

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงรายผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 1.1 ประเภทของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 1.2 สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 1.3 แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
2. การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.1 ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
 - 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.3 การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
 - 2.4 การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
3. การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้
 - 3.1 ขั้นตอนการใช้และกลยุทธ์
4. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ภาวะที่มีความดันโลหิตสูงกว่าปกติ ในขณะที่พัก และคงสูงอยู่ตลอดเวลา องค์การอนามัยโลก กำหนดไว้ในปี 2003 ว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตวัดได้มากกว่า 140 /90 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งในคนปกติไม่ควรจะเกิน 130/85 มิลลิเมตรปรอท และจากข้อตกลงร่วมกันของรายงานการประชุมฉบับที่ 7 ของคณะกรรมการแห่งชาติด้านการป้องกัน การวินิจฉัย การประเมินผลและการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ประเทศสหรัฐอเมริกา (Joint National Committee [JNC 7], 2004) หมายถึงภาวะที่มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ในขณะที่พักในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน โรคไตต้องมีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวตั้งแต่ 130 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 80 มิลลิเมตรปรอท

ประเภทของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

การแบ่งประเภทของโรคความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งได้เป็นหลายประเภทและใช้แนวทางเช่นเดียวกับผู้ใหญ่มากจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การแบ่งประเภทความดันโลหิตมีดังนี้คือ

1. การจำแนกประเภทของระดับความดันโลหิตตามอัตราการเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (Joint National committee [JNC 7], 2004) ได้จำแนกประเภทของระดับความดันโลหิตตามอัตราการเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด คือความดันโลหิตปกติ คือความดันซิสโตลิก <120 มิลลิเมตรปรอท ความดันไดแอสโตลิก <80 มิลลิเมตรปรอท ,ความดันโลหิตค่อนข้างสูง คือความดันซิสโตลิก 120-139 มิลลิเมตรปรอท, ความดันไดแอสโตลิก 80-89 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตสูง ระยะที่ 1 คือความดันซิสโตลิก 140-159 มิลลิเมตรปรอท ความดันไดแอสโตลิก 90-99 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตสูง ระยะที่ 2 คือความดันซิสโตลิก ≥ 160 มิลลิเมตรปรอท ความดันไดแอสโตลิก ≥ 100 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตสูงเฉพาะซิสโตลิก > 140 มิลลิเมตรปรอท ความดันไดแอสโตลิก > 90 มิลลิเมตรปรอท

2. จำแนกความรุนแรงของความดันโลหิตสูงตามการเสื่อมสมรรถภาพของอวัยวะต่างๆ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ (WHO,2003)

2.1 ความรุนแรงระดับ 1 เมื่อตรวจไม่พบความเสื่อมสมรรถภาพของอวัยวะต่างๆ

2.2 ความรุนแรงระดับ 2 เมื่อตรวจพบอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

ก. เวนทรีเคิลซ้ายโต

ข. หลอดเลือดแดงฝอยของเรตินามีการตีบทั่วๆ ไป หรือเฉพาะบางส่วน

ค. อัลบูมินในปัสสาวะหรือครีเอตินิน (creatinine) ในเลือดสูงผิดปกติ

2.3 ความรุนแรงระดับ 3 มีอาการและสิ่งตรวจพบว่ามีสมรรถภาพของอวัยวะต่างๆ เสื่อม เป็นผลสืบเนื่องจากความดันโลหิตสูงได้แก่ ภาวะหัวใจวาย อัมพาตเกิดจากเลือดออกในเนื้อสมองหรือภาวะสมองบวมจากความดันโลหิตสูงชนิดร้ายแรง (hypertensive encephalopathy) ความผิดปกติของจอภาพนัยน์ตาในระดับ 3 หรือ 4 (hypertensive retinopathy grade 3 หรือ grade 4)

3. จำแนกประเภทตามสาเหตุ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจำแนกประเภทความดันโลหิตสูงตามสาเหตุซึ่งโดยส่วนใหญ่แบ่งเป็น 2 ประเภทดังนี้

3.1 ความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุ (Secondary hypertension) ได้แก่โรคของเนื้อไต และหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตเป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูงที่พบบ่อยเชื่อว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ภาวะไตวายมักจะทำให้เกิดการคั่งของน้ำ และโซเดียมทำให้เกิดความดันโลหิตสูง (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2542) โรคของไตที่เป็นสาเหตุให้เกิดความดันโลหิตสูงที่พบบ่อย ได้แก่ ไตอักเสบ โรคไตจากเบาหวาน หรือแพ้ภูมิตนเอง (systemic lupus erythematosus) โรคนี้วเป็นต้น เมื่อหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตตีบ เลือดไปเลี้ยงไตจะลดลง ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญอย่างหนึ่งของความดันโลหิตสูง เรียกว่า renal vascular hypertension

3.1.1 ความผิดปกติทางระบบต่อมไร้ท่อมีบทบาทสำคัญที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง aldosterone มีบทบาทในการกระตุ้นการดูดซึม โซเดียม แลกเปลี่ยนกับโปแทสเซียม ทำให้มีการคั่งของโซเดียม ปริมาตรของพลาสมาจะเพิ่มขึ้นความดันโลหิตจึงสูงขึ้น ผู้ป่วยจะมีลักษณะหน้ากลมหลังโหนก แขนขาอ้วน (Cushing's syndrome) มีหนองในผู้หญิง

3.1.2 จากยาและปฏิกิริยาของยา (drugs interaction) เช่นยากุมกำเนิด (oral contraceptives) ทำให้ผู้หญิงบางคนเกิดความดันโลหิตสูงได้

3.1.3 ความผิดปกติทางระบบประสาท เช่น คนที่มีความวิตกกังวล

3.2 ความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ (Primary หรือ Essential hypertension) ได้แก่

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เป็นความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 90 จัดอยู่ในกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุ พบว่ามักจะมีญาติสายตรงในครอบครัวเป็นความดันโลหิตสูงด้วย การสร้างฮอร์โมนบางชนิดที่มีผลต่อการเก็บเกลือโซเดียมมากผิดปกติ การรับประทานเกลือโซเดียมมากเป็นเวลานาน การรับประทานโปแตสเซียมและแคลเซียมไม่เพียงพอ การขาดสารขยายหลอดเลือด ความผิดปกติแต่กำเนิดของเส้นเลือด ความอ้วน ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้จะมีผลต่อความดันโลหิตโดยการเพิ่มปริมาตรเลือดที่หัวใจสูบฉีดใน 1 นาที (cardiac output) หรือการเพิ่มแรงต้านของหลอดเลือด (peripheral resistance) จึงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นเนื่องจาก $\text{Blood pressure (BP)} = \text{cardiac output (CO)} \times \text{peripheral resistance (PR)}$

องค์ประกอบด้านพันธุกรรม (Genetic factor) พบว่าภาวะความดันโลหิตสูงมักพบในครอบครัวเดียวกัน แต่ไม่ชัดเจน เด็กและญาติพี่น้องของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงการรับประทานเกลือโซเดียม ในประชากรที่รับประทานเกลือโซเดียมน้อยกว่า 3 กรัมต่อวันมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงน้อยมาก ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงถ้าลดปริมาณเกลือโซเดียมเหลือเพียง 3-5 กรัมต่อวัน จะช่วยลดความดันโลหิตลงได้

ผนังหลอดเลือดหนาตัวขึ้น (Vascular hypertrophy) พบว่าชั้น tunica media หนาตัวขึ้นทำให้รู้หลอดเลือดแคบลงถึงร้อยละ 29 จากผลของฮอร์โมนหลายชนิด ทำให้ความต้านทานในหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มสูงขึ้นเป็นการถาวร

ภาวะอินซูลินในเลือดสูงมากเกินไป (Hyperinsulinemia) ภาวะความดันโลหิตสูงพบได้บ่อยในคนอ้วน ซึ่งมักจะมีอินซูลินสูงในเลือด ซึ่งพบว่าเกิดความดันโลหิตสูงมากที่สุด เมื่อมีอินซูลินสูงในเลือดจะชักนำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้โดยอินซูลินมีผลดังนี้ กระตุ้นให้มีการดูดซึมโซเดียมกลับมากขึ้น ทำให้ปริมาตรพลาสมาเพิ่มขึ้น กระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกทำให้หลอดเลือดหดตัว กระตุ้นการเจริญเติบโตของเยื่อชั้นในและกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด มีผลต่อกรดไขมันอิสระในเลือด

ระบบเรนินแองจิโอเทนซิน (Renin angiotensin system) ระดับเรนินในพลาสมาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุแตกต่างกันเป็น 3 กลุ่มคือกลุ่มที่มีเรนินต่ำ (Low renin essential hypertension) ทำให้เกิดภาวะโซเดียมกั่งและปริมาณของพลาสมาเพิ่มขึ้น กลุ่มที่มีระดับเรนินปกติและสูง (Normal and high renin essential hypertension) ในภาวะที่ความดันโลหิตสูง บางส่วนขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากมีการตีบตัวของหลอดเลือด จะหลั่งเรนิน

ออกมามาก ระดับเรนนินรวมในเลือดมากจากหน่วยไตทั้งหมด จึงอาจจะปกติหรือสูงก็ได้ ทำให้หน่วยไตทั้งหมดไม่สามารถขับโซเดียมส่วนเกินออกได้ตามปกติ

จะเห็นว่ามีการแบ่งชนิดของโรคความดันโลหิตสูงได้หลายแบบเช่นเดียวกับวัยผู้ใหญ่ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจะใช้แนวทางจากข้อสรุปในรายงานฉบับที่ 7 ของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ในการจำแนกประเภทของระดับความดันโลหิตตามอัตราการเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งประกอบด้วย 4 ระดับ ได้แก่ 1) ความดันโลหิตปกติ คือ ความดันซิสโตลิก < 120 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิก < 80 มิลลิเมตรปรอท 2) ความดันโลหิตก่อนข้างสูง (Pre-hypertension) คือความดันซิสโตลิก 120-139 มิลลิเมตรปรอทและความดันไดแอสโตลิก 80-89 มิลลิเมตรปรอท 3) ความดันโลหิตสูง ระยะที่ 1 (Hypertension stage 1) มีความดันซิสโตลิก 140-159 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิก 90-99 มิลลิเมตรปรอท 4) ความดันโลหิตสูง ระยะที่ 2 (Hypertension stage 2) โดยผู้ป่วยจะมีความดันซิสโตลิก ≥ 160 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิก ≥ 100 มิลลิเมตรปรอท (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1

ระดับความดันโลหิตสูง (มิลลิเมตรปรอท) จำแนกตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป จนถึงผู้สูงอายุ

ประเภท	Systolic blood pressure mmHg	Diastolic blood pressure mmHg
ปกติ	<120	<80
Pre hypertension	120-139	80-89
Hypertension stage 1	140-159	90-99
Hypertension stage 2	≥ 160	≥ 100

หมายเหตุ. แหล่งที่มาจาก *The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure (JNC 7)*, by Joint National Committee, 2004, Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services.

สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

ความสูงวัยของผู้สูงอายุมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง 3 ส่วน คือ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายทำให้การทำงานของหัวใจปอดและหลอดเลือดเสื่อมและลดประสิทธิภาพลง ส่งผลทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น (อดุลย์ รัตนมโนเกษม, 2538) กระบวนการสูงอายุ (aging process) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายโดยเฉพาะระบบหัวใจและหลอดเลือด เมื่ออายุมากขึ้นหลอดเลือดของผู้สูงอายุจะมีการแข็งตัวและเสียความยืดหยุ่น ทำให้เกิดแรงต้านในหลอดเลือดมากขึ้นยืดหยุ่น ซึ่งเกิดขึ้นตั้งแต่อายุ 30 ปี เป็นต้นไป ทำให้ความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นเรื่อยๆ ตามอายุที่มากขึ้น หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้นและเกิดปัญหาหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure) และผลรวมของความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย (total peripheral resistant [TPR]) เพิ่มขึ้น แต่ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที ไม่เปลี่ยนแปลง เพราะหัวใจจะมีการปรับตัวในด้านการขยายขนาดโดยเฉพาะหัวใจห้องล่างซ้าย ทำให้ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวสูงขึ้น

การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายในผู้สูงอายุ ที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตได้แก่

1. เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังของหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เกิดจากการที่หลอดเลือดแดงตีบแคบเล็กลง หรือการหดตัวของหลอดเลือดเล็กๆ ทั่วร่างกาย การที่หลอดเลือดแดงแคบเล็กลงหรือหดตัวนั้นจะทำให้เลือด ที่จะไปเลี้ยงร่างกายผ่านหลอดเลือดดังกล่าวได้ช้าและน้อยลง ทำให้หัวใจต้องสูบฉีดเลือดแรงขึ้นเพื่อที่จะได้มีเลือด ไปเลี้ยงร่างกายได้เพียงพอ ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิด congestive heart failure (สมจิต หนูเจริญกุล, 2542) ความดันโลหิตสูงเป็นตัวเร่งให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดง แข็งตัวโดยผนังหลอดเลือดแดงอ่อนแอลง เนื่องจากแรงดันที่เพิ่มขึ้นเพื่อพยายามให้เลือดไหลผ่าน หลอดเลือดที่มีสิ่งมาเกาะตามผนัง เช่น ไขมัน และสิ่งอื่น ด้วยเหตุผลที่ว่าความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ความดันโลหิตจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดในสมอง (stroke) โรคไตและโรคของหลอดเลือดของหัวใจ (WHO, 2003) และส่งผลให้แรงต้านภายในหลอดเลือดมีมากขึ้น ระดับความดันโลหิตเกิดขึ้นโดยแรงดันเลือดจากหัวใจเข้าสู่หลอดเลือดแดง ปริมาณของของเหลวในระบบหลอดเลือด (ซึ่งขึ้นกับความเข้มข้นของโซเดียมในเลือด) และความต้านทานของกล้ามเนื้อของผนังหลอดเลือด กลไกที่มีปฏิกริยาต่อการควบคุมระดับความดันเลือดให้อยู่ในระดับปกติ ได้แก่ ไต คือมีการหลั่งฮอร์โมน การปรับความ

สมดุลของน้ำและการขับโซเดียม และระบบประสาทอัตโนมัติ (sympathetic nervous system: SNS) เมื่อหน้าที่เหล่านี้สูญเสียความควบคุมจะทำให้เกิดความดันโลหิตสูง

2. ความเสื่อมของระบบหัวใจและหลอดเลือด ระดับความดันโลหิตสูงส่งผลทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและโรคหัวใจขาดเลือดซึ่งเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจมีการหนาตัวมากขึ้นทำให้มีปริมาณเลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลง หัวใจต้องทำงานมากขึ้น ส่งผลให้เกิดโรคหัวใจวายตามมา (สมจิต หนูเจริญกุล, 2542) คือการที่หัวใจห้องล่างซ้ายทำงานหนักมากขึ้นเพื่อบีบไล่เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายเพื่อต้านแรงของหลอดเลือดแดงที่เพิ่มมากขึ้นซึ่งในระยะแรกกล้ามเนื้อจะมีการปรับตัวโดยที่กล้ามเนื้อหัวใจจะขยายขนาดเพิ่มขึ้น ทำให้หัวใจห้องล่างโตขึ้นถ้าภาวะนี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานทำให้กล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถขยายตัวได้อีก ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง เกิดภาวะหัวใจวายได้ หรืออาจเกิดจากผลของความดันโลหิตที่สูงขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดแดงโดยมีการแข็งตัวมากขึ้น จากการมีปริมาณคอลลาเจน (collagen) และแคลเซียมที่เพิ่มสูงขึ้นในผนังเส้นเลือดขาดความยืดหยุ่น ส่วนปริมาณของอีลาสติน (elastin) นั้นลดลง ทำให้มีความต้านทานของเส้นเลือดสูงขึ้นแต่ความยืดหยุ่นนั้นกลับลดลง ส่งผลให้ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวสูงขึ้น ในผู้สูงอายุแล้วยังพบภาวะที่ความดันโลหิตสูงเฉพาะค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวมากกว่าวัยอื่นอีกด้วย ซึ่งการที่ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวไม่สูง ในขณะที่ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวสูง ทำให้ผลต่างของความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (pulse pressure) นั้นกว้างขึ้น

3. สมอง ความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองมีการแข็งตัว ดิบแคบ ผนังหลอดเลือดมีการโป่งพองขยายตัว หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่นเมื่อมีแรงต้านในหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น หลอดเลือดอาจตีบ แตก ตัน ได้ง่ายส่งผลให้สมองได้รับอันตรายอาจรุนแรงถึงเสียชีวิต ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น 3-4 เท่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีระดับความดันปกติ (WHO, 2003)

4. ความไวของบาโรรีเซพเตอร์ (baroreceptor) ที่อยู่ในหลอดเลือดของผู้สูงอายุลดลง เกิดจากสาเหตุ 3 ประการได้แก่ การไม่สมดุลระหว่างสารเร่งออกซิเดชั่นและสารต้านออกซิเดชั่นในร่างกาย ทำให้เกิดภาวะออกซิเดชั่นมากขึ้น (oxidative stress) ส่งผลให้สารไนตริกออกไซด์ (nitric oxide) ซึ่งช่วยให้หลอดเลือดขยายตัวมีจำนวนลดลง ทำให้เซลล์เยื่อผนังหลอดเลือดมีการเสียหายที่ การแข็งตัวของหลอดเลือดที่เกิดจากความเสื่อมของโครงสร้างของหลอดเลือดตามวัย และการตอบสนองต่อโคลิเนอจิกของหัวใจที่ลดลงตามอายุ ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

สรุปโรคความดันโลหิตสูงหากไม่ได้รับการรักษาที่ีอาจส่งผลกระทบต่ออันตรายจากการที่ระดับความดันโลหิตสูงมากกว่าระดับปกติ เช่นหลอดเลือดแดงแข็งตัว หัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง

เจ็บพลัน หัวใจโตและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ แดกดันได้ คือภาวะอัมพฤกษ์ อัมพาต ซึ่งการรักษาโรคความดันโลหิตสูงมีทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยเฉพาะการใช้ยาพบว่าหากมีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุ จะทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้เป็นปกติได้

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุใช้แนวทางเดียวกันกับแนวทางการรักษาในวัยผู้ใหญ่ซึ่งแนวทางการรักษาที่ใช้ในโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงรายได้นำแนวทางการรักษาจากกระทรวงสาธารณสุขซึ่งได้ประยุกต์มาจากข้อสรุปการประชุมของ JNC 7 เป็นแนวทางในการรักษา

การรักษาในผู้สูงอายุ จะเน้นที่การควบคุมความดันโลหิตเป้าหมายคือควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลงจนอยู่ในระดับที่น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคเบาหวานหรือโรคไตร่วมด้วยนั้นควรควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งแนวทางในการรักษาแบ่งออกได้เป็น 2 วิธี (JNC 7, 2004; WHO, 2003) ดังนี้

1. การรักษาที่ไม่ใช้ยา

แนวทางในการป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยาทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิต กระทำได้โดยการปรับพฤติกรรมการบริโภคหรือการควบคุมอาหารโดยเฉพาะอาหารที่มีปริมาณโซเดียมมาก โดยปกติไม่ควรรับประทานเกลือเกิน 2 ช้อนชา (6 กรัม) ต่อวัน เนื่องจากการรับประทานเกลือน้อยสามารถลดความดันซิสโตลิก ได้ถึง 11 มิลลิเมตรปรอท การลดน้ำหนักตัว โดยเฉพาะคนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน พบว่าทุก 1 กิโลกรัม จะทำให้ความดันโลหิตลดลง 2.5/1.5 มิลลิเมตรปรอท การออกกำลังกายสม่ำเสมอ 5 ครั้ง/สัปดาห์ อย่างน้อย 30 นาที ต่อครั้ง จะช่วยลดค่าความดันโลหิต ซิสโตลิก ได้ถึง 2-10 มิลลิเมตรปรอท ประกอบกับการทำจิตใจให้สบาย ไม่เครียด ซึ่งพบว่า ภาวะเครียดจะทำให้หลอดเลือดทั่วทั้งร่างกายตีบตัน เพิ่มความต้านทานหลอดเลือดทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น รวมทั้งการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ การลด ละ เลิก การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การจำกัดการบริโภคแอลกอฮอล์ไม่เกิน 1 ครั้งต่อวัน จะสามารถลดความดันซิสโตลิก 2-4 มิลลิเมตรปรอท การวางแผนรับประทานอาหารให้เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (Adoption of Dietary Approaches to Stop Hypertension Eating Plan: DASH)

2. การรักษาที่ใช้ยา โดยแบ่งเป็นการใช้ยา 5 กลุ่ม ซึ่งมีกลไกการออกฤทธิ์แตกต่างกัน ยาในแต่ละกลุ่มมีทั้งข้อดีและข้อเสียที่ต้องนำมาประกอบการพิจารณาเลือกใช้ตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ยาทั้ง 5 กลุ่ม ได้แก่

2.1 ยาขับปัสสาวะ (diuretics) เป็นยาที่ได้รับความนิยมสูงในการรักษาความดันโลหิตสูงที่ไม่รุนแรง ตลอดจนเป็นยาที่ใช้ร่วมกับยากลุ่มอื่นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมความดันได้เป็นอย่างดี ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ในการควบคุมความดันได้ดีที่ขนาดยาต่ำๆ ทั้งนี้การเพิ่มขนาดยาให้สูงขึ้นไม่ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น แต่จะเพิ่มอาการไม่พึงประสงค์ของยาเช่นทำให้ระดับกรดยูริกหรือระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น และผลที่สำคัญคือการทำให้ระดับโปตัสเซียมต่ำที่อาจก่อให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะขึ้นได้

2.2 ยากลุ่มต้านเบต้า (beta-blockers) ใช้รักษาความดันโลหิตสูงทุกระดับความรุนแรงสามารถใช้ได้ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มี angina, post-myocardial infarction, tachycardia arrhythmia ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีความเสื่อมสภาพของการทำงานของหน่วยไต ยาในกลุ่มนี้นอกจากลดความดันแล้ว จะมีฤทธิ์ลดการทำงานของหัวใจ จึงห้ามใช้ผู้ที่มี second หรือ third degree heart block รวมทั้งห้ามใช้ในผู้ป่วยโรคหอบหืด นอกจากนี้ยากลุ่มนี้อาจทำให้เกิดอาการมือเท้าเย็น นอนไม่หลับ ผื่นร่าย ผู้ป่วยอาจรู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า บางรายอาจเสื่อมสมรรถภาพทางเพศได้ ยากลุ่ม beta-blockers ยังมีผลทำให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูง และไขมันในเลือดสูง ดังนั้นในผู้ป่วยเบาหวานหรือผู้ป่วยที่มีไขมันในเลือดสูงที่ใช้ beta-blockers จึงต้องระวังผลดังกล่าวด้วย

2.3 ยากลุ่มต้านแคลเซียม (calcium channel blockers) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์เป็นยาขยายหลอดเลือดทำให้สามารถลดความดันโลหิตได้ แต่ยาในกลุ่มนี้แต่ละตัวอาจมีผลต่อการทำงานของหัวใจต่างกัน เช่น nifedipine, amlodipine, felodipine จะเพิ่มอัตราเต้นของหัวใจ แต่บางตัวเช่น verapamil, diltiazem ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ซึ่งความแตกต่างนี้จะใช้เป็นที่ช่วยพิจารณาในการเลือกใช้ยาสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน ผลข้างเคียงที่พบบ่อยของยาในกลุ่มนี้คือ เท้าบวม ปวดศีรษะ หน้าแดง nifedipine เป็นยาที่ได้รับความนิยมและมีผลข้างเคียงไม่มากนัก แต่ส่วน verapamil, diltiazem อาจทำให้เกิดอาการท้องผูก และ เกิด heart block ได้จึงไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

2.4 ยากลุ่มที่ยับยั้งการทำงานของการสร้างแองจิโอเทนซิน (angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEI) และ angiotensin II receptor antagonists (AII antagonists)

2.4.1 ACEI ยาในกลุ่มนี้เป็นยากลุ่มที่ได้รับความนิยมมากกลุ่มหนึ่ง เนื่องจากประสิทธิภาพที่ดีในการลดความดัน และมีผลในการป้องกันการเกิดภาวะหัวใจโต ตลอดจนยังมีผลดีต่อไตและหลอดเลือดที่ไตจึงสามารถใช้ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงและผู้ป่วย

เบาหวานที่มีภาวะโรคไตร่วมด้วย ผลข้างเคียงที่พบบ่อยของยาในกลุ่มนี้คืออาการไอแห้งๆ โดยเฉพาะในสตรีและผู้สูงอายุ อาการอื่นเช่นการรับรสเปลี่ยนไป ระดับโพแทสเซียมสูง ความดันโลหิตต่ำโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อใช้ยาเป็นครั้งแรกซึ่งต้องระวังอย่างมากในผู้ที่ได้รับยาขับปัสสาวะปริมาณสูงหรือผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ยานี้มีข้อห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดที่ไตตีบเพราะจะทำให้เกิดไตวายเฉียบพลันได้ นอกจากนี้ยังห้ามใช้ในสตรีมีครรภ์เพราะมีความเสี่ยงจะทำให้ทารกผิดปกติและมีความดันโลหิตลดลง

2.4.2 AII antagonists ยาในกลุ่มนี้ให้ผลในการรักษาและอาการข้างเคียงจะคล้ายคลึงกับการใช้ ACEI แต่ไม่เกิดอาการไอเหมือนกับผู้ใช้ ACEI

2.5 ยากลุ่มต้านแอลฟา (alpha-blockers) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์เป็นยาขยายหลอดเลือด อาการข้างเคียงที่สำคัญจากการใช้ยาในกลุ่มนี้คือทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า รวมทั้งอาการปวดศีรษะและอ่อนเพลียซึ่งเป็นอาการที่พบได้ในการใช้ยาลดความดันโลหิตทั่วไป ยาในกลุ่มนี้มีข้อดีคือไม่มีผลข้างเคียงทางการเผาผลาญ และระดับไขมัน แต่อย่างไรก็ตามผลทางคลินิกของยากลุ่มนี้กลับไม่ดีนัก ในปัจจุบันยากลุ่มนี้ไม่เป็นที่นิยมใช้มากนักในการควบคุมความดันโลหิต แต่ยังมีที่ใช้บ้างในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของไขมัน หรือในผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต

หลักเกณฑ์การเริ่มให้การรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

การเริ่มการรักษากระทำได้ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของคณะกรรมการแห่งชาติด้านการป้องกัน การวินิจฉัย การประเมินผลและการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ประเทศสหรัฐอเมริกา (Joint National Committee [JNC 7], 2004) และแนวปฏิบัติการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของสมาคมโรคความดันโลหิตสูง (2551) โดยสรุปได้ดังนี้คือ

1. เริ่มต้นด้วยยาตัวเดียวในขนาดยาต่ำสุดที่มีวางจำหน่ายโดยตามแนวทางการรักษาของสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2551) แนะนำให้ใช้เป็นชนิดแรก คือยาขับปัสสาวะ (diuretics) เพื่อลดผลไม่พึงประสงค์ของยา ถ้าผู้ป่วยตอบสนองดีต่อยาเพียงตัวเดียวแต่ยังควบคุมความดันโลหิตได้เพียงช่วงสั้นๆ ก็ควรจะเพิ่มขนาดยาถ้าผู้ป่วยทนยาได้ดีและมีการนัดผู้ป่วยเป็นระยะๆ

2. การใช้ยาร่วมกันอย่างเหมาะสม ก็เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตให้ได้มากที่สุด ขณะที่ขบวนการปรับตัวของร่างกายเมื่อความดันโลหิตลดลงเกิดน้อยที่สุด และลด

ผลข้างเคียงให้เหลือน้อยที่สุด บ่อยครั้งที่มักเพิ่มยาตัวที่สองในขนาดต่ำๆ มากกว่าการเพิ่มขนาดยาตัวแรก ซึ่งวิธีนี้ยาทั้งสองตัวที่ใช้จะมีขนาดต่ำๆ ทำให้ปราศจากผลข้างเคียง

ยาลดความดันโลหิตที่ใช้ร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น

1. Diuretic และ beta-blockers
2. Calcium antagonist และ ACE inhibitor
3. Diuretic และ ACE inhibitors (หรือ A-II antagonists)
4. alpha-blocker และ beta-blocker
5. Calcium antagonist (DHP) และ beta-blocker

การใช้ยาร่วมกันจะเกิดประโยชน์น้อย ถ้ายาที่ใช้ร่วมกันนั้นมีกลไกการออกฤทธิ์คล้ายกัน หรือมีผลข้างเคียงคล้ายคลึงกัน ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดผลไม่พึงประสงค์มากขึ้น

1. ถ้าใช้ยาตัวแรกแล้วผู้ป่วยตอบสนองเล็กน้อยหรือทนยาไม่ได้ ควรพิจารณาเปลี่ยนไปใช้ยากลุ่มอื่น ก่อนที่จะเพิ่มขนาดยาตัวแรกที่ใช้ หรือให้เพิ่มยาอีกตัวหนึ่งร่วมเข้าไปด้วย
2. ควรเลือกยาที่ออกฤทธิ์นาน 24 ชั่วโมง ซึ่งมีข้อดีคือ เพิ่มความสามารถในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย และควบคุมระดับความดันโลหิตได้คงที่สม่ำเสมอ โดยอาจเป็นประโยชน์ในการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และเกิดการเสื่อมทำลายของอวัยวะเป้าหมาย

การเริ่มการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต (JNC7,2004)

การเริ่มการรักษาด้วยยาแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาในการรักษาด้วยยาตามแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้ โดยจากการรวบรวมวรรณกรรมพบว่าวิธีการรักษาของแพทย์จะกระทำเมื่อพบว่า ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงหรือสูงมาก จะเริ่มการรักษาด้วยยาโดยเร็วเมื่อผลตรวจยืนยันพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง สำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงปานกลางหรือต่ำ การเริ่มรักษาด้วยยาควรพิจารณาจาก ระดับความดันโลหิตที่ลดลงหลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประจำวัน ผลการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ความสามารถในการให้บริการด้านสุขภาพอนามัยของหน่วยงานนั้นๆ

สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงปานกลาง ควรเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประจำวันอย่างน้อย 3 เดือน และถ้าไม่สามารถลดความดันโลหิตลงจนถึงเป้าหมายได้ภายใน 6 เดือน จะพิจารณาให้ยาลดความดันโลหิตแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำและความดันโลหิตสูงชั้น 1 จะเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประจำวันอย่างน้อย 6 เดือน และถ้าไม่สามารถลดความดันโลหิตลงจนถึง

เป้าหมายได้ภายใน 1 ปี จะพิจารณาให้ขาดความดันโลหิต ส่วนผู้ป่วยกลุ่มย่อยก้ำกึ่งที่มีความดันโลหิตตัวล่างระหว่าง 90-94 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตตัวบนระหว่าง 140-149 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ อาจเลือกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประจำวันแต่เพียงอย่างเดียว เพื่อลดความดันโลหิตและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ มีการทำงานของไตบกพร่องที่มีค่าความดันโลหิตค่อนข้างสูง (130-139/85-89 มิลลิเมตรปรอท) จะเริ่มการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตทันที เพื่อลดอัตราการสูญเสียการทำงานของไต

จากการรักษาดังกล่าว พบว่ายาชนิดแรก que ที่เลือกใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงคือ กลุ่มยาขับปัสสาวะและยังพบว่าการศึกษาที่จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับต่ำกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท และต่ำกว่าหรือเท่ากับ 130/80 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ไตเรื้อรัง พบว่าผู้สูงอายุต้องได้รับการรักษาด้วยยาตั้งแต่ 2 ตัวขึ้นไป และมีแนวโน้มว่าการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุต้องมีการปรับเพิ่มขนาดปริมาณยาเพิ่มมากขึ้น ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการเสื่อมหน้าที่ทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ความจำที่ลดลง เป็นผลให้ผู้สูงอายุลืมรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การขาดการมารักษาตามนัด ตลอดจนการหยุดใช้ยาของผู้สูงอายุเอง การอ่านหนังสือไม่ออก ขาดสิ่งช่วยเหลือ เป็นต้น ทำให้การรักษาไม่ได้ผล จะเห็นได้ว่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถที่จะควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุดและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาด้วยยาให้ดียิ่งขึ้น

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (medication adherence) เป็นปัจจัยสำคัญในการที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การควบคุมค่าความดันโลหิตให้เป็นไปตามเป้าหมายได้ (Krousel-Wood et al., 2009) ในความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยานั้น มีผู้ให้คำจำกัดความไว้คล้ายคลึงกันดังนี้

องค์การอนามัยโลก ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ว่าเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกซึ่งการยินยอมรับประทานยาตามที่เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพจัดมาให้ และความร่วมมือจะเกิดขึ้นกับปัจจัยสำคัญได้แก่ ผู้ป่วยและเทคนิควิธีการของเจ้าหน้าที่สุขภาพ (WHO, 2003)

ดังนั้น ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุ จึงหมายถึง พฤติกรรมของผู้สูงอายุ ในการยินยอมที่จะรับประทานยาตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ด้วยความเต็มใจ ไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การมาตรวจตามแพทย์นัด การไม่ลืมรับประทานยา

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจะประสบผลสำเร็จได้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ จากการทบทวนการศึกษาวิจัย พอสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านผู้สูงอายุ

1.1 อายุที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้อวัยวะต่างๆ ทำงานลดลง โดยเฉพาะสายตาและการมองเห็นลดลง การรับรู้และความจำลดลง ตามอายุที่เพิ่มขึ้น (WHO, 2003) เนื่องจากเนื้อสมองและการส่งผ่านของกระแสประสาทลดลง กล้ามเนื้อที่ช่วยในการเคลื่อนไหว หยิบจับสิ่งของต่างทำงานลดลง เป็นเหตุให้เกิดปัญหาในการรับประทานยา

1.2 สภาพเจ็บป่วยในบางระยะของผู้สูงอายุ ซึ่งบางครั้งผู้สูงอายุไม่ทราบ บางรายก็มีโรคประจำตัวหลายอย่าง ทำให้ผู้สูงอายุไม่ทราบความก้าวหน้าของโรคต่างๆ ที่เป็นอยู่ จึงขาดความตระหนักในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

1.3 ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ความเข้าใจและความคาดหวังของผู้ป่วย ผู้สูงอายุหลายรายมีความเชื่อและทัศนคติว่า หากเมื่อมีอาการดีขึ้นแล้วไม่จำเป็นต้องรับประทานยาต่อเนื่องก็ได้ จึงทำให้ขาดยา (WHO, 2003) พฤติกรรมของผู้สูงอายุหรือความผิดพลาดจากตัวผู้สูงอายุ (human error) การบริหารยาในผู้สูงอายุมักได้รับประสิทธิภาพจากยาลดลง ทั้งนี้สาเหตุหนึ่งเนื่องมาจากพฤติกรรมของผู้สูงอายุเอง โดยได้มีผู้รวบรวมการปฏิบัติและความคิดบางอย่างของผู้สูงอายุที่เกี่ยวกับการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องการหยุดใช้ยาเองเมื่ออาการของโรคบรรเทาขึ้น อิทธิพลของญาติและเพื่อนที่มีผลให้ไม่รับยาตามแผนการรักษา เช่น การหยุดยาหรือใช้ยาอื่นร่วมด้วย เพิ่มขนาดยาเอง เพราะเชื่อว่าจะทำให้หายจากอาการหรือโรคที่เป็นเร็วขึ้น

1.4 การเกิดผลข้างเคียงของจากยา ทำให้ผู้สูงอายุไม่ต้องการใช้ยาอีก เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ระบายท้องกระเพาะอาหาร เป็นต้น (Morisky & Webber, 2009) ลืมกินยา ยาเสื่อมสภาพ ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น ยาบางชนิดจะทำให้หิวซึม ผู้สูงอายุควรได้รับการพักผ่อนไม่ปฏิบัติตาม

1.5 ใช้ยาผิดจากการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาของร่างกาย เช่นมองไม่ชัด ความจำเสื่อม ไม่มารับการรักษา หรือไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพราะปัญหาทางเศรษฐกิจ ความคิดและทำที่ที่ไม่ยอมรับการรักษาของผู้สูงอายุ เช่นไม่พอนในผู้ให้การรักษา ไม่เข้าใจเรื่องการให้ยาที่ถูกต้อง เพราะไม่ได้รับการแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะได้รับการรับยา หรือคำแนะนำไม่สมบูรณ์ ไม่เข้าใจ สับสนในการใช้ยา ไม่มีผู้ดูแลและขณะได้รับยา ทำยาหาย ใช้ยาตามสื่อโฆษณา ไม่สนใจสุขภาพ ไม่ใช้ยาเพราะภยันตรายเปิดปิดลำบาก และเป็นเหตุให้เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเข้าใจว่า ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

2. ปัจจัยด้านการรักษาของแพทย์

2.1 ความตระหนักเกี่ยวกับเภสัชจลศาสตร์ในผู้สูงอายุของแพทย์ (pharmacological changes in the elderly) ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะได้รับอันตรายจากการใช้ยาได้มากกว่าบุคคลวัยอื่น เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายเสื่อมลง มีผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านเภสัชจลศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ ดังนั้นการใช้ยาต้องเพิ่มการระมัดระวังเพิ่มขึ้น (มินา เพชรมี, 2550) เมื่อผู้สูงอายุได้รับยาเข้าสู่ร่างกายจะผ่านขบวนการเภสัชจลศาสตร์ ได้แก่ ขบวนการดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด การกระจายของยาไปทั่วร่างกาย การเปลี่ยนแปลงยา และการขับยาออกจากร่างกาย พบว่าการที่แพทย์มีการติดตามผลการใช้ยา (medication monitoring) ติดตามผล และเฝ้าระวังการใช้ยาทุกครั้งที่คุณสูงอายุมาพบแพทย์ โดยจะถามเกี่ยวกับ วิธีการใช้ยา เช่น กินยาขนาดเท่าไร กินอย่างไร กินเมื่อไหร่ อาการและฤทธิ์ข้างเคียงของยา ยาที่จดจำยากให้ความรู้และคำปรึกษาเพิ่มเติมเมื่อพบปัญหาจากการใช้ยาของผู้สูงอายุ

2.2 การทบทวนการรักษา (medication review) ควรทบทวนการรักษาและทบทวนการให้ยา โดยพิจารณาความเหมาะสมของการใช้ยาในผู้สูงอายุแต่ละราย (WHO, 2003) และระมัดระวังการจ่ายยาหลายชนิดร่วมกันที่อาจมีผลเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา

2.3 วิธีการปรับยา (dose modification) พิจารณาปรับขนาดยา และระยะเวลาในการให้ยาแก่ผู้สูงอายุตามความเหมาะสม เช่น ลดจำนวนครั้งในการกินในแต่ละวัน (JNC, 7; WHO 2003) การให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการรักษาควรมีทำที่เป็นมิตร มีเวลาให้ผู้สูงอายุในการอธิบายโรค การใช้ยา และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุถามคำถามเกี่ยวกับโรคและยาและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

3. ปัจจัยด้านบุคลากร (WHO, 2003)

3.1 สัมพันธภาพของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพมีผลต่อการความร่วมมือในการรักษา ในที่นี้หมายถึง การที่ผู้ป่วยและทีมสุขภาพมีสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้เกิดความร่วมมือในการรักษาที่ดีตามไปด้วย

3.2 การให้คำแนะนำหรือการให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ จะสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง พยาบาลมีการใช้ตัวช่วยเตือนความจำ (medication reminder) ควรสร้างตัวช่วยเตือนความจำในการใช้ยาให้ผู้สูงอายุ เช่น กล่องบรรจุยาที่บรรจุเม็ดยาที่ใช้ในแต่ละวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์ หรือ 1 เดือน หรือใช้ปฏิทินเตือนความจำ (reminder calendars) การใช้โปรแกรมบริหารยาด้วยตัวเอง (self-administration programs) ฝึกทักษะให้ผู้สูงอายุแต่ละราย หยิบยารักษาความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องด้วยตัวเอง

3.3 การให้คำปรึกษาที่สร้างแรงจูงใจ (motivation counseling) เสริมสร้างแรงจูงใจและความมั่นใจในการใช้ยาแก่ผู้สูงอายุ คอยเป็นผู้ให้คำปรึกษา โดย บอกความผิดปกติของระดับความดันโลหิตที่บันทึกไว้แก่ผู้สูงอายุ อธิบายถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงความจำเป็นในการใช้ยา ติดตามทางโทรศัพท์ ติดตามทางโทรศัพท์หลังได้รับยาจากโรงพยาบาลในสัปดาห์แรก ให้กำลังใจทางโทรศัพท์ ทำสมุดประจำตัวสำหรับใช้ยาให้ผู้สูงอายุแต่ละรายเพื่อให้ผู้สูงอายุติดตามอาการด้วยตัวเอง ประกอบด้วย วิธีบริหารยาแต่ละชนิด และบันทึกปฏิทินเตือนความจำ (reminder calendars) ซึ่งเป็นตารางที่บันทึกการรับประทานยาในแต่ละครั้ง ในแต่ละวันของสัปดาห์รวมทั้งบันทึกปัญหา อาการข้างเคียงที่พบ โดยให้ผู้สูงอายุบันทึกเองทุกครั้งที่มีการใช้ยา และบันทึกระดับความดันโลหิต

3.4 การส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) ส่งเสริมให้มีการจัดกลุ่มของผู้สูงอายุในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้ยา และขอแนะนำที่เป็นประโยชน์ รวมถึงการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือผู้สูงอายุในการรับประทานยาการส่งเสริมติดตามอาการด้วยตนเอง (symptom self-monitoring)

3.5 การจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสม ระบบระบบการจ่ายยาที่ดี เกศษกรมีการเขียนข้อมูลเกี่ยวกับยา (written information) เขียนข้อมูลบนฉลากยาที่เป็นรายละเอียดเกี่ยวกับการใช้ยา เช่น ชื่อสามัญ ชื่อยี่ห้อยา ขนาดยาที่ใช้ จำนวนยาที่รับประทาน จำนวนครั้งที่รับประทานในแต่ละวัน เวลาที่รับประทาน อาการไม่พึงประสงค์ และฤทธิ์ข้างเคียงของยา ควรเขียนข้อมูลเกี่ยวกับยาในรูปแบบใบสรุปรายการยาพร้อมวิธีบริหารยา (medication schedule) หรือ แผนผังการใช้ยา (medication chart) ซึ่งเป็นรายละเอียดเกี่ยวกับการใช้ยาหรือข้อมูลทั่วไปของยาที่ผู้ป่วยใช้ เช่น ชื่อสามัญ ชื่อยี่ห้อยา ขนาดยาที่ใช้ จำนวนยาที่รับประทาน จำนวนครั้งที่รับประทานในแต่ละวัน เวลาที่รับประทาน ปฏิกริยาต่อกัน, ฤทธิ์ข้างเคียง, รวมไปถึงวัตถุประสงค์ในการให้ยาและข้อควรระวังเป็นพิเศษ รูปแบบการเขียนคำแนะนำควรใช้ขนาดตัวหนังสือที่ใหญ่ (ขนาดตัวหนังสือ 18 พอยต์) ใช้ข้อความสั้นๆ ได้ใจความ กะทัดรัด ใช้ภาษาที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ควรใช้ รูปภาพ

ประกอบเสริมหรือ สัญลักษณ์ แทนขนาด และเวลาในการรับประทานยา ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการอ่าน

4. ปัจจัยด้านผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลมีส่วนในการช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ คือช่วยในการเตือนความจำ การจัดยาให้รับประทาน การส่งมาพบแพทย์ตามนัด การให้กำลังใจในการรักษา เป็นต้น

5. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่นความสามารถในการอ่านออก และเขียนได้ ขาดการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อทางวัฒนธรรมและทัศนคติ ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการรักษา การเดินทางมาตามนัด

สรุปว่า ในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จะต้องคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น

การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีความจำเป็นและมีความสำคัญในการปฏิบัติการดูแลของพยาบาลในยุคที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับยาหลายประเภทมารับบริการมากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ ผลของการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคที่ได้รับยามากกว่าสองชนิด โดยสังเคราะห์งานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1990-2000 พบว่า การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุโดยเฉพาะโรคหัวใจวาย ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาแตกต่างจากเดิม และลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ยังพบว่าการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้องใช้กลยุทธ์ที่หลากหลายจึงจะประสบผลสำเร็จ (Murray et al., 2004)

ความร่วมมือในการรักษา องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายว่า การประเมินค่าถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยในการรับประทานยา อาหารและ/ หรือการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ (WHO, 2003)

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (medication adherence) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีความเต็มใจและยินดีที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ในเรื่องการรับประทานยา ซึ่งปฏิบัติอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอตามแผนการรักษา เพื่อให้เกิดผลดีต่อทั้งสุขภาพของตนเองและสอดคล้องกับแผนการรักษา

วิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและเพื่อให้การรับประทานยาเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพนั้น หน่วยงานหลายหน่วยงานได้เสนอแนวทางต่าง ๆ ที่ควรคำนึงถึงขณะส่งเสริมผู้สูงอายุเกี่ยวกับการใช้ยาไว้ดังนี้คือ

1. ติดตามผลการใช้ยา (medication monitoring) โดยแพทย์จะพิจารณาในด้านการรักษา ตลอดจนมีการพัฒนาด้านความรู้ในการรักษาแพทย์จะเป็นผู้ติดตามผลการใช้ยาทุกครั้งที่มีผู้สูงอายุมารพบแพทย์ (JNC 7, 2004) โดยจะสนทนากับผู้ป่วยทำความเข้าใจเกี่ยวกับยาลดระดับความดันโลหิต เช่น ชื่อยา ขนาดยา เวลารับประทานยา และความถี่ในการรับประทานยา อาการและฤทธิ์ข้างเคียงของยาลดระดับความดันโลหิต ยาที่จัดจำหน่าย หลังจากสิ้นสุดการสนทนา เมื่อพบปัญหาจากการใช้ยาของผู้สูงอายุแพทย์จะจัดการให้ความรู้และคำปรึกษาเพิ่มเติม เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

2. ทบทวนการให้ยา หรือทบทวนการรักษา (medication review) แพทย์ต้องทบทวนการรักษาในผู้สูงอายุ การให้ยาที่เหมาะสม (JNC 7, 2004) เนื่องจากพบว่าผู้สูงอายุมักมีโรคหลายโรคที่ต้องใช้ยารักษาในเวลาเดียวกัน เช่น ความเหมาะสมในการใช้ยา การใช้ยาที่ซ้ำซ้อนไม่จำเป็น และระมัดระวังการจ่ายยาหลายชนิดร่วมกันที่อาจมีผลเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยาความเหมาะสมของการรักษาด้วยยา ตามแบบแผนการรักษาผู้ป่วย

3. วิธีปรับยา (dose modification) แพทย์จะเป็นผู้ที่พิจารณาปรับขนาดยา และระยะเวลาในการให้ยาแก่ผู้สูงอายุตามความเหมาะสม (WHO, 2003) เช่น ลดความถี่ของการบริหารยา โดยลดจำนวนครั้งในการกินในแต่ละวัน คือขนาด 10 มิลลิกรัม 2 เวลาหลังอาหารเช้า-เย็นปรับมาเป็น 20 มิลลิกรัมหลังอาหารเช้าเพียงมื้อเดียว เพื่อป้องกันการลืมนในผู้สูงอายุ แต่ต้องพิจารณาว่าขนาดกล่าวกว่า half-life และระยะเวลาในการออกฤทธิ์ด้วย เนื่องจากถ้ามีระยะเวลาในการออกฤทธิ์ต่ำกว่า 24 ชั่วโมง ก็ไม่ควรนำมาให้กินเพียงวันละครั้ง เพราะจะทำให้เกิดความผันผวนสูงสลับกับความผันผวนต่ำลงเป็นช่วงๆ (fluctuation) ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจวาย หรือโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เป็นต้น (American Society on Aging [ASA]/American Society of Consultant Pharmacists [ASCP], 2006)

4. การให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการรักษา การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ เป็นการที่ผู้สูงอายุได้เข้ามามีบทบาท หน้าที่ ในการดูแลตนเอง ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา คือผู้สูงอายุควรได้รับข้อมูลทุกเรื่องเกี่ยวกับโรคและยาได้เรียนรู้ทำความเข้าใจและฝึกทักษะเกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามความต้องการและความชอบ ประสบการณ์ ความรู้และภูมิปัญญาของตนโดยร่วมกับผู้ให้บริการในการพิจารณาทางเลือกและตัดสินใจเลือก (Morisky, &

Webber, 2009) และสุดท้าย ผู้สูงอายุควรมีส่วนร่วมในการประเมินผลการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาและร่วมรับรู้ประโยชน์หรือผลจากการเข้าไปมีส่วนร่วม

5. การใช้ตัวช่วยเตือนความจำ (medication reminder) พยาบาลจะต้องสร้างตัวช่วยความจำให้ผู้สูงอายุ เช่น การใช้กล่องบรรจุยา (pill boxes) ซึ่งจะใส่ยาในแต่ละวันให้ครบ 1 สัปดาห์หรือ 1 เดือน (Murray, Morrow, Weiner, Clark, Deer, 2004) มีฉลากยาที่จัดทำเป็นช่องซึ่งตรงกับมื้ออาหารและมีตัวหนังสือบอกไว้หน้าภาชนะว่าช่องนี้สำหรับมื้อใด หรือมีปฏิทินเตือนความจำ การใช้ตัวอักษรใหญ่ หรือใช้คำที่ง่าย สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ควรใช้สัญลักษณ์ของวัน เช่น วันอาทิตย์สีแดง วันจันทร์สีเหลือง และใช้รูปภาพแทนสัญลักษณ์ของเวลา

ข้อเสนอแนะว่าการที่จะให้ผู้สูงอายุร่วมมือในการรักษาด้วยยา ต้องมีการจัดโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การจัดสิ่งช่วยเตือนการใช้ยา การอธิบายให้ผู้สูงอายุนำไปปฏิบัติ การเกิดโรค การรักษา มีการสอนสุขศึกษา การให้ทราบถึงผลเสียของการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ตลอดจนการสนับสนุนให้ครอบครัวผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วย

การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องของการประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา พบว่าการประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มี 2 วิธี (Banning, 2009) ได้แก่

1. การประเมินทางตรง ประกอบด้วย

1.1 การวัดระดับยาในกระแสเลือด มีประโยชน์ในการประเมินประสิทธิภาพสูงสุดของการรักษา ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดพิษจากยาหรือป้องกันไม่ให้เกิดการใช้ยาที่ไม่มีประสิทธิผล โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผลที่ได้ช่วยตรวจสอบความสามารถในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย ช่วยยืนยันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือเกิดพิษจากการใช้ยา และยังช่วยตรวจสอบผลการเกิดอันตราย

จุดเด่น เป็นข้อมูลที่เก็บได้โดยตรง ในการทดลองทางคลินิกสามารถใช้วัดระดับความร่วมมือของผู้ป่วยที่ได้รับยาบำบัดสารเสพติด เช่นฝิ่น

จุดด้อย ต้องใช้เครื่องมือที่แพงในการตรวจวิเคราะห์ เนื่องจากต้องมีห้องปฏิบัติการ ต้องมีสารเคมีเฉพาะและเป็นวิธีที่ยุ่งยากและไม่สะดวกในการเก็บกลุ่มตัวอย่าง

1.2 การวัดระดับยาในปัสสาวะ ส่วนใหญ่เป็นการวัดระดับยาที่ได้รับทางปัสสาวะ

จุดเด่น เป็นข้อมูลที่เก็บได้โดยตรง

จุดด้อย มีการแปรผันในคนไข้แต่ละคนทำให้กลุ่มเครือแปรค่าผิดได้และต้นทุนสูง

1.3 การวัดระดับยาจากสิ่งที่ขับออกทางร่างกายเช่น ระดับไมโครอัลบูมิน (micro-albumin) ในปัสสาวะปกติไม่ควรเกิน 300 มิลลิกรัมในปัสสาวะ 24 ชม. หรือไม่มากกว่า 30 ไมโครกรัมต่อมิลลิกรัมครีอาตินิน ปัจจุบันจะใช้ประเมินภาวะไตเสื่อมที่เกิดจากการให้ยาหลายชนิด

2. การประเมินทางอ้อม ประกอบด้วย 7 วิธีร่วมกัน ได้แก่

2.1 การรายงานตัวเอง สามารถช่วยยืนยันว่าผู้สูงอายุได้รับยาตรงตามแผนหรือไม่ แต่มักไม่แน่นอนเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอายุมาก มักมีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้โดยใช้แบบสอบถามหรือสอบถามผู้ป่วยตรงๆ ถึงการใช้ยา

จุดเด่น เป็นวิธีที่ง่าย เสียค่าใช้จ่ายน้อย เป็นวิธีที่นิยมใช้ในการปฏิบัติทางคลินิก

จุดด้อย ผู้ป่วยมักจะหลีกเลี่ยงที่จะตอบในเรื่องที่เกี่ยวกับความผิดพลาดของตนเอง และถ้าคำถามในการสัมภาษณ์มากเกินไป ผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อหน่ายและอาจไม่ยอมตอบสัมภาษณ์

2.2 การนับเม็ดยาที่คงเหลือ เป็นวิธีการประเมินอย่างหนึ่งที่จะช่วยประเมินว่าผู้สูงอายุรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งหรือไม่ (Lee et al., 1996) แต่มักจะคลาดเคลื่อนได้

จุดเด่น เป็นข้อมูลที่เก็บได้โดยตรง บอกปริมาณได้ ง่ายต่อการปฏิบัติ

จุดด้อย ข้อมูลอาจมีการบิดเบือนโดยผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยนำยาไปทิ้ง

3. การตรวจสอบการมาตามนัดเพื่อรับยาในวันนัดครั้งต่อไป

จุดเด่น เป็นข้อมูลที่เก็บได้ง่าย

จุดด้อย การมารับยาของผู้ป่วยไม่สัมพันธ์กับการกินยา แนะนำให้มารับยาแบบระบบปิด

4. ประเมินการตอบสนองทางคลินิกของผู้ป่วย (Clinical response) ได้แก่ค่าพารามิเตอร์ต่างๆ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จุดเด่น เป็นวิธีที่ง่าย

จุดด้อย มีปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือไปจากความร่วมมือในการใช้ยาที่มีผลต่อการตอบสนองต่อคลินิกของผู้ป่วย

5. การใช้ภาชนะบรรจุยาที่มีวงจรอิเล็กทรอนิกส์ฝังอยู่ (Electronic medication monitors) เครื่องมือนี้เป็นขอยามาตราฐานที่มี microprocessor อยู่ในฝา ซึ่งจะบันทึกวันที่และเวลาทุกครั้งที่มีการเปิดขวด

จุดเด่น มีความถูกต้องแม่นยำสูง ง่ายต่อการบอกปริมาณ ติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยได้

จุดด้อย แพง

6. การวัดค่าจากตัวชี้วัดทางคลินิก (Physiologic markers) เช่น การวัดอัตราการเต้นของหัวใจ ในผู้ป่วยที่ได้รับยา beta-blockers

จุดเด่น เป็นวิธีที่ง่าย

จุดด้อย อาจจะไม่มีการรายงานด้วยเหตุผล เช่น มีการเพิ่มขึ้นของ Metabolism, การดูดซึมไม่ดี, ไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบ

7. ดูจากข้อมูลผู้ป่วยบันทึกไว้ ในบันทึกการใช้ยา (Patient diaries)

จุดเด่น สามารถช่วยผู้ป่วยที่ความจำไม่ดี

จุดด้อย ข้อมูลมีความคลาดเคลื่อนสูง

การวัดผลที่เกิดจากการรักษา โดยการประเมินพฤติกรรมตามการรับรู้ของการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ได้แก่ 1) การใช้ยาที่มากกว่าที่กำหนด (overdose) เช่น การใช้ยาที่แพทย์สั่งให้หยุดยา 2) การใช้ยาน้อยกว่าที่กำหนด (under dosage) เช่น ลืมใช้ยา หยุดยาเอง 3) การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานยาไม่ตรงมื้ออาหาร 4) การใช้ยาผิดทาง 5) การใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ 6) การใช้ยาหมดอายุ และ 7) การใช้ยาอื่นๆ นอกคำสั่งแพทย์

ดังนั้นหากบุคลากรในทีมสุขภาพ สามารถทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจะทำให้การรักษามีประสิทธิผล ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจะใช้วิธีประเมินทางอ้อม โดยใช้แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งอยู่ในแนวปฏิบัติทางคลินิกของ ศุภพร สร้อยแก้ว (2553)

การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

แนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guidelines [CPGs]) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นจากการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อการปฏิบัติเฉพาะเรื่อง แล้วนำมาสร้างเป็นข้อความเฉพาะเพื่อช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถตัดสินใจให้การดูแลปัญหาสุขภาพแก่ผู้รับบริการ อันนำไปสู่การดูแลที่เหมาะสมต่อภาวะทางคลินิก ดังนั้น การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก จะสามารถช่วยให้ทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลหรือทำงานเป็นไปในแนวเดียวกัน โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการ (ฉวีวรรณธงชัย และคณะ, 2551)

ขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และกลยุทธ์

ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ เป็นขั้นตอนที่สำคัญของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพการบริการจึงต้องมีการพัฒนากระบวนการต่างๆ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 อย่างๆ ได้แก่ ตัวนำเข้า (input) กระบวนการปฏิบัติและกลยุทธ์ต่างๆ (process) และการประเมินผลลัพธ์ (outcomes evaluation) (Morris, 2009) ทั้งนี้จะเห็นว่าเป็นกระบวนการที่เป็นระบบ จึงจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ ที่ผ่านมามีการใช้ขั้นตอนของการนำแนวปฏิบัติไปใช้จากข้อเสนอของหน่วยงาน และสถาบันด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการ หลายแห่ง อาทิ เช่น สภาวิชาชีพทางสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย สมาคมพยาบาลออสเตรีย ประเทศแคนาดา ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ 1) การเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิก 2) การระบุนิเคราะห์และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 3) การประเมินความพร้อมของสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง 4) การตัดสินใจเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้และปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ 5) การประเมินผลสำเร็จของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก 6) การหางบประมาณและแหล่งประโยชน์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ สภาวิชาชีพทางสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 2000) ได้ประยุกต์รูปแบบ PDSA (plan-do-study-act) จากแนวคิดของสถาบันสุขภาพ (Institute for Healthcare Improvement) ประเทศสหรัฐอเมริกามาใช้ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ การกำหนดเป้าหมาย การกำหนดตัวชี้วัด การเปลี่ยนแปลงเพื่อนำไปสู่การพัฒนา ซึ่งกระบวนการใช้ของแต่ละหน่วยงานมีขั้นตอนที่คล้ายคลึงกัน การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล (Evidence-based Practice: EBP) เป็นการค้นหา การประเมิน

และการประยุกต์ใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ในการให้การพยาบาล การจัดการและการดูแล
สุขภาพ โดยมีเป้าหมายหลักในการช่วยให้ผู้ปฏิบัติการสามารถทำการตัดสินใจ (decision making)
ในการเลือกให้การพยาบาลที่ดีที่สุดสำหรับผู้ให้บริการ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความ
คุ้มค่า และกำจัดหรือป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาลนั้นๆ (วิไลพรรณ
สมบุญตันท, 2547) สมาคมพยาบาลออนตาริโอ ประเทศแคนาดา (RNAO, 2002) ได้กำหนด
ขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติที่ชัดเจน และเป็นที่ยอมรับมาใช้อย่างแพร่หลาย ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน
ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เลือกใช้ขั้นตอนของRNAO, 2002 มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ซึ่ง
ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิก (selecting clinical practice guideline)

การเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิกจากแหล่งต่างๆ มาใช้จะต้องมีการสืบค้นงานวิจัย
อย่างเป็นระบบ พิจารณาว่ามีการพัฒนาอย่างเป็นระบบและมีการพัฒนาตามแนวคิดการพัฒนามา
หลักฐานเชิงประจักษ์หรือไม่ และประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ ซึ่งได้มีการพัฒนาเครื่องมือ
สำหรับประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ ได้แก่ The Appraisal of Guidelines for Research &
Evaluation [AGREE] Instrument ซึ่ง ฉวีวรรณ ธงชัย (2548) ได้แปลเป็นภาษาไทย โดยประเมิน
6 องค์ประกอบ ด้วยโดยมีเนื้อหา ดังนี้

- 1) ขอบเขตและวัตถุประสงค์
 - 1.1) แนวปฏิบัติมีการระบุวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง
 - 1.2) คำถามในการพัฒนาแนวปฏิบัติเป็นปัญหาทางคลินิก
 - 1.3) ระบุกลุ่มผู้ป่วยที่จะใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกนี้
- 2) การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง
 - 2.1) ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติประกอบด้วยบุคลากรจากสาขาวิชาชีพ
 - 2.2) ผู้ใช้บริการมีส่วนออกความคิดเห็น
 - 2.3) มีการระบุกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติชัดเจน
 - 2.4) แนวปฏิบัติได้ผ่านการทดลองใช้โดยกลุ่มเป้าหมาย
- 3) ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ
 - 3.1) มีการสืบค้นงานหลักฐานงานวิจัยอย่างเป็นระบบ
 - 3.2) ระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานงานวิจัยชัดเจน
 - 3.3) ระบุวิธีการกำหนดข้อเสนอแนะชัดเจน

3.4) มีการพิจารณาถึงประโยชน์ ผลกระทบและ ความเสี่ยง ในการกำหนด
ข้อเสนอแนะ

3.5) ข้อเสนอแนะมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนชัดเจน

3.6) แนวปฏิบัติได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิในองค์กรก่อน
นำมาใช้

3.7) ระบุขั้นตอนของการปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติให้ทันสมัย

4) ความชัดเจนและการนำเสนอ

4.1) ข้อเสนอแนะมีความเป็นรูปธรรม เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์และ
กลุ่มผู้เกี่ยวข้องตามทุกระดับในหลักฐาน

4.2) ระบุทางเลือกสำหรับการจัดการกับแต่ละสถานการณ์

4.3) ข้อเสนอแนะเป็นข้อความที่เข้าใจง่าย

4.4) มีคำอธิบายวิธีใช้แนวปฏิบัติ เช่น อาจเป็นในรูปแบบของ แผนผังสรุป
แนวทางที่ต้องทำ

5) การประยุกต์ใช้

5.1) ระบุสิ่งที่อาจเป็นปัญหาและอุปสรรคของการนำข้อเสนอแนะไปใช้

5.2) มีการพิจารณาค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการใช้แนวปฏิบัติ

5.3) แนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาและปรับปรุงให้ทันสมัยเสมอ

6) ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ

6.1) แนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างอิสระจากผู้จัดทำ

6.2) มีการบันทึกความเห็นที่ขัดแย้งกันของทีมในระหว่างการพัฒนาแนว

ปฏิบัติ

ส่วนวิธีการให้คะแนนในแต่ละหัวข้อแบ่งระดับคะแนนเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 1
คะแนนหมายถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 4 คะแนน หมายถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง จากนั้นนำคะแนนที่
ได้มาคำนวณคุณภาพของแนวปฏิบัติโดยใช้สูตรดังนี้ (AGREE, 2001)

คะแนนรวมในแต่ละหมวด – คะแนนรวมต่ำสุดในแต่ละหมวด X 100

คะแนนรวมสูงสุดในแต่ละหมวด – คะแนนต่ำสุดในแต่ละหมวด

คะแนนรวมสูงสุดในแต่ละหมวด = 4 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) x 3 (3 ข้อย่อย) x 3

(จำนวนผู้ประเมิน) = 48

คะแนนรวมต่ำสุดในแต่ละหมวด = 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) x 3 (3 ข้อย่อย) x 3

(จำนวนผู้ประเมิน) = 12

ค่าความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติจะพิจารณาคะแนนที่คำนวณได้ในแต่ละองค์ประกอบที่เป็นอิสระต่อกันและแนวปฏิบัติทางคลินิกนี้สามารถนำไปปฏิบัติได้มากน้อยแค่ไหนสามารถพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้ (The AGREE Collaboration, 2003)

มากกว่าร้อยละ 60 หมายถึง แนวปฏิบัติทางคลินิกนั้นมีคุณภาพมาก สามารถนำไปปฏิบัติได้โดยไม่ต้องมีคำแนะนำหรือไม่ต้องดัดแปลงเพิ่มเติม

ร้อยละ 30-60 หมายถึง แนวปฏิบัติทางคลินิกนั้นน่าเชื่อถือปานกลาง อาจขาดข้อมูลบางอย่างแต่ถ้าหากมีข้อมูลสนับสนุนหรือสามารถอธิบายเพิ่มเติม สามารถนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติได้

น้อยกว่าร้อยละ 30 หมายถึง แนวปฏิบัติทางคลินิกนั้นมีคุณภาพต่ำ ไม่ควรนำมาเป็นแนวปฏิบัติ

2. การระบุ วิเคราะห์และมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้เสียในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder analysis) ทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลกลุ่มองค์กร จะช่วยให้ทีมที่นำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้เข้าใจถึงพฤติกรรม ความสัมพันธ์ภายใน และช่วยในการวางแผนดำเนินงาน การพิจารณาจัดสรรทรัพยากร และการพิจารณาการมีส่วนร่วมในระยะเวลาของการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ

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

2.2 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (external stakeholders) หมายถึง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ไม่ได้อยู่ในองค์กร เช่น ผู้ป่วย และกลุ่มผู้รับบริการ เป็นต้น

2.3 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระหว่างองค์กร (interface stakeholders) หมายถึง กลุ่มผู้บริหารองค์กร สมาชิกผู้ร่วมงานที่ได้รับการแต่งตั้ง ที่จะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก เป็นผู้ที่แสดงความคิดเห็นว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

นอกจากการพิจารณากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแล้วยังต้องพิจารณาระดับการสนับสนุนและการมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ เพื่อพิจารณากลยุทธ์ที่จะใช้เพื่อให้เกิดการปฏิบัติ กลุ่มที่มีการสนับสนุนและการมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ สามารถแบ่งได้ 4 ประเภทได้แก่ (RNAO, 2002)

1) ระดับการสนับสนุนมากและระดับการมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้มาก (high support high influence) เป็นกลุ่มที่จะมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในทางบวกและต้องการความสนใจและข้อมูล เพื่อให้การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ กลยุทธ์ที่ใช้สำหรับกลุ่มนี้ ได้แก่ คือ การประสานความร่วมมือ การให้มีส่วนร่วม การสนับสนุนและให้ความเอื้ออาทร การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเตรียมความพร้อมเพื่อรับการเปลี่ยนแปลง และการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2) ระดับการสนับสนุนมากและระดับการมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้น้อย (high support low influence) เป็นกลุ่มที่จะมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในทางบวก ต้องการการสนใจขณะนำไปใช้ กลยุทธ์ที่ใช้ คือ การประสานความร่วมมือกัน การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเสริมสร้างพลังอำนาจของวิชาชีพพร้อมกับผู้เชี่ยวชาญ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมเตรียมพร้อมเพื่อรับการเปลี่ยนแปลง การให้เข้ามามีส่วนร่วมในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

3) ระดับการสนับสนุนน้อยและระดับการมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้มาก (low support high influence) เป็นกลุ่มที่จะมีผลต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในทางลบ ต้องการการให้คนสนใจและต้องการคณาจารย์ของหน่วยงานที่มีอยู่ไว้และทำงานตามที่กระทำอยู่เดิม กลยุทธ์ที่ใช้ คือการตกลงร่วมกัน การสร้างสัมพันธภาพ การยอมรับความต้องการ การให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากภายนอกเป็นผู้ให้คำปรึกษา การให้เข้ามามีส่วนร่วมในบางระยะ และการติดตามให้เห็นถึงขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ไม่จำเป็นต้องให้เข้ามามีส่วนร่วมในระยะปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก และมีการติดตามอย่างสม่ำเสมอ

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

3. การประเมินความพร้อมของสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง

ในการประเมินความพร้อมของสภาพแวดล้อมจำเป็นต้องประเมินทั้งด้านโครงสร้างขององค์กร และนโยบายของโรงพยาบาล พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ วัฒนธรรมขององค์กร ระบบการสื่อสาร การสนับสนุนของผู้นำ ความรู้ ทักษะ และทัศนคติของกลุ่มเป้าหมาย แหล่งประโยชน์หรือทรัพยากรที่มีอยู่ ความสัมพันธ์ระหว่างสหวิชาชีพ และการสนับสนุนการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในการปฏิบัติจะช่วยให้การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ให้เกิดความราบรื่น การประเมินความพร้อมจะกระทำโดยทีมที่นำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ในการประเมินความพร้อมต้องแสดงให้เห็นถึงสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ซึ่งทีมในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ต้องสามารถปรับกิจกรรมที่ทำให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่อาจเป็นอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติไปใช้และทีมจะต้องมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

4. การตัดสินใจเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้และปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

การนำแนวปฏิบัติไปใช้และปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจำเป็นต้องมีการตัดสินใจเกี่ยวกับกลยุทธ์ต่างๆในการนำไปใช้ซึ่งสรุปได้ดังนี้คือการสังเกต การจัดทำสื่อชนิดต่างๆ การจัดประชุมร่วมกับทีม การติดตามให้ความช่วยเหลือในขณะที้นำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้จะต้องพิจารณากลยุทธ์ที่จะใช้เพื่อให้มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เหมาะสมกับลักษณะการสนับสนุนและการมีส่วนร่วม และเพื่อให้มีการปรับปรุงให้เหมาะสมกับหน่วยงานเป็นระยะๆ กลยุทธ์ที่ใช้ในขณะที้นำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ต้องใช้หลายกลยุทธ์ร่วมกันจึงจะเกิดประสิทธิผล สำหรับกลยุทธ์ที่ใช้ในขณะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ได้แก่

4.1 การตรวจสอบข้อมูลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ (audit and feedback) เช่นการสรุปการปฏิบัติงานทางคลินิก โดยการทบทวนบันทึก หรือการสังเกตเป็นรายบุคคล นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการเพิ่มความตระหนักของกลุ่มเป้าหมายในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก

4.2 การประชุมให้ความรู้ (didactic educational meetings) เช่นการบรรยายซึ่งอาจให้ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์ และมีส่วนร่วมหรือไม่ก็ได้

4.3 อุปกรณ์ในการให้ความรู้ (educational materials) เช่นการแจกเอกสาร การใช้สื่อโสตทัศนูปกรณ์ การให้ข้อมูลทางคอมพิวเตอร์

4.4 การประชุมให้ความรู้แบบมีปฏิสัมพันธ์กัน (interactive educational meeting) เช่นการจัดกลุ่มมอบหมายงานตามหัวข้อที่กำหนด การเรียนรู้โดยใช้การแก้ปัญหาเป็นหลักโดยให้ผู้เรียนเข้ามามีส่วนร่วมในการอภิปรายปัญหา และมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้น

4.5 กระบวนการในการหาข้อตกลงร่วมกัน (local consensus processes) เช่นการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติในการอภิปรายเพื่อให้แน่ใจว่าเห็นด้วยกับปัญหาทางคลินิกที่เลือก และได้ข้อตกลงในการปฏิบัติทางคลินิก

4.6 ความคิดเห็นของผู้นำ (local opinion leaders) ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการยอมรับทางคุณวุฒิและกลุ่มผู้ปฏิบัติที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

4.7 การตลาด (marketing) เช่นการบริหารจัดการเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ให้บริการ การออกแบบ การพัฒนา และการประชาสัมพันธ์แนวปฏิบัติให้เป็นที่รู้จัก

4.8 ผู้ป่วยที่ได้รับกิจกรรมที่เกิดจากผู้ให้บริการ (patient mediated interventions) เช่นผู้ป่วยที่ให้การสนับสนุนการบริการ

4.9 การกระตุ้นเตือน (reminders) เช่นการแจ้งโดยตรง หรือการใช้เทคโนโลยี เช่นใช้คอมพิวเตอร์ในการเตือน เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติ

5. การประเมินผลความสำเร็จของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

หลังจากการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ต้องมีการประเมินประสิทธิผล คือผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งจะต้องมีการรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและข้อมูลคุณภาพ และการประเมินผลยังสามารถประเมินผลได้ทุกระดับตั้งแต่หน่วยงาน หรือองค์กร ระดับผู้ให้บริการ ระดับผู้ป่วยและครอบครัว และค่าใช้จ่าย การประเมินผลประกอบด้วย 3 ด้านได้แก่ (RNAO, 2002)

5.1 การประเมินผลด้านโครงสร้าง (structure evaluation) เป็นการประเมินหน่วยงานหรืออุปกรณ์เครื่องมือที่เอื้อต่อการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ รวมถึงสิ่งอำนวยความสะดวก เครื่องมือ อุปกรณ์ โครงสร้างหน่วยงาน และบุคลากร ควรมีเพียงพอและมีการบริหารจัดการอย่างไร ตัวอย่างเช่น ความมั่นคงขององค์กร วัฒนธรรมและการสนับสนุนขององค์กรเพื่อการเปลี่ยนแปลง การประกันคุณภาพ นโยบายขององค์กร ระบบบริการ ความเพียงพอของอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่ต่อภาระงาน สภาพแวดล้อมทางกายภาพ เครื่องมืออุปกรณ์ จำนวนพยาบาลที่มีคุณสมบัติ สัดส่วนของผู้ป่วยต่อพยาบาลที่ปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมของผู้ให้และผู้รับบริการ โปรแกรมการให้ความรู้ ลักษณะของผู้ป่วย การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ค่าใช้จ่ายในกรณีที่ต้องการพยาบาลและแพทย์เพิ่มหรือเครื่องมืออุปกรณ์ใหม่ เป็นต้น

5.2 การประเมินผลด้านกระบวนการ (process evaluation) เป็นการประเมินผลว่าโครงการที่นำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในการดำเนินการอย่างไร โดยเน้นการนำไปใช้ว่ามีความสอดคล้องตามที่วางแผนไว้หรือไม่ ตัวอย่างการประเมินด้านนี้ เช่นการพัฒนาและหรือการเปลี่ยนแปลงนโยบายและวิธีการปฏิบัติ ความตระหนักและทัศนคติของผู้ปฏิบัติต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก การยอมรับของผู้ป่วยและครอบครัว ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว ค่าใช้จ่ายในการดำเนินโครงการ ความรู้ของผู้ป่วย ญาติ และพยาบาล เป็นต้น

5.3 การประเมินผลด้านผลลัพธ์ (outcome evaluation) เป็นการประเมินโครงการที่นำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ซึ่งเป็นผลการทดสอบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และผลที่อาจจะเกิดขึ้น ตัวอย่างการประเมินด้านนี้ ได้แก่ การบรรลุเป้าหมายเฉพาะตามสถานการณ์ จำนวนผู้เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวนและความสมบูรณ์ของการประเมิน จำนวนและระยะเวลาของการรักษาที่เหมาะสม ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ผลลัพธ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย สุขภาพครอบครัว ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก การเข้าถึงบริการ ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการใช้ยาและอุปกรณ์ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล จำนวนของวิธีการวินิจฉัยโรค จำนวนครั้งของการมารักษาแบบฉุกเฉิน หรือการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ เป็นต้น

6. การหางบประมาณและแหล่งประโยชน์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้เพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงสุดจะต้องมีการจัดหางบประมาณ ได้แก่ งบประมาณ บุคลากร สิ่งจำเป็นอื่นๆ ที่ต้องมี เพื่อให้การปฏิบัตินั้นบรรลุวัตถุประสงค์ สามารถทำได้โดยการเขียนแผนโครงการการปฏิบัติที่สามารถบอกผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ให้สามารถพัฒนาหน่วยงานหรือองค์กร และประหยัดค่าใช้จ่าย เพื่อดึงแหล่งประโยชน์หรือผู้บริหารสนใจในโครงการ เป็นการชักชวนหรือจูงใจผู้บริหารเพื่อการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินการในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมินผลความสำเร็จ การที่ผู้บริหารองค์กรตระหนักถึงปัญหาและมีความสนใจในการนำแนวปฏิบัติมาใช้ จะมีการดึงแหล่งประโยชน์อื่นในองค์กรมาใช้ ซึ่งจะทำให้เกิดผลลัพธ์ต่อคุณภาพของหน่วยงานส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เลือกใช้ขั้นตอนการนำไปใช้ของสมาคมพยาบาลออนตาริโอ ประเทศแคนาดา (Registered Nurses Association of Ontario [RNAO], 2002) ครอบคลุมทั้ง 6 ขั้นตอน

ได้แก่การเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิก (selecting clinical practice guideline) การระบุ วิเคราะห์และมี ส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้เสียในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก การประเมินความพร้อมของสภาพแวดล้อม ที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้และปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ การประเมินผลความสำเร็จของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และการหางบประมาณและแหล่ง ประโยชน์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำแนวปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมความร่วมมือในการ รักษาด้วยยาที่พัฒนาโดย ศุภิพร สร้อยแก้ว (2553) มาใช้เนื้อหาหลักของแนวปฏิบัติประกอบด้วย

1. สารสำคัญทั่วไป
2. ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก
3. สารสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ปรับปรุงแล้ว
4. แนวทางการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก
5. การประเมินประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการ ประเมินผลและเอกสารที่ใช้ในการประเมินผล โดยเอกสารที่ใช้นั้นได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลของ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงของ Morisky แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการได้รับการดูแลตามแนว ปฏิบัติทางคลินิก แบบบันทึกข้อมูลของพยาบาลทีมผู้ดูแล และแบบประเมินความพึงพอใจของ พยาบาลทีมผู้ดูแลต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

สารสำคัญทั่วไปของแนวปฏิบัติทางคลินิก

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแม่สาย พัฒนาขึ้นโดยทีมบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติใน คลินิกความดันโลหิตสูง โดยใช้ขั้นตอนของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศ ออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) แล้วนำเสนอ

สาระสำคัญโดยการจัดหมวดหมู่ตามแนวทางของสถาบันรับรองคุณภาพขององค์กรด้านการดูแลสุขภาพ (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization [JCAHO], 2001) ประกอบด้วย 6 หมวด ได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 3) การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 5) การดูแลต่อเนื่อง 6) การพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

หมวดที่ 1 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม

ตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงซึ่งพัฒนา โดยศุติพร สร้อยแก้ว(2553)พบว่าผลการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม ทีมผู้ดูแลควรปฏิบัติดังนี้

1. ผู้สูงอายุทุกรายจะต้องมีใบคำสั่งรักษาด้วยยาจากแพทย์ โดยจะคำนึงถึงความเสี่ยงและความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนอันอาจเกิดจากยา
2. ผู้สูงอายุและ/ หรือญาติต้องได้รับการอธิบายรายละเอียดและคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาที่ตนเองได้รับจากบุคคลากรในทีมสุขภาพ
3. ทีมผู้ให้การรักษาต้องมีท่าที่เป็นมิตรและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยถามคำถามที่เกี่ยวกับโรคและยาที่รักษาและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการใช้ยาโดยใช้ภาษาที่ผู้สูงอายุ

หมวดที่ 2 การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เป็นการตรวจสอบหรือวัดผลของกิจกรรมที่ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ โดยในส่วนของ การประเมินแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. การประเมินความพร้อมของผู้สูงอายุ

การประเมินความพร้อมของผู้สูงอายุ เป็นการศึกษความพร้อมของผู้สูงอายุ เกี่ยวข้องกับการใช้โดยพยาบาลจะมีการประเมิน เพื่อวางแผนทำกิจกรรมหรือตัดสินใจเลือกกิจกรรมที่เหมาะสม โดยมีวิธีการประเมินดังนี้

1.1 การประเมินด้านความจำ

ตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จะใช้แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai mental state exam) เป็นแบบวัดการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ เพื่อคัดกรองสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยมีการทดสอบ 6 รายการ คือ การรับรู้ (orientation) การจดจำ (registration) ความใส่ใจ (attention) การคำนวณ (calculation) ด้านภาษา (language) และการระลึกได้ (recall)

เกณฑ์การให้คะแนน คะแนนเต็มเท่ากับ 30 คะแนน ถ้าผู้สูงอายุมีคะแนนน้อยกว่า 24 คะแนนแสดงผลว่ามีความพร่องทางด้านความจำ

1.2 ประเมินด้านการอ่านและการมองเห็น

สำหรับการประเมินด้านการอ่านและการมองเห็นตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สามารถทำได้ดังนี้

- 1) สอบถามผู้สูงอายุเกี่ยวกับความผิดปกติของการมองเห็น เช่น การมองไม่เห็น ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน การมองเห็นครึ่งซีก
- 2) การตรวจรูม่านตา (pupil) ตรวจโดยใช้ไฟฉายส่อง โดยให้ผู้สูงอายุมองไกล แล้วเปรียบเทียบรูม่านตา ว่าขนาด รูปร่างเท่ากันหรือไม่
- 3) การตรวจกระจกตาดำ (cornea) เพื่อประเมินต้อเนื้อ ตรวจโดยใช้ไฟฉายส่องด้านข้างดู กระจกตาดำ ปกติจะใส แต่ถ้าเป็นต้อเนื้อ จะมีลักษณะขุ่นเป็นรูปสามเหลี่ยมด้านหว่าตาแล้วลามเข้าสู่กระจกตาดำ
- 4) การตรวจแก้วตา (lens) เพื่อประเมินภาวะต้อกระจก ตรวจโดยใช้ไฟฉายส่อง ถ้าแก้วตา ปกติจะดำใส ถ้าเป็นต้อกระจกจะขุ่นขาว
- 5) การให้ผู้สูงอายุมองหรืออ่านหนังสือ ที่มีขนาดตัวหนังสือ 18 พอยต์ ในระยะ 1 ฟุตที่เป็นข้อความเกี่ยวกับ การใช้ยา (ในกรณีที่ผู้สูงอายุสวมแว่นตา ให้ผู้สูงอายุสวมแว่นตาอ่านหนังสือ)

2. การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เป็นวิธีประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสามารถวัดได้หลายวิธีซึ่งวิธีประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามแนวปฏิบัติสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ของสุทธิพร สร้อยแก้ว (2553) ประกอบด้วย

2.1 ประเมินโดยแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสำหรับผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้นโดยศุทธิพร ศรี้อยแก้ว (2553)

2.2 ประเมินด้วยวิธีนับเม็ดยาที่เหลืออยู่ (pill counts) โดยพยาบาลจะนับเม็ดยาที่เหลือ จากนั้นนำ มาคำนวณหาร้อยละความร่วมมือในการรักษาด้วยยาหลังจากนั้นนำมาเทียบกับ ตารางเพื่อจัดระดับของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

การคำนวณร้อยละของความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตสูง จากการนับ เม็ดยา

$$\frac{(\text{จำนวนเม็ดยาที่จ่ายไป} - \text{จำนวนเม็ดยาที่เหลือ}) \times 100}{\text{จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยควรจะได้รับประทานใน 1 วัน} \times \text{จำนวนวันระหว่างวันที่จ่ายและวันที่ผู้ป่วยมา รับยาในครั้งถัดไป}}$$

ตารางที่ 2 ระดับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาวิธีการนับเม็ดยา

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

2.3 การวัดระดับความดันโลหิต ซึ่งในผู้สูงอายุปกติต้องมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตและหรือเบาหวานระดับความดันโลหิตต้อง ให้ได้ต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท

2.4 การติดตามมารับการรักษาและมารับยาตามนัด โดยถือว่าผู้ที่มารับยาตามนัดสม่ำเสมอ ให้ความร่วมมือในการรักษาดี

หมวดที่ 3 การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ในแนวปฏิบัติสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ระบุกิจกรรมสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยวิธีการที่ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีดังนี้คือ

1. แพทย์ ทำหน้าที่ในการติดตามผลการใช้ยา (medication monitoring) ทบทวนการให้ยา หรือทบทวนการรักษา (medication review) เช่น ความเหมาะสมในการใช้ยา การใช้ยาที่ซ้ำซ้อนไม่ การปรับยา (dose modification) แพทย์จะพิจารณาปรับขนาดยา และระยะเวลาในการให้ยาแก่ผู้สูงอายุตามความเหมาะสมและการให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการรักษา
2. พยาบาลมีการใช้ตัวช่วยเตือนความจำ (medication reminder) เช่น การใช้กล่องบรรจุยา (pill boxes) การใช้โปรแกรมบริหารยาด้วยตัวเอง (self-administration programs) การให้คำปรึกษาที่สร้างแรงจูงใจ (motivation counseling) และความมั่นใจในการใช้ยาแก่ผู้สูงอายุ ด้วยการกระตุ้นทางโทรศัพท์หลังจากผู้สูงอายุได้รับยา จำนวน 4 ครั้งคือใน 1 สัปดาห์แรกและเดือนที่ 1,2,4 ซึ่งในการโทรศัพท์แต่ละครั้งจะใช้เวลา 10-40 นาที การส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) โดยการจัดกลุ่มของผู้สูงอายุในการ แลกเปลี่ยน เรียนรู้ และประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้ยา การส่งเสริมติดตามอาการด้วยตนเอง (symptom self-monitoring) โดยจะต้องให้ผู้สูงอายุสังเกตพฤติกรรมอาการของตัวเองว่ากินได้ถูกต้องหรือไม่ และมีพฤติกรรมกินยาสม่ำเสมอ
- 3) เกสซกรมีการเขียนข้อมูลเกี่ยวกับยา (written information) ที่เป็นรายละเอียดเกี่ยวกับการใช้ยา เช่น ชื่อสามัญ ชื่อยี่ห้อยา ขนาดยาที่ใช้ จำนวนยาที่รับประทาน จำนวนครั้งที่รับประทานในแต่ละวัน เวลาที่รับประทาน อาการไม่พึงประสงค์ และฤทธิ์ข้างเคียงของยา

หมวดที่ 4 การให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา

ตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่พัฒนาโดยศุติพร สร้อยแก้ว (2553) มีการกำหนดการให้ความรู้ทั้งบุคลากรทีมสุขภาพและผู้ป่วย ด้วยวิธีการสอนแบบต่างๆสรุปได้ดังต่อไปนี้

การให้ความรู้สำหรับบุคลากรทีมสุขภาพ

บุคลากรทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควรได้รับความรู้ดังต่อไปนี้ คือ คำจำกัดความของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือ การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา บทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพในทีมสุขภาพในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาเป็นผู้ให้ความรู้แก่ทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

การให้ความรู้สำหรับผู้สูงอายุ

ตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่พัฒนาโดยคูลิพร สร้อยแก้ว (2553) การให้ความรู้สำหรับผู้สูงอายุโดยใช้วิธีการสอนให้ความรู้ครอบคลุมหัวข้อดังนี้คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การแบ่งระดับ สาเหตุ อาการ ผลกระทบ และการรักษา วิธีการใช้ยาแต่ละชนิด ความสำคัญของการร่วมมือในการรักษาด้วยยาซึ่ง ก่อนการให้ความรู้ต้องประเมินผู้สูงอายุตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการประเมิน (Assessment)

1.1 ประเมินความต้องการในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ โดย ชักถาม การสังเกต หรือ ใช้แบบสอบถาม

1.2 ประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ ประเมินความสามารถในการรับรู้ในผู้สูงอายุ เช่น การมองเห็น การได้ยินหรือ ความจำ เป็นต้น

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

2. การวางแผนการสอน (Planning)

เมื่อประเมินผู้สูงอายุแล้ว ต้องมีการวางแผนการสอนให้สอดคล้องกับสภาพในปัจจุบัน โดยบุคลากรทีมสุขภาพต้องกำหนด วัตถุประสงค์ เนื้อหาที่จะสอน สื่อการสอน และ กำหนดการประเมินผลร่วมกัน

3. การดำเนินการสอน (Implementation)

การลงมือสอนต้องเลือกกลยุทธ์ในการสอน เช่น การให้คำปรึกษา (counseling) การอธิบาย (explanation) การสาธิต (demonstration) และการอภิปรายกลุ่มย่อย โดยแต่ละกลยุทธ์ควรมีการใช้สื่อเพื่ออำนวยความสะดวกของผู้สูงอายุซึ่งการผลิตสื่อที่ใช้กับผู้สูงอายุ ควรปฏิบัติดังนี้

3.1) เนื้อหาควรปรับระดับการอ่านให้อยู่ในระดับประถมศึกษา

3.2) ลักษณะตัวอักษรควรเป็นลักษณะตัวพิมพ์หนา มีขนาดตัวอักษรอย่างน้อย 18 พอนด์ ขึ้นไปหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์เทคนิค คำที่ตีความหมายได้หลายอย่าง และข้อความควรสั้น กระชับ ชัดเจน

3.3) เนื่องจากผู้สูงอายุมีความสามารถในการจำแนกสีน้ำเงิน สีม่วงและสีเขียวออกจากกันยาก จึงควรหลีกเลี่ยงใช้สีเหล่านี้ และเลือกใช้สีที่ตัดกัน เช่น ขาว-ดำ สีแดง

4. การประเมินผลการเรียนรู้ (Evaluation)

เป็นการตรวจสอบการเรียนรู้จากการสอน เพื่อให้ได้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปพัฒนาและปรับปรุงแก้ไข ซึ่งวิธีการวัดผลอาจอยู่ในรูปของ การประเมินโดยการถามปากเปล่า สาทิตย์ย้อนกลับ และทดสอบความรู้หลังการให้ความรู้ เนื้อหาในการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ และญาติ มีประเด็นดังต่อไปนี้

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

หมวดที่ 5 การดูแลต่อเนื่องเพื่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ในหมวดนี้ของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการกำหนดวิธีการดูแลที่ต่อเนื่องเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยสรุปมีวิธีการดังนี้คือ

1. การติดตามโดยใช้โทรศัพท์ จำนวน 4 ครั้ง ครั้งแรกคือสัปดาห์แรกและเดือนที่ 1, 2, 4 ซึ่งในการโทรศัพท์ในแต่ละครั้ง จะใช้เวลา 10-40 นาที เพื่อเป็นการติดตามและประเมินผล การใช้ยาแต่ละชนิด ปัญหาจากการใช้ยา อาการข้างเคียงจากยาเป็นต้น
2. การติดตามโดยการเยี่ยมบ้าน เพื่อศึกษาปัญหาความต้องการด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและร่วมกับครอบครัววางแผนแก้ไขปัญหาและความต้องการ ได้ถูกต้องเหมาะสม กับสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม โดยพยาบาลจะเยี่ยมบ้านใช้เวลา 20-30 นาทีในการสอบถามการใช้ยา สอนผู้สูงอายุกับญาติ เกี่ยวกับข้อมูลของยาที่ได้มาจากแพทย์หรือข้อมูลที่ติดบริเวณฉลากยา การทบทวนยาทั้งหมด เวลาที่ผู้ป่วยรับประทานยา กระตุ้นให้ผู้สูงอายุรับประทานยาสม่ำเสมอ ให้กำลังใจในการรับประทานยา หลังจากนั้นตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 หลังจากเยี่ยมบ้านครั้งแรก 4-6 สัปดาห์

หมวดที่ 6 การพัฒนาคุณภาพการบริการ

สำหรับการพัฒนาคุณภาพการบริการในแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ของสุลีพร สร้อยแก้ว (2553) มีจุดเน้นดังนี้คือ

1. หน่วยงานต้องมีการกำหนดให้มีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเข้าโปรแกรมของคลินิกความดันโลหิตสูงและแผนพัฒนาคุณภาพขององค์กร ผู้สูงอายุทุกรายที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกต้องได้รับการคัดกรองความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ถ้ามีความร่วมมือในการรักษาต่ำก็จะเข้าสู่กระบวนการของแนวปฏิบัติ และต้องอยู่ในแผนพัฒนาคุณภาพขององค์กร
2. สร้างทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อช่วยกันกำหนดกิจกรรมในการดูแล ว่าใครมีหน้าที่อะไร มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างไร ให้ความร่วมมือกันและมีความต่อเนื่องในการรักษาระยะยาว สร้างหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ดีที่สุดในการให้ความรู้และการจัดการเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ประเมินและติดตามผลการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาเป็นระยะ แก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่อโปรแกรมที่ช่วยเหลือความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุ
3. กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบในโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงให้พยาบาลเป็นผู้ดูแลด้านสุขภาพในการประเมิน ส่งเสริม ติดตามการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เลือกใช้ขั้นตอนการนำไปใช้ของสมาคมพยาบาลออนตาริโอ ประเทศแคนาดา (Registered Nurses Association of Ontario [RNAO], 2002) เพียง 5 ขั้นตอนเท่านั้นได้แก่การเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิก (selecting clinical practice guideline) การระบุวิเคราะห์และมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้เสียในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก การประเมินความพร้อมของสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้และปฏิบัติตามอย่างสม่ำเสมอ และการประเมินผลความสำเร็จของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย โดยผู้ศึกษาจะดำเนินตามกระบวนการและขั้นตอนตามกรอบแนวคิดการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในคลินิกของสมาคมพยาบาลออนตาริโอ ประเทศแคนาดา (Registered Nurses Association of Ontario [RNAO], 2002) โดยมีขั้นตอนคือ 1) การเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสม 2) การวิเคราะห์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยมีการระบุเกี่ยวผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดวิเคราะห์ถึงความสนใจ สรุปให้ได้ถึงระดับของการสนับสนุนและสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติรวมทั้งมีการพัฒนากลยุทธ์เพื่อใช้กับผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด 3) การประเมินโครงสร้างความพร้อมทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ วัฒนธรรมองค์กร ระบบการติดต่อสื่อสาร การสนับสนุนจากผู้นำ ความรู้ ทักษะและทัศนคติของกลุ่มเป้าหมาย สัมพันธภาพระหว่างสหสาขาวิชาชีพ บริบทขององค์กรและทรัพยากรต่างๆ 4) การกำหนดกลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เช่น การนิเทศและการให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้ความรู้ การสนับสนุนด้านวัสดุ การเตือนความจำ และการติดตามเยี่ยมจากบุคคลภายนอก เป็นต้น 5) การประเมินผลการปฏิบัติอย่างครบถ้วน ทั้งด้านโปรแกรม ด้านโครงสร้างด้านกระบวนการและผลลัพธ์ที่ได้