

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ โดยผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
2. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
3. การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และประเมินผล
4. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิต หมายถึง ความดันของหลอดเลือดแดงซึ่งวัดค่าออกมาเป็นหน่วยของมิลลิเมตรปรอท ซึ่งเป็นค่าที่แสดงถึงสภาพของการไหลเวียนและปริมาณของเลือดที่ไหลเวียนไปสู่เนื้อเยื่อส่วนต่างๆของร่างกาย โดยความดันจะแบ่งเป็น ความดันซิสโตลิก (systolic blood pressure) เป็นความดันสูงสุดในหลอดเลือดแดง ขณะที่หัวใจบีบตัวแล้วดันเลือดส่งต่อไปยังเอออร์ตา (aorta) เป็นค่าความดันโลหิตที่บอกให้ทราบถึงความสามารถในการยืดขยายของผนังหลอดเลือดแดง ขณะรับเลือดจากหัวใจในช่วงที่หัวใจบีบตัว ความดันไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure) เป็นความดันต่ำสุดในขณะที่หัวใจคลายตัว ซึ่งสามารถบอกให้ทราบปริมาณของหลอดเลือดแดงในขณะที่หัวใจพักและค่าของแรงต้านต่อการการบีบตัวของหัวใจในการส่งเลือดออกไปเลี้ยงร่างกาย เมื่อค่าของความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้นย่อมแสดงให้เห็นว่าหัวใจต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้นด้วย (ถนอมสุภาพร, 2549) เช่นเดียวกับ คณะกรรมการแห่งชาติด้านการป้องกัน การวินิจฉัย การประเมินผลและ

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง ประเทศสหรัฐอเมริกา (JNC VII) (Chobanian et al., 2003) ได้ให้คำจำกัดความของโรคความดันโลหิตสูงที่ครอบคลุมทุกช่วงอายุ ไว้ว่า โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึง ภาวะที่มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปในขณะพัก

ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง สามารถแบ่งได้ 2 ชนิด ได้แก่ ชนิดไม่ทราบสาเหตุ (essential hypertension) และ ชนิดที่ทราบสาเหตุ (secondary hypertension)

1. ชนิดไม่ทราบสาเหตุ (essential hypertension) หรือ primary hypertension) ชนิดนี้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมได้โดยการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในส่งเสริมให้เกิดความดันโลหิตสูงหลายปัจจัย ได้แก่

1.1 อายุที่เพิ่มขึ้น อายุที่เพิ่มนั้นส่งผลต่อระดับความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย (จันทนา รัตนพิชัย, 2543; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549) เนื่องจากอายุที่เพิ่มสูงขึ้นการทำหน้าที่ของร่างกายนั้นมีการเปลี่ยนแปลงไป เช่น โครงสร้างและการทำหน้าที่ของระบบหัวใจและหลอดเลือดเสื่อม มีการลดลงของความไวของบาโรรีเซพเตอร์ เป็นต้น (สุมารัตน์ ต้นสุกสวัสดิกุล และ จรินทร์ อัสวหาญฤทธิ์, 2548) ซึ่งในผู้สูงอายุนี้มักมีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวสูงกว่าปกติ อันเนื่องมาจากการเสียหายที่ของเซลล์เยื่อผนังหลอดเลือด (endothelial dysfunction) และการตีบของหลอดเลือด (Wallace et al., 2007)

1.2 เพศ เพศมีผลต่อความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคนี้น้อยกว่าเพศชาย จนถึงอายุได้ 55 ปี ต่อมาเมื่ออายุในช่วง 55 ถึง 74 ปี ทั้งสองเพศกลับมีความเสี่ยงเท่ากัน หากแต่เมื่ออายุมากกว่า 74 ปี เพศหญิงกลับมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคนี้นี้มากกว่าเพศชาย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549)

1.3 การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง โซเดียมที่รับประทานเข้าไปทำให้ผนังหลอดเลือดบริเวณกล้ามเนื้อเรียบเกิดความตึงตัวสูงขึ้นเนื่องจากเกลือมีคุณสมบัติในการดูดน้ำได้ดี จึงทำให้ผนังด้านในของหลอดเลือดแดงบวม ส่งผลต่อการเพิ่มปริมาณเลือดในร่างกาย ซึ่งส่งผลต่อการตอบสนองของกลไกของไต ระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งทำให้ระบบประสาทซิมพาเทติกมีการทำงานเพิ่มมากขึ้น และส่งผลต่อการทำงานของระบบเรนินแองจิโอเทนซินอัลโดสเตอโรน (renin-angiotensin-aldosterone system) เป็นผลให้มีปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีเพิ่มขึ้น

ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (จันทนา รัตนพิชัย, 2543) มีการศึกษาหลายชิ้นที่แสดงให้เห็นถึงผลดีของการจำกัดการได้รับโซเดียมที่ส่งผลทำให้ความดันโลหิตลดลง โดยเฉพาะความดันโลหิตสูง เฉพาะซิสโตลิก อีกทั้งยังช่วยป้องกันการเป็นโรคความดันโลหิตสูง อีกด้วย (Cook et al., 2007; Gates, Tanaka, Hiatt, & Seals, 2004) ปฏิกริยาตอบสนองของระดับความดันโลหิตเมื่อร่างกายได้รับโซเดียมมักมีความแตกต่างกันมากน้อยในแต่ละบุคคล โดยพบว่าผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีปฏิกริยาตอบสนองของระดับความดันโลหิตเมื่อร่างกายได้รับโซเดียมมากกว่ากลุ่มประชากรปกติ การจำกัดเกลือที่ได้รับต่อวันเป็นการรักษาขั้นแรกที่ต้องเลือกลำสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยปกติร่างกายต้องการปริมาณของเกลือจำนวน 500 มิลลิกรัมต่อวัน โดยเกลือ 1 ช้อนชา มีปริมาณของโซเดียม 2,300 มิลลิกรัม ประกอบกับในอาหารมักพบส่วนประกอบของโซเดียมอยู่แล้วเพียงแต่ไม่มีรสเค็มจัด ดังนั้นเมื่อร่างกายได้รับโซเดียมเพียงพอแล้วและหาร่างกายไม่สามารถขับโซเดียมส่วนเกินออกจากร่างกายได้หมด โซเดียมส่วนเกินก็จะค้างอยู่ในร่างกายและทำให้เกิดน้ำคั่งตามมา ส่งผลให้เกิดการบวม ระดับของความดันโลหิตสูงขึ้น (อวยพร จินาวงศ์, 2547)

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

1.5 ภาวะอ้วน มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกับความดันโลหิตที่สูงขึ้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549) โดยภาวะอ้วนส่งผลต่อร่างกายหลายส่วน ได้แก่ ระบบซิมพาเทติกและระบบเรนินแองจิโอเทนซินให้มีการทำงานมากขึ้น ส่งผลต่อการทำงานของไตทำให้ท่อไตมีการดูดโซเดียมกลับเพิ่มขึ้น และยังส่งผลต่อหลอดเลือดทั้งส่วนกลางและส่วนปลายโดยทำให้เซลล์เยื่อบุผนังหลอดเลือดเสียหายที่ หลอดเลือดจึงเกิดการแข็งตัวอีกด้วย (Hall, 2003; Rahmouni, Correia, Haynes, & Mark, 2005; Roberts & Bamard, 2005) ที่กล่าวมาล้วนเป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง

1.6 การสูบบุหรี่ สารนิโคตินในบุหรี่เมื่อถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือดแล้ว ส่งผลต่อการทำงานของร่างกายหลายระบบ ได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น หลอดเลือดมีการหดตัวลง และมีการเกาะกลุ่มกันของเกร็ดเลือด นิโคตินนั้นยังทำให้ระดับโคเลสเตอรอลรวมเพิ่มขึ้น แต่ระดับของไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (HDL) ลดลงนำไปสู่การการอุดตันของไขมันในเส้นเลือด สำหรับระบบประสาทนั้น

นิโคตินส่งผลต่อการหลั่งของสารสื่อประสาท ได้แก่ นอร์อีพิเนฟรินและอีพิเนฟรินเพิ่มขึ้น (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; เสวต นนทกานันท์, ม.ป.ป.; สมิต วัฒนชัยบุญธรรม, 2544) จากเหตุผลดังกล่าวส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น แม้ว่าการสูบบุหรี่ไม่ได้ส่งผลต่อระดับความดันโลหิตโดยตรงแต่ถือว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญในการส่งเสริมให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นอีกทั้งยังลดประสิทธิภาพของยาลดความดันโลหิตที่รับประทานร่วมด้วย

1.7 การดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น อธิบายได้หลายกลไกด้วยกัน โดยแอลกอฮอล์ทำให้มีปริมาณไขมันในเลือดสูง (hyperlipidemia) ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวเร็วยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ เพราะแอลกอฮอล์ทำให้ระดับของไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (HDL) ลดลงและระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงขึ้น (Beilin & Puddey, 2006) อีกทั้งยังมีการเพิ่มระดับของคอร์ติซอล (cortisol) ในเลือดทำให้ระดับแคทีโคลามีนเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อฮอร์โมนเอนดีไดยูริติกและส่งผลต่อระบบเรนินแองจิโอเทนซิน (จันทนา รัตนฤทธิชัย, 2543) และยังพบอีกว่าผลของแอลกอฮอล์ต่อระดับความดันโลหิตจะขึ้นอยู่กับ ชนิดของแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่ม อายุ เพศ และเชื้อชาติอีกด้วย (Beilin & Puddey, 2006) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากกว่า 3 แก้วต่อวัน ขึ้นไปส่งผลให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงอยู่ก่อนแล้ว (อรวิทย์ โทภักดิ์, 2537) ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ควรลดการดื่มต่อวันไม่เกิน 1 ออนซ์ (30 มิลลิลิตร) ในผู้หญิงและคนผอมควรดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่เกินวันละ 0.5 ออนซ์ (15 มิลลิลิตร) เพราะร่างกายผู้หญิงและคนผอมสามารถดูดซึมแอลกอฮอล์ได้ดีกว่าผู้ชาย (National Institutes of Health , 1997)

1.8 จำนวนโปแตสเซียมที่ร่างกายได้รับ การรับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมสูงอาจป้องกันหรือต่อต้านการเกิดโรคความดันโลหิตสูง อีกทั้งยังคงไว้ซึ่งการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยปริมาณของโปแตสเซียมที่แนะนำ คือ 50-90 มิลลิโมลต่อวัน แต่ควรระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของไตและกลุ่มของผู้ที่ได้รับยากลุ่มที่ยับยั้งไม่ให้มีการสร้างAngiotensin II หรือกลุ่มที่ต้าน Angiotensin II receptor (National Institutes of Health, 1997)

1.9 ความเครียด ความเครียดจะส่งผลต่อระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic) ซึ่งไปกระตุ้นให้มีการหลั่งสารนอร์อีพิเนฟริน (norepinephrine) จากปลายประสาท อีกทั้งยังมีการหลั่งสารนอร์อีพิเนฟรินและสารอีพิเนฟริน (epinephrine) จากต่อมหมวกไตชั้นใน (adrenal medulla) ส่งผลทำให้หลอดเลือดหดตัว แรงต้านภายในหลอดเลือดและปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีเพิ่มขึ้น อีกทั้งความเครียดยังส่งผลต่ออิมพูธิทารีให้มีการหลั่งฮอร์โมนเอนดีไดยูริติก ทำให้น้ำและโซเดียมมีการดูดกลับมากขึ้น ปริมาณน้ำในระบบไหลเวียนเพิ่มมากขึ้น ทำให้ระดับ



สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
ห้องสมุดการวิจัย
วันที่..... 25 ก.ค. 2555
เลขทะเบียน..... 246338
เลขเรียกหนังสือ.....

ความดันโลหิตสูงได้ (จันทนา รณฤทธิชัย, 2543; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549) ในขณะที่ความเครียดนั้นส่งผลกระทบต่อตัวรับ (baroreceptor) ซึ่งทำหน้าที่ปรับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติให้มีการทำงานลดลง และส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (parasympathetic) ที่มีผลต่อการบีบตัวของหัวใจ (cardiac vagal tone) ให้มีการทำงานที่ลดลง จึงทำให้หัวใจมีการบีบตัวมากขึ้น (Lucini, Fede, Parati, & Pagani, 2005; Mezzacappa, Kelsey, Katkin, & Slon, 2001; Vrijkotte, van Doornen, & de Geus, 2000) โดยเฉพาะความเครียดทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นมักส่งผลในการเพิ่มระดับของความดันโลหิตอย่างเฉียบพลัน (National Institutes of Health, 1997)

2. ชนิดทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) ได้แก่

2.1 เกิดจากความผิดปกติที่ไตและหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไต ทำให้ระบบเรนินแองจิโอเทนซินถูกกระตุ้น

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

2.2.1 เนื้องอกของต่อมหมวกไตชั้นใน (pheochromocytoma)

2.2.2 ภาวะที่มีคอร์ติซอลมากเกินไป (cushing's syndrom) และ ภาวะที่มีการหลั่งอัลโดสเตอโรนมากผิดปกติ (primary aldosteronism) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดการเพิ่มของระดับของฮอร์โมนมิเนอราโลคอร์ติคอยด์ (mineralocorticoid) ซึ่งได้แก่อัลโดสเตอโรน (aldosterone) และมีการเพิ่มของกลูโคคอร์ติคอยด์ (glucocorticoid) ซึ่งได้แก่ คอร์ติซอลที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของน้ำและโซเดียมมากขึ้นในร่างกาย

2.2.3 ภาวะที่ต่อมธัยรอยด์ทำงานผิดปกติ (hypo-hyperthyroidism) เมื่อต่อมธัยรอยด์ทำงานมากผิดปกติ (hyperthyroidism) ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นจากหลายประการ ได้แก่ กระตุ้นให้มีการหลั่งเรนิน (Kobori, Hayashi, & Saruta, 2001) ทำให้ระบบเรนิน แองจิโอเทนซินมีการทำงานมากขึ้น อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อหัวใจทำให้มีการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจและปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีอีกด้วย สำหรับภาวะที่ต่อมธัยรอยด์ทำงานน้อยผิดปกติ (hypothyroidism) เนื่องจากการลดลงของระดับไตรไอโอไธยอนีน (triiodothyronine [T3]) ทำให้ระดับของไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ (LDL) และระดับคลอเรสเตอรอลรวมในเลือดมีปริมาณสูงขึ้น ส่งผลต่อการเกิดภาวะการแข็งตัวของหลอดเลือด

2.2.4 ภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของฮอร์โมนจากต่อมใต้สมองมากเกินไป (Acromegaly) ซึ่งโรคนี้มีการหลั่งอัลโดสเตอโรนเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลต่อการคั่งของน้ำและโซเดียมมากขึ้นในร่างกาย

2.3 ความผิดปกติของระบบประสาท การมีแรงดันในสมองที่เพิ่มมากขึ้น เช่น มีเลือดออกใต้ชั้นดิวรา (Subdural hemorrhage) หรือมีเลือดออกในสมอง (intracranial hemorrhage) เป็นต้น จะทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น

2.4 จากการได้รับสารเคมีหรือการได้รับยาบางชนิด เช่น ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน ซัยโคลสปอริน (cyclosporin) สเตอรอยด์ (steroid) อิริย์โรพอยอิติน (erythropoietin) การได้รับสารพวกที่กระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ แอมเฟตามีน (amphetamine) และ โคเคน (cocaine) เป็นต้น (ทิพยา แสนไชย, 2550; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551) รวมทั้งยาในกลุ่มที่ใช้ลดอาการปวด ได้แก่ ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตอรอยด์ (nonsteroidal anti inflammatory drugs [NSAIDs]) และยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตอรอยด์ชนิดที่มีความจำเพาะต่อเอนไซม์ไซโคลออกซิจีเนส (cyclooxygenase 2 [COX-2]) (ทิพยา แสนไชย, 2550; มนาธิป โอศิริ, 2549; Sowers et al., 2005 ;White, 2004) หรือจากการได้รับอาหารที่มีสารทัยรามีน (tyramine-containing food) ได้แก่ กล้วยไม้เนยเก่า ไวน์และเบียร์ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549; O'Roche & Richardson, 2001)

พยาธิสภาพของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ เกิดจากแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลายที่เพิ่มขึ้น โดยการเปลี่ยนแปลงกลไกหลาย ๆ อย่างภายในร่างกาย (Grodzicki & Messerli, 2002; Kaplan, 2002; Supiano, 1997) ดังต่อไปนี้

1. ความเสื่อมของโครงสร้างและหน้าที่ของระบบหัวใจและหลอดเลือด (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542; Wang & Vanson, 2005) ในวัยสูงอายุนั้นกล้ามเนื้อหัวใจมีการหนาตัวมากขึ้น เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนที่มีผลต่อระบบประสาทอื่นๆ หรืออาจเกิดจากผลของความดันโลหิตที่สูงขึ้น ซึ่งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดแดง โดยมีการแข็งตัวมากขึ้น จากการที่มีปริมาณคอลลาเจน (collagen) และแคลเซียมที่เพิ่มสูงขึ้นในผนังเส้นเลือด ส่วนปริมาณของอีลาสติน (elastin) นั้นลดลง ทำให้เกิดแรงต้านในหลอดเลือดมากขึ้นและผลรวมของความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย (total peripheral resistant [TPR]) เพิ่มขึ้น แต่ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที ไม่เปลี่ยนแปลงเพราะหัวใจจะมีการปรับตัวในด้านการขยายขนาดโดยเฉพาะหัวใจห้องล่างซ้าย ส่งผลให้ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวสูงขึ้น (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2551) ในผู้สูงอายุนั้นยังพบภาวะที่ความดันโลหิตสูงเฉพาะค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวมากกว่าวัยอื่นๆ อีกด้วย ซึ่งการที่ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวไม่สูง ในขณะที่ความดันโลหิต

ขณะหัวใจบีบตัวสูง ทำให้ผลต่างของความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (pulse pressure) นั้นกว้างขึ้น (Franklin et al, 1997)

2. ความไวของบาโรรีเซพเตอร์ที่อยู่ในหลอดเลือดของผู้สูงอายุลดลง ซึ่งเกิดจากภาวะออกซิเดชันที่เพิ่มขึ้น (Oxidative stress) เป็นเหตุให้สารไนตริกออกไซด์ (nitric oxide) ที่ปกติจะทำให้หลอดเลือดขยายตัว มีปริมาณลดลงส่งผลให้เซลล์เยื่อผนังหลอดเลือดมีการเสียหายที่ และการตอบสนองต่อสาร โคลิเนอจิกที่หัวใจจะลดลงตามอายุ ทำให้ผู้สูงอายุไม่ตอบสนอง ส่งผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (Monahan, 2007)

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

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุนั้นหากไม่มีการควบคุมอย่างเหมาะสม จะก่อให้เกิดผลกระทบที่เกิดขึ้นคล้ายกับวัยอื่น แต่มีความรุนแรงมากกว่า จากการทบทวนวรรณกรรมพบที่เกิดขึ้น (จันทนา รณฤทธิชัย, 2543; คอนพิชิต เหล่ารักพงษ์, 2547; สมจิต หนูเจริญกุล และ พรทิพย์ มาลาธรรม, 2545) ผลกระทบทางร่างกายที่เกิดจากระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้นจะมีผลต่ออวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ดังนี้

1. หัวใจและหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงแข็งตัวและหนาขึ้น มีการเกาะของไขมันที่ผนังของหลอดเลือดมากขึ้น ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดเสียไป รวมทั้งหัวใจต้องทำงานมากขึ้นอีกด้วย ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังต่อไปนี้ ได้แก่

1.1 หัวใจมีการขยายขนาดขึ้นโดยเฉพาะหัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricle hypertrophy [LVH]) เกิดภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บอก (angina pectoris) อันเนื่องมาจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยง หรือการที่มีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

1.2 ภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว (Left side heart failure) ซึ่งเกิดภายหลังการที่แรงต้านทานของหลอดเลือดสูงอยู่เป็นเวลานาน ๆ ซึ่งภาระด้านหลัง (after load) ที่เป็นแรงต้านซึ่งเกิดขณะหัวใจบีบตัว จะส่งผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้น เนื่องจากมีการทำงานที่มากขึ้น

1.3 ภาวะเลือดเซาะผนังหลอดเลือดเออร์ตาจนเกิดการโป่งพอง (Dissecting aortic aneurysm) เป็นผลจากระดับความดันโลหิตที่สูงอยู่เป็นระยะเวลาที่นาน นั้นได้ทำลายผนังของหลอดเลือดเออร์ตา จนเกิดการโป่งพองตามมา

2. สมอง ความดันโลหิตสูงส่งผลต่อหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ดังนี้

2.1 โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โดยมีกลไกการเกิดจากการแตกของหลอดเลือดในสมองเนื่องจากการโป่งพองของหลอดเลือดในสมอง (multiple microaneurysm) หรือเกิดภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว (transient ischemic attack) หรือมีการตายของเซลล์สมอง หรือภาวะเนื้อสมองตาย (cerebral infarction) อันเนื่องมาจากการแข็งตัวของหลอดเลือด

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

3. ตา มีการเปลี่ยนแปลงของจอภาพของตา หลอดเลือดแดงที่เรตินาตีบแคบลง ถ้ามีอาการรุนแรงจะพบว่าหลอดเลือดมีการหดเกร็งบวมและมีเลือดออกได้ ถ้ารุนแรงมากขึ้นจะพบว่าการบวมของบริเวณจานตา (Optic disk) หรือทำให้เกิดภาวะจอตาบวม (papilledema) ส่งผลให้การมองเห็นเสียไป มีเลือดออกในลูกตาและจอประสาทตาทำให้ตาบอดได้ โดยการเปลี่ยนแปลงมักเป็นไปตามลำดับ และแบ่งความรุนแรงออกเป็น 4 ระดับดังนี้

Grade 1 การเปลี่ยนแปลงของเรตินามีน้อย ประกอบด้วยหลอดเลือดที่ตีบลงเล็กน้อย หรือมี sclerosis

Grade 2 มี sclerosis เพิ่มขึ้น มี arterial light reflex กว้างขึ้น หลอดเลือดดำตรงที่หลอดเลือดแดงไหลผ่านจะถูกกด มีการหดตัวของหลอดเลือดแดงโดยทั่วไป หรือเป็นเฉพาะบางแห่ง โดยพบว่ากลุ่มนี้จะมีระดับของความดันโลหิตที่สูงกว่ากลุ่มแรกและมีการพยากรณ์โรคที่เลวกว่า

Grade 3 มีการบวมของจอประสาทตาเกิด cotton-wool exudates และหย่อมเลือดออก หลอดเลือดในม่านตาจะหดตัว เกร็ง พวกนี้มักมีระดับความดันโลหิตสูงมากและเป็นอยู่นาน

Grade 4 การเปลี่ยนแปลงเช่นใน grade 3 แต่มี papilledema ร่วมด้วย

4. ไต การป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในระยะเวลานาน ซึ่งเป็นผลมาจากหลอดเลือดของผู้สูงอายุมีการแข็งตัวมากขึ้น โดยเฉพาะหลอดเลือดฝอยของไต ทำให้อัตราการกรองของไตลดลงเนื่องจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตนั้นมีการตายลงเฉพาะที่เพราะการขาดเลือดไปเลี้ยง การทำหน้าที่ของหลอดเลือดไตก็เสื่อมลง ทำให้เกิดภาวะไตวาย (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546; จันทนา วรรณฤทธิชัย, 2543; ดอนพิชิต เหล่ารักพงษ์, 2547; ถนอม สุภาพร, 2549)

จะเห็นได้ว่าภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง มีผลต่ออวัยวะเป้าหมายที่สำคัญต่างๆ ของร่างกาย ดังนั้นการรักษาและการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติ จึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เพื่อลดอุบัติการณ์การสูญเสียชีวิตและความพิการที่อาจเกิดขึ้นได้

แนวทางการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง

การควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงให้อยู่ในระดับที่เป้าหมาย จำเป็นต้องมีการควบคุมระดับความดันโลหิตทั้งค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวลงมาอย่างน้อยให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่

คณะกรรมการแห่งชาติในการป้องกัน ตรวจจับ ประเมินและรักษาโรคความดันโลหิตสูงประเทศสหรัฐอเมริกา (JNC VII) (Chobanian et al, 2003) และสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2551) ได้สรุปแนวทางการควบคุมความดันโลหิตสูงไว้ดังต่อไปนี้

1. การควบคุมระดับความดันโลหิตสูงโดยการไม่ใช้ยา

การควบคุมระดับความดันโลหิตสูงโดยการไม่ใช้ยา เป็นการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อลดความดันโลหิตนั้นเป็นสิ่งที่ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความจำเป็นต้องปฏิบัติทุกราย แม้ในรายที่ยังไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงก็สามารถปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตของตนเองเพื่อป้องกันหรือชะลอการเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงนั้นอาจใช้เฉพาะวิธีการปรับวิถีการดำเนินชีวิตหรือใช้ร่วมกับการรับประทานยาตามแผนการรักษาก็ได้ ซึ่งการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประกอบด้วย

1.1 การลดหรือควบคุมน้ำหนัก ควรให้ดัชนีมวลกาย (Body mass index [BMI]) อยู่ในช่วง 18.5-24.9 ในเพศชายค่าดัชนีมวลกายควรอยู่ในช่วง 20-25 ในเพศหญิงควรอยู่ในช่วง 19-24 ซึ่งน้ำหนักตัวเป็นปัจจัยทางสรีระที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต จากการศึกษาพบว่าน้ำหนักตัวที่เพิ่มของบุคคลมีผลต่อการเพิ่มของระดับความดันโลหิตและการลดลงของน้ำหนักตัวมีผลทำให้ความดันโลหิตลดลง (Gillum, 1983; Tuck, 1981 อังใน ธนิกานต์ เขื่อนดิน, 2545 : 12) น้ำหนักตัวที่มากมีผลต่อภาระการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นในการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ทั่วร่างกาย โดยหัวใจและหลอดเลือดจะมีปรับตัวและเปลี่ยนแปลงอย่างช้าๆ เพื่อลดภาระการทำงานของหัวใจมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นที่ละเล็กที่ละน้อยเป็นเวลาหลายปี (He, Whellon, Appel, Charleston, & King, 1993) ดังนั้นหากสามารถทำให้น้ำหนักลดลง

ประมาณ 10 กิโลกรัมจะส่งผลต่อการลดลงของค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลงได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอท ที่หลักการในการควบคุมน้ำหนัก คือ ผู้ป่วยต้องได้รับปริมาณของแคลอรีสมคูลกับการใช้พลังงานในแต่ละวัน และควรทราบน้ำหนักที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยคำนวณจากค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น นอกจากนั้นพบว่ารอบเอวที่ลดลงทุก 1 เซนติเมตรสามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลง 6.3 มิลลิเมตรปรอท และลดระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกลง 4.3 มิลลิเมตรปรอท ส่วนคอกकिनอสและคณะ (Kokkinos et al., 2000) ได้ศึกษาพบว่าผู้ที่มิไขมันที่มีการสะสมบริเวณรอบเอวโดยเส้นรอบเอวในเพศหญิงมากกว่า 85 เซนติเมตร และเส้นรอบเอวในเพศชายมากกว่า 98 เซนติเมตรร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือไขมันในเลือดผิดปกติจะเพิ่มอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจถึง 5 เท่า (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2547) จากการศึกษาดังกล่าวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรมีการควบคุมน้ำหนัก ไม่ควรรับประทานมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย

1.2 การจำกัดเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและจากการศึกษาของบีลินและคณะ (Beilin, Puddey, & Burke, 1996) ที่พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกินปริมาณ 1 ออนซ์ในแต่ละวันช่วยป้องกันการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองได้แต่ถ้าเกินปริมาณที่กำหนดจะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการงด หรือลดการเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์นั้นไม่ควรเกิน 20-30 กรัมต่อวันหรือ 2 หน่วยสุราต่อวันในผู้ชาย หรือไม่เกิน 10-20 กรัมต่อวันหรือ 1 หน่วยสุราต่อวันในผู้หญิง และบุคคลที่มีน้ำหนักตัวน้อย จะส่งผลต่อการลดลงของค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว 2-4 มิลลิเมตรปรอท และยังพบว่าการดื่มสุรายังทำให้ประสิทธิภาพหรือฤทธิ์ของยาลดความดันโลหิตลดลงซึ่งหากหยุดการดื่มสุรา 1-2 สัปดาห์ ผลเสียดังกล่าวจะหายไป (NHLBI, 2006) ผู้ที่สามารถลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ลงทำให้ระดับความดันโลหิตลงได้ 3.56 มิลลิเมตรปรอท นอกจากนั้นมีการศึกษาพบว่าผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยไม่รับประทานอาหารมีความเสี่ยงทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น อีกทั้งในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ในขณะที่ภาวะอ้วนและรับประทานยาคุมกำเนิด จะทำให้หลอดเลือดขยายตัวมากขึ้นระดับความดันโลหิตสูงขึ้นด้วย

1.3 การปรับเปลี่ยนวิธีรับประทานอาหาร โดยใช้หลักของอาหารกับความดันโลหิตสูง (DASH) การบริโภคอาหารแบบนี้ จะส่งผลคือต่อระดับความดันโลหิต โดยแนะนำให้รับประทานผักผลไม้ ซึ่งเป็นอาหารที่มีเส้นใยให้มากขึ้น รวมทั้งอาหารที่มีไขมันต่ำ (low-fat dairy product) และอาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัว (low in saturated and total fat) ควรลดปริมาณอาหารประเภทแป้งและ



น้ำตาล ซึ่งลักษณะอาหารเหล่านี้จะส่งผลต่อการลดลงของค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว 8-14 มิลลิเมตรปรอท

1.4 การจำกัดโซเดียมในอาหาร โดยการได้เกลือโซเดียมต้องมีปริมาณน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อวัน เทียบได้กับ โซเดียม 2.4 กรัม หรือเท่ากับ 6 กรัมของเกลือแกงในการจำกัดโซเดียม ในอาหารไม่เพียงแต่หลีกเลี่ยงเกลือโซเดียมเท่านั้นยังต้องเลี่ยงการเติมเครื่องปรุงที่มีรสเค็มอื่นๆ ด้วย แต่ควรเพิ่มการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม แมกนีเซียม หรือโปแตสเซียมเนื่องจาก แมกนีเซียมสามารถยับยั้งการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดและมีผลต่อการขยายตัวของหลอดเลือด รวมถึงอาหารที่มีวิตามินซีสูงยังช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรคความดันโลหิตสูงโดยช่วยเพิ่มความแข็งแรงของหลอดเลือดและยังช่วยทำให้ระดับโคเรสเตอรอลในเลือดลดลง (Singh, et al, 1992) การจำกัดโซเดียมดังกล่าวจะส่งผลต่อการลดลงของค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว 2-8 มิลลิเมตรปรอท ในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่จำเป็นต้องมีการจำกัดเกลือเป็นเวลานานๆ สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่พอใจและหมดความสุขในการรับประทานอาหารส่งผลให้การรับประทานอาหารน้อยลงและส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการได้ในที่สุด

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

1.6 การงดสูบบุหรี่ เป็นวิธีการควบคุมระดับความดันโลหิตที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรปฏิบัติร่วมกับการควบคุมปัจจัยอื่นๆ เนื่องจากการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่

เร่งให้เกิดการแข็งตัวหรือมีความยืดหยุ่นน้อยลงของหลอดเลือดทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและไตเสื่อมเร็วขึ้น เนื่องจากในบุหรีจะมีสารสารนิโคติน ซึ่งสารดังกล่าวจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในหลอดเลือด โดยนิโคตินและสารคาร์บอนมอนอกไซด์ในบุหรีจะไปทำลายผนังในส่วนของหลอดเลือด ทำให้เส้นเลือดแข็ง ผนังเส้นเลือดหนา เกร็ดเลือดจับตัว และเส้นเลือดหัวใจหดตัว ส่งผลทำให้เกิดหลอดเลือดหัวใจตีบ การที่หลอดเลือดตีบแคบลงเลือดจึงไหลเวียนไม่สะดวก ทำให้หัวใจทำงานหนักและบีบตัวแรงขึ้นเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายอย่างเพียงพอ ซึ่งจะทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นดังนั้นจึงควรงดสูบบุหรี่แม้ว่าระดับของความดันโลหิตจะไม่สูง แต่หากมีความดันโลหิตสูงควรเลิกสูบบุหรี่อย่างยิ่งรวมถึงหลีกเลี่ยงบริเวณที่มีควันบุหรีเพราะมีหลักฐานที่ชี้ให้เห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงเร่งการเจ็บป่วยจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และมีผลทำให้ภาวะของโรคไตรุนแรงขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นบุหรีกระตุ้นให้สมองมีการผลิตฮอร์โมนที่มีผลทำให้หลอดเลือดหดตัวจำนวนมาก

1.7 การจัดการกับความเครียด ความเครียดจะส่งผลต่อระบบประสาทซิมพาเทติก ส่งผลให้หัวใจทำงานมากขึ้น ความดันโลหิตจึงเพิ่มสูงขึ้น การควบคุมภาวะเครียดสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ แม้ความเครียดจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น แต่ความเครียดก็ไม่ใช่สาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงแต่ความเครียดเป็นส่วนที่ส่งเสริมให้ภาวะความดันโลหิตมีความรุนแรงขึ้น (Kulkurni et al., 1998) และเมื่อเกิดความเครียดขึ้นเป็นเวลานานจะมีผลให้สุขภาพทรุดโทรม ร่างกายเพิ่มการผลิตฮอร์โมนที่คล้ายอดรีนาลีนและคอร์ติซอลที่มีผลต่อการทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น เนื่องจากอารมณ์เครียดสนับสนุนให้เกิดเป็นหลอดเลือดแข็งตัวได้จากภาวะไม่สมดุลของสารพอสตาแกรนดิน (prostagrandin) เมื่อเกิดความเครียดร่างกายจะปล่อยสารคอร์ติคอยด์ (corticoid) ออกมาซึ่งไปมีผลยับยั้งการสังเคราะห์สารพอสตาแกรนดิน (prostagrandin) ซึ่งทำหน้าที่ขยายเส้นเลือดภายในร่างกาย (vasodilator) ให้มีปริมาณลดลง ทำให้ความต้านทานของเส้นเลือดฝอยส่วนปลายเพิ่มขึ้นและในภาวะเครียดร่างกายจะหลั่งแอดรีนาลีน (adrenaline) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตและแรงตึงตัวของกล้ามเนื้อส่งผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นและทำให้เกิดลิ้มเลือดที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากการอุดตันหรือตีบตันของหลอดเลือดหัวใจจำนวนมาก ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องควบคุมอารมณ์ โดยการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความกังวลใจ โกรธ อารมณ์เครียด จิตใจไม่สบาย และมีการพักผ่อนนอนหลับที่เพียงพอ ซึ่งการลดความเครียดสามารถกระทำได้หลายวิธี ได้แก่ การบำบัดทางพฤติกรรมด้วยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยการหายใจ (biofeedback) การทำสมาธิ การทำโยคะ การฟังเพลง การนวด (Kulkurni et al., 1998) ควบคู่กับการดูแลตนเองในด้านอื่นๆ จะช่วยให้ระดับความดันโลหิตลงและลดปริมาณการใช้ยาลดความดันโลหิต ซึ่งเมื่อเกิด

ความเครียดระดับความดันโลหิตสูงขึ้น การรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น การออกกำลังกายจะลดลง และสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นดังนั้นควรหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดความเครียดเป็นเวลานานๆ

2. การควบคุมระดับความดันโลหิตสูงโดยการใช้ยา

หลักสำคัญในการใช้ยาแก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงนั้นจะเริ่มใช้ยาเมื่อการควบคุมด้วยวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิตไม่ได้ผลหรือพบว่าผู้ป่วยมีอาการของภาวะแทรกซ้อน ควรเริ่มต้นการใช้ยาที่ขนาดต่ำ ๆ ก่อน แล้วติดตามผลที่ได้ จากนั้นจึงค่อยๆ เพิ่มขนาดยาขึ้นไปจนได้ผลตามที่ต้องการ หากยังไม่ได้ผลก็อาจเพิ่มยากลุ่มอื่นหรือเปลี่ยนกลุ่มยา (Chobanian et al., 2003) โดยจุดประสงค์ในการรักษาความดันโลหิตสูงนั้นต้องให้ระดับความดันโลหิตเป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติที่สุด ไม่ขัดต่อการดำรงชีวิตเพราะเกิดอาการข้างเคียงจากยาและเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุดและการเลือกยารักษาโรคความดันโลหิตสูงจะเลือกตามลักษณะของผู้ใช้โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิต อาการข้างเคียงและเศรษฐฐานะด้วย (พึงใจ งามอุโฆษ, 2541) ซึ่งยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม มีดังนี้

2.1 ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) ยานี้ออกฤทธิ์เพิ่มการขับน้ำ และเกลือแร่ออกจากร่างกาย โดยการออกฤทธิ์โดยตรงที่ไต แบ่งออกเป็น 5 กลุ่มดังนี้

2.1.1 ยากลุ่มไทอะไซด์ (Thiazide diuretics) เป็นยาขับปัสสาวะที่มีกลไกการออกฤทธิ์ ในการยับยั้งการดูดซึมกลับของโซเดียมคลอไรด์ เป็นยาที่ใช้มากในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง สามารถใช้เพียงตัวเดียว หรือใช้ร่วมกับยากลุ่มอื่น เช่น กลุ่มยาที่ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (ACEI) และยาด้านเบต้า (beta-blocker) เป็นต้น อาการที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ภาวะโปแทสเซียมในเลือดต่ำ ภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ ภาวะกรดยูริกในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดสูงจากการสูญเสียแมกนีเซียม ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

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

2.1.3 ยาขับปัสสาวะที่ไม่สูญเสียโปแทสเซียม (potassium-sparing diuretics) ยากลุ่มนี้มีกลไกการออกฤทธิ์ ยับยั้งการดูดซึมกลับของโซเดียมที่ท่อเชื่อม (connecting tubule) และ

ท่อไตรวมที่อยู่บริเวณเปลือกไต (cortical collecting duct) ยานี้เพิ่มการขับออกของโซเดียมแต่เก็บรักษาโปแทสเซียมกับแมกนีเซียมไว้

2.1.4 ยากลุ่มที่ยับยั้ง คาร์บอนิกแอนไฮเดส (Carbonic anhydrase inhibitors) เป็นยาที่ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์คาร์บอนิกแอนไฮเดสที่ท่อไต ทำให้มีการขับน้ำ โซเดียม ไอออน โปแทสเซียม ไอออน และไบคาร์บอเนต ไอออน เพิ่มขึ้นด้วย

2.1.5 ยากลุ่มออสโมติกไดยูเรติก (Osmotic diuretics) เป็นยาที่ออกฤทธิ์ส่วนใหญ่ที่ท่อไตส่วนต้น (proximal tubule) ยาจะถูกกรองออกที่โกลเมอรูลัสอย่างอิสระ แต่ไม่ถูกดูดซึมกลับ ทำให้ความสามารถในการคูดน้ำของสารในปัสสาวะ (osmolality) ที่อยู่ในท่อไตเพิ่มสูงขึ้น เป็นการป้องกันการคูดน้ำกลับสู่กระแสเลือด แต่โซเดียมถูกดูดกลับเข้าสู่กระแสเลือดได้มากกว่าน้ำ ทำให้ความเข้มข้นของโซเดียมในท่อนั้นลดลง

2.2 ยากลุ่มต้านแคลเซียม (Calcium channel blockers) ยานี้จะมีฤทธิ์ยับยั้งการเคลื่อนที่ของแคลเซียมไอออน ที่จะผ่านช่องทางเฉพาะที่เรียกว่า ช่องแคลเซียม (calcium channel) ที่บริเวณผนังเซลล์ของกล้ามเนื้อที่อยู่รอบหลอดเลือดแดง โดยเฉพาะที่ผนังหลอดเลือดทำให้กล้ามเนื้อบริเวณนี้คลายตัว ความดันในหลอดเลือดลดลง ส่งผลต่อความดันโลหิตในร่างกายลดลงตามมาด้วย

2.3 กลุ่มยาที่ยับยั้งการทำงานของการสร้างแองจิโอเทนซิน (ACEI) ยานี้จะยับยั้งเอนไซม์ที่สร้างแองจิโอเทนซิน (angiotensin-converting enzyme) ที่ทำหน้าที่เปลี่ยนแองจิโอเทนซิน 1 (angiotensin I) ให้เป็นแองจิโอเทนซิน 2 (angiotensin II) ซึ่งมีคุณสมบัติทำให้หลอดเลือดหดตัว เมื่อระดับแองจิโอเทนซิน 2 ลดลงจึงทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงตามมา ยานี้มีผลต่อปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ ยากลุ่มนี้ยังสามารถลดการทำลายเบรคคินิน (bradykinin) เพราะยากลุ่มนี้เป็นเอนไซม์ตัวเดียวกับคัยนินเอส 2 (kininase II) จึงทำให้หลอดเลือดมีการคลายตัว รวมทั้งมีผลต่อการลดการหลั่งอัลโดสเตอโรน ช่วยทำให้มีการขับน้ำและโซเดียมออกจากร่างกาย ทางปัสสาวะเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย อาการไม่พึงประสงค์ของยา ที่พบได้บ่อยคืออาการไอแห้ง ๆ อาการคลื่นไส้ อาเจียน มีผื่นคัน หรือการสูญเสียหรือการปรับเปลี่ยนแปลงไป ภาวะโปแทสเซียมในเลือดสูง ยากลุ่มนี้ทำให้เกิดผลโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไตทำหน้าที่บกพร่องทำให้มีระดับความดันโลหิตต่ำในระยะแรกที่ใช้ยา โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีระดับเรนินในเลือดสูง หรือในผู้ป่วยที่ได้รับยาขับปัสสาวะร่วมด้วย

2.4 กลุ่มยาที่ยับยั้งการจับกับตัวรับของแองจิโอเทนซิน (ARBs) มีการออกฤทธิ์ ปิดกั้นตัวรับแองจิโอเทนซิน 1 (angiotensin 1 receptor) ทำให้แองจิโอเทนซิน 2 ไม่สามารถออกฤทธิ์ได้ ทำให้หลอดเลือดมีการขยายตัวลดการคั่งของโซเดียม ส่งผลต่อการลดลงของระดับความดันโลหิต อาการไม่พึงประสงค์ของยา ได้แก่ อาการหัวใจเต้นช้า ภาวะโปแทสเซียมในเลือดสูง ยากลุ่มนี้ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์เพราะมีผลเสียต่อทารกในครรภ์ได้

2.5 ยาต้านอะดรีเนอร์จิก (Adrenergic blockers) แบ่งได้เป็น 3 กลุ่มได้แก่

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

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

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

2.6 ยาขยายหลอดเลือด (Vasodilator) ออกฤทธิ์ต่อกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด ลดความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย ทำให้ความดันโลหิตลดลง มีฤทธิ์กระตุ้นหัวใจทำให้หัวใจเต้นเร็ว ยากุ่มนี้ไม่ใช่ยากุ่มหลักในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง จะใช้ในผู้ป่วยเฉพาะกรณีเช่นในกรณีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤติ (hypertensive crisis) อาการไม่พึงประสงค์เกิดจากฤทธิ์ของยาที่มีมากเกินไป เช่น ทำให้ปวดศีรษะ คลื่นไส้ หน้าแดง ความดันโลหิตต่ำ อ่อนเพลีย สับสน กล้ามเนื้อกระตุก เป็นต้น



ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ความหมายของความสามารถในการดูแลตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ให้คำจำกัดความของ ความสามารถในการดูแลตนเองไว้ดังนี้

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

ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง สักยภาพของแต่ละบุคคลในการดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต ภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง เป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย โดยเป้าหมายนั้นคือการดูแลตนเองที่จำเป็น (ดุยฎี พงศ์อุดม, 2549)

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

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว สรุปได้ว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง การที่บุคคลมีการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างจงใจและมีเป้าหมาย เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะที่ใกล้เคียงหรือเท่ากับภาวะปกติมากที่สุด โดยขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของปัจจัยแวดล้อมเฉพาะบุคคล

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดการเบี่ยงทางสุขภาพซึ่งคุกคามต่อชีวิต เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต อีกทั้งมีความต้องการในการดูแลช่วยเหลือและการให้คำแนะนำพิเศษในระยะยาว (อรุณรัตน์ กาญจนะ, 2545) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เพื่อการรับรู้สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ มีการปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูและการป้องกันตนเองจากพยาธิสภาพที่เกิดอย่างมีประสิทธิภาพ มีการรับรู้สนใจและป้องกันความไม่สุขสบายที่เกิดจากผลข้างเคียงของการรักษาและพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น มีการ

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

ดังนั้น ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็น โรคความดันโลหิตสูง จึงหมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิต โดยการปรับวิถีการดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ อย่างเหมาะสม ได้แก่ การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย การจำกัดการรับประทานโซเดียม การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการควบคุมปัจจัยที่ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนเป็นต้น ให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด

ความสามารถในการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม

โอเร็ม กล่าวว่า การดูแลตนเองของบุคคลแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care Agency) ซึ่งในที่นี้หมายถึงความสามารถ พลังที่เอื้ออำนวยต่อการประกอบกิจกรรมในการดูแลตนเอง ความสามารถนี้ผันแปรตามตัวแปรที่มีอิทธิพลด้านต่าง ๆ ได้แก่ (Orem et al., 2001)

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations)
2. พลังงานความสามารถ 10 ประการ (Power components: enabling capabilities for self-care)
3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition)

ความสามารถในการดูแลตนเองนั้นมีความซับซ้อน จัดเป็นลักษณะของแต่ละบุคคลบนเงื่อนไขของปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาและการฝึกฝน โดยมีโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

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

1.1 การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการประเมินและตรวจสอบสถานการณ์ รวมทั้งองค์ประกอบเกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม ที่สำคัญต่อการนำไปใช้ในการดูแลตนเอง รวมถึงความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

1.2 การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับ สิ่งที่ต้องทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

1.3 การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power components) นั้นเป็นตัวกลางที่เชื่อมระหว่าง การรับรู้และการกระทำที่มีความเฉพาะเจาะจงในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย

2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง โดยให้ความสนใจภาวะแวดล้อมภายในและภายนอกตนเอง รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองเพราะตนต้องเป็นรับผิดชอบในตนเอง

2.2 ความสามารถในการควบคุมพลังงานด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอ เพื่อริเริ่มและปฏิบัติการในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถในการควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ในการเคลื่อนไหวที่จำเป็น เพื่อริเริ่มหรือปฏิบัติการในการดูแลตนเองจนประสบความสำเร็จได้อย่างต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถในการใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 การมีแรงจูงใจในการกระทำเพื่อการดูแลตนเอง เช่น การที่บุคคลมีเป้าหมายในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพ

2.6 การมีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจไว้

2.7 ความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง จากผู้ที่มีความเหมาะสมและเชื่อถือได้ รวมทั้งสามารถจดจำและนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 การมีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและทางสติปัญญา การรับรู้ การจัดการ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.9 ความสามารถในการจัดระบบในการดูแลตนเอง

2.10 ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสามารถสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต ในฐานะที่บุคคลมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งในครอบครัวและชุมชน

จากแนวคิดของโอเร็มและเทเลอร์ (1986) มองพลังความสามารถทั้ง 10 ประการในลักษณะของตัวเชื่อมระหว่างความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองกับความสามารถ

และคุณสมบัติพื้นฐาน อีกทั้งพลังงานความสามารถในการดูแลตนเองยังประกอบไปด้วยปัจจัยต่างๆ ที่นอกเหนือจากความรู้ (Knowledge) เจตคติ (Attitude) และทักษะในการปฏิบัติ (Psychomotor) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวนี้ไม่เพียงพอที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองได้ แต่มีความสำคัญสำหรับบุคคลที่เจ็บป่วยและเหมาะสมกับพยาบาลในการวิเคราะห์หาสาเหตุของความพร่องในการดูแลตนเองรวมถึงช่วยแก้ไขภายใต้ขอบเขตความรับผิดชอบของวิชาชีพ (Orem & Taylor, 1986)

3. ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน (Foundation capability and dispositions) เป็นความสามารถที่จำเป็นในการกระทำกิจกรรมต่างๆ อย่างจงใจ แบ่งออกเป็น 2 ประการ ได้แก่ ความสามารถในการเรียนรู้และการกระทำ และปัจจัยที่มีผลต่อการค้นหาเป้าหมายของการกระทำ โดยความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน ซึ่งประกอบด้วย

3.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน การเขียน การนับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผล

3.2 คุณสมบัติและหน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก ทั้งด้านการมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส การรับรส และการได้กลิ่น

3.3 การเห็นคุณค่าในตัวเอง

3.4 ความตั้งใจ

3.5 ความหวังในตนเอง

3.6 ความเข้าใจในตนเอง

3.7 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

3.8 นิสัยประจำตัว

3.9 การยอมรับตนเอง

3.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญในสิ่งต่างๆ ที่ต้องกระทำ รู้จักแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ

3.11 ความสามารถในการจัดการตนเอง

จะเห็นว่าความสามารถในการดูแลตนเอง นั้นมีความเฉพาะเจาะจงในแต่ละบุคคล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ดังนั้นในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ควรคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวมาข้างต้นเสมอ

ความสำคัญของความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง หากไม่มีการควบคุมที่เหมาะสมจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาข้างต้น จากการทบทวนวรรณกรรมโดยผู้ศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย นอกจากจะใช้วิธีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนิน ร่วมกับการรักษาด้วยยา แล้ว ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factor) ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเอง (self care ability) และปัจจัยด้านการจัดการของกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ (ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ และ ดวงกมล จันทรมิมิตร, 2542, อ้างใน มยุรี มูลสวัสดิ์, 2548)

จากผลการศึกษาหลายชิ้นงานแสดงให้เห็นความสำคัญของความสามารถในการดูแลตนเอง ดังเช่น การศึกษาของ เขียวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, ดลนภา หงษ์ทอง, และ จันจิรา จันทรบัก (2549) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ครอบครัว และชุมชนในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ร้อยละ 91.89 โดยที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้นมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมในเรื่อง การรับประทานอาหารที่มีเหมาะสม ทั้งการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมและอาหารที่มีไขมัน การออกกำลังกาย การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการมาตรวจตามนัดเพิ่มขึ้น แตกต่างจากก่อนการจัดกิจกรรมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากผลการศึกษา ของ สุกัญญา เขียมเออ, สมพันธ์ หนีชูระนันท์, ผ่องศรี ศรีมรกต, และ ศากุล ช่างไม้ (2550) ที่ศึกษาผลการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกของ มยุรี มูลสวัสดิ์ (2548) ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ณ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นหลังการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า หากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมกับวิถีการดำรงชีวิต จะส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิตได้ ซึ่งบุคคลรอบข้างที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ครอบครัว ผู้ดูแล ชุมชน และบุคลากรทางสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นผู้ที่มีความสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม (มยุรี มูลสวัสดิ์, 2548; วร แก้วมณี, 2546; อรุณรัตน์ กาญจนะ, 2545)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองนั้นย่อมมีปัจจัยพื้นฐานที่มีความเฉพาะเจาะจงในแต่ละบุคคลและเป็นความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล ความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐานและความสามารถในการดูแลตนเอง รวมถึงความต้องการการดูแลตนเองไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุผล (Casual relationship) (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ซึ่งในการพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยพื้นฐาน ซึ่งประกอบด้วย

1. อายุ เป็นตัวบ่งชี้ถึงควมมีวุฒิภาวะหรือความสามารถในการรับรู้ การแปลความหมาย การตัดสินใจซึ่งมีผลต่อความสามารถในการจัดการดูแลตนเองและยังเป็นที่ทำให้ทราบถึงความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไปของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 1991) โดยความสามารถในการดูแลตนเองจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุ เช่น ในเด็กเล็กอาจจะยังไม่พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองแต่จะมีความสามารถสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งประสบการณ์ชีวิตจะส่งผลต่อการปรับตัวและช่วยให้เผชิญกับปัญหาได้ดี และทำให้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ดีกว่า จึงพบว่าผู้ที่มีอายุมากจะมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่ยา่กว่า แต่ในขณะที่เดียวกันความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลงในวัยสูงอายุ เนื่องจากความเสื่อมของโครงสร้างและการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกาย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

2. ระยะพัฒนาการ พัฒนาของแต่ละบุคคลเป็นสิ่งที่ทำให้ทราบถึงความต้องการการดูแลโดยทั่วไปของแต่ละบุคคลและระยะพัฒนาการความสามารถของแต่ละบุคคล (Orem, 1991)

3. สังคมวัฒนธรรม เป็นปัจจัยซึ่งมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง การดำเนินชีวิตและสุขภาพของบุคคล ซึ่งองค์ประกอบของสังคม วัฒนธรรมจะรวม ศาสนา ความเชื่อ การศึกษา และเศรษฐกิจ เข้าไปด้วยและส่งผลให้เกิดความแตกต่างและยังเป็นตัวกำหนดขนบธรรมเนียม ประเพณี พฤติกรรมของบุคคลภายในสังคมนั้นด้วย ซึ่งรวมไปถึงความเชื่อทางด้านความเจ็บป่วย การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ระดับการศึกษาที่เป็นส่วนสำคัญในการรับรู้ การพัฒนาความรู้ ทักษะและทัศนคติของบุคคลในสังคม ทำให้เกิดการคิดอย่างมีเหตุผลและแสวงหาข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง (Orem & Taylor, 1986 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

4. รายได้ เป็นตัวบ่งชี้ถึงสภาพเศรษฐกิจและมีอิทธิพลโดยตรงต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งจะส่งผลต่อการเลือกบริการทางสุขภาพ รวมถึงการดูแลตนเอง และการตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานและการแสวงหาแหล่งประโยชน์ ซึ่งจะเป็ปัจจัยที่เอื้อให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ตามที่ตนต้องการ



5. สภาพที่อยู่อาศัย แหล่งที่อยู่อาศัยของบุคคลเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลสามารถได้รับความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมที่ตนอยู่อาศัย รวมถึงการเข้าถึงบริการทางสุขภาพซึ่งอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่

6. ระบบบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่เอื้ออำนวยและเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) หากมีการเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพและบุคลากรในทีมสุขภาพมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองตามความสามารถอย่างเต็มที่จะเป็นพื้นฐานให้บุคคลมีความสามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

7. ระบบครอบครัว ครอบครัวถือเป็นสถาบันที่สำคัญและเป็นส่วนที่สามารถให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว รวมถึงการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางร่างกาย จิตใจและสังคม อีกทั้งยังช่วยประเมินคุณภาพการดูแลตนเองและสามารถเป็นตัวบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

8. แบบแผนการดำเนินชีวิต ปัจจัยด้านแบบแผนการดำเนินชีวิตมีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งมีความแตกต่างกันในด้านปริมาณความต้องการการดูแลตนเอง และกลวิธีที่ตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Orem, 1991)

9. แหล่งประโยชน์ เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับวัตถุ สิ่งของ แหล่งข้อมูล และหากบุคคลมีศักยภาพในการเลือกและเข้าถึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่จะทำให้บุคคลได้รับการดูแลตนเองที่จำเป็นในการดำรงชีวิตและมีความเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของตนเอง (Orem, 1991)

กระบวนการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

กระบวนการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นกระบวนการที่เกิดจากพยาบาลและญาติ ช่วยกันสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม มยุรี มูลสวัสดิ์ (2548) ได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ที่เป็ความดันโลหิตสูง ซึ่งมีกระบวนการในการส่งเสริมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลโดยพยาบาลแนะนำตัวอธิบายวัตถุประสงค์ในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง เมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพื่อเป็นการลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุให้รู้สึกผ่อนคลายและพร้อมที่จะเรียนรู้

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินระยะการรับรู้ ความเข้าใจ ประสบการณ์ และรูปแบบของ พฤติกรรมในการจัดการความดันโลหิตสูงที่ผ่านมา ด้วยการซักถามผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคำถามที่กำหนดไว้ในแนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งสามารถแบ่งระยะการรับรู้และ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1) เมื่อผู้สูงอายุได้รับวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงครั้งแรก ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็นอีก 2 แบบ ได้แก่ แบบที่ 1 ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ว่าเป็นโรคนี้อาจหายขาดได้เมื่อไม่มี อาการ และแบบที่ 2 ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ว่าเป็นโรคเรื้อรังไม่หายขาด ระยะที่ 2) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มีการรับรู้ว่าเป็นโรครักษาไม่หายแต่ยังมีความหวังว่าจะมี วิธีการรักษาให้หายได้ ระยะที่ 3) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มีการรับรู้ว่าเป็นชีวิตของตนเองนั้น เสี่ยงต่อการเกิดอันตราย จากประสบการณ์การที่ได้พบความรุนแรงของโรคที่เกิดกับตนเอง หรือ จากการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดกับผู้อื่น และระยะที่ 4) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มีการรับรู้ว่าเป็นโรครักษาไม่หาย เป็นโรคประจำตัว แต่สามารถที่จะควบคุมระดับความดันโลหิตให้ ปกติได้

ขั้นตอนที่ 3 การปรับการรับรู้สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยปรับให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะของโรคความดันโลหิตสูง เป้าหมายของการรักษาและวิธีการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและญาติต้องมีความรู้เบื้องต้นในเรื่องต่อไปนี้ ได้แก่ ธรรมชาติของโรคความดันโลหิตสูง และเป้าหมายของการควบคุมระดับความดันโลหิต ด้วยการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา โดยการรักษาโดยการให้ยา และการรักษาโดยการไม่ใช้ยา ได้แก่ การปรับวิถีการดำเนินชีวิต ในเรื่องการรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การจำกัดการรับประทานโซเดียม การงดการดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การเผชิญความเครียด และ/หรือการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการมาตรวจตามนัดของแพทย์เพื่อให้ได้รับการปรับยาให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย ซึ่งในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงทุกระยะ ต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะของโรคความดันโลหิตสูง

ขั้นตอนที่ 4 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง โดยมีการตั้งเป้าหมาย และหาแนวทางเพื่อบรรลุเป้าหมายของการดูแลตนเองร่วมกัน โดยการสอนหรือทั้งการสอนและฝึกทักษะในการจัดการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในเรื่อง การรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ความดันโลหิตสูง

ขั้นตอนที่ 5 การเสริมแรงใจ (motivation) และการติดตามอย่างต่อเนื่อง เป็นการเปิดโอกาสและสนับสนุนให้ครอบครัวและผู้ดูแล ได้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมความสามารถในการ

ดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยการจัดทำสมุดบันทึกค่าความดันโลหิตที่วัดได้ น้ำหนักตัว ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เช่น ค่าไขมันในเลือด และสอนการลงบันทึกรายปัญหาและอุปสรรค รวมถึงภาวะผิดปกติอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นก่อนมาพบแพทย์ตามนัด ในคู่มือที่ได้รับเป็นการกระตุ้นและติดตามการดูแลตนเองของผู้รับบริการ รวมทั้งมีการการแจ้งแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในชุมชน เช่น สถานีอนามัย อาสาสมัครสาธารณสุขของชุมชน หรือหน่วยเยี่ยมบ้าน ให้ผู้รับบริการทราบ พร้อมทั้งจดบันทึกแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ลงในสมุดประจำตัวของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง อีกทั้งพยาบาลวิชาชีพพร้อมกันอภิปรายปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการในปัญหาที่ผู้รับบริการบันทึกไว้ในสมุดบันทึกก่อนมาตรวจตามนัด เมื่อมารับบริการในแต่ละครั้ง โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้เสนอแนะทางเลือกในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง

การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นการประเมินการรับรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อให้ทราบถึงศักยภาพของบุคคลที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองและตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความสามารถในการดูแลตนเองประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับได้แก่ ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน พลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 3 ระดับนั้นมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งความสามารถและความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานเป็นรากฐานที่ทำให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง หากขาดความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน ย่อมส่งผลให้ขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมอย่างจงใจและมีเป้าหมาย และไม่มีความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองได้ (Gast, et al., 1989, p.26-27)

ในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองได้มีผู้สร้างเครื่องมือที่ใช้สำหรับประเมินความสามารถในการดูแลตนเองที่ระดับของคุณสมบัติขั้นพื้นฐานและพลังความสามารถ 10 ประการและที่ระดับของความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง เครื่องมือที่ใช้วัดพลังความสามารถ 10 ประการ ได้แก่ เครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเองของวัยรุ่นของเดนนิส (Denyes Self – Care Agency Instrument: DSCAI), Perception of Self-Care Agency Questionnaire ที่สร้างโดย Hanson และ Bickel เครื่องมือนี้มีศักยภาพในการนำมาทดสอบทฤษฎีของโอเร็มได้เป็นอย่างดีแต่หากบุคคลมีความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานรวมถึงพลังความสามารถ 10 ประการ แต่หากขาดการนำมาใช้ในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองแล้วจะไม่เกิดการลงมือปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองในขณะที่บุคคลที่ปฏิบัติการดูแลตนเองได้ดี ย่อมมี

ความสามารถในการดูแลตนเองเพราะความสามารถย่อมเป็นพื้นฐานของการปฏิบัติการประเมินความสามารถที่ใช้ในการดูแลตนเองเพื่อสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดจึงน่าจะเทียบเท่ากับการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองในระดับของความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ดังนั้นจึงมีเครื่องมือที่นักวิจัยสร้างขึ้นเพื่อวัดความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองมีดังต่อไปนี้

1. The Exercise of Self -Care Agency (ESCA) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดย Kearney & Fleischer สร้างมาจากพื้นฐานความเชื่อว่าการวัดความสามารถในการดูแลตนเองน่าจะใกล้เคียงกับการลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองมากที่สุด โดยเครื่องมือจะประกอบด้วย คำถาม จำนวน 43 ข้อ โดยวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างตามทฤษฎีของโอเร็ม พบว่ามีข้อคำถามเพียง 10 ข้อ จาก 43 ข้อ ที่เป็นการวัดความสามารถในการคาดการณ์หรือวัดความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง และมีคำถาม 7 ข้อ ที่ไม่มีความชัดเจนว่าเป็นการวัดความสามารถในการดูแลตนเองระดับใด (Kearney & Fleischer cited in Fast et al ., 1989)

2. The Appraisal of Self-Care Agency scale (ASA scale) เป็นเครื่องมือที่เอเวอร์ส (Evers, 1989) และกลุ่มนักวิจัยสร้างขึ้น เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายของการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยเครื่องมือนี้เป็นแบบสอบถามจำนวน 24 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของลิเกิต (Likert Type Scale) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยโอเร็ม และผู้เชี่ยวชาญทฤษฎีนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2532)

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผล

หลักการในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

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

การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล โดยต้องมีการกำหนดให้เป็นระบบเพื่อให้สามารถควบคุมผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นได้ และในขั้นตอนของการปฏิบัตินั้นจำเป็นต้องใช้กลยุทธ์ที่มีความหลากหลาย (Pearson, Field & Jordan 2007) ซึ่งประกอบด้วยหลักการที่สำคัญดังนี้

1. เน้นที่กระบวนการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่เป็นปัญหา (A process of change) ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์โดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ระดับและลักษณะของหลักฐานเชิงประจักษ์ สภาพแวดล้อมหรือบริบทที่จะนำไปใช้ วิธีการหรือกระบวนการนั้นเหมาะสมกับบริบทหรือไม่

2. เน้นที่การพัฒนาเครื่องมือและกลยุทธ์ (Tools and strategies) ควรประกอบด้วย

2.1 การให้ความรู้ (Education) การอบรมความรู้ที่จะเป็นประโยชน์สูงสุดควรจะเป็นการสอนแบบตัวต่อตัว (face to face) ในหอผู้ป่วย โดยโปรแกรมการสอนควรประกอบด้วยการสอนทักษะเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และควรนำวิธีการจูงใจ (motivation) ต่างๆ มาใช้ให้เหมาะสม นอกจากนั้นจะต้องมีการสอนที่ต่อเนื่อง

2.2 การกำหนดระบบการตัดสินใจ (decision support system, DDS) หมายถึงการบันทึกและรวบรวมข้อมูลต่างๆ ของผู้รับบริการอย่างมีระบบ บางแห่งพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ขนาดใหญ่ ประกอบด้วยระบบการเตือน (reminders) การให้คำแนะนำ และการแปลผลข้อมูลต่างๆ ของผู้รับบริการ ทั้งนี้เพื่อให้ทีมใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มีการตัดสินใจที่ถูกต้อง

2.3 การวัดประสิทธิภาพและการประเมินย้อนกลับ (Clinical audit and feedback) ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่ทีมสุขภาพจำเป็นต้องนำไปใช้เพื่อการตรวจสอบการปฏิบัติที่นำไปใช้ในการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ การวัดประสิทธิภาพ (clinical audit) เป็นกระบวนการที่ทราบว่าทำให้บริการนั้นมีคุณภาพดีขึ้นหรือไม่ ประกอบไปด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) การกำหนดวิธีที่เหมาะสม 2) การวัดในมิติต่างๆ โดยครอบคลุมโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ว่าเป็นไปตามที่กำหนดหรือไม่ 3) วิเคราะห์ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของวิธีการต่างๆ ที่นำมาใช้ (Pearson, Field & Jordan 2007)

2.4 ผู้นำ (opinion leaders) จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปว่าผู้นำในการใช้ต้องมีบุคลิกลักษณะในการให้ข้อเสนอแนะหรือความเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อองค์กรนั้นนอกเหนือไปจากทีมที่ปรึกษา

ประโยชน์ของแนวปฏิบัติทางคลินิก

เนื่องจากในปัจจุบันได้มีการนำความรู้ที่หลากหลายไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติและโรงพยาบาล (สงวนสิน รัตนเลิศ, 2543) ดังนี้

1. ด้านผู้ป่วย ได้รับการดูแลเป็นระบบและมีการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าพร้อมกันจากทีมสุขภาพ
2. ด้านผู้ประกอบการวิชาชีพ มีโอกาสร่วมปรึกษาหารือและทบทวนความรู้ซึ่งกันและกัน ขจัดปัญหาต่างๆ ที่จะเกิด การส่งเสริมการทำงานเป็นทีม
3. ด้านองค์กรวิชาชีพ ทำให้เกิดความมั่นใจว่ามีการดำเนินการตามแนวปฏิบัติทางคลินิกที่กำหนดไว้
4. ด้านสังคม ได้มีส่วนร่วมในการรับรู้แผนการดูแลที่มีต่อผู้ป่วยและเกิดความเชื่อมั่นในมาตรฐานการดูแลรักษาขององค์กร
5. ด้านโรงพยาบาลและผู้บริหาร ส่งเสริมความมั่นใจมีการดำเนินกิจกรรมคุณภาพโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
6. แนวปฏิบัติบนพื้นฐานความรู้ที่เป็นวิทยาศาสตร์และมีการปรับปรุงตามงานวิจัยที่เกิดขึ้นใหม่ ย่อมช่วยให้การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยมีความทันสมัย มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2547; Polit & Beck, 2004)
7. ช่วยให้การตัดสินใจทางคลินิก (clinical judgment) ง่ายขึ้นและมีหลักฐานประกอบมากขึ้น (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2547)
8. มีมาตรฐานในการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย และช่วยลดความแตกต่างในการปฏิบัติ (วิทยา ศรีดามา, 2546)
9. ลดค่าใช้จ่าย ทำให้การใช้ทรัพยากรในการบริการมีความคุ้มค่า คุ้มทุนมากขึ้น (วิทยา ศรีดามา, 2546)
10. แนวปฏิบัติสามารถปรับปรุงแก้ไขเพื่อใช้ให้เหมาะสมกับสถานที่ได้ (จิตร สิทธิอมร, 2543)
11. ใช้เป็นเครื่องของการประเมินจากภายนอกเพื่อเพิ่มคุณภาพของบริการที่ได้ (จิตร สิทธิอมร, 2543)

รูปแบบการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผล

รูปแบบของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผล ได้มีการพัฒนาขึ้นในหลายสถาบันได้แก่

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

1.1 การกำหนดเป้าหมาย (Setting aims)

1.2 การกำหนดตัวชี้วัด (Establishing measures)

1.3 การเปลี่ยนแปลงเพื่อนำไปสู่การพัฒนา (Developing changes) การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผล ในรูปแบบ Plan-do-study-act เป็นการปฏิบัติเพื่อพัฒนางานอันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในรูปแบบวงจร ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

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

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

3) การเรียนรู้ (Study) เป็นขั้นตอนของรวบรวมและวิเคราะห์ผลการปฏิบัติ หลังจากนั้นนำผลการวิเคราะห์ที่ได้ไปทำการเปรียบเทียบกับตัวชี้วัดที่ได้ตั้งไว้ รวมทั้งทำการรวบรวมสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติทั้งหมด

4) การปรับปรุงงาน (Act) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของวงจรนี้ ที่สรุปผลของการปฏิบัติงานทั้งหมด เพื่อนำผลที่ได้มาใช้ในการวางแผนเพื่อปรับปรุงก่อนเริ่มขั้นตอนการปฏิบัติงานในวงจรใหม่ต่อไป

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

2.1 การเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสม จากแหล่งต่างๆ และประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติโดยใช้เครื่องมือ The Appraisal of Guideline for Research and Evaluation [AGREE] Instrument ซึ่งประกอบด้วย 6 ขอบเขต โดยเนื้อหาประกอบด้วย

1) ขอบเขตและวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้ (Scope and purpose)

- 2) การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง (Stakeholder involvement)
- 3) ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ (rigor of development)
- 4) ความชัดเจนและการนำเสนอ (clarity and presentation)
- 5) การประยุกต์ใช้ (applicability)
- 6) ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ (editorial independence)

2.2 การวิเคราะห์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยมีการระบุเกี่ยวกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด วิเคราะห์ถึงความสนใจ สรุปให้ได้ถึงระดับของการสนับสนุนและสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ รวมทั้งมีการพัฒนากลยุทธ์เพื่อใช้กับผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด

2.3 การประเมินโครงสร้างความพร้อมทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ วัฒนธรรมองค์กร ระบบการติดต่อสื่อสาร การสนับสนุนจากผู้นำ ความรู้ ทักษะและทัศนคติของกลุ่มเป้าหมาย สัมพันธภาพระหว่างสหสาขาวิชาชีพ บริบทขององค์กรและทรัพยากรต่าง ๆ

2.4 การกำหนดกลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เช่น การนิเทศและการให้ข้อมูล ข้อนกลับ การให้ความรู้ การสนับสนุนด้านวัสดุ การเตือนความจำ และการติดตามเชื่อมจาก บุคคลภายนอก เป็นต้น

2.5 การประเมินผลการปฏิบัติอย่างครบถ้วน ทั้งด้าน โปรแกรม ด้านโครงสร้างด้าน กระบวนการและผลลัพธ์ที่ได้

2.6 การกำหนดงบประมาณในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และกลยุทธ์ที่จะ ทำให้ผู้บริหารให้การสนับสนุนทรัพยากรด้านต่างๆ ที่จำเป็น เช่น ด้านการเงิน ด้านกำลังคนและ ด้านวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น เป็นต้น

3. สภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของออสเตรเลีย (NHMRC, 2000) ได้ เสนอรูปแบบการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ประกอบด้วย

3.1 ขั้นเตรียมการหรือเตรียมความพร้อมของหน่วยงานและบุคลากร ได้แก่ การ เผยแพร่และการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติโดยจัดการอบรม การประชุมแบบมีส่วนร่วม เพื่อหารือร่วมกับทีมงาน การจัดบอร์ดแสดงแนวปฏิบัติในหน่วยงาน รวมถึงการเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ แบบบันทึกที่จำเป็น

3.2 ขั้นวางแผนการใช้และกำกับติดตามการใช้โดยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่ เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการใช้แนวปฏิบัติอย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอในผู้เกี่ยวข้องทุกคน ทุกฝ่าย

3.3 ขั้นดำเนินการซึ่งต้องมีระบบการกำกับติดตาม ประเมิน ปรับปรุงกระบวนการ อย่างต่อเนื่อง

3.4 ชั้นประเมินผลลัพธ์ มีการรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ตามที่ระบุไว้ในแนวปฏิบัติ อย่างเป็นระบบและน่าเชื่อถือ มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ โดยการศึกษาติดตามประสิทธิผลหลังการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

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

1. ปัจจัยด้านบุคคล (Individual factor) ประกอบด้วย

1.1 ความรู้สึกของความเป็นเจ้าของ (Ownership) เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้มีส่วน เกี่ยวข้องมีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

1.2 ภาวะผู้นำที่น่าเชื่อถือ (Credible leadership) ปัจจัยนี้ถึงยังไม่ได้ยืนยันถึงการ ประสบความสำเร็จของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ เพราะยังขึ้นอยู่กับอำนาจบังคับบัญชา ของแต่ละบุคคล ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในองค์กร และความสามารถในการชักชวน ผู้อื่น

1.3 ผู้นำที่มีทัศนคติ (Opinion leaders) ร่วมกับภาวะผู้นำทางคลินิก (clinical leadership) ผู้นำที่มีทัศนคติ (opinion leaders) หมายถึง การเป็นผู้นำที่มีมุมมองในการพัฒนางาน ส่วนภาวะผู้นำ ทางคลินิก (clinical leadership) หมายถึง การที่บุคคลมีพลังอำนาจในตนเองที่จะริเริ่มเพื่อนำไปสู่ การเปลี่ยนแปลงในองค์กร ทั้งสองสิ่งนี้จำเป็นต้องมีและผสมผสานกัน อันจะช่วยให้เกิดการยอมรับ และการยอมตามของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในทั้งในช่วงการพัฒนาแนวปฏิบัติและการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เพราะผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนสำคัญต่อการใช้นโยบายทางคลินิก ส่วนพยาบาลที่ให้คำปรึกษา และให้การสนับสนุนนั้น มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการคงอยู่ของการใช้นโยบายทางคลินิก

2. ปัจจัยด้านทีม (Team factor)

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ต้องเป็นไปโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยการพัฒนา ความเป็นเลิศทางการพยาบาลนั้น ต้องการผู้นำทางคลินิกที่ได้รับการยอมรับจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งควรเป็นสมาชิกในทีม ที่มีบทบาทการเป็นผู้นำในการส่งเสริมการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ มากกว่าบุคคลภายนอก

3. ปัจจัยด้านองค์กร (Organizational factor)

องค์กรเป็นปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในด้านทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง เช่น ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านการเงิน รวมทั้งการสนับสนุนด้านเวลา ซึ่งต้องอาศัยการสนับสนุนด้านนโยบาย จากผู้นำในองค์กรด้วยเช่นกัน

กลยุทธ์ในการส่งเสริมให้นำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

สภาวิจัยทางสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 2000) ได้กล่าวถึงกลยุทธ์ในการส่งเสริมให้มีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ไว้ดังต่อไปนี้ได้แก่

1. การให้ความรู้จากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เป็นการให้ความรู้แก่บุคลากรแบบตัวต่อตัวจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อยกระดับความสามารถให้แก่บุคลากรนั้น ๆ กลยุทธ์นี้เหมาะสำหรับหน่วยงานที่มีขนาดเล็ก แต่ถ้าเป็นหน่วยงานขนาดใหญ่จำเป็นต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง
2. การสร้างระบบสนับสนุนการตัดสินใจและระบบช่วยเตือน เพื่อให้เกิดความสะดวกในการทำงานและง่ายต่อการนำไปใช้อีกทั้งราคาไม่แพง เช่น การติดสติ๊กเกอร์บนแฟ้มข้อมูลผู้ป่วยเพื่อเตือนความจำ เป็นต้น
3. การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการด้านความรู้ เป็นการประชุมของกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพที่มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาหรือปรับปรุงคุณภาพงาน และมีการสร้างมาตรฐานไว้สำหรับบุคลากรทางสุขภาพผู้อื่นได้ใช้ต่อไป
4. การรณรงค์โดยใช้สื่อสารมวลชน เป็นการรณรงค์ผ่านสื่อสารมวลชนสู่กลุ่มเป้าหมาย เช่น ผู้รับบริการ บุคลากรทางสุขภาพ เป็นต้น ผ่านทางหนังสือพิมพ์ วารสารทางวิชาการ รายการวิทยุหรือโทรทัศน์ โดยสื่อดังกล่าวอาจเป็นระดับชาติ หรือเป็นภายในท้องถิ่นก็ได้
5. การจัดกิจกรรมให้ความรู้ที่มีความหลากหลาย เพราะส่งผลดีกว่าการใช้เพียงกิจกรรมเพียงอย่างเดียว โดยผสมผสานกันระหว่างการตรวจสอบ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเตือนความจำ กิจกรรมทางการตลาด หรือ กระบวนการจันทมติภายในหน่วยงาน เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการทำงาน
6. การตรวจสอบและการให้ข้อมูลย้อนกลับ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในหน่วยงานเพื่อสะท้อนข้อมูลให้ผู้ปฏิบัติงาน กลยุทธ์นี้จะประสบผลสำเร็จได้ก็ต่อเมื่อ บุคคลที่เป็นผู้ปฏิบัติงานให้การยอมรับ ตระหนักถึงความจำเป็นของการเปลี่ยนแปลง มีการตอบสนองต่อข้อมูลทันที
7. การใช้ความคิดเห็นของผู้นำในหน่วยงาน ผู้นำต้องเป็นคนที่เพื่อนร่วมงานให้การยอมรับ ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้สร้างนวัตกรรม แต่เป็นผู้ที่มักให้คำปรึกษาทางคลินิกแก่ผู้อื่น มีทักษะ

ในการฟังที่ดี รวมทั้งเป็นผู้มีสมรรถนะในทางคลินิกที่ดีในการดูแลผู้รับบริการ ซึ่งมีศักยภาพเพียงพอที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางคลินิกของบุคคลรอบข้างได้

8. การหาฉันทามติในหน่วยงาน เป็นกระบวนการที่สร้างเพื่อใช้ในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นเฉพาะในหน่วยงานนั้น ๆ ซึ่งผลที่ได้อาจไม่เป็นที่ยอมรับจากหน่วยงานอื่นก็ได้ หรือบางครั้งอาจแก้ไขปัญหาไม่ได้เสมอไป

9. การจัดกิจกรรมสำหรับรับข้อคิดเห็นจากผู้รับบริการ ซึ่งเป็นการรวมข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ เพื่อมุ่งหวังในการเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคลากรทางสุขภาพผ่านทางผู้รับบริการ วิธีการอาจใช้การณรงค์ผ่านสื่อ หรือการรวบรวมข้อมูลทางคลินิกจากผู้รับบริการ โดยตรงก็ได้

10. การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวกับความรู้ต่าง ๆ ซึ่งหมายรวมถึงการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ทุกอย่างที่เกี่ยวข้องความรู้ในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เช่น เอกสารที่เกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิก เอกสารคู่มือในการปฏิบัติงาน เอกสารประกอบการให้ความรู้ และบทความทางวิชาการเกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นต้น อาจเป็นรูปแบบการจัดพิมพ์ รูปแบบวีดิทัศน์ รูปแบบฐานข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ หรือมีการผสมผสานให้หลากหลายขึ้นอยู่กับบริบทของหน่วยงาน

11. การจัดกิจกรรมให้ความรู้ การให้ความรู้สามารถทำได้ในรูปแบบการเรียนการสอน เป็นรายบุคคล หรือการประชุมเชิงปฏิบัติการก็ได้ ซึ่งกลยุทธ์นี้เป็นการเพิ่มความรู้แก่บุคลากรทางสุขภาพ แต่อาจไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติงานก็ได้

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

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

ดังนั้นการนำกลยุทธ์ที่กล่าวมาข้างต้นไปใช้นั้น จำเป็นอย่างยิ่งต้องมีการประยุกต์และปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงานและกลุ่มเป้าหมาย โดยการใช้กลยุทธ์ที่หลากหลาย



ผสมผสานกัน อีกทั้งส่งเสริมให้กลุ่มบุคลากรที่นำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้มีความรู้สึกในความเป็นเจ้าของอีกด้วย

การประเมินประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

ทีมผู้ปฏิบัติจำเป็นต้องยึดหลักในการประเมินผลการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ 6 องค์ประกอบ ดังนี้

1. มีการประเมินผลการเผยแพร่แนวปฏิบัติ ในลักษณะสื่อ เช่น จดหมาย การตีพิมพ์ในวารสาร โปสเตอร์ เป็นต้น ผู้อ่านและผู้ใช้เข้าใจแนวปฏิบัติมากขึ้นเพียงใด สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงการบรรลุเป้าหมายของกลยุทธ์การเผยแพร่หรือไม่

2. มีการประเมินความต่อเนื่องของการใช้แนวปฏิบัติ โดยติดตามและรวบรวมข้อมูลภายหลังจากการเผยแพร่และลงมือปฏิบัติ เพื่อทำการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติและผลลัพธ์ทางสุขภาพ

3. มีการประเมินการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยอาจศึกษาเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงด้านการปฏิบัติทางคลินิกและผลลัพธ์ทางสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ปฏิบัติที่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกกับกลุ่มที่ไม่ได้ปฏิบัติ

4. มีการประเมินความคิดเห็นของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติ โดยประเมินถึงความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงการยอมรับแนวปฏิบัติ พิจารณาจากการประเมินการใช้แนวปฏิบัติที่มีความชัดเจน ข้อมูลน่าเชื่อถือ แสดงให้เห็นความแตกต่างของการใช้แนวปฏิบัติและความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ

5. มีการประเมินผลด้านค่าใช้จ่าย สามารถประเมินจากขั้นตอนการพัฒนา การเผยแพร่และการปฏิบัติ หรือเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ เพื่อให้ทราบถึงผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีภายใต้ค่าใช้จ่ายที่ลดลง

6. มีรายงานผลการประเมินการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยนำเสนอข้อจำกัดประโยชน์ที่ได้รับ ข้อเสนอแนะที่ต้องแก้ไขการนำไปใช้และการติดตาม

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ นั้นก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการให้บริการสุขภาพ เพราะการบริการนั้นเป็น ไปอย่างมีคุณภาพรวมทั้งมีประสิทธิภาพมากขึ้น เกิดมาตรฐานในการให้บริการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน นำไปสู่การใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมโดยมีความคุ้มค่าคุ้มทุนในการให้บริการ ซึ่งเป็นการบูรณาการความรู้ลงสู่การปฏิบัติ อีกทั้งยังใช้เป็น

เครื่องมือในการประเมินเพื่อเพิ่มคุณภาพของการให้บริการ อันนำไปสู่การประกันคุณภาพของการให้บริการสุขภาพอีกด้วย (ฉวีวรรณ ธงชัย, 2549; พงศ์คำ ติลกสกุลชัย, 2549)

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

โดยทั่วไปตัวชี้วัดของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้แบ่งได้ 4 ด้าน ได้แก่

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

ดังนั้น ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผลที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งตัวชี้วัดที่สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพงาน และนำไปเป็นเครื่องมือสำหรับการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น เพื่อนำผลการประเมินที่ได้ไปปรับปรุง วิธีการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องและมีความเหมาะสมต่อไป

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

คำจำกัดความ

มีผู้ให้ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิกไว้ ดังนี้

วิทยา ศรีดามา (2546) กล่าวว่าไว้ว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นข้อความที่ระบุถึงแนวทางในการปฏิบัติที่สร้างขึ้น โดยมีการศึกษาอย่างมีระบบเพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติใช้ประกอบการตัดสินใจหรือใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคนั้น

แดน เมเยอร์ (2004) กล่าวว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นกลุ่มขั้นตอนการปฏิบัติซึ่งเมื่อปฏิบัติตามแล้วก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดโดยผู้ปฏิบัติใช้ประกอบการตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย

กล่าวโดยสรุป ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guidelines [CPGs]) หมายถึง ข้อความหรือข้อเสนอแนะที่อยู่บนพื้นฐานของการทบทวนหลักฐานอย่างมีระบบและได้มีการพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบด้วย โดยมีการสรุปรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อการปฏิบัติเฉพาะเรื่อง เป็นเครื่องมือที่ช่วยในการตัดสินใจแก่กลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ ใช้ในการตัดสินใจให้การดูแลปัญหาสุขภาพแก่ผู้รับบริการ อันนำไปสู่การดูแลที่เหมาะสมต่อภาวะทางคลินิกการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก จึงทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลหรือทำงานเป็นไปในแนวเดียวกัน โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการ (จวีวรรณ ธงชัย และคณะ, 2551; วิภา จีระแพทย์, 2550; NHMRC, 1999; Pearson et al., 2007)

จากแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการจัดการของบุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยผ่านกระบวนการดูแลตนเองนั้นสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถของบุคคลแต่ละคนที่มีการจัดการตามการเรียนรู้ในระดับที่ใช้ความรู้สึกเป็นพื้นฐานและการจัดการดูแลตนเองตามการรับรู้ รวมถึงการพัฒนาความสามารถในการจัดการดูแลตนเองในแต่ละระยะ จนเกิดการเรียนรู้และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต ซึ่งกระบวนการดูแลตนเองดังกล่าวได้ถูกนำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ที่เป็ความดันโลหิตสูงโดย มยุรี มุลสวัสดิ์ และจากการสืบค้นแนวปฏิบัติทางคลินิกจากแหล่งต่างๆพบว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพียงฉบับเดียว ได้แก่แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและมีการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติ โดยเครื่องมือประเมินแนวปฏิบัติจากนั้นแนวปฏิบัติดังกล่าวได้รับการพัฒนาโดยมยุรี มุลสวัสดิ์ และนำมาใช้เป็นแนวปฏิบัติทางการ

พยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอนสำคัญได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย 2) การประเมินระดับความรู้ ความเข้าใจและประสบการณ์ รูปแบบของพฤติกรรมในการจัดการกับความดันโลหิตสูงที่ผ่านมา 3) การปรับการรับรู้สำหรับผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง 4) การส่งเสริมการดูแลตนเองสำหรับผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง 5) การเสริมแรงจิตใจและติดตามอย่างต่อเนื่อง ต่อมา จิตรลดา สมรัตน์ ได้นำแนวปฏิบัติดังกล่าว ไปปรับปรุงเนื้อหาเพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงรายพบว่าผลของการศึกษาได้ยืนยันประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติและนำไปปรับปรุงเนื้อหาเพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงนั้นสามารถลดระดับความดันโลหิตและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความสามารถในการดูแลตนเอง

การศึกษาครั้งนี้จิตรลดา สมรัตน์และทีมพยาบาล ได้มีการปรับสาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิก 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. การสื่อสารระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับผู้สูงอายุที่เป็น โรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากแนวปฏิบัติทางคลินิกเดิม ไม่ได้กล่าวถึงวิธีการสื่อสารระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไว้ จึงมีการเพิ่มเติมเนื้อหาเนื่องจากผู้ศึกษาและพยาบาลวิชาชีพมีความตระหนักว่า ในวัยสูงอายุนี้มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ด้านประสาทสัมผัสทางการได้ยินและการมองเห็นที่ลดลงทำให้เป็นอุปสรรคในการสื่อสารได้ ดังนั้นจึงมีการเพิ่มเนื้อหาในส่วนของ การสื่อสารกับผู้สูงอายุที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงไว้ว่า พยาบาลวิชาชีพควรสื่อสารกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงด้วยการใช้เทคนิคของการสื่อสารเชิงวิชาชีพ (therapeutic communication techniques) เป็นการนำใช้เทคนิคต่างมาใช้ในการสื่อสารเช่น การสะท้อนกลับ (reflecting) การเงียบ (using silence) และการใช้คำถามปลายเปิด (opened questions) เป็นต้น ซึ่งการสื่อสารนั้นต้องให้ความสำคัญทั้งการสื่อสารด้วยคำพูดและการสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด ทั้งในขณะส่งสารและรับสารกับผู้สูงอายุ (Roach, 2001) สำหรับการสื่อสารด้วยคำพูด พยาบาลวิชาชีพควรพูดด้วยถ้อยคำที่ชัดเจน ไม่ควรตะโกน หรือใช้เสียงที่สูง และควรเป็นการพูดกันต่อหน้า (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) คำพูดที่ใช้กับผู้สูงอายุนั้นควรเป็นคำพูดที่เข้าใจง่าย สั้น ได้ใจความ และสื่อความหมายได้ชัดเจน ร่วมกับการพูดซ้ำ ๆ (Brown & Draper, 2003) สำหรับการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูดนั้นพยาบาลควรมีท่าทีสุภาพอ่อนโยน สบตากับผู้สูงอายุที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงขณะพูด มีการแสดงสีหน้าและท่าทางที่เหมาะสม เช่น การยิ้มและพยักหน้าแสดงการชื่นชมและเข้าใจในสิ่งที่ผู้สูงอายุที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงพูด เป็นต้น สำหรับการรับสารจากผู้สูงอายุ พยาบาลวิชาชีพควรมีการรับฟังอย่างตั้งใจ

อาจสรุปคำพูดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นระยะ ๆ เพื่อตรวจสอบให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน (Roach, 2001)

2. การดื่มน้ำที่มีแอลกอฮอล์ ปรับจากเนื้อหาในแนวปฏิบัติทางคลินิกเดิมที่ระบุว่า สำหรับผู้ชายให้ดื่มได้ไม่เกิน 2 หน่วยสุราต่อวัน และ ผู้หญิงดื่มได้ไม่เกิน 1 หน่วยสุราต่อวัน เป็นการดื่มน้ำที่มีแอลกอฮอล์ ในกรณีที่ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงดื่มไม่หนัก ควรให้คำแนะนำให้หยุดดื่ม สำหรับในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมการดื่มที่หนัก แนะนำให้งดหรือควบคุมปริมาณการดื่ม ปริมาณการดื่มน้ำที่มีแอลกอฮอล์สำหรับในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง นั้นการดื่มสามารถดื่มได้เพียงวันละ 1 หน่วยสุรานั้น (Mauk, 2006)

3. การติดตามกำกับประเมินผลตนเองด้วยการตรวจวัดความดันโลหิตเพื่อเปรียบเทียบกับความดันโลหิตของตนเองกับความดันโลหิตเป้าหมาย ปรับจากเนื้อหาของแนวปฏิบัติทางคลินิกเดิมที่ระบุว่าให้วัดความดันโลหิตทุกวัน ปรับเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควรได้รับการวัดความดันโลหิตอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551)

การปรับสาระสำคัญดังกล่าว เพื่อให้สอดคล้องเหมาะสมกับการปฏิบัติจริงในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และบริบทของหน่วยงาน คือคลินิกโรคความดันโลหิตสูงอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย จากการศึกษาพบว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของจิตจรดา สมรัตน์ (2551) สามารถส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและลดระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ ดังนั้นจึงสามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้

สาระสำคัญแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (จิตจรดา สมรัตน์, 2551) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล โดยพยาบาลจะมีการแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการสอนและฝึกทักษะในการดูแลตนเองเมื่อเป็นความดันโลหิตสูง (Level A-C)

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินระยะการรับรู้ ความเข้าใจ ประสบการณ์ และรูปแบบของพฤติกรรมในการจัดการความดันโลหิตสูงที่ผ่านมา (Level C) โดยแบ่งรูปแบบการรับรู้และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเป็น 4 รูปแบบ คือ

- 2.1 เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงครั้งแรก
- 2.2 เมื่อรู้ว่าความดันโลหิตสูงรักษาไม่หายแต่มีความหวังว่าจะหายได้
- 2.3 มีอับรู้ว่าการเป็นความดันโลหิตสูงชีวิตเสี่ยงต่ออันตราย

2.4 เมื่อรับรู้ว่าคุณค่าความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัว

ขั้นตอนที่ 3 การปรับการรับรู้สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (Level A-C)

ประกอบด้วย

3.1 ธรรมชาติของความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่ไม่มีอาการแสดงออกที่ชัดเจนจะทราบได้เมื่อวัดความดันโลหิต ซึ่งเป้าหมายของการควบคุมระดับของความดันโลหิตสูงควรน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท นอกจากนี้แล้วผู้ที่เป็ความดันโลหิตสูงในแต่ละระยะควรให้คำแนะนำเพิ่มเติมจากความรู้เบื้องต้น นอกจากนี้ควรได้รับคำแนะนำเพิ่มเติม ดังนี้

3.1.1 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงครั้งแรก (การปรับพฤติกรรมเรื่องการรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนักไม่ให้เกินมาตรฐาน จำกัดการรับประทานโซเดียมไม่เกิน 2,400 มิลลิกรัมต่อวัน หรือเกลือไม่เกิน 1 ช้อนชา หรือน้ำปลาไม่เกิน 2 ช้อนโต๊ะต่อวัน ร่วมกับการเพิ่มการออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม ร่วมกับการ รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

3.1.2 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงระยะที่ 2 ที่มีการรับรู้ว่าคุณค่าความดันโลหิตสูงเป็นโรครักษาไม่หายแต่มีความหวังว่ารักษาหายได้ซึ่งผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงระยะนี้ มักจะได้รับคำแนะนำการรักษาโรคความดันโลหิตสูง จากคนในชุมชนและคนใกล้ชิดของเขา จึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับ ลักษณะของ โรคความดันโลหิตสูง เป้าหมายของการรักษาและวิธีการดูแลตนเองเมื่อเป็น โรคความดันโลหิตสูงดังที่กล่าวมาข้างต้น และการประเมินและติดตามการใช้ยาบำบัดทางเลือกอื่นๆ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

3.1.3 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงระยะที่ 3 ที่รับรู้ว่าคุณค่าชีวิตเสี่ยงต่ออันตราย มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการความดันโลหิตสูงที่กลับมารุนแรง เกิดความกลัวโรคแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่สำคัญ จึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับลักษณะของโรคความดันโลหิตสูง เป้าหมายการรักษา รวมถึงการลดความเครียด

3.1.4 ผู้สูงอายุระยะที่ 4 มีการรับรู้ว่าเป็นโรคประจำตัวที่รักษาไม่หายแต่สามารถควบคุมได้มีความรู้เกี่ยวกับลักษณะของโรคความดันโลหิตสูงต้องปรับการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา

ขั้นตอนที่ 4 การส่งเสริมการดูแลตนเอง สำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย (Level A-D)

4.1 การตั้งเป้าหมายและหาแนวทางปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายของการดูแลตนเอง ร่วมกับผู้สูงอายุและครอบครัวเนื่องจากการตั้งเป้าหมายเป็นการกระตุ้นและจูงใจให้ผู้สูงอายุพยายามปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและเกิดความพึงพอใจเมื่อเกิดความสำเร็จ

4.2 การสอน หรือทั้งสอนและฝึกทักษะการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่ เรื่องการจำกัดการรับประทานโซเดียม ส่วนประกอบของอาหารที่มีโซเดียม การอ่านฉลากข้างผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่ม การเปรียบเทียบปริมาณโซเดียมหรือเกลือที่เหมาะสม การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การรับประทานยา การเลิกบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ขั้นตอนที่ 5 การเสริมแรงจูงใจใน การติดตามอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ เปิดโอกาสและสนับสนุนให้ครอบครัว คนใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

5.1 เปิดโอกาสและสนับสนุนครอบครัวและคนใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

5.2 ส่งจดหมายหรือโทรศัพท์ไปหาผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหรือผู้ดูแล

5.3 จัดทำสมุดบันทึกค่าความดันโลหิต น้ำหนักและผลตรวจเลือด สอนลงบันทึก และการเขียนปัญหาและอุปสรรครวมถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น

5.4 การแจ้งแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในชุมชน

5.5 ร่วมกันอภิปรายปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งที่ผู้สูงอายุ/ครอบครัวบันทึกไว้ในสมุดบันทึกก่อนมาตรวจ

การปฏิบัติกรพยาบาล โดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ที่ช่วยให้พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานเป็นไปในทางเดียวกัน และมีการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างเป็นเหมาะสม ซึ่งสามารถส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและลดระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ ดังนั้นจึงควรมีการนำแนวปฏิบัติดังกล่าวไปใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริการจากบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ส่งเสริมให้เกิดการทำงานเป็นทีม ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลให้เป็นมาตรฐานเดียวกันและนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ต่อไป

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษาค้างนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ โดยผู้ศึกษาจะดำเนินการตามกระบวนการและขั้นตอนตามกรอบแนวคิดการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในคลินิกของสภาวิจัยทางสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 2000) ได้ประยุกต์รูปแบบ PDSA (plan-do-study-act) จากแนวคิดของสถาบันพัฒนาการดูแลสุขภาพ (Institute for Healthcare Improvement) การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผล ในรูปแบบ Plan-do-study-act เป็นการปฏิบัติเพื่อการพัฒนางานอันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในรูปแบบวงจร ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้ 1) การวางแผน (Plan) เป็นการกำหนดวัตถุประสงค์ประสงค์ของการปฏิบัติงาน หรือผลลัพธ์ที่ทีมปฏิบัติต้องการให้เกิด รวมทั้งมีการกำหนดกิจกรรม อุปกรณ์ที่ใช้ ระยะเวลา และผู้รับผิดชอบในแต่ละกิจกรรม 2) การปฏิบัติการ (Do) เป็นขั้นตอนนำแผนที่วางไว้ไปสู่การปฏิบัติจริง ซึ่งขั้นตอนนี้จะมีการบันทึกสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นด้วย ได้แก่ ปัญหาต่างๆ หรือสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่กำหนดด้วย และมีการทบทวนผลงานเป็นระยะ ๆ 3) การเรียนรู้ (Study) เป็นขั้นตอนของรวบรวมและวิเคราะห์ผลการปฏิบัติ หลังจากนั้นนำผลการวิเคราะห์ที่ได้ไปทำการเปรียบเทียบกับตัวชี้วัดที่ได้ตั้งไว้ รวมทั้งทำการรวบรวมสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติทั้งหมด 4) การปรับปรุงงาน (Act) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของวงจรนี้ ที่สรุปผลของการปฏิบัติงานทั้งหมด เพื่อนำผลที่ได้มาใช้ในการวางแผนเพื่อปรับปรุงก่อนเริ่มขั้นตอนการปฏิบัติงานในวงจรใหม่ต่อไป