

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการจัดการทางการแพทย์ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลน้ำปาด จังหวัดอุดรดิตถ์ ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องครอบคลุมตามหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.2 ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.3 วิธีการวัดความดันโลหิต
 - 1.4 อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.5 ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 1.6 การรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
2. การจัดการทางการแพทย์ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.1 ความหมายของการจัดการทางการแพทย์
 - 2.2 การจัดการทางการแพทย์ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
3. การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผล
 - 3.1 แนวคิดทฤษฎีที่นำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการทางการแพทย์
 - 3.2 ขั้นตอนในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้
4. กรอบแนวคิด

โรคความดันโลหิตสูง

ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าระดับความดันขณะหัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท (JNC7, 2004) การแบ่งความ

รุนแรงของความดันโลหิตในผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปและผู้สูงอายุของ JNC 7 (2004) แบ่งออกเป็น 4 ระดับดังนี้

1. ระดับปกติ (normal) คือ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกน้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอทและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก น้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท
2. ก่อนเป็นความโลหิตสูง (prehypertension) คือ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก น้อยกว่า 120-139 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก 80 - 89 มิลลิเมตรปรอท
3. ความดันโลหิตสูงระดับ 1 (hypertension stage 1) คือ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก เท่ากับ 140-159 มิลลิเมตรปรอทหรือระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก 90 - 99 มิลลิเมตรปรอท
4. ความดันโลหิตสูงระดับ 2 (hypertension stage 2) คือ ระดับความดันโลหิต ซิสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือ ระดับความดันโลหิต ไดแอสโตลิก มากกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท

ชนิดของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

ชนิดของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูงแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิดตามสาเหตุ ดังนี้

1. ความดันโลหิตสูงปฐมภูมิหรือความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (primary hypertension or essential hypertension) พบได้ร้อยละ 95 ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ซึ่งมีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรค ได้แก่

1.1 พันธุกรรม พบว่า บุคคลที่มาจากครอบครัวที่มีโรคความดันโลหิตสูงจะมีแนวโน้มเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่า (Kaplan, 2006) ครอบครัวที่มีทั้งบิดาและมารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูง จะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ถึงร้อยละ 50 - 70 (Heart and Stroke Foundation of Ontario, 2005) ในปัจจุบันมีการศึกษา พบว่าร้อยละ 30-40 ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเกิดจากความผิดปกติของยีนบางตัว เช่น angiotensin II receptor genes, angiotensinogen, renin genes เป็นต้น เมื่อยีนเหล่านี้ทำงานผิดปกติจะมีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตได้ (จักรพันธ์ชัยพรหมประสิทธิ์, 2550)

1.2 เพศ พบว่า ในช่วงอายุก่อน 55 ปี เพศชายจะมีอัตราการเกิดโรคได้มากกว่าเพศหญิง และเกิดในอายุน้อยกว่าเพศหญิง เมื่ออายุ 55 ถึง 74 ปี พบว่า ทั้งสองเพศจะมีโอกาสเป็นโรคนี้เท่ากันและเมื่ออายุเกิน 74 ปีขึ้นไปพบว่าเพศหญิงจะมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้มากกว่าเพศชาย (Joyce M. Black, Jane Hokanson Hawks, อ้างใน จุฬารัตน์ เพชรวิเศษ, บุญขอร ทิพภิญญา, วิไลลักษณ์ ปาลกะวงษ์ ณ อยุธยา, 2553) (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551)

1.3 อายุ พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นตามไปด้วย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551) เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของผนังหลอดเลือด เกิดการตีบแข็ง หลอดเลือดแดงขยายตัวได้น้อยส่งผลให้เกิดแรงต้านการไหลของเลือดเพิ่มมากขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูง (จันทนา รัตนวิชัย, 2552) นอกจากนี้ยังพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี จะทำให้ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1-2 มิลลิเมตรปรอทและค่าเฉลี่ยของความดันไดแอสโตลิกเพิ่มขึ้น 0.5 - 1 มิลลิเมตรปรอท (Kaplan, 2006)

1.4 เชื้อชาติ โดยพบว่าชาวผิวดำในสหรัฐอเมริกาเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า ชาวผิวขาว เริ่มเป็นในอายุน้อยและมีความรุนแรงมากกว่า (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2550)

1.5 ภาวะอ้วน พบว่า ในคนที่มีน้ำหนักตัวเกินร้อยละ 10 - 20 ของน้ำหนักมาตรฐาน หรือมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 จะมีความดันโลหิตสูงขึ้นเนื่องจากน้ำหนักของเนื้อเยื่อที่ขยายมากขึ้น จะทำให้ปริมาณของเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีเพิ่มขึ้น (JNC 7, 2004) นอกจากนี้ยังพบว่า ความอ้วนมันจะมีความสัมพันธ์กับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงส่งผลให้ไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ (low-density lipoprotein) ในเลือดสูงด้วยซึ่งจะมีผลทำให้หลอดเลือดตีบแข็งส่งผลให้เกิดแรงต้านในหลอดเลือดทำให้เกิดความดันโลหิตสูง (จันทนา รัตนวิชัย, 2552)

1.6 ภาวะเครียด พบว่า ความเครียดมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ความเครียดสามารถเพิ่มแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายและปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกส่งผลให้มีการเพิ่มของอัตราการเต้นของหัวใจและมีผลให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัวทำให้หลอดเลือดมีแรงต้านเพิ่มขึ้นส่งผลให้ความดันโลหิตสูงได้ (สมจิต หนูเจริญกุล และ พรทิพย์ มาลาธรรม, 2545) จากรายงานของสถาบันความเครียดของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ถ้าความเครียดต่อเนื่องเป็นเวลานานจะทำให้หัวใจที่สำคัญสูญเสียหน้าที่และเกิดโรคได้และร้อยละ 60-90 ความเครียดจะทำให้ความร่วมมือในการรักษาลดลง (จุฬารัตน์ เพชรวิเศษ, บุญยอร์ ทิฆัมณญา, วิไลลักษณ์ ปาลกะวงษ์ ณ อยุธยา, 2553)

1.7 การสูบบุหรี่ พบว่า สารนิโคตินในบุหรี่จะกระตุ้นให้ร่างกายมีการหลั่งสารเอพิเนฟริน (epinephrine) สารนอร์เอพิเนฟริน (norepinephrine) ทำให้หลอดเลือดหดตัวและการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นและแรงขึ้นเป็นการเพิ่มการทำงานของหัวใจส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ นอกจากนี้ยังกระตุ้นให้เกร็ดเลือดและไขมันจับตัวกันทำให้หลอดเลือดตีบแข็งมากขึ้น (จันทนา รัตนวิชัย, 2552)

1.8 การดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า แอลกอฮอล์จะเป็นตัวทำให้มีการเพิ่มระดับคอริซอลทำให้ระดับแคทีโคลามีนสูงขึ้นส่งผลให้หลอดเลือดมีการหดตัวหัวใจบีบตัวแรงขึ้นทำให้ความดันโลหิตสูงนอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังมีผลทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดเพิ่มขึ้นหลอดเลือดถูกทำลาย ขาดความยืดหยุ่นมากขึ้นส่งผลให้ความดันโลหิตสูงได้ (Briasoulis, Agarwal, Messerli, 2012)

1.9 การขาดการออกกำลังกาย พบว่า ความดันโลหิตสูงสัมพันธ์กับการขาด การออกกำลังกายทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลงและระดับโปรตีนชนิดที่มีความหนาแน่นสูงต่ำลงซึ่งไลโปโปรตีนชนิดนี้มีหน้าที่เป็นตัวพาโคเลสเตอรอลในเลือดกลับไปเก็บไว้ที่ตับหรือขับออกจากร่างกาย (จันทนา รณฤทธิชัย, 2552) นอกจากนี้การออกกำลังกาย ส่งผลให้มีการหลั่งสารเอนโดฟินและทำให้หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นและขยายตัวได้ดี การออกกำลังกายที่เหมาะสมในการลดความดันโลหิต คือ การออกกำลังกายแบบ isotonic (dynamic) exercise เป็นการออกกำลังกายที่มีการหดและคลายกล้ามเนื้อสลับกัน เช่น การเดิน การว่ายน้ำ การรำมวยจีน เป็นต้น ซึ่งถ้าทำติดต่อกันสม่ำเสมอจะทำให้มีระบบไหลเวียนเลือดไปยังกล้ามเนื้อที่ออกกำลังกายเพิ่มขึ้นทำให้หลอดเลือดขยายตัวแรงด้านทานของหลอดเลือดทั่วร่างกายลดความดันโลหิตจะลดลงได้

1.10 การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง โดยพบว่าโซเดียมจะส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้นของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีซึ่งการเพิ่มขึ้นดังกล่าวจะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงมีการขยายตัวและหดตัวได้น้อยลงส่งผลให้ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มสูงขึ้นจนเกิดความดันโลหิตสูงได้ (วิไล พันวิไล, 2555) นอกจากนี้โซเดียมยังทำให้มีการเพิ่มปริมาณการไหลของเวียนของเลือดและเพิ่มปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจออกจากหนึ่งนาทีทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ (JNC 7, 2004)

2. ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (secondary hypertension)

2.1 โรคของไตและหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตเป็นสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงที่พบบ่อยจะทำให้เกิดการกระตุ้นให้เรนินแองจิโอเทนซินซึ่งจะมีเอนไซม์จากปอดมาเปลี่ยนแองจิโอเทนซิน I เป็นแองจิโอเทนซิน II ซึ่งเป็นสารที่มีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดหดตัวและกระตุ้นให้ต่อมหมวกไตหลั่งฮอร์โมนอัลโดสเตอโรนซึ่งมีหน้าที่ทำให้ไตดูดซึมโซเดียมและน้ำได้มากขึ้น ทำให้มีปริมาตรในระบบไหลเวียนโลหิตเพิ่มขึ้นทำให้ความดันโลหิตสูงได้ (Bullock & Rosendahl, 1998)

2.2 ความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ เช่น ความผิดปกติของต่อมหมวกไต ทำให้มีการผลิตอัลโดสเตอโรน คอริซอลและแคทีโคลามีนมากเกินไปทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ เนื่องจากต่อมหมวกไตชั้นใน (pheochromocytoma) มีผลทำให้มีการหลั่งอิพิเนฟรินและนอร์อิพิเนฟริน

มากเกินไปส่งผลให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดความผิดปกติของ ต่อมพาราไทรอยด์ ภาวะที่มี คอรัลซอลมากเกินไป (สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2545)

2.3 จากยาและปฏิกิริยาของยา เช่น ยาที่ใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้า ยาที่ใช้ในการรักษา โรคหืด และยาเม็ดคุมกำเนิดทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ แต่จะลดลงจนปกติได้เมื่อหยุดยา (จิกรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2545)

2.4 ความผิดปกติทางระบบประสาท เช่น คนที่มีความวิตกกังวล การเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (สมจิต หนูเจริญกุลและ พรทิพย์ มาลาธรรม, 2545)

2.5 ภาวะการตั้งครรภ์ (pregnancy induced hypertension) พบว่า จะมีความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปหรือเพิ่มจากปกติ 30/15 มิลลิเมตรปรอท จะ เกิด ขึ้น ใน อายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์แต่จะลดลงเอง 10 วันหลังคลอด (สมจิต หนูเจริญกุล และ พรทิพย์ มาลาธรรม, 2545)

วิธีการวัดความดันโลหิต

การวัดความดันโลหิตให้กับผู้สูงอายุเป็นการติดตามผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพดังนั้น เทคนิคในการวัดความดันจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งซึ่งการวัดความดันที่ถูกต้องควรมีเทคนิค ดังต่อไปนี้ (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)

1. การเตรียมผู้ป่วย แนะนำผู้ป่วยไม่ควรกินยา กาแฟหรือไม่สูบบุหรี่ก่อนทำการวัดความดันโลหิตอย่างน้อย 30 นาที และปัสสาวะให้เรียบร้อย ให้ผู้ป่วยนั่งพักบนเก้าอี้ในห้องที่เงียบเป็นเวลา 5 นาที หลังฟังพนักเก้าอี้ เท้า 2 ข้างวางราบกับพื้นห้ามนั่งไขว่ห้าง แขนซ้ายหรือแขนขวาทำการวัดความดันโลหิตวางอยู่บนโต๊ะและไม่กำมือ

2. การเตรียมเครื่องมือ เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดปรอทเป็นเครื่องที่ได้รับการตรวจเช็คตามมาตรฐานและใช้ถุงลมยาง (cuff) ขนาดที่เหมาะสมกับแขนของผู้ป่วย คือ ส่วนที่เป็นถุงลม (bladder) จะต้องครอบคลุมรอบแขนของผู้ป่วยได้ร้อยละ 80 โดยทั่วไปจะใช้ถุงลมยาง ขนาด 12 ซม.x 22 ซม.

3. วิธีการวัดความดัน

- 3.1 การวัดความดันโลหิต ควรวัดที่แขนข้างที่ใช้งานน้อยกว่าพันธุกรรมที่ดันแขนเหนือข้อพับแขน 2-3 เซนติเมตร ให้กึ่งกลางของถุงลมยางวางอยู่บนหลอดเลือดแดง (brachial artery)

- 3.2 การวัดความดันโลหิตให้วัดโดยการคลำก่อนโดยบีบลมเข้าถุงลมยางจนคลำชีพจรที่ข้อพับไม่ได้ปล่อยลมออกให้ปรอทในหลอดแก้วลดระดับลงในอัตรา 2-3 มิลลิเมตรปรอทต่อวินาที

จนคลำชีพจรได้ถือว่าเป็นความดันซิสโตลิกต่ำกว่าจากนั้นใช้หูฟัง (stethoscope) วางบริเวณข้อพับเหนือหลอดเลือดแดง(brachial artery) บีบลมให้ปรอทในหลอดแก้วสูงกว่าที่ความดันซิสโตลิกที่คลำได้ 20-30 มิลลิเมตรปรอทแล้วค่อยๆปล่อยลมออกในอัตรา 2-3 มิลลิเมตรปรอทต่อวินาทีเสียงแรกที่ได้ยิน(korotkoff sound phase I) จะเป็นระดับความดันซิสโตลิกปล่อยระดับปรอทจนเสียงหายไป (korotkoff sound phase v) เสียงที่หายไปจะเป็นระดับความดันไดแอสโตลิก

3.3 การวัดความดันโลหิตควรวัดอย่างน้อย 3 ครั้งห่างกัน 1-2 นาทีโดยวัดจากแขนและทำเดียวกัน หากค่าที่ได้ต่างกันเกิน 20/10 มิลลิเมตรปรอท นำค่าที่วัดได้ทั้ง 2 ครั้งมาเฉลี่ย

3.4 ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคเบาหวานหรือในรายที่มีอาการหน้ามืดเวลาลุกขึ้นยืน ให้วัดความดันโลหิตทั้งท่านั่งและท่านยืนเพื่อประเมินภาวะหน้ามืดเป็นลมจากการเปลี่ยนท่า (orthostatic hypotension) โดยหลังวัดความดันโลหิตในท่านั่ง ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นยืนแล้ววัดความดันโลหิตหลังยืน 1 นาที หากความดันโลหิตซิสโตลิกในท่านยืนต่ำกว่าท่านั่ง 20 มิลลิเมตรปรอทถือว่าผู้ป่วยมีภาวะหน้ามืดเป็นลมจากการเปลี่ยนท่า

อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เริ่มแรกมักจะไม่ค่อยมีอาการและอาการแสดงที่ชัดเจนเนื่องจากหัวใจยังมี การปรับตัวได้ดี แต่ถ้ามีการทำลายอวัยวะที่สำคัญของร่างกายเกิดขึ้นอย่างช้าๆ จนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย อาการจะเริ่มแสดงออกมาชัดเจนขึ้นเนื่องจากหัวใจต้องใช้แรงในการบีบตัวเพื่อดันให้เลือดไหลผ่านผนังหลอดเลือดที่มีแรงต้านมากขึ้นเมื่อเกิดนานขึ้นหัวใจจะโตและเกิดภาวะหัวใจวายได้ อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551; จันทนา รณฤทธิชัย, 2552) มีดังนี้

1. ปวดศีรษะ จะพบในผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงมากมีอาการปวดท้ายทอย จะพบในตอนเช้าหลังตื่นนอนเป็นอาการที่พบได้บ่อยเนื่องจากความดันโลหิตสูงจะทำให้หลอดเลือดสมองมีแรงดันเพิ่มขึ้น สมองบวมจึงทำให้มีอาการบริเวณท้ายทอย

2. มึนศีรษะ เวียนศีรษะ หน้ามืดตาลาย หูอื้อ บางครั้งอาจมีอาการเวียนร่วมด้วย

3. เหนื่อยง่าย อ่อนเพลียโดยไม่ทราบสาเหตุ

4. เจ็บหน้าอก จุกเสียดลิ้นปี่ ชีพจรเต้นเร็วหรือใจสั่น

5. มีการเปลี่ยนแปลงที่จอตารับภาพในตา (hypertensive retinopathy) เนื่องจากการหดตัวของ

หลอดเลือดและสาขาศาเลื่อมอาจมีการบวมของจอภาพนัยน์ตา

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุม ระดับความดันโลหิตได้จะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ดังนี้

1. หัวใจและหลอดเลือด โดยผู้สูงอายุที่มีระดับความดันโลหิตสูงเรื้อรัง หัวใจจะทำงานชดเชยโดยการบีบตัวเพิ่มขึ้นเพื่อต้านแรงดันเลือดในหลอดเลือดแดงที่เพิ่มขึ้นทำให้ผนังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจหนาตัวขึ้นหลอดเลือดตีบแคบ ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจลดลงส่งผลให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต (Left ventricular hypertrophy) ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะทำให้แรงต้านทานภายในหลอดเลือดสูงเป็นเวลานานทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานหนักเกิดภาวะหัวใจวายได้ (จันทนา รัตนวิชัย, 2552)
2. ตา การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังจะมีผลทำให้การเปลี่ยนแปลงของจอตาและระบบประสาทส่วนกลาง คือ หลอดเลือดฝอยเล็กๆตีบแคบอย่างรวดเร็ว มีการหดตัวเฉพาะที่มีเลือดออกและมีจอประสาทตาบวม (papilledema) ทำให้มี จุดบอดบางส่วนในลานสายตาและการมองเห็นลดลง ถ้าความดันโลหิตสูงมากอาจเกิดตาบอดได้ (วิไล พันวิไล, 2555)
3. สมอง ภาวะความดันโลหิตสูงจะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองหนาและแข็งตัว เกิดการโป่งพองของหลอดเลือดต่างๆไปในสมอง ทำให้เกิดการแตกของหลอดเลือดในสมองได้ นอกจากนี้ยังทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง หรือขาดเลือดไปเลี้ยง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองได้ (จันทนา รัตนวิชัย, 2552)
4. ไต การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังจะทำให้มีการแข็งตัวของหลอดเลือดฝอยทำให้เลือดไปเลี้ยงไตได้น้อยลง ทำให้อัตราการกรองของเสียที่ไตลดลงเกิดการกั่งของของเสีย ไตเสื่อมสภาพและเสียหน้าที่เกิดภาวะไตวายและมีโอกาสเสียชีวิตได้ (สมจิต หนูเจริญกุล และ พรทิพย์ มาลาธรรม, 2545)

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง มีเป้าหมาย คือ ลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคไต โดยผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียวสามารถควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท สามารถที่จะลดการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ ร้อยละ 87 ส่วนผู้ที่มีโรคเบาหวานหรือโรคไตร่วมด้วย ถ้าสามารถควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงต้องใช้วิธีการรักษาทั้งการรักษาโดยไม่ใช้ยาหรือการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตและการรักษาโดยการให้ยา (JNC 7, 2004)

1. การรักษาโดยการไม่ใช้ยาหรือการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต เป็นวิธีการที่เป็นที่ยอมรับที่ใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกรายสามารถช่วยลดความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประกอบด้วย

1.1 การลดน้ำหนัก (weight reduction) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มีน้ำหนักตัวเกิน หรือมีค่าดัชนีมวลกาย (body mass index) มากกว่าหรือเท่ากับ 25 ต้องควบคุมน้ำหนักพบว่า การลดน้ำหนักลง 10 กิโลกรัมสามารถลด ความดันโลหิตได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอท

1.2 การจำกัดอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลสูง ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ควรลดการบริโภคไขมันชนิดอิ่มตัวและเน้นให้รับประทานอาหารโดยใช้แบบ DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension) โดยให้ทานอาหารประเภท ผักและผลไม้ให้มาก ลดปริมาณไขมันในอาหาร โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัวสามารถลดความดันโลหิตได้ 2- 8 มิลลิเมตรปรอท

1.3 การจำกัดอาหารโซเดียม ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงควรรับประทานเกลือโซเดียมให้น้อยกว่า 1.5-2.4 กรัมหรือ 2/3-1 ช้อนชาจะช่วยลดความดันโลหิตได้นานเป็นสัปดาห์ นอกจากนี้ยังช่วยลดการใช้ ยาลดความดันโลหิต ลดการสูญเสียโปแตสเซียมจากการใช้ยาขับปัสสาวะเกลือโซเดียมส่วนใหญ่มากับอาหารปรุงสำเร็จ อาหารแช่แข็ง อาหารกระป๋องทุกชนิด ผัก ผลไม้กระป๋อง เป็นต้น ถ้าลดปริมาณโซเดียมสามารถลดความดันโลหิตได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท (JNC 7, 2004)

1.4 การออกกำลังกาย ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ควรออกกำลังกายระดับปานกลางแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดินเร็วๆ อย่างน้อย 30-45 นาทีต่อวันอย่างน้อย 4-5 วันต่อสัปดาห์ และให้เริ่มออกกำลังกายตามลำดับ ค่อยๆ ปรับเพิ่มความหนักและเวลาเพื่อให้ร่างกายสามารถปรับตัวได้ การออกกำลังกายยังช่วยส่งเสริมให้สมรรถภาพการทำงานของหัวใจและปอด และยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำหนักได้ด้วย นอกจากนี้ยังลดอันตรายจากโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ การออกกำลังกายสม่ำเสมอสามารถลดความดันโลหิตได้ 4-9 มิลลิเมตรปรอท (JNC 7, 2004)

1.5 การลดการดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์มีผลทำให้เพิ่มความดันโลหิต ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงควรจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ชาย ไม่เกิน 2 แก้วมาตรฐาน ต่อวัน หรือ 14 แก้วต่อสัปดาห์และในผู้หญิง ควรดื่มไม่เกิน 1 แก้วมาตรฐานต่อวัน หรือ 7 แก้วต่อสัปดาห์ สามารถลดความดันโลหิตได้ 2-4 มิลลิเมตรปรอท

1.6 การจัดการความเครียด ความเครียดทางอารมณ์ส่งผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต้องรับประทานยาต่อเนื่อง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียด

ได้ การจัดการความเครียด เช่น การสวดมนต์ การทำสมาธิ (meditation) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (progressive muscle relaxation) เป็นต้น สามารถลดความดันโลหิตได้ชั่วคราวแต่เทคนิคการผ่อนคลายช่วยลดความเครียดซึ่งเป็นผลดีต่อการควบคุมความดันโลหิตร่วมกับวิธีอื่นๆ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551)

1.7 การงดสูบบุหรี่ เป็นสิ่งสำคัญเพราะสารนิโคตินทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น และทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัวแม้ว่าการสูบบุหรี่จะทำให้เกิดความดันโลหิตในเวลาสั้นๆ แต่เป็นการ โอกาสเกิดความดันโลหิตสูงอย่างรุนแรงและเกิดหลอดเลือดในสมองได้ นอกจากนี้การสูบบุหริ่งยังลดประสิทธิภาพของยาลดความดันโลหิต (เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา, 2552)

2. การรักษาโดยการให้ยา หลักการให้ยาเพื่อลดความดันโลหิตสูง คือ การเลือกให้ยาให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละรายและควรเริ่มยาในขนาดต่ำๆ และยากลุ่มเดียวก่อน ถ้าควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จึงเพิ่มขนาดยาขึ้นไปจนได้ผลในการควบคุมความดันโลหิต แต่ถ้ายังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้อาจเพิ่มยา กลุ่มอื่นหรือเปลี่ยนกลุ่มยา กลุ่มยาหลักที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย

2.1 ยาขับปัสสาวะ (diuretics drug) เป็นกลุ่มยาที่นิยมใช้ ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไต และหัวใจผิดปกติ ออกฤทธิ์โดยการเพิ่มการขับน้ำและ เกลือแร่ออกจากร่างกาย ทำให้ความดันโลหิตลดลงแบ่งเป็น 4 ชนิด ตามกลไกการออกฤทธิ์ ได้แก่

1) ยากลุ่มไทอะไซด์ (thiazide) ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการดูดกลับของโซเดียมคลอไรด์ เป็นยาที่นิยมใช้กันมาก อาจใช้เพียงตัวเดียวหรือใช้ร่วมกับยากลุ่มอื่นอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ ภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำภาวะกรดยูริกในเลือดสูงระดับน้ำตาลในเลือดสูง เป็นต้น

2) ยาขับปัสสาวะที่มีฤทธิ์ต่อหลอดไต (loop diuretics) ออกฤทธิ์โดยลดการดูดกลับของโซเดียมคลอไรด์ที่บริเวณหลอดไต การเพิ่ม การขับปัสสาวะทำให้ปริมาณเลือดในหลอดเลือดลดลง จึงทำให้มีการหลั่งอัลโดสเตอโรน โดยระบบเรนินแองจิโอเทนซิน อัลโดสเตอโรนทำให้เกิดการดูดกลับของโซเดียมที่หลอดไต อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำและภาวะต่างจากคลอไรด์ในเลือดต่ำ

3) ยาขับปัสสาวะที่เก็บโปแตสเซียม (potassium-sparing diuretics) ยานี้จะออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดซึมกลับของโซเดียมที่ท่อเชื่อมและท่อไต เพิ่มการขับออกของโซเดียมแต่เก็บรักษาโปแตสเซียมกับแมกนีเซียมไว้

4) ยากลุ่มที่ยับยั้งคาร์บอนิกแอนไฮเดรส (carbonic anhydrase inhibitors) เป็นยาที่ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์คาร์บอนิกแอนไฮเดรสที่ท่อไต ทำให้มีการขับน้ำ โซเดียม ไอออน โพแทสเซียม ไอออน และไบคาร์บอเนต ไอออน เพิ่มขึ้นด้วย

5) ยากลุ่มออสโมติกไดยูเรติก (osmotic diuretics) ส่วนใหญ่ออกฤทธิ์ที่ท่อไตส่วนต้น (proximal tubule) โดยยาจะถูกกรองที่โกลเมอรูลัสแต่ไม่ถูกดูดซึมกลับ ทำให้ความสามารถในการดูดน้ำของสารในปัสสาวะ (osmolality) ที่อยู่ในท่อไตเพิ่มสูงขึ้น ทำให้โซเดียมถูกดูดกลับเข้าสู่กระแสเลือดได้มากกว่าน้ำ ทำให้ความเข้มข้นของโซเดียมในท่อไตลดลง

2.2) ยาต้านแคลเซียม (calcium channel blockers) ออกฤทธิ์โดยยับยั้งการเคลื่อนที่ของแคลเซียมไอออนที่จะผ่านช่องทางเข้าของแคลเซียมในกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด โดยจะทำให้เกิดการคลายตัวของกล้ามเนื้อทำให้หลอดเลือดขยาย ลดแรงต้านทานของหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตลดลง (สมจิต หนูเจริญกุลและพรทิพย์ มาลาธรรม, 2545) ยาในกลุ่มนี้ เช่น amlodipine, nifedipine, verapamil ยากลุ่มนี้เหมาะที่จะใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้ยากลุ่มอื่นแล้วไม่ได้ผล ฤทธิ์ข้างเคียงคือปวดศีรษะ มึนงง บวมตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย หัวใจเต้นเร็ว ท้องผูกและควรระวังการใช้ในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด

2.3 ยาต้านการทำงานของเอนไซม์แองจิโอเทนซินคอนเวอร์ติง (angiotensin converting enzyme inhibitors: ACEI) ออกฤทธิ์ โดยยับยั้งการหลั่งสารเรนิน และเอนไซม์ ACE ในการเปลี่ยนแองจิโอเทนซิน I ให้เป็น แองจิโอเทนซิน II ซึ่งมีคุณสมบัติทำให้หลอดเลือดหดตัว และหนาตัวเพิ่มขึ้น ช่วยลดความดันโลหิตได้ ข้อดีของการใช้ยากลุ่ม ACEI คือ ไม่รบกวนการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของน้ำตาล โพแทสเซียม กรดยูริก หรือไขมัน (สมจิต หนูเจริญกุลและพรทิพย์ มาลาธรรม, 2545) ฤทธิ์ข้างเคียง คือ ไอแห้งๆ มีผื่นขึ้น โพแทสเซียมในเลือดสูง

2.4 ยาต้านเบต้าลือกเกอร์ (beta-adrenergic blockers) ออกฤทธิ์โดยลดปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ ยับยั้งการหลั่งเรนิน ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง มีฤทธิ์ข้างเคียง คือ อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปากแห้ง หัวใจเต้นช้า

2.5 ยาต้านการทำงานของแองจิโอเทนซินรีเซปเตอร์ (angiotensin receptor blockers: ARBs) ออกฤทธิ์โดยการปิดกั้นตัวรับแองจิโอเทนซิน 1 ทำให้ แองจิโอเทนซิน 2 ไม่สามารถออกฤทธิ์ได้ ทำให้หลอดเลือดมีการขยายตัว ลดการกั่งของโซเดียม ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง ฤทธิ์ข้างเคียง ได้แก่ หัวใจเต้นช้า ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์

2.6 ยาปิดกั้นแอลฟา (alpha-adrenergic blockers) ออกฤทธิ์ยับยั้ง post synaptic alpha 1 receptor ทำให้หลอดเลือดขยายตัวทำให้ความต้านทานของ หลอดเลือดส่วนปลายลดลง ยาในกลุ่มนี้เช่น doxazosin, prazosin, terazosin เป็นต้น ฤทธิ์ข้างเคียง คือ ปวดศีรษะ หัวใจเต้นเร็ว

2.7 ยาขยายหลอดเลือด (vasodilators) ออกฤทธิ์ โดยตรงกับกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวและหลอดเลือดขยายตัวลดความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายทำให้ความดันโลหิตลดลง ยาในกลุ่มนี้ เช่น hydralazine, minoxidil เป็นต้น ซึ่งยาในกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพสูงในการลดความดันโลหิต ออกฤทธิ์เร็วและหมดฤทธิ์เร็ว จึงนิยมใช้ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระยะวิกฤติ แต่ต้องใช้อย่างระมัดระวังเพราะอาจเกิดภาวะช็อกได้

การจัดการทางการแพทย์ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ความหมายของการจัดการทางการแพทย์

มีผู้ให้ความหมายของการจัดการพยาบาลไว้หลายอย่าง เช่น

1. การจัดการทางการแพทย์ หมายถึง กระบวนการของการทำงานของพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการดูแลรักษา ป้องกันและให้ความสุขสบายกับผู้ป่วย โดยใช้การวางแผนการพยาบาล การจัดการองค์กร รวมถึงมีการควบคุมการทำงานและการใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดและมีประสิทธิภาพ (Gillies, 1994)

2. เคลลี ไฮเดนทาล (Kelly-Heidenthal, 2004) ให้ความหมายของการจัดการทางการแพทย์ว่าหมายถึง กระบวนการทำงานของพยาบาล ประกอบไปด้วย การดูแล การรักษาและการทำให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบายเพื่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และพัฒนาวิชาชีพพยาบาล

3. ส่วนฟริดา อิบราฮิม (2545) กล่าวถึงการจัดการทางการแพทย์ ว่าเป็นลักษณะของการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโดยที่พยาบาลแต่ละคนทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย มีการกำหนดระยะเวลาในการที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิด การเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

4. นอกจากนั้น เพ็ญจันทร์ แสนประสาน (2549) กล่าวถึงการจัดการทางการแพทย์ ว่าหมายถึง การกระทำโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ทั้งด้านการส่งเสริมรักษา ป้องกันและป้องกันโดยมีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุดรวมทั้งยังช่วยส่งเสริมและพัฒนาวิชาชีพพยาบาล

5. จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า การจัดการทางการแพทย์ หมายถึง กระบวนการทำงานของพยาบาลที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยมีการจัดระบบ การดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ มี

การวางแผนการควบคุมการทำงานและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่าเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในการดูแลผู้ป่วย

การจัดการทางการแพทย์ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

การจัดการทางการแพทย์ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นการจัดการโดยมุ่งเน้นบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสมาคมพยาบาลออกตาริโอ ประเทศแคนาดา (RNAO, 2009) ได้พัฒนาและจัดทำเป็นแนวปฏิบัติ มุ่งหวังให้พยาบาลสามารถจัดการและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้โดยยึดแนวคิดเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการจัดการตนเองแนวปฏิบัตินี้ได้พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ร่วมกันทำในทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยสาระสำคัญ 4 หมวด ได้แก่ 1) การค้นหาและการวินิจฉัย 2) การประเมินและการจัดทำแผนรายบุคคล 3) การให้ความรู้แก่พยาบาลและ 4) การจัดระบบการดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในประเทศไทย ได้มีการศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการจัดการทางการแพทย์ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของสมาคมพยาบาลออกตาริโอ ประเทศแคนาดา (RNAO, 2009) ได้นำไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลศิริราชธนิกม จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยใช้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 28 คน พยาบาลประจำคลินิก จำนวน 5 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 78.57 และพบว่าความพึงพอใจทั้งของพยาบาลทีมผู้ดูแลและผู้สูงอายุต่อการใช้แนวปฏิบัติการจัดการทางการแพทย์อยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เทวัญ ยอดยิ่ง (2555) ที่ได้นำแนวปฏิบัติการจัดการทางการแพทย์ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแพร่ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลทีมผู้ดูแลจำนวน 5 คนและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับเป้าหมายได้ โดยแบ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้แนวปฏิบัติการจัดการทางการแพทย์ จำนวน 30 คนและกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติการจัดการทางการแพทย์ จำนวน 30 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติการจัดการทางการแพทย์สามารถควบคุมความดันโลหิตได้คิดเป็นสัดส่วน 0.37 และกลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้แนวปฏิบัติการจัดการทางการแพทย์สามารถควบคุมความดันโลหิตได้คิดเป็นสัดส่วน ในด้านความพึงพอใจทั้งของผู้สูงอายุและพยาบาลทีมผู้ดูแลต่อการใช้แนวปฏิบัติการจัดการทางการแพทย์อยู่ในระดับมาก ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการจัดการทางการแพทย์ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความ

ดันโลหิตสูงสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้นอีกทั้งยังทำให้พยาบาล ทีมผู้ดูแลและผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจต่อการใช้และการดูแลตามแนวปฏิบัติการจัดการทางการพยาบาลอีกด้วย

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผล

แนวคิดทฤษฎีที่นำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการทางการพยาบาล

ในการใช้แนวปฏิบัติการจัดการทางการพยาบาลในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาใช้ร่วมกับการจัดการทางการพยาบาลในการมุ่งแก้ปัญหาผู้ป่วยโดยตรงไปตรงมาโดยพยายามขจัดข้อขัดแย้งหรือลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองและช่วยส่งเสริมให้การรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุได้ผลดีขึ้น ซึ่งแนวคิดเหล่านี้ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (the transtheoretical model or stages of change) รายละเอียดของแนวคิดมีดังนี้

1. การรับรู้ความสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) เป็นแนวคิดพื้นฐานทฤษฎีของ เบนดูรา (Bandura, 1997) ได้ให้ความหมายว่าเป็นการที่บุคคลตัดสินใจที่เกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ให้สำเร็จดังคาดหวัง ซึ่งเบนดูราเชื่อว่าบุคคลจะสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งเกิดจากการเรียนรู้จากแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง ประกอบด้วย (Bandura, 1997)

1.1 ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (enactive mastery experience) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถแห่งตน เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรงเมื่อบุคคลทำกิจกรรมนั้นๆ แล้วประสบความสำเร็จจะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเอง ว่าถ้าหากกระทำกิจกรรมนั้นอีกหรือกระทำกิจกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จะสามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จซ้ำอีก ความสำเร็จหลายๆ ครั้งจะช่วยสร้างความเชื่อมั่นให้มากยิ่งขึ้น ถึงแม้ว่าทำแล้วเกิดความล้มเหลวจากความพยายามที่น้อยเกินไปจะไม่ส่งผลให้รับรู้ว่าคุณมีความสามารถกลับเป็นแรงผลักดันให้พยายามแก้ไขปัญหานั้นประสบผลสำเร็จ

1.2 การใช้ตัวแบบ (model) หรือการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) การได้เห็นตัวแบบที่ประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลวจากการกระทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่งจะทำให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองว่ามีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมและเกิดความพยายามเนื่องจากการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเปรียบเทียบกับความสำเร็จของ

ตัวแบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าตัวแบบนั้นมีลักษณะหรืออยู่ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกับตนเองมากเท่าไร ก็ยิ่งมีอิทธิพลมากขึ้น การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลลัพธ์ที่พึงพอใจ ก็จะทำให้รู้สึกว่าจะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้เช่นกัน ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผ่านตัวแบบมี 2 ประเภท คือ

1.2.1 ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงๆ (self-modeling) คือ ตัวแบบที่เป็นบุคคลสามารถสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง ควรมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้สูงอายุ เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติรวมทั้งทัศนคติและฐานะทางสังคมและเพราะจะทำให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นว่าพฤติกรรมนั้นเหมาะสมและตนเองสามารถทำได้

1.2.2 ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (symbolic modeling) คือ ตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ การ์ตูน หนังสือ ภาพพลิก เป็นต้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) ซึ่งต้องมีลักษณะเด่นชัด มีพฤติกรรมที่แสดงออกไม่ซับซ้อน

1.2.3 การพูดชักจูง (verbal persuasion) เป็นการใช้อำนาจโน้มน้าวใจเพื่อให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงและเพิ่มความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ให้ประสบความสำเร็จได้

1.2.4 สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective states) สภาพร่างกายและอารมณ์ของบุคคลมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เมื่อเผชิญกับภาวะตึงเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคามจะมีผลต่อความรู้สึกในทางลบ เช่น เกิดความกลัว ความวิตกกังวล ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง แต่ถ้าร่างกายแข็งแรงมีสภาวะอารมณ์ทางบวก เช่น รู้สึกมีความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะนำไปสู่การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น

2. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (transtheoretical model หรือ stage of change) เป็นรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ โพรชาสกาและไดคิเมนเต (Prochaska and Diclemente, 1992) พัฒนาขึ้นโดยมีหลักการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 5 ขั้นตอนดังนี้

2.1 ระยะก่อนคิดตัดสินใจ (precontemplation) เป็นขั้นตอนที่บุคคลยังไม่มีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ไม่รู้สึกหรือไม่ใส่ใจต่อพฤติกรรมที่ไม่ดีของตนเอง ในระยะเวลามากกว่า 6 เดือน จะพยายามหลีกเลี่ยง การอ่าน พูด หรือคิดถึงผลเสียของพฤติกรรมที่เป็นอยู่ การพยายามให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะทำให้เกิดความรู้สึกต่อต้านอย่างรุนแรง และไม่พร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรมหรือการรักษาใดๆ

2.2 ระยะเริ่มคิดตัดสินใจ (contemplation) เป็นขั้นตอนที่บุคคลมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะเวลาภายใน 6 เดือนบุคคลเริ่มมีความตระหนักถึงปัญหาและมีความคิดที่จะแก้ไขพฤติกรรม แต่ยังไม่ได้คิดที่จะลงมือทำในทันที มักวางแผนว่าจะเปลี่ยนแปลง

ดังนั้นพยาบาลควรมี การพูดถึงข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมเก่าและพฤติกรรมใหม่ เพื่อให้ผู้ป่วยคิด เปรียบเทียบในการตัดสินใจ

2.3 ระยะเตรียมการ (preparation) เป็นขั้นตอนที่บุคคลมีความตั้งใจเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมภายใน 1 เดือน จะมีการกำหนดวันที่จะเริ่มเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน

2.4 ระยะลงมือปฏิบัติ (action) เป็นขั้นตอนที่บุคคลลงมือปฏิบัติในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมของตนเองตามเป้าหมายที่ตั้งไว้เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือนซึ่งบุคคลมักมีอารมณ์ดี ใจดี เนื่องจากต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เคยชินให้เป็นพฤติกรรมใหม่ขั้นนี้พยาบาลต้อง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปปฏิบัติพฤติกรรมแบบเดิม

2.5 ระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมคงที่ (maintenance) เป็นขั้นตอนที่บุคคลกระทำพฤติกรรม ใหม่อย่างต่อเนื่องเกิน 6 เดือน การป้องกันการย้อนกลับไปปฏิบัติพฤติกรรมเดิมที่เป็นปัญหาอีก ผู้ป่วยจะมีความมั่นใจในความสามารถของตัวเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูง

2.6 ระยะกลับซ้ำ (relapse) เป็นขั้นตอนที่บุคคลนั้นถอยกลับไปปฏิบัติพฤติกรรม แบบเดิมโดยบุคคลจะนำตนเองไปสู่สถานการณ์เสี่ยงจนกลับไปมีพฤติกรรมแบบเดิม

ขั้นตอนในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

แนวทางในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้มีหลายแนวคิด เช่น การประเมินแนวปฏิบัติ ของสภานิติบัญญัติทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) และสมาคม พยาบาลออนตาริโอ (RNAO, 2002) ประเทศแคนาดา เป็นต้น การศึกษาครั้งนี้ใช้การนำแนวปฏิบัติ ทางคลินิกไปใช้ตามแนวทางของสมาคมพยาบาลออนตาริโอ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนที่ 1 การเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสม การเลือกแนวปฏิบัติ ทางคลินิก มาใช้จะพิจารณาถึงความน่าเชื่อถือขององค์กรหรือผู้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยพิจารณาว่ามี การพัฒนาอย่างเป็นระบบและมีการพัฒนาตามหลักฐานเชิงประจักษ์หรือไม่ การพิจารณานี้กระทำ ได้โดยการใช้เครื่องมือการประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ต้องพิจารณา ถึงผู้ที่จะมีส่วนร่วมในกระบวนการประเมินและข้อจำกัดในการพิจารณาแนวปฏิบัติทาง คลินิกนั้นหลังจากคัดเลือก และได้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ตรงกับความต้องการแล้ว ในขั้นตอนนี้ จะต้องมีการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก ในปัจจุบันมีแบบประเมินที่เรียกว่า Appraisal of Guidelines Research and Evaluation [AGREE], 2001) ซึ่งมีเกณฑ์ในการประเมิน 6 ด้าน และในประเทศไทยแบบประเมินนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย จีวีวรรณ ชงชัย (2547) ซึ่ง การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิกนี้จะต้องประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ หรือผู้ที่มี ประสบการณ์และเชี่ยวชาญการพัฒนาแนวปฏิบัติ ทางคลินิก จำนวน 2-4 คนและผู้เชี่ยวชาญต้อง

เป็นผู้ที่มีความรู้ในเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในกระบวนการวิจัยและเข้าใจการใช้แบบประเมิน AGREE สำหรับเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิกทั้ง 6 ด้านคือ

1.1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์ (scope and purpose) ประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม คือ วัตถุประสงค์ควรระบุไว้ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง คำถามในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก และการระบุกลุ่มผู้ป่วยที่จะใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

1.2 การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง (stakeholder involvement) ประกอบด้วย 4 ข้อคำถาม คือ ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น มีการระบุกลุ่มผู้ป่วยที่จะใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และแนวปฏิบัติได้ผ่านการทดลองใช้ก่อนการนำไปเผยแพร่

1.3 ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (rigour of development) ประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม คือ มีการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยอย่างเป็นระบบ ระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานจากงานวิจัยชัดเจน ระบุวิธีการกำหนดข้อเสนอแนะ คำนิยามถึงประโยชน์ ผลกระทบ และ ความเสี่ยงในการกำหนดข้อเสนอแนะ ข้อเสนอแนะมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนชัดเจน แนวปฏิบัติได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญภายนอกองค์กรก่อนนำมาใช้ และระบุขั้นตอนของการปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติให้ทันสมัย

1.4 ความชัดเจนและการนำเสนอ (clarify and presentation) ประกอบด้วย 4 ข้อคำถาม คือ ข้อเสนอแนะมีความเป็นรูปธรรม เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์และกลุ่มผู้ป่วยตามที่ระบุหลักฐาน การระบุทางเลือกสำหรับการจัดการกับแต่ละสถานการณ์ ข้อเสนอแนะเป็นข้อความที่เข้าใจง่าย และมีคำอธิบายวิธีการใช้แนวปฏิบัติชัดเจน เช่น แผนผังแนวทางการดูแล กลุ่มมือ แผ่นพับ เป็นต้น

1.5 การประยุกต์ใช้ (applicability) ประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม คือ การระบุถึงสิ่งที่อาจเป็นปัญหา หรืออุปสรรคในการนำข้อเสนอแนะไปใช้ พิจารณาถึงค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และแนวปฏิบัติทางคลินิกได้รับการพัฒนาและปรับปรุงให้ทันสมัยอยู่เสมอ

1.6 ความเป็นอิสระของทีมผู้จัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก (editorial independence) ประกอบด้วย 2 ข้อคำถาม คือ แนวปฏิบัติทางคลินิกได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างอิสระจากผู้จัดทำ และมีการบันทึกความคิดเห็นที่ขัดแย้งของทีมในระหว่างที่มีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

การให้คะแนนในแต่ละหัวข้อแบ่งระดับคะแนนเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาคำนวณคุณภาพของแนวปฏิบัติโดยใช้สูตร ดังนี้ (AGREE, 2001)

$$\text{คะแนนรวมในแต่ละหมวด} - \text{คะแนนรวมต่ำสุดในแต่ละหมวด} \times 100$$

$$\text{คะแนนรวมสูงสุดในแต่ละหมวด} - \text{คะแนนรวมต่ำสุดในแต่ละหมวด}$$

$$\text{โดยคะแนนรวมสูงสุดในแต่ละหมวด} = 4 \text{ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง)} \times 3 \text{ (3 ข้อย่อย)} \times 4 \text{ (จำนวนผู้ประเมิน)} = 48$$

$$\text{และคะแนนรวมต่ำสุดในแต่ละหมวด} = 1 \text{ (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง)} \times 3 \text{ (3 ข้อคำถาม)} \times 4 \text{ (จำนวนผู้ประเมิน)} = 12$$

ความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติทางคลินิกนี้สามารถนำไปปฏิบัติได้มากน้อยแค่ไหน สามารถพิจารณาตามเกณฑ์ ดังนี้ (AGREE, 2001)

คะแนนที่ได้มากกว่าร้อยละ 60 หมายถึง แนวปฏิบัติทางคลินิกนั้นมีคุณภาพมาก สามารถนำไปปฏิบัติได้โดยไม่ต้องมีคำแนะนำหรือไม่ต้องดัดแปลงเพิ่มเติม

คะแนนที่ได้อยู่ระหว่างร้อยละ 30 – 60 หมายถึง แนวปฏิบัติทางคลินิกนี้น่าเชื่อถือปานกลาง สามารถนำไปปฏิบัติได้หากมีคำแนะนำ หรือมีข้อมูลสนับสนุนเพิ่มเติม

คะแนนที่ได้น้อยกว่าร้อยละ 30 หมายถึง แนวปฏิบัติทางคลินิกนี้มีคุณภาพต่ำ ไม่ควรนำมาใช้ปฏิบัติ

2. ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (identifying, and engaging your stakeholders) การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder analysis) ทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคล กลุ่มบุคคล และองค์กร โดยข้อมูลที่ได้จะช่วยให้การวางแผนดำเนินงาน การตัดสินใจ เรื่องทรัพยากรและแหล่งสนับสนุน และการพิจารณาการมีส่วนร่วมในระยะเวลาของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

2.1 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (internal stakeholders) หมายถึง บุคคลในองค์กรที่มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น พยาบาลผู้ปฏิบัติ และหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก แพทย์ ทีมวิชาชีพต่างๆ ทีมควบคุมคุณภาพบริการ เป็นต้น

2.2 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (external stakeholders) หมายถึง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ไม่ได้อยู่ในองค์กร เช่น ผู้ป่วย และครอบครัว กลุ่มผู้รับบริการ เป็นต้น

2.3 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระหว่างองค์กร (interface stakeholders) หมายถึง กลุ่มผู้บริหาร องค์กร สมาชิกที่ได้รับการแต่งตั้ง ที่จะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกที่นำไปใช้ เป็นผู้ที่แสดงความคิดเห็นว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

นอกจากการพิจารณากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแล้วยังต้องพิจารณาระดับของการสนับสนุนและระดับการมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ เพื่อพิจารณากลยุทธ์ที่จะใช้ให้เกิดการปฏิบัติ โดยกลยุทธ์ที่ควรใช้กับกลุ่มที่มีการสนับสนุนและการมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้มี 4 ประเภท ดังนี้

1) ระดับการสนับสนุนมากและมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้มาก (high support high influence) เป็นกลุ่มที่จะมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในทางบวกและต้องให้ความสนใจและคงไว้ซึ่งความร่วมมือ กลยุทธ์ที่ใช้สำหรับกลุ่มนี้ ได้แก่ การประสานความร่วมมือ การให้มีส่วนร่วม การสนับสนุนและให้ความเอื้ออาทร การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเตรียมความพร้อมเพื่อรับการเปลี่ยนแปลง และการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นต้น

2) ระดับการสนับสนุนมากแต่มีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้น้อย (high support low influence) เป็นกลุ่มที่จะมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในทางบวก ต้องให้ความสนใจเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการสนับสนุนลดลง กลยุทธ์ที่ใช้ คือ การประสานความร่วมมือกัน การกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเสริมสร้างพลังอำนาจของวิชาชีพ ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ การส่งเสริมการมีส่วนร่วม การเตรียมพร้อม เพื่อรับการเปลี่ยนแปลง การให้เข้ามามีส่วนร่วมในระดับของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

3) ระดับการสนับสนุนน้อยแต่มีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้มาก (low support high influence) เป็นกลุ่มที่จะมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในทางลบ ต้องให้ความสนใจมากและต้องการคงธรรมชาติของหน่วยงานที่มีอยู่ไว้ กลยุทธ์ที่ใช้ คือ การตกลงร่วมกัน การสร้างสัมพันธภาพ การให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากภายนอกองค์กร เป็นผู้ให้คำปรึกษา การให้เข้ามามีส่วนร่วมในบางระยะ และการติดตามให้เห็นถึงขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ไม่จำเป็นต้องให้เข้ามามีส่วนร่วมในระยะปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก และมีการติดตามอย่างสม่ำเสมอ

4) ระดับการสนับสนุนน้อยและมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้น้อย (low support low influence) เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้ และอาจส่งผลในทางลบต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ซึ่งกลุ่มนี้ต้องมีการติดตาม และใส่ใจเพื่อให้เกิดความร่วมมือ กลยุทธ์ที่ใช้ คือ การตกลงร่วมกัน การสร้างสัมพันธภาพ การยอมรับความต้องการ การให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากภายนอกเป็นผู้ให้คำปรึกษา การให้มีส่วนร่วมในระยะของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และมีการติดตามอย่างสม่ำเสมอ

3. ขั้นตอนที่ 3 การประเมินความพร้อมทางสิ่งแวดล้อม การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ควรมีการประเมินความพร้อมของหน่วยงานและสภาพแวดล้อม เช่น โครงสร้าง วัฒนธรรมองค์กร ระบบการสื่อสาร การสนับสนุนของผู้นำความรู้ ความรู้ ทักษะ และทัศนคติของกลุ่มเป้าหมายแหล่ง

ประโยชน์ หรือทรัพยากรที่มีอยู่ ความสัมพันธ์ระหว่างสาขาวิชาชีพ ซึ่งจะช่วยให้การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้เกิดความราบรื่น ซึ่งกระทำโดยทีมที่นำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ การประเมินความพร้อมต้องแสดงให้เห็นถึงสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการนำ แนวปฏิบัติไปใช้ โดยทีมในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ต้องสามารถปรับกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่อาจเป็นอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติไปใช้และทีมจะต้องมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วย

4. ขั้นตอนที่ 4 การตัดสินใจเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (deciding on your implementation strategies) การปรับกลยุทธ์ให้เหมาะสมเพื่อนำไปสู่การใช้แนวปฏิบัติที่ยั่งยืน กลยุทธ์ที่ใช้ควรใช้ร่วมกันมากกว่า 1 กลยุทธ์ ได้แก่

4.1 การตรวจสอบย้อนกลับ (audit and feedback) เช่น การสรุปผลการปฏิบัติงานทางคลินิก โดยการทบทวนบันทึก หรือการสังเกตเป็นรายบุคคล เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการเพิ่มความตระหนักของกลุ่มเป้าหมายในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก

4.2 การประชุมให้ความรู้ (didactic educational meetings) เช่น การบรรยาย

4.3 อุปกรณ์การให้ความรู้ (educational materials) เช่น การแจกเอกสาร การใช้สื่อโสตทัศนูปกรณ์ การให้ข้อมูลทางคอมพิวเตอร์

4.4 การเยี่ยมจากผู้มีความรู้ (educational outreach visits) เช่น มีแผนการเยี่ยมจากพยาบาล ผู้ประสานงาน เกสเซอร์ ทีมงานอื่นๆ เพื่อเป็นที่ปรึกษา เป็นการรับข้อมูลย้อนกลับและเป็นการกระตุ้น ชักนำให้มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง

4.5 การประชุมวิชาการร่วมกัน (interactive education meetings) เช่น การอภิปรายร่วมกันของกลุ่มที่ทำงาน กลุ่มผู้เรียน เป็นต้น

4.6 กระบวนการหาข้อตกลงร่วมกัน (local consensus processes) เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ปฏิบัติงาน มีการอภิปรายร่วมกันเพื่อให้แน่ใจว่าเห็นด้วยกับปัญหาทางคลินิกที่เลือก และได้ข้อตกลงในการปฏิบัติทางคลินิก

4.7 ความคิดเห็นของผู้นำ (local opinion leaders) ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการยอมรับทางคุณวุฒิ และกลุ่มผู้ปฏิบัติที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

4.8 การตลาด (marketing) เช่น การบริหารจัดการเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ การออกแบบ การพัฒนา และการประชาสัมพันธ์แนวปฏิบัติให้เป็นที่รู้จัก

4.9 กิจกรรมที่เกิดจากผู้ให้บริการ (patient mediated interventions) เช่น ผู้ป่วยที่ให้การสนับสนุนการบริการ

4.10 การกระตุ้นเตือน (reminders) เช่น การแจ้งโดยตรง หรือการใช้เทคโนโลยี เช่น ใช้คอมพิวเตอร์ในการเตือน เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การปฏิบัติการประเมินผลสัมฤทธิ์

(outcome evaluation) เป็นการประเมินผลที่เกิดจากการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

5. ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลความสำเร็จของการใช้แนวปฏิบัติ (evaluating your success) หลังจากการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้แล้ว ต้องมีการประเมินประสิทธิผล คือ ผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งจะต้องมีการรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและข้อมูลคุณภาพและการประเมินผลยังสามารถประเมินผลได้ทุกระดับตั้งแต่หน่วยงาน หรือองค์กร ระดับผู้ให้บริการ ระดับผู้ป่วยและครอบครัว และค่าใช้จ่าย การประเมินผล ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่

5.1 การประเมินผลด้านโครงสร้าง (structure evaluation) เป็นการประเมินหน่วยงานหรืออุปกรณ์เครื่องมือที่มีและในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ รวมถึงสิ่งอำนวยความสะดวก เครื่องมือ อุปกรณ์ โครงสร้างหน่วยงาน และบุคลากร ควรมีความเพียงพอและมีการบริหารจัดการอย่างไร เช่น ความมั่นคงขององค์กร วัฒนธรรมและการสนับสนุนขององค์กรเพื่อ การเปลี่ยนแปลง การประกันคุณภาพ นโยบายขององค์กร ระบบบริการ ความเพียงพอของอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่ต่อภาระงาน สภาพแวดล้อมทางกายภาพ เครื่องมือการมี ส่วนร่วมของผู้ให้และผู้รับบริการ โปรแกรมการให้ความรู้ ลักษณะของผู้ป่วย การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ค่าใช้จ่ายในกรณีที่ต้องการพยาบาลและแพทย์เพิ่มหรือเครื่องมืออุปกรณ์ใหม่ เป็นต้น

5.2 การประเมินผลด้านกระบวนการ (process evaluation) เป็นการประเมินผลวิธีการปฏิบัติว่ามีการดำเนินการอย่างไร โดยเน้นการนำไปใช้ว่ามีความสอดคล้องตามที่วางแผนไว้หรือไม่ เช่น ประเมินการพัฒนาและหรือการเปลี่ยนแปลงนโยบายและวิธีการปฏิบัติ ความตระหนักและทัศนคติของผู้ปฏิบัติต่อการใช้ แนวปฏิบัติทางคลินิก ระดับของความรู้และทักษะ ความตระหนักและทัศนคติของผู้ป่วยต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก การยอมรับของผู้ป่วยและครอบครัว ความรู้สึของผู้ป่วยและครอบครัว ค่าใช้จ่ายในการดำเนินโครงการ ความรู้ของผู้ป่วยญาติและพยาบาล เป็นต้น

5.3 การประเมินผลสัมฤทธิ์ (outcome evaluation) เป็นการประเมินผลที่เกิดจากการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการนำ แนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ตัวอย่างการประเมินด้านนี้ ได้แก่ การบรรลุเป้าหมายเฉพาะ จำนวนผู้เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ผลลัพธ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยสุขภาพของครอบครัว ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก

6. ขั้นตอนที่ 6 การจัดหางบประมาณ หรือ แหล่งประโยชน์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (what about your resources) การจัดหางบประมาณ ได้แก่ งบประมาณ บุคลากร สิ่งจำเป็นอื่นๆ ที่ต้องมี เพื่อให้การปฏิบัตินั้นบรรลุวัตถุประสงค์ สามารถทำได้โดยการเขียนแผนโครงการการปฏิบัติที่สามารถบอกผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ให้สามารถพัฒนาหน่วยงานหรือองค์กร และประหยัดค่าใช้จ่าย เพื่อดึงแหล่งประโยชน์หรือผู้บริหารสนใจในโครงการ เป็นการชักชวนหรือจูงใจผู้บริหารเพื่อการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินการ

สำหรับในการศึกษาในครั้งนี้ หลังจากนำแนวปฏิบัติการจัดการทางการแพทย์มาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมาใช้ ผู้ศึกษาจะประเมินผลลัพธ์จากการประเมินภาวะสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ สัดส่วนของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติการจัดการทางการแพทย์กับกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการจัดการทางการแพทย์และประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินงานโดยการประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการจัดการทางการแพทย์และความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการจัดการทางการแพทย์เพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงแนวปฏิบัติให้มีความเหมาะสมที่จะใช้ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

กรอบแนวคิดในการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการจัดการทาง พยาบาลในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลน้ำปาด จังหวัดอุดรดิษฐ์ โดยใช้แนวปฏิบัติเรื่องการจัดการทางการพยาบาลในผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของแพทย์ ยอดยิ่ง (2555) ประกอบด้วยสาระสำคัญ 4 หมวด ได้แก่ 1) การตรวจ และการวินิจฉัย 2) การประเมินและการจัดทำแผนรายบุคคล 3) การให้ความรู้ 4) การจัดระบบการ ดูแลและผู้ศึกษาจะใช้กรอบแนวคิดขั้นตอนในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ของสมาคม พยาบาลอนตาริโอ ประเทศแคนาดา (RNAO, 2002) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเลือก แนวปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสม 2) การวิเคราะห์ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย 3) การประเมินความพร้อม ทางสิ่งแวดล้อม 4) การตัดสินใจเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ 5) การประเมินผล ความสำเร็จของการใช้แนวปฏิบัติ 6) การจัดทำงบประมาณหรือแหล่งประโยชน์ในการนำแนว ปฏิบัติไปใช้ ส่วนการประเมินผลเป็นการประเมินผลลัพธ์หลังจากการใช้แนวปฏิบัติการจัดการ ทางการพยาบาล โดยประเมินจากสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตได้ ความพึงพอใจ ของพยาบาลทีมผู้ดูแลต่อการใช้แนวปฏิบัติการจัดการทางการพยาบาล และความพึงพอใจของ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการจัดการทางการพยาบาล