 2-1 หลักการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ที่มีอายุมากกว่า 55 ปีขึ้นไป

Step	อายุ > 55 ปี
Step 1	C/D
Step 2	C/D + A
Step 3	A+C+D
Step 4	A+C+D

หมายเหตุ A= ACEIs หรือ ARBs โดยให้ใช้ ACEIs ก่อน หากมีอาการไอ ให้เปลี่ยนเป็น ARBs

C= Calcium channel blockers (ให้เลือกใช้ก่อน diuretics)

D= Diuretics

3. ในกรณีที่เป็นโรคความดันโลหิตชนิด Isolated systolic hypertension มีหลักดังนี้

3.1 ให้เริ่มยาขับปัสสาวะก่อน หรือ DHP-CCBs กลุ่มใดกลุ่มหนึ่งก่อน หากเกิดฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์จากยาในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งให้เปลี่ยนเป็นยาอีกกลุ่มแทน ยาขับปัสสาวะ จะต้องเริ่มให้ปริมาณน้อยก่อน เช่น HCTZ 12.5-25 มิลลิกรัมต่อวัน และการใช้ ยาขับปัสสาวะในกลุ่มกักเก็บ โพแทสเซียม (potassium-sparing) ร่วมด้วยอาจเกิดผลข้างเคียง เช่นภาวะ โซเดียมต่ำในเลือด และภาวะ โปแตสเซียมสูงในเลือด ดังนั้นแพทย์จะไม่ค่อยนิยมสั่งยานี้ให้กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงซึ่งมีการ

ทำงานของไตผิดปกติ แต่ถ้าหากมีความจำเป็นต้องใช้ยาอื่นร่วมด้วย แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาถึงพยาธิสภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของแต่ละคนเป็นหลัก

3.2 หากใช้ยาสองชนิดแล้วยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ให้ใช้ยาขับปัสสาวะร่วมกับ DHP-CCBs ร่วมกัน

3.3 หากใช้ยาสองชนิดแล้วไม่ได้ผล ก็ให้เพิ่มยากลุ่มอื่นเข้าไป เช่น ยาอัลฟาบล็อกเกอร์ ยาลดความดันโลหิตกลุ่มเอซีอี อินฮิบิเตอร์หรือยากลุ่มอื่น

จากแนวทางของสมาคมโรคความดันโลหิตสูง จะเห็นว่า การเริ่มให้ยาในผู้สูงอายุ ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรคหรือลักษณะของความดันโลหิตที่ตรวจพบ อย่างไรก็ตาม ในการให้ยาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นประเด็นปัญหาที่พบได้บ่อย ทั้งนี้เพราะส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุจะได้รับยารักษาหลายกลุ่มหรือแม้ว่าบางรายจะได้รับยาเพียงกลุ่มเดียวก็พบปัญหาว่าลืมรับประทานยา จึงทำให้ผู้สูงอายุได้รับยาที่ไม่ต่อเนื่อง จึงเป็นสาเหตุที่พยาบาลจะหาวิธีส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ความหมายความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

มีผู้ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (medical adherence) ไว้ดังนี้

ออสเทอเบิร์กและแบรช (Osterberg & Blaschke, 2005) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นการประเมินค่าของการรับประทานยาของผู้ป่วยตามสั่งของที่มีสุขภาพ

เฮนสและคณะ (Haynes et al., 2008) ได้กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เป็นการประเมินค่าของผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำที่ให้ในการรับประทานยาตามแผนการรักษา

สรุปได้ว่า ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา จึงหมายถึงพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกถึงความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่องด้วยความเต็มใจ หรือพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รักษาด้วยยาเป็นเวลานาน

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลการสำเร็จในการรักษา ในทางตรงกันข้ามหากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาไม่ต่อเนื่อง มีผลทำให้โรคที่เป็นอยู่กำเริบและประสิทธิผลในการรักษาไม่ประสบความสำเร็จ

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยองค์ประกอบต่างๆ ดังต่อไปนี้ (Feinberg, Shelton & Levy, 2006; Kalugianni, 2001)

1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย (patient-related factors) เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมสภาพของร่างกายทำให้มีการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง โดยเฉพาะการมองเห็นที่ลดลง การรับรู้และความจำ การได้ยิน การเคลื่อนไหว เป็นอุปสรรคในการรับประทานยาของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบร่วมที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยา ได้แก่ ทักษะจิตต่อความเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรค การปฏิเสธการรับรู้ความเจ็บป่วยและการรับประทานยา ความเข้าใจและความคลาดเคลื่อนเมื่อมีอาการดีขึ้นแล้วไม่มีความจำเป็นในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มีความรู้ในเรื่องประสิทธิภาพของยาที่รักษาไม่เพียงพอ ความเชื่อมั่นในการรักษาของทีมสุขภาพความวิตกกังวลเกี่ยวกับการใช้ยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยา กลัวเข็มและการฉีดยา ขาดความมั่นใจในการบริหารยาด้วยตนเอง ส้อมือทวิพลต่อประเด็นความปลอดภัยหรือ ความเสี่ยงเกี่ยวกับการที่เกี่ยวข้องกับยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งและขาดแรงจูงใจในเชิงบวกและแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา (therapy-related factors) หมายถึงแผนการรักษาด้วยยาหลักในการให้ยา ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ช่วงระยะเวลาในการรักษา ยาที่ให้ผลการรักษาช้าแต่ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษานาน จำนวนยาที่รับประทานในแต่ละครั้ง การรับประทานวันละหลายครั้ง ครั้งละหลายเม็ด ความร่วมมือในการรักษาจะแตกต่างกัน

3) ปัจจัยด้านที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการรักษา (combine-related factors) หมายถึง โรคเรื้อรังที่ต้องการรักษาเป็นระยะเวลานานของผู้สูงอายุ มักส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา พฤติกรรมที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ การหยุดยาคด้วยตนเอง เป็นต้น

4) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ (social/ economic-related factors) ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน หรือ ผู้ดูแล จะมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นอย่างดี โดยที่ญาติจะช่วยเหลือในการเตรียมยา อ่านชื่อยาให้ รวมถึงพาไปพบแพทย์ตามนัด ในทางตรงกันข้าม ถ้าไม่ได้รับการดูแลจากครอบครัวหรือญาติที่ใกล้ชิด เช่น การปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง ไม่ช่วยเหลือในการไปชื้อยา หรือจ่ายค่ายาที่จำเป็นให้แก่ผู้สูงอายุ เพราะมีปัญหาทางฐานะทางเศรษฐกิจ ก็จะทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับยาที่ต่อเนื่อง ที่กล่าวมานี้ ล้วนแต่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาแทบทั้งสิ้น

5) ปัจจัยด้านระบบการดูแลผู้ป่วยหรือระบบสุขภาพ (health care team and system-related factors) ทีมบุคลากรทางสุขภาพและระบบสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะสัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพและผู้ป่วย มีผลต่อการให้ความร่วมมือ

ในการรักษาของผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง หากแพทย์หรือบุคลากรที่มีสุขภาพดีทำที่ที่เป็นมิตรต่อกัน และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุถามคำถามเกี่ยวกับโรคและยา รวมทั้งมีการสื่อสารหรือให้คำแนะนำที่เป็นภาษาที่ผู้สูงอายุเข้าใจ มีความยืดหยุ่นในข้อตกลงต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าผู้รักษาให้ความสนใจกับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย ส่งผลทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่า หากพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้มีการคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ และหาแนวทางส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมความดันโลหิตได้

แนวทางในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาผู้สูงอายุ

สภาให้ข้อมูลและฝึกอบรมความรู้แก่ผู้ป่วยแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา (National Council on Patient Information and Education, 2007) ได้นำเสนอแนวทางในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดังต่อไปนี้

1. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการรักษาด้วยยา การสื่อสารที่กระชับระหว่างผู้ป่วยมีความจำเป็นอย่างมากที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจในการร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้
 - 1.1 บุคลากรทางการแพทย์ ควรมีการปรับปรุงรูปแบบการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาด้วยยา
 - 1.2 พิจารณาต่างๆ เช่น ปัจจัยทางด้านกายภาพที่ส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เช่น ความพิการทางสายตา การได้ยิน เป็นต้น
 - 1.3 สร้างวิธีที่ประสิทธิภาพในการสื่อสารกับผู้ป่วยแต่ละราย และความจำเป็นต้องพิจารณาวิธีการให้ข้อมูลที่สามารถเข้าถึงได้และเข้าใจได้ เช่น การใช้สัญลักษณ์ตัวใหญ่ หรือการใช้ถ่านในการสื่อสารกับผู้ป่วย
 - 1.4 กระตุ้นให้ผู้ป่วยซักถามเกี่ยวกับการใช้ยาและแนวทางการรักษา
 - 1.5 ใช้คำถามปลายเปิดในการซักถามผู้ป่วย เพราะคำถามปลายเปิดมีแนวโน้มที่จะค้นพบความกังวลของผู้ป่วย การเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้องมาจากการตัดสินใจของผู้ป่วย ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ต้องมีข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการรักษามีขั้นตอนดังต่อไปนี้
 - 1.5.1 ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนการรักษาด้วยยา โดยให้ผู้ป่วยมีโอกาสตัดสินใจด้วยตนเอง

1.5.2 สนทนากับผู้ป่วยให้เห็นประโยชน์จากการรักษาด้วยยา เน้นการอธิบายให้ชัดเจนเกี่ยวกับแผนการรักษาด้วยยา

1.5.3 อธิบายจุดมุ่งหมายของการรักษาของแพทย์ให้แก่ผู้ป่วยและชี้ให้ผู้ป่วยเห็นข้อดีข้อเสียของการรักษาด้วยยาแก่ผู้ป่วยอย่างละเอียด

1.5.4 ชี้แจงเหตุผลสิ่ง que ผู้ป่วยคาดหวังของการรักษาจะประสบความสำเร็จและหลีกเลี่ยงการตั้งสมมุติฐานเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วย มีการสนทนากับผู้ป่วยเพื่อค้นหาและทราบวัตถุประสงค์ของการรักษา

1.5.5 บุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการรักษาด้วยยาโดยยึดถือผลประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก

1.5.6 ยอมรับว่าผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน ในด้านผลการรักษา และ ผลข้างเคียงของการใช้ยา

1.5.7 ควรระวังในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ในบางครั้งผู้ป่วยอาจไม่ตัดสินใจไม่รักษาด้วยยาหรือหยุดยา ต้องมีการยอมรับว่าผู้ป่วยมีสิทธิ์ในการตัดสินใจไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา

1.5.8 มีการประเมินขีดความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจร่วมมือในการรักษาด้วยยาซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่าง

1.5.9 ความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาด้วยยาเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจ

1.5.10 การเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลานานเพื่อประกอบในการตัดสินใจในการรักษาด้วยยา

1.5.11 การใช้หรือการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจ

1.5.12 ถ้าผู้ป่วยมีความกังวล อาจช่วยแนะนำในการจดบันทึกข้อมูลในการตัดสินใจจะช่วยให้มีประโยชน์ในการปรึกษาเกี่ยวกับการรักษา

1.5.13 สนับสนุนและส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ให้ทราบอย่างละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา ผลข้างเคียง ข้อควรระวัง

2. บุคลากรทางการแพทย์ต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย

2.1 ควรตระหนักเกี่ยวกับความกังวลเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย แม้ว่าผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

2.2 มีการซักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา ก่อนมีการสั่งจ่ายยาในการรักษา

2.3 ชักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความกังวลเมื่อมีการส่งจ่ายยา ในเรื่องวิธีการใช้ยา ผลข้างเคียงของการใช้ยา

2.4 ให้ความตระหนักว่าผู้ป่วยมี โอกาสลดขนาดการใช้ยา

2.5 ให้ความตระหนักว่าผู้ป่วยมีความหวังต้องการชักถามในประเด็นดังต่อไปนี้

2.5.1 ผู้ป่วยมี โอกาสเกิดขึ้น โดยผู้ป่วยมีความประสงค์ไม่ต้องการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง

2.5.2 มีทางเลือกในการรักษาที่มีใช้ยา

2.5.3 ความต้องการหยุดในการรับประทานยา

2.5.4 วิธีในการรับประทานยาในแต่ละวัน

2.5.5 มีทางเลือกในการใช้ยา เมื่อมีการใช้ยามากเกินไป

3. วิธีการให้ข้อมูล ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา เพื่อประกอบการตัดสินใจในการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยทั้งนี้รูปแบบและเนื้อหาของข้อมูลควรให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

3.1 มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาก่อนที่จะส่งจ่ายยา

3.2 การให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการรักษา งดการใช้คาแท็บศัพท์

3.3 มีการตรวจสอบว่าผู้ป่วยว่ามีข้อมูลใดต้องทบทวนก่อนจะส่งจ่ายยา

3.4 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรค โดยมีการนำเสนอข้อมูลที่เข้าใจง่ายและชัดเจน

3.5 การแจกแผ่นพับไมใช่วิธีที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างเพียงพอ

3.6 ผู้ป่วยแต่ละรายมีความสามารถต่างกันที่จะรับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาควรตระหนักในเรื่องดังต่อไปนี้

3.6.1 ยารักษาคือยาชนิดไหน

3.6.2 ผลข้างเคียงของการใช้ยา

3.6.3 ผลกระทบของการใช้ยา

3.6.4 วิธีการใช้ยา

3.6.5 วิธีการปฏิบัติตัวเมื่อมีการดื่มรับประทานยา

4. ผลของการใช้ยาเป็นปัจจัยสำคัญที่สำคัญต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ควรมีวิธีการจัดการดังต่อไปนี้

4.1 มีการอธิบายเกี่ยวกับผลข้างเคียงของการใช้ยา

4.2 มีการอธิบายเกี่ยวกับประโยชน์ของการใช้ยา ผลข้างเคียง ผลระยะยาวในการรักษาเพื่อเป็นทางเลือกในการตัดสินใจในการให้ความร่วมมือในการรักษา

4.3 มีการพิจารณาปรับขนาดยา, ปรับเปลี่ยนยาเพื่อลดผลข้างเคียงของยา และระยะเวลาในการรักษาด้วยยา

5. การสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ

5.1 การรักษาผู้ป่วยอยู่ภายใต้การดูแลของทีมสุขภาพสาขาที่แตกต่างกัน การสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพมีความสำคัญ ในการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

5.2 บุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการสั่งจ่ายยา ทบทวนการใช้ยา ซึ่งมีความเข้าใจเกี่ยวข้องกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

5.3 ระหว่างการส่งต่อระหว่างแผนก มีการบันทึกการส่งต่อ ในเรื่อง การวินิจฉัย, ยาที่ใช้เริ่มใช้เมื่อไหร่ เหตุผลในการหยุดยาบางตัว ผลข้างเคียงของการใช้ยา

การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยมีอยู่หลายวิธี โดยแต่ละวิธีมีจุดเด่นและจุดด้อย ความยากง่ายและความถูกต้องแม่นยำต่างกัน ไป ขึ้นกับปัจจัยหลายประการสามารถกระทำได้ 2 ลักษณะ (Osterberg & Blaschke, 2005) ได้แก่

1. การประเมินโดยตรง (direct methods) สามารถกระทำได้โดย

1.1 การสังเกตโดยตรง (directly observed therapy) วิธีนี้ มีความถูกต้องแม่นยำ แต่ผู้สูงอายุสามารถซ่อนยาโดยอมยาไว้ในปากแล้วบ้วนทิ้งภายหลัง ซึ่งไม่สามารถจัดการได้ถ้าใช้ในทางปฏิบัติเป็นประจำ

1.2 การวัดระดับยาหรือเมทาโบไลต์ของยา (measurement of the level of medicine or metabolite in blood or urine) เป็นการวัดระดับยาในเลือดหรือในปัสสาวะ โดยจะทำให้ทราบขนาดของยาที่ได้รับเมื่อถึงระดับคงที่ของยาในเลือด ดังนั้นค่าที่ได้จะทำให้ทราบว่าผู้สูงอายุใช้ยาหรือไม่ ส่วนการวัดปริมาณยาในปัสสาวะ ก็ใช้หลักการเดียวกับการวัดระดับยาในเลือดแต่ยาที่จะวัดโดยวิธีนี้ได้ ต้องเป็นยาที่ถูกขับออกทางปัสสาวะ

1.3 การวัดสารบ่งชี้ (marker) ในเลือด เป็นการวัดระดับสารบ่งชี้ที่มีชีวิต ที่เติมลงไปในตัวยา เป็นข้อมูลที่เก็บได้โดยตรง แต่มีข้อเสียที่ต้องใช้เครื่องมือที่แพงในการตรวจวิเคราะห์ เนื่องจากต้องมีห้องปฏิบัติการ ต้องมีสารเคมีเฉพาะและเป็นวิธีที่ยุ่งยากและไม่สะดวกในการเก็บกลุ่มตัวอย่าง

2. การประเมินโดยอ้อม (indirect methods) เป็นการประเมินด้วยวิธีต่างๆ ดังนี้

2.1 การสัมภาษณ์ผู้ป่วย โดยใช้แบบสอบถาม หรือสอบถามผู้ป่วยตรงๆ ถึงการใช้ยา

2.2 การนับยาที่เหลือ (pill counts) กระทำได้โดยการให้ยาจำนวนที่แน่นอนกับผู้ป่วย และนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือหลังจากระยะเวลาหนึ่ง

2.3 ความถี่ของการมารับยาตามนัด (rate of prescription refills) จะช่วยประเมินว่า ผู้สูงอายุได้รับยาต่อเนื่องหรือไม่

2.4 ประเมินการตอบสนองทางคลินิกของผู้ป่วย (clinical response) ได้แก่ค่าพารามิเตอร์ต่างๆ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.5 การใช้ภาชนะบรรจุยาที่มีวงจรรีเลย์อิเล็กทรอนิกส์ฝังอยู่ (Electronic medication monitors) เครื่องมือนี้เป็นขดขามาตรฐานที่มี microprocessor อยู่ในฝา ซึ่งจะบันทึกวันที่และเวลาทุกครั้งที่มีการเปิดขวด

2.6 ตัวชี้วัดทางคลินิก (Physiologic markers) เช่น การวัดอัตราการเต้นของหัวใจ ในผู้ป่วยที่ได้รับยา beta-blockers เป็นต้น

2.7 ตรวจสอบจากข้อมูล que ผู้ป่วยบันทึกไว้ในบันทึกการใช้ยา (patient diaries)

2.8 สัมภาษณ์โดยตรง จากญาติหรือกรรยาผู้ป่วย

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

แนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นจากการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อการปฏิบัติเฉพาะเรื่อง แล้วนำมาสร้างเป็นข้อความเฉพาะเพื่อช่วยให้บุคลากรทางการสุขภาพสามารถตัดสินใจให้การดูแลปัญหาสุขภาพแก่ผู้รับบริการ อันนำไปสู่การดูแลที่เหมาะสมต่อภาวะทางคลินิก โดยทั้งนี้การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก จะสามารถช่วยให้ทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลหรือทำงานให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ผู้รับบริการ (ฉวีวรรณ ชงชัย, 2549)

แนวปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง แนวทางสำหรับการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของ ศุทธิพร ศรีอยแก้ว (2553) ประกอบด้วย 6 หมวด ได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 3) การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 5) การดูแลต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และ 6) การติดตามและพัฒนาคูณภาพการบริการ

ขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ มีความสำคัญอย่างมากต่อการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติกรพยาบาล โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพการบริการจึงต้องมีกระบวนการต่างๆ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้เลือกใช้ขั้นตอนของ RNAO, 2012 ของสมาคมพยาบาลออนแทรีโอ ประเทศแคนาดา (RNAO, 2012) เพื่อให้เนื้อหาครอบคลุมยิ่งขึ้น ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การระบุปัญหา ทบทวนปัญหา และการเลือกใช้แนวปฏิบัติ (Identify, Review, Select Knowledge) ในการกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการควรเป็นประเด็นปัญหาที่แพทย์และผู้จัดการปัญหาทางการพยาบาลต้องมีการกำหนดทิศทางร่วมกันในการวิเคราะห์ และจากการทบทวนผลลัพธ์ในปัญหาทางการปฏิบัติกรพยาบาลแล้วนำมาคัดเลือกแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นเลิศที่มีความสอดคล้องกับปัญหา ซึ่งในขั้นตอนนี้ที่มสุขภาพที่นำแนวทางปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ต้องมีการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยจากการทบทวนวรรณกรรมการพัฒนาเครื่องมือสำหรับประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ ของ (The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II; AGREE II) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ซึ่งมีเนื้อหาดังต่อไปนี้

1.1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์

- 1.1.1 มีการอธิบายวัตถุประสงค์ในภาพรวมของแนวปฏิบัติไว้อย่างชัดเจน
- 1.1.2 มีการอธิบายคำถามด้านสุขภาพไว้อย่างชัดเจนในแนวปฏิบัติ
- 1.1.3 มีการอธิบายอย่างชัดเจนว่าแนวปฏิบัตินี้ทำขึ้นเพื่อใช้กับกลุ่มประชากรใด

1.2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

- 1.2.1 กลุ่มผู้จัดทำแนวทางปฏิบัติประกอบไปด้วยบุคลากรจากกลุ่มวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

ทั้งหมด

- 1.2.2 มีการพิจารณาทัศนคติและความต้องการของประชากรเป้าหมาย

- 1.2.3 มีการกำหนดผู้ใช้งานเป้าหมายของแนวปฏิบัติไว้อย่างชัดเจน

1.3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ

- 1.3.1 มีการใช้วิธีการสืบค้นหลักฐานอย่างเป็นระบบ

- 1.3.2 มีการอธิบายเกณฑ์สำหรับการเลือกหลักฐานไว้อย่างชัดเจน

- 1.3.3 มีการอธิบายจุดแข็งและข้อจำกัดของหลักฐานไว้อย่างชัดเจน

- 1.3.4 มีการอธิบายวิธีการจัดทำข้อเสนอแนะไว้อย่างชัดเจน

1.3.5 มีการพิจารณาถึงผลประโยชน์ต่อสุขภาพ ผลข้างเคียง และความเสี่ยงในการจัดทำข้อเสนอ

1.3.6 มีการเชื่อมโยงอย่างชัดเจนระหว่างข้อเสนอแนะและหลักฐานสนับสนุน

1.3.7 มีการทบทวนแนวปฏิบัติโดยผู้เชี่ยวชาญภายนอกก่อนทำการพิมพ์เผยแพร่

1.3.8 มีการกำหนดระเบียบปฏิบัติในการปรับแนวทางปฏิบัติให้เป็นปัจจุบัน

1.4 ความชัดเจนในการนำเสนอ

1.4.1 ข้อเสนอแนะมีความเฉพาะเจาะจงและไม่กำกวม

1.4.2 มีการนำเสนอทางเลือกต่างๆในการจัดการสถานะหรือประเด็นสุขภาพไว้อย่าง

ชัดเจน

1.4.3 สามารถระบุข้อเสนอแนะหลักได้โดยง่าย

1.5 การนำไปใช้

1.5.1 แนวปฏิบัติมีการอธิบายถึงปัจจัยเอื้อและอุปสรรคต่อการนำข้อเสนอแนะไปปรับใช้

1.5.2 แนวปฏิบัติมีรายละเอียดคำแนะนำหรือเครื่องมือในการนำข้อเสนอแนะไปปฏิบัติ

1.5.3 มีการพิจารณาทรัพยากรที่เกี่ยวข้องเมื่อมีการนำข้อเสนอแนะไปปฏิบัติ

1.5.4 มีเกณฑ์กำหนดสำหรับกำกับ และ/หรือตรวจสอบในแนวทางปฏิบัติ

1.6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ

1.6.1 ทัศนะของหน่วยงานสนับสนุนเงินทุนไม่มีอิทธิพลต่อเนื้อหาของแนวทางปฏิบัติ

1.6.2 มีการบันทึกและแสดงการมีผลประโยชน์ทับซ้อนของสมาชิกกลุ่มผู้จัดทำ

แนวทางปฏิบัติ

การประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิกในภาพรวมตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้ ของ (The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II ;AGREE II)

คะแนนภาพรวมของคุณภาพของแนวปฏิบัติ โดยแบ่งระดับคะแนนเป็น 7 ระดับ

1 คะแนน หมายถึง คุณภาพต่ำสุดเท่าที่เป็นไปได้

7 คะแนน หมายถึง คุณภาพสูงสุดเท่าที่เป็นไปได้

แนะนำให้ใช้แนวปฏิบัตินี้ โดยมีคำถามให้เลือกตอบ

ใช่ หมายถึง แนวปฏิบัติทางคลินิกมีคุณภาพสามารถนำไปใช้ได้

ใช่ โดยมีการแก้ไข หมายถึง แนวปฏิบัติทางคลินิกมีคุณภาพสามารถนำไปใช้ได้

แต่ต้องหาข้อมูลสนับสนุนเพิ่มเติม

ไม่ใช่

หมายถึง แนวปฏิบัติทางคลินิกมีคุณภาพต่ำไม่ควรนำไปใช้

ขั้นตอนที่ 2 การปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบท มีระบุ วิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และทรัพยากร (Adapt Knowledge to Local Context) เป็นขั้นตอน ของการปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยการวิเคราะห์ในส่วนของโครงสร้างพื้นฐานในการดำเนินการตามแนวปฏิบัติ เนื่องจากแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมา นั้น อาจมีความแตกต่างของบริบทที่จะนำไปใช้ เช่น ความรู้ของบุคลากรในแต่ละบริบท ขอบเขตของการปฏิบัติ การบังคับใช้กฎหมายในระดับภูมิภาค การจัดลำดับความสำคัญขององค์กรและทรัพยากรที่มีอยู่ในแต่ละบริบท จึงมีผลต่อความเหมาะสมหรือความเป็นไปได้ของคำแนะนำในแนวปฏิบัติ ซึ่งการปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่นั้น จะต้องไม่สูญเสียความถูกต้องของคำแนะนำที่ได้รับจากหลักฐาน รวมถึงการระบुकลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders) ที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในองค์กร ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอกองค์กร และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระหว่างองค์กร (RNAO, 2012) ดังนี้

2.1 กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (internal stakeholder) ได้แก่ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติโดยตรงและได้รับผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบจากการดำเนินกิจกรรมของแนวปฏิบัติทางคลินิก อาทิเช่นพยาบาลผู้ปฏิบัติ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก แพทย์และทีมวิชาชีพอื่นๆ

2.2 กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (external stakeholder) หมายถึง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ไม่ได้อยู่ในองค์กร ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้รับบริการและครอบครัว เป็นต้น

2.3 กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระหว่างองค์กร (interface stakeholder) หมายถึงกลุ่มผู้บริหารสมาชิกในองค์กรที่ได้รับการแต่งตั้ง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

นอกจากจะมีกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการปฏิบัติจะต้องมีการพิจารณาระดับการสนับสนุน และการมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างมีคุณภาพ กลุ่มที่มีการสนับสนุน และการมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ สามารถแบ่งได้เป็น 4 ประเภท (RNAO, 2012)

1. ระดับการสนับสนุนมากและการมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้มาก (High support High influence) เป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในทางบวกมีความสนใจ กลยุทธ์ที่ใช้สำหรับกลุ่มนี้ ได้แก่ การประสานความร่วมมือ การให้มีส่วนร่วม การสนับสนุนและการให้ความเอื้ออาทร การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเตรียมพร้อมเพื่อรับความเปลี่ยนแปลง และการเสริมสร้างอำนาจ

2. ระดับการสนับสนุนมาก และระดับการมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้น้อย (High support Low influence) เป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในทางบวก ต้องการความสนใจขณะนำไปใช้ กลยุทธ์ที่ใช้ คือ การประสานความร่วมมือ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเสริมสร้างพลังอำนาจของวิชาชีพพร้อมกับผู้เชี่ยวชาญ การส่งเสริมความร่วมมือเตรียมพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงและการให้เข้ามามีส่วนร่วมในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

3. ระดับการสนับสนุนน้อย และระดับการมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้มาก (Low support High influence) เป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในทางลบ ต้องการให้คนสนใจ กลยุทธ์ที่ใช้ คือ การตกลงร่วมกัน การสร้างสัมพันธภาพ การยอมรับความต้องการ การให้เข้ามามีส่วนร่วมเป็นระยะ การให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากภายนอกเป็นผู้ให้คำปรึกษา และการติดตามให้เห็นขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ไม่จำเป็นต้องให้เข้าร่วมในระยะปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และมีการติดตามอย่างสม่ำเสมอ

4. ระดับการสนับสนุนและระดับการมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้น้อย (Low support Low influence) เป็นกลุ่มที่ไม่มีอิทธิพลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และอาจส่งผลกระทบต่อ การนำแนวปฏิบัติไปใช้ ซึ่งในกลุ่มนี้ต้องมีการติดตาม และใส่ใจเพื่อให้เกิดความร่วมมือ กลยุทธ์ที่ใช้ การตกลงร่วมกัน การสร้างสัมพันธภาพ การยอมรับความต้องการ การให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากภายนอกเป็นผู้ให้คำปรึกษา การให้มีส่วนร่วมในระยะของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และมีการติดตามอย่างสม่ำเสมอ

สรุป การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder Analysis) ควรปฏิบัติดังนี้

1. รวบรวมข้อมูล โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจุดแข็งและจุดอ่อนในกระบวนการและสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาล (gap analysis) จากขั้นตอนที่ 1 จากแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นเลิศว่ามีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เป้าหมายและผลลัพธ์ในการทำแนวปฏิบัติมาใช้

2. ระบุผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ว่ามีการทำงานเป็นทีม มีการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่มว่ามีความคิดเห็นเกี่ยวกับการริเริ่มจัดทำแนวทางปฏิบัติทางคลินิก

3. วิเคราะห์อิทธิพลของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและการสนับสนุนที่มีผลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิก

4. ระบุผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลง กำหนดและทำความเข้าใจในสิ่งที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วม

5. ดำเนินการเปลี่ยนแปลง ตามแผนและให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วม มีการสนับสนุนที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามอิทธิพล

6. ทบทวนการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างต่อเนื่อง และควรตรวจสอบว่ามีการเปลี่ยนแปลงตามกลยุทธ์หรือไม่

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินปัญหาอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนในการใช้แนวปฏิบัติ (Assess Facilitators and Barriers to Knowledge Use) ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้เพื่อให้เกิดความสะดวกเรียบง่าย ไม่เกิดปัญหาระหว่างการปฏิบัติจริง ควรมีการประเมินปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาโดยการประเมินจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ขอบเขตในการขยายการดำเนินงาน และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องซึ่งได้แก่ โครงสร้างขององค์กร ความสัมพันธ์ระหว่างสาขาวิชาชีพ การสนับสนุนจากผู้นำองค์กร ความเชื่อและทัศนคติ แหล่งประโยชน์ ควรระบุความเป็นไปได้และเป็นไปได้ไม่ใดในการปฏิบัติจริง และปัจจัยที่สนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคอย่างชัดเจนเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การคัดเลือกวิธีและกลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (Select and Tailor Implement Interventions and Strategies) การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ควรมีกลยุทธ์ในการส่งเสริมการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกและมีการติดตามผลเป็นระยะเพื่อปรับกลยุทธ์ให้มีความเหมาะสมมีการใช้อย่างยั่งยืน กลยุทธ์ที่จะนำไปใช้ควรมีกลยุทธ์ร่วมกันมากกว่า 1 กลยุทธ์ และต้องมีการประเมินติดตามการใช้เป็นระยะ และมีการปรับกลยุทธ์ให้เหมาะสม ซึ่งกลยุทธ์ที่ใช้ได้แก่

1. การตรวจสอบย้อนกลับ (audit and feedback) เช่น การสรุปผลการปฏิบัติทางคลินิก โดยการรวบรวมผลสรุปจากการบันทึกจากฐานข้อมูลและการสังเกตจากผู้ป่วย ผู้ให้บริการและประชาชนและตรวจสอบข้อเสนอแนะเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงการปฏิบัติทางคลินิก
2. มีอุปกรณ์การให้ความรู้ (Educational materials) เช่น มีการเผยแพร่การใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกทางสื่อแบบพิมพ์ สื่อสิ่งพิมพ์อิเล็กทรอนิกส์ที่มีทั้งภาพและเสียง
3. มีการประชุมกลุ่มให้ความรู้ (Educational meetings) เช่น การบรรยาย การประชุมเชิงปฏิบัติการและการอภิปราย
4. มีการเยี่ยมสำรวจจากผู้มีความรู้ (Educational outreach visits) มีการเยี่ยมสำรวจจากพยาบาลผู้ประสานงานในทีม เกสเซอร์และทีมงานอื่นๆ หรือระหว่างผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อรับข้อข้อมูลย้อนกลับและกระตุ้นให้มีการใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง
5. กิจกรรมการปฏิบัติจากองค์กร (Organizational interventions) เป็นกิจกรรมการปฏิบัติจากทีมสาขาวิชาชีพที่ผสมผสานความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย
6. การเป็นผู้นำการจัดการ (Managerial leadership) องค์กรใช้กลยุทธ์การเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลง ซึ่งมีกระบวนการที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงเช่นการนำ หลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้

7. การหาข้อตกลงร่วม (Local consensus processes) การอภิปรายร่วมกันเพื่อหาข้อตกลงในปัญหาและการแก้ไขการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก เกิดปฏิสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกัน

8. ความคิดเห็นของผู้นำ (Local opinion leaders) ผู้ที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับยอมรับ ความคิดเห็นของผู้จะช่วยทำให้เกิดเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติ

9. การใช้สื่อในการประชาสัมพันธ์ (Mass Media) มีการใช้สื่อเพื่อการสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมายเช่น โทรทัศน์, วิทยุ, หนังสือพิมพ์โปสเตอร์, แผ่นพับ, และหนังสือคู่มือร่วมกับกิจกรรมการปฏิบัติ

10. กิจกรรมการปฏิบัติที่เกิดจากผู้ให้บริการ (Patient mediated interventions) ข้อมูลทางคลินิกใหม่ที่เกิดจากผลการศึกษาวิจัยจากผู้ให้บริการ

11. การแจ้งเตือน (Reminders) เป็นการแจ้งเตือนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปฏิบัติที่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงการกระทำที่ปฏิบัติโดยผ่านทาง การพูด การเขียนบนกระดานหรือผ่านทางคอมพิวเตอร์

12. การตลาด (Social Marketing) เป็นแนวคิดด้านการตลาดในการออกแบบ การพัฒนาและการประชาสัมพันธ์การใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก

ขั้นตอนที่ 5 การตรวจสอบและการประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ (Monitor Knowledge Use and Evaluate Outcomes) หลังจากเมื่อมีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ต้องมีการประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติครบถ้วนในด้าน โปรแกรม ด้าน โครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ที่ได้ โดยนำหลักในการประเมินผลการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ (RNAO, 2012)

1. การประเมินผลด้านโครงสร้าง (structure evaluation) หมายถึงการประเมินหน่วยงานหรืออุปกรณ์เครื่องมือที่เอื้อต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ รวมถึงสิ่งอำนวยความสะดวก เครื่องมือ อุปกรณ์ โครงสร้างของหน่วยงาน และบุคลากร ว่ามีความเพียงพอและมีการจัดการบริหารอย่างไร อาทิ ความมั่นคงขององค์กร วัฒนธรรม นโยบายขององค์กร ระบบบริการ ความเพียงพอของอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน ภาระงานต่อสัดส่วนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน เป็นต้น

2. การประเมินผลด้านกระบวนการ (process evaluation) หมายถึงการประเมินผลว่าโครงการที่นำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในการดำเนินการเป็นอย่างไร สำหรับใคร เพื่อใคร มีวิธีการอย่างไรจะทำให้ดีขึ้น เช่นการพัฒนาและหรือการเปลี่ยนแปลงนโยบายและวิธีการปฏิบัติ ความตระหนักและทัศนคติของผู้ปฏิบัติต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก การยอมรับของผู้ป่วยและครอบครัว

ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว ค่าใช้จ่ายในการดำเนินโครงการ ความรู้ของผู้ป่วย ญาติ และพยาบาล เป็นต้น

3. การประเมินผลด้านผลลัพธ์ (outcome evaluation) หมายถึงการประเมินผลที่ได้ นำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ซึ่งได้แก่ การบรรลุเป้าหมาย จำนวนผู้เข้าร่วมดำเนินตามแนวปฏิบัติให้ความรู้ การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวนและความสมบูรณ์ของการประเมิน จำนวนและระยะเวลาของการรักษาที่เหมาะสม ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ผลลัพธ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย สุขภาพครอบครัว ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก การเข้าถึงบริการ ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการใช้อุปกรณ์และยา จำนวนของวิธีการวินิจฉัยโรค จำนวนครั้งของการรักษาแบบฉุกเฉิน หรือการกลับมารักษาซ้ำและจำนวนวันนอน โรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 6 การสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้อย่างยั่งยืน (sustain knowledge use) เป็นขั้นตอนที่ต้องมีการวางแผนในนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้บูรณาการในปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพในระยะยาว และมีการปรับปรุงผลการปฏิบัติการพยาบาลโดยขั้นตอนนี้มีการกลยุทธ์ต่างๆ ที่กระตุ้นให้มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้โดยผ่านการให้ความรู้ กลุ่มเป้าหมาย ให้ข้อมูลผ่านช่องทางสื่อสารต่างๆ การเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์กับหน่วยงานอื่น การรายงานข้อมูลกับผู้บริหารเพื่อให้เกิดความสนใจ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

แนวปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมความร่วมมือการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ ได้นำแนวปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมความร่วมมือการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่พัฒนาโดยศุภิสร ศรี้อยแก้ว (2553) มาใช้ประกอบด้วย เนื้อหาหลักดังต่อไปนี้

1. สารระสำคัญทั่วไป
2. ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก
3. สารระสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
4. แนวทางการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

5. การประเมินประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วยขั้นตอนการประเมินผลและเอกสารที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงของมอริสกี (Morisky) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก แบบบันทึกข้อมูลของทีมพยาบาล ผู้ดูแล และแบบประเมินความพึงพอใจของทีมผู้ดูแลต่อการใช้นโยบายทางคลินิก

สาระสำคัญทั่วไปของแนวปฏิบัติทางคลินิก

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย พัฒนาขึ้น โดยทีมบุคลากรสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติในคลินิกความดันโลหิตสูง โดยใช้ขั้นตอนของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC, 1999]) แล้วนำเสนอสาระสำคัญ โดยการจัดหมวดหมู่ตามแนวทางของสถาบันรับรองคุณภาพองค์กรด้านการดูแลสุขภาพ (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization [JCAHO], 2001) ประกอบด้วย 6 หมวด ได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 3) การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 5) การดูแลต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และ 6) การติดตามและพัฒนาคูณภาพการบริการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

หมวดที่ 1 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ของ ศุภิพร ศรีอยแก้ว (2553) มีแนวปฏิบัติในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุทุกรายจะต้องมีใบคำสั่งรักษาด้วยยาจากแพทย์ โดยจะไต่ตรองอย่างรอบคอบถึงความเสี่ยง และความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนอันอาจเกิดจากยา
2. ผู้สูงอายุและ/หรือญาติต้องได้รับการอธิบายรายละเอียดและคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาที่ตนเองได้รับจากบุคลากรในทีมสุขภาพ
3. ทีมผู้ให้การรักษาต้องมีท่าทีที่เป็นมิตรและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุถามคำถามที่เกี่ยวกับโรคและยาที่รักษาและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการใช้ยาโดยใช้ภาษาที่ผู้สูงอายุเข้าใจ

หมวดที่ 2 การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุ

พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่คลินิกความดันโลหิตสูง จะต้องประเมินผู้สูงอายุให้ครอบคลุมดังต่อไปนี้

1. การประเมินความพร้อมของผู้สูงอายุ

1.1 การประเมินความจำ โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai mental stat exam) โดยผลการทดสอบผู้สูงอายุต้องได้ 24 คะแนนจากจำนวนเต็ม 30 คะแนน จึงจะประเมินได้ว่าไม่มีความพร่องทางด้านความจำ

1.2. ประเมินการอ่านและการมองเห็น โดยการสอบถามผู้สูงอายุ, ตรวจรูม่านตา, ตรวจกระจกตา, แก้วตา และให้ผู้สูงอายุมองหรืออ่านหนังสือที่เป็นข้อความเกี่ยวกับการใช้ยา

2. ประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา สามารถประเมินได้หลายวิธีซึ่งวิธีการประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามแนวปฏิบัติการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ของโดย ศุทธิพร สร้อยแก้ว (2553) มีดังต่อไปนี้

2.1 ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสำหรับผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงของ ศุทธิพร สร้อยแก้ว (2553)

2.2 ประเมินการได้รับยาครบถ้วน โดยนับเม็ดยาที่เหลือ (Pill count) โดยพยาบาลจะนับเม็ดยาที่เหลือ จากนั้นมาคำนวณหาร้อยละความร่วมมือในการรักษาด้วยยาแล้วนำมาเปรียบเทียบกับตารางจัดระดับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

การคำนวณร้อยละของความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตสูง จากสูตร

$$\frac{\text{(จำนวนเม็ดยาที่จ่ายไป - จำนวนเม็ดยาที่เหลือ)} \times 100}{\text{(จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยควรจะได้รับประทานใน 1 จำนวนวัน}}$$

ระหว่างวันที่จ่ายและวันที่ผู้ป่วยมารับยาในครั้งถัดไป)

ตารางที่ 2-2

ตารางจัดระดับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (คะแนน)	ระดับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	ความร่วมมือในการใช้ยาจากสูตรคำนวณ (ร้อยละ)
5	ดีมาก	80.00-100.00
4	ดี	70.00-79.99 หรือ 100.01-110.00
3	ปานกลาง	60.00-69.99 หรือ 110.01-120.00
2	น้อย	50.00-59.99 หรือ 120.01-130.00
1	ไม่ร่วมมือ	< 50.00 หรือ > 130.00

2.3 การวัดระดับความดันโลหิต ซึ่งในผู้สูงอายุปกติต้องมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตและหรือเบาหวานระดับความดันโลหิตต้องให้ได้ต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท

2.4 การติดตามมารับการรักษาและมารับยาตามนัด โดยถือว่าผู้ที่มารับยาตามนัดสม่ำเสมอ ให้ความร่วมมือในการรักษาดี

หมวดที่ 3 การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

แนวปฏิบัติสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของ ศุภิสร์ สร้อยแก้ว (2553) มีวิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีดังต่อไปนี้

1. การติดตามผลการใช้ยา (Medication monitoring) การทบทวนการให้ยา หรือการทบทวนการรักษา (Medication review) และการปรับยา (Dose modification) แพทย์จะมีบทบาทการพิจารณาการให้ยาตามความเหมาะสมและการใช้ของผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในการรักษาเป็นหลัก

2. พยาบาลมีหน้าที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงรู้จักวิธีการปฏิบัติตนอย่างถูกวิธีและมีแรงจูงใจในการให้ความร่วมมือในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ดังวิธีดังต่อไปนี้

2.1 การใช้ตัวช่วยเตือนความจำ (Medication reminder) พยาบาลต้องสร้างตัวช่วยความจำให้ผู้สูงอายุ เช่น การใช้กล่องบรรจุยา (pill boxes) ซึ่งจะใส่ตัวยาในแต่ละวันให้ครบ 1 สัปดาห์หรือ 1 เดือน มีฉลากยาที่จัดทำเป็นช่องซึ่งตรงกับมื้ออาหารและมีตัวหนังสือบอกไว้หน้าภาชนะว่าช่องนี้สำหรับมื้อใด หรือมีปฏิทินเตือนความจำ ควรใช้ตัวอักษรใหญ่ หรือใช้คำที่ง่าย สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่าน

หนังสือได้ ควรใช้สีแทนสัญลักษณ์ของวัน เช่น วันอาทิตย์สีแดง วันจันทร์สีเหลือง และใช้รูปภาพแทนสัญลักษณ์ของเวลา

2.2 การใช้โปรแกรมบริหารยาด้วยตัวเอง (Self-administration programs) มีฝึกให้ผู้สูงอายุแต่ละราย บริหารยาด้วยตัวเองจะเป็นรูปแบบที่ฝึกผู้ป่วยรายบุคคลที่จะต้องพึ่งตนเองในการรับประทานยาอย่างถูกต้อง โดยประเมินความสามารถในการอ่านฉลากยาของผู้สูงอายุ หลังจากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การใช้ยา เกสซกรจะจ่ายยาโดยใช้ซองยาโดยมีขนาดตัวหนังสือที่พิมพ์ฉลากยาต้องมีขนาดที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล หลังจากนั้นให้ผู้สูงอายุทบทวนการใช้จ่ายด้วยตนเอง และหยิบยารักษาความดันโลหิตสูงที่ต้องด้วยตัวเอง

2.3 การให้คำปรึกษาที่สร้างแรงจูงใจ (Motivation counseling) มีการเสริมสร้างแรงจูงใจ และความมั่นใจในการใช้ยาแก่ผู้สูงอายุ โดยการให้คำปรึกษาที่สร้างแรงจูงใจ เพื่อสร้างแรงจูงใจส่วนบุคคล ต่อพฤติกรรมที่ส่งเสริมความมั่นใจ (เสริมกำลังทางบวก) ให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงผลกระทบที่รุนแรง และความสูญเสียที่เกิดขึ้นจากการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยนำไปบันทึกระดับความดันโลหิตให้ผู้สูงอายุดู บอกผลกระทบที่จะเกิดขึ้นและความจำเป็นในการใช้ยา ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุเห็นว่าพฤติกรรมดังกล่าวจะเกิดผลเสียแล้ว จะส่งผลให้เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลง จากนั้นกระตุ้นทางโทรศัพท์หลังจากผู้สูงอายุได้รับยา จำนวน 4 ครั้งคือใน 1 สัปดาห์แรกและเดือนที่ 1, 2, 4 ซึ่งในการโทรศัพท์แต่ละครั้งจะใช้เวลา 10-40 นาที จะสามารถทำได้จริงหรือไม่) เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ ซักถามภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ อาการข้างเคียงจากยา ความต่อเนื่อง สม่ำเสมอในการรับประทานยา และในกรณีที่ผู้สูงอายุได้รับยาชนิดใหม่หรือความแรงใหม่ หรือยาเดิมที่แพทย์เปลี่ยนแปลงจำนวนหรือความถี่ในการรับประทานยา ย้ำวิธีการรับประทานยา ให้แก่ผู้สูงอายุอีกครั้ง สูดท้ายกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ

2.4 การส่งเสริมติดตามอาการด้วยตนเอง (Symptom self-monitoring) ให้ผู้สูงอายุติดตามอาการด้วยตัวเอง ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วนคือ การสังเกตอาการตัวเอง โดยจะต้องให้ผู้สูงอายุสังเกตพฤติกรรมการกินยาของตัวเองว่ากินได้ถูกต้องหรือไม่ และมีพฤติกรรมกินยาสม่ำเสมอหรือไม่ จากนั้นให้ผู้สูงอายุบันทึกพฤติกรรมตนเอง โดยทำสมุดประจำตัวสำหรับใช้ยาให้ผู้สูงอายุแต่ละราย ซึ่งประกอบด้วย วิธีบริหารยาแต่ละชนิด และบันทึกปฏิทินเตือนความจำ (reminder calendars) โดยเป็นตารางที่บันทึกการรับประทานยาในแต่ละครั้ง ในแต่ละวันของสัปดาห์รวมทั้งบันทึกปัญหา อาการข้างเคียงที่พบ โดยให้ผู้สูงอายุบันทึกเองทุกครั้งที่มีการใช้ยา และบันทึกระดับความดันโลหิต

2.5 การส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ส่งเสริมให้มีการจัดกลุ่มของผู้สูงอายุในการ แลกเปลี่ยน เรียนรู้ และประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้ยา โดยเปิดโอกาสอภิปรายปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาตามระดับความดันโลหิต เช่น ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ขนาดและรูปร่างของเม็ดยา

ขนาดยาที่ใช้ในแต่ละวัน ปัญหาที่ไม่สามารถรับประทานยาได้ การลืมรับประทานยา การรับประทานยาไม่ครบ การมียามาก ตามด้วยพยาบาลเข้ามีส่วนร่วมในการพูดคุยปัญหาในการใช้ยาเพื่อส่งเสริมสนับสนุน ให้กำลังใจ แบ่งปันประสบการณ์ การให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ หรือส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือผู้สูงอายุในการรับประทานยาในกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาทางด้าน ความจำ การมองเห็น การได้ยิน หรือ ความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การเดิน การหยิบจับ เม็ดยา เป็นต้น

3. การเขียนข้อมูลเกี่ยวกับยา (Written information) เกสซ์กรมีบทบาทหน้าที่ที่ต้องเขียนข้อมูลบนฉลากยา ที่เป็นรายละเอียดเกี่ยวกับการใช้ยา เช่น ชื่อสามัญ ชื่อยี่ห้อยา ขนาดยาที่ใช้ จำนวนยาที่รับประทาน จำนวนครั้งที่รับประทานในแต่ละวัน เวลาที่รับประทาน อาการไม่พึงประสงค์ และฤทธิ์ข้างเคียงของยา หรือควรเขียนข้อมูลเกี่ยวกับยาในรูปแบบใบสรุปรายการยาพร้อมวิธีบริหารยา (medication schedule) หรือ แผนผังการใช้ยา (medication chart) ซึ่งเป็นรายละเอียดเกี่ยวกับการใช้ยาหรือข้อมูลทั่วไปของยาที่ผู้ป่วยใช้ เช่น ชื่อสามัญ ชื่อยี่ห้อยา ขนาดยาที่ใช้ จำนวนยาที่รับประทาน จำนวนครั้งที่รับประทานในแต่ละวัน เวลาที่รับประทาน ปฏิกริยาต่อกัน, ฤทธิ์ข้างเคียง, รวมไปถึงวัตถุประสงค์ในการให้ยาและข้อควรระวังเป็นพิเศษ โดยรูปแบบการเขียนคำแนะนำควรใช้ขนาดตัวหนังสือที่ใหญ่ (ขนาดตัวหนังสือ 18 พอยท์) ใช้ข้อความสั้นๆ ได้ใจความ กะทัดรัด ใช้ภาษาที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และควรใช้ รูปภาพประกอบเสริมหรือ สัญลักษณ์ แทนขนาดและเวลาในการรับประทานยา ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการอ่าน

หมวดที่ 4 การให้ความรู้เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ของ ศุทธิพร สร้อยแก้ว (2553) ได้มีการกำหนดการให้ความรู้ทั้งทีมสุขภาพผู้ป่วยดังรูปแบบต่อไปนี้

การให้ความรู้สำหรับบุคลากรทีมสุขภาพ บุคลากรทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่รักษา ที่ต้องดูแลตนเองโดยการรับประทานยาตลอดชีวิต จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจากผู้สูงอายุ ดังนั้นในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยา บุคลากรทีมสุขภาพซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เกสซ์กร ต้องควรได้รับความรู้ในหัวข้อต่อไปนี้

1. คำจำกัดความของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือ

3. การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
4. บทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพในทีมสุขภาพในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

การให้ความรู้สำหรับผู้สูงอายุ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสำหรับผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ของ สุลีพร ศรีอภัยแก้ว (2553) ได้กล่าวว่าการให้ความรู้สำหรับผู้สูงอายุโดยใช้วิธีการสอนจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้ความเข้าใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ควรทำตามแนวทางดังนี้

การให้ความรู้ในการสอนสำหรับผู้สูงอายุมีกระบวนการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการประเมิน (Assessment)

- 1.1 ประเมินความต้องการในการเรียนรู้ว่าผู้สูงอายุ ขาดข้อมูลตรงส่วนใดเพื่อหาข้อมูลส่วนนั้นมาสอนเสริม โดยการสังเกต ชักถาม หรือใช้แบบสอบถาม

- 1.2 ประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ เช่น ความเต็มใจหรือแรงจูงใจที่จะเรียน ประเมินความสามารถในการรับรู้ในผู้สูงอายุ เช่น การมองเห็น การได้ยินหรือ ความจำ เป็นต้น

- 1.3 ประเมิน สภาพแวดล้อมในการสอน เช่น บุคลากรที่จะสอน ความสามารถในการสอน ความพร้อมของผู้สอน เวลา สถานที่ งบประมาณ สื่อการสอน และการสนับสนุนของครอบครัว

2. การวางแผนการสอน (planning) เมื่อประเมินผู้สูงอายุแล้ว ต้องมีการวางแผนการสอนให้สอดคล้องกับสภาพในปัจจุบัน การดำเนินชีวิตของผู้ป่วย โดยบุคลากรทีมสุขภาพต้องกำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหาที่จะสอน สื่อการสอน และกำหนดการประเมินผลร่วมกัน

3. การดำเนินการสอน (Implementation) การลงมือสอนต้องเลือกกลยุทธ์ในการสอน เช่น การให้คำปรึกษา (counseling) การอธิบาย (explanation) การสาธิต (demonstration) และการอภิปรายกลุ่มย่อย โดยแต่ละกลยุทธ์ควรมีการใช้สื่อเพื่ออำนวยความสะดวกของผู้สูงอายุ

สื่อสิ่งพิมพ์ ที่เลือกใช้ในการให้ข้อมูลการใช้ยา ได้แก่ ใบสรุปรายการยาพร้อมวิธีบริหารยา (medication schedule) แผนผังการใช้ยา (medication chart) และนำเสนอด้วยภาพนิ่ง (power point presentation) แต่เนื่องจากความเสื่อมของสายตาร่วมกับประสิทธิภาพการทำงานของสมองลดลง การผลิตสื่อที่ใช้ในผู้สูงอายุ ควรปฏิบัติดังนี้

- 1) เนื้อหาควรปรับระดับการอ่านให้อยู่ในระดับประถมศึกษา
- 2) ลักษณะตัวอักษรควรเป็นลักษณะตัวพิมพ์หนา มีขนาดตัวอักษรอย่างน้อย 18 พอยท์ ขึ้นไปหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์เทคนิค คำที่ตีความหมายได้หลายอย่าง และข้อความควรสั้น กระชับ ชัดเจน

3) เนื่องจากผู้สูงอายุมีความสามารถในการจำแนกสีน้ำเงิน สีม่วงและสีเขียวออกจากกันยาก จึงควรหลีกเลี่ยงใช้สีเหล่านี้ และเลือกใช้สีที่ตัดกัน เช่น ขาว-ดำ สีแดง

4. การประเมินผลการเรียนรู้ (Evaluation) เป็นการตรวจสอบการเรียนรู้จากการสอน เพื่อให้ได้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปพัฒนาและปรับปรุงแก้ไข ซึ่งวิธีการวัดผลอาจอยู่ในรูปของ การประเมินโดยการถามปากเปล่า สาทิตย์ย้อนกลับ และทดสอบความรู้ เนื้อหาในการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ และญาติ มีประเด็นดังต่อไปนี้

- 1) โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุและการรักษา
- 2) การใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง
- 3) ความสำคัญของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

หมวดที่ 5 การดูแลต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ของ ศุภิพร ศรี้อยแก้ว (2553) มีการกำหนดวิธีการดูแลที่ต่อเนื่องเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การติดตามโดยใช้โทรศัพท์ ช่วยส่งเสริมความร่วมมือในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อติดตามและประเมินผล ให้คำแนะนำ กระตุ้นให้ปฏิบัติกิจกรรมและ เสริมแรงทางบวก มีวิธีการคือ ใช้โทรศัพท์ติดตาม จำนวน 4 ครั้ง ครั้งแรกคือสัปดาห์แรกและเดือนที่ 1, 2, 4 ซึ่งในการ โทรศัพท์ในแต่ละครั้ง จะใช้เวลา 10-40 นาที เพื่อเป็นการติดตามและประเมินผลโดยการซักถามภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ การใช้ยาแต่ละชนิด ปัญหาจากการใช้ยา อาการข้างเคียงจากยา ให้คำแนะนำและย้ำในกรณีที่ผู้สูงอายุได้รับยาชนิดใหม่หรือความแรงใหม่ หรือยาเดิมที่แพทย์เปลี่ยนแปลงจำนวนหรือความถี่ในการรับประทานยา ย้ำวิธีการรับประทานยาให้แก่ผู้สูงอายุอีกครั้ง กระตุ้นให้ผู้สูงอายุรับประทานยาสม่ำเสมอตามคำแนะนำของแพทย์ และสุดท้ายเสริมแรงทางบวกโดยให้กำลังใจทางโทรศัพท์ กล่าวชมเชย เมื่อผู้สูงอายุสามารถรับประทานยาได้ถูกต้อง สม่ำเสมอ

2. การติดตามโดยการเยี่ยมบ้าน เพื่อศึกษาปัญหาความต้องการด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและร่วมกับครอบครัววางแผนแก้ไขปัญหาและความต้องการ ได้ถูกต้องเหมาะสม กับสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม การดูแลต่อเนื่องแก่ผู้สูงอายุรวมทั้งสอนและแนะนำผู้ป่วยและญาติได้สามารถช่วยเหลือตนเองและสมาชิกในครอบครัวได้ เพื่อติดตามผลการรักษาและกระตุ้นให้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ มีวิธีการคือพยาบาลจะเยี่ยมบ้านใช้เวลา 20-30 นาทีในการสอบถามการใช้ยา สอนผู้สูงอายุกับญาติ เกี่ยวกับข้อมูลของยาที่ได้มาจาก

แพทย์หรือข้อมูลที่ติดบริเวณฉลากยา การทบทวนยาทั้งหมด เวลาที่ผู้ป่วยรับประทานตามแผน (medication schedule)กระตุ้นให้ผู้สูงอายุรับประทานยาสม่ำเสมอ ให้กำลังใจในการรับประทานยา หลังจากนั้นตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 หลังจากเยี่ยมบ้านครั้งแรก 4-6 สัปดาห์

หมวดที่ 6 การติดตามและพัฒนาคุณภาพการบริการ

การพัฒนาคุณภาพการบริการเน้นให้องค์กรมีการรวบรวมข้อมูล ติดตามวัดและประเมินผล ร่วมกับการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบเพื่อสะท้อนคุณภาพการบริการและโอกาสในการพัฒนาองค์กร

1. คลินิกความดันโลหิตสูงต้องกำหนดให้การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาใน ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเข้าโปรแกรมของคลินิกความดันโลหิตสูงและแผนพัฒนาคุณภาพ ขององค์กร บุคลากรทีมสุขภาพต้องหยิบยกความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเป็นประเด็นการดูแล สุขภาพที่เร่งด่วน เนื่องจากความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยเป็นปัญหาของทุกโรคเรื้อรัง โดยบุคลากรทางสุขภาพไม่ใส่ใจ ทำให้เกิดผลตามมา เช่นค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น ผลลัพธ์ทาง สุขภาพแย่ลง (National Council on Patient Information and Education, 2007) ดังนั้นการส่งเสริมความ ร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต้องอยู่ในโปรแกรมของคลินิกความ ดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุทุกรายที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกต้องได้รับการคัดกรองความร่วมมือในการรักษา ด้วยยา ถ้ามีความร่วมมือในการรักษาต่ำก็จะเข้าสู่กระบวนการของแนวปฏิบัติ และต้องอยู่ในแผนพัฒนา คุณภาพขององค์กร ซึ่งนอกจากองค์กรจะทำงานมีประสิทธิภาพแล้ว ยังเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการ รักษา และประชากรผู้สูงอายุก็มีสุขภาพดี

2. สร้างพยาบาล สำหรับการเข้าไปให้ความรู้และการจัดการร่วมกันในการส่งเสริมความ ร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยพยาบาลจะช่วยกันกำหนด กิจกรรมในการดูแล ว่าใครมีหน้าที่อะไร มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างไร ให้ความร่วมมือกันและมีความ ต่อเนื่องในการรักษาระยะยาว

3. กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบในโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาใน ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงให้พยาบาลเป็น care manager ในการประเมิน ส่งเสริม ติดตามการ ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

4. พยาบาลต้องสร้างหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ดีที่สุดในการให้ความรู้และ การจัดการเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เช่น หางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สร้างเครือข่ายงานวิจัย นำผลงานวิจัยมาใช้เพื่อสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิกให้มีมาตรฐาน

5. พยาบาลต้องประเมินและติดตามผลการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตเป็นระยะ แก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่อโปรแกรมที่ช่วยเหลือความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ของ ศุติพร สร้อยแก้ว (2553) ประกอบด้วย 6 หมวด ได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 3) การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 5) การดูแลต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และ 6) การติดตามและพัฒนาคุณภาพการบริการ ทั้งนี้ผู้ศึกษาดำเนินงานตามกระบวนการและขั้นตอนตามกรอบแนวคิดการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในคลินิก ของสมาคมพยาบาลอนุทวีป ประเทศแคนาดา (RNAO, 2012) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การระบุปัญหา การทบทวนปัญหาและการเลือกใช้แนวปฏิบัติ 2) การปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบท ระบุ การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและการจัดการทางทรัพยากร 3) การประเมินปัญหาอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนในการใช้แนวปฏิบัติ 4) เลือกและการปรับปรุงกลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ 5) การตรวจสอบและการประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ และ 6) การสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้อย่างยั่งยืน โดยจะการประเมินผลลัพธ์หลังจากที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยเปรียบเทียบสัดส่วนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ความพึงพอใจของทีมพยาบาลผู้ดูแลต่อการใช้แนวปฏิบัติส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง