

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง สำหรับผู้ดูแลในชุมชน ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และกำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรม เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา มีเนื้อหา 6 ส่วนดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.1 ความหมายโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.2 ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.3 สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.4 อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.5 ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.6 ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
2. โรคความดันโลหิตสูง
 - 2.1 ความหมายโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.2 เกณฑ์การแบ่งระดับความดันโลหิตสูง
 - 2.3 อาการแสดงโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.4 ภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.5 บริบทโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ ตำบลน้ำโจ้
3. การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
4. ผู้ดูแลและบทบาทของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
 - 4.1 ความหมายของผู้ดูแล
 - 4.2 บทบาทของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
 - 4.3 การส่งเสริมบทบาทของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
5. การพัฒนาแนวปฏิบัติตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์และการประเมินแนวปฏิบัติ
 - 5.1 การพัฒนาแนวปฏิบัติตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์

- 5.1.1 ความหมายของแนวปฏิบัติตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์
- 5.1.2 ระดับของแนวปฏิบัติ
- 5.1.3 กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติบนหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์
- 5.2 การประเมินแนวปฏิบัติ

โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, Stroke) เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการในระยะยาว การควบคุมและป้องกันโรคดังกล่าวจึงเป็นสิ่งต้องกระทำอย่างเร่งด่วนและต่อเนื่อง เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต ลดจนลดความทุกข์ทรมานเนื่องจากความพิการด้วยโรคดังกล่าว

ความหมายโรคหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2008) ได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองไว้ว่า เป็นภาวะรบกวนหน้าที่การทำงานของสมอง ซึ่งเป็นแบบบางส่วน หรือทั้งสมองที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีอาการคงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง จนกระทั่งเป็นสาเหตุไปสู่การเสียชีวิตได้ โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงสมอง (Markus, 2003)

สถาบันโรคทางระบบประสาทและโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institute of Neurological Disorders and Stroke [NINDS]) ได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) ว่าเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีเลือดออกในสมอง อาจเกิดจากพยาธิสภาพที่หลอดเลือดเส้นเดียวหรือมากกว่า โดยอาจเป็นเพียงชั่วคราวหรืออย่างถาวรก็ได้ (NINDS, 2012)

จะเห็นว่า คำจำกัดความของ องค์การอนามัยโลก ไม่ได้ครอบคลุมภาวะสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว (TIA) ซึ่งอาการและอาการแสดงเกิดขึ้นและหายไปภายใน 24 ชั่วโมง (Heart Stroke Foundation, 2012)

การศึกษารุ่นนี้ได้ให้ความหมายโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เนื่องจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่เลี้ยงสมอง เกิดจากหลอดเลือดสมองอุดตันหรือแตก ทำให้สมองบางส่วนขาดเลือดไปเลี้ยงและไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ

ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งตามลักษณะอาการทางคลินิกได้ดังนี้ คือ 1) สมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว (TIA) 2) สมองขาดเลือดชั่วคราวที่มีความบกพร่องทางระบบประสาทนานเกิน 24 ชั่วโมงแต่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ (reversible ischemic neurologic deficit [RIND]) 3) โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการคงที่แล้ว (complete Stroke) และ 4) โรคหลอดเลือดสมองที่มีการดำเนินของโรคเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ หรือมีอาการเปลี่ยนแปลง (Stroke in evolution; Progressive Stroke) (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2004) โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

1. สมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว (TIA) เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาทเฉียบพลัน เนื่องจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวส่วนใหญ่เกิดขึ้นประมาณ 5 - 10 นาทีและหายเป็นปกติได้ภายใน 24 ชั่วโมง มักมีสาเหตุมาจากการมีสิ่งอุดตัน (emboli) หลุดลอยออกไปจากหัวใจ และหลอดเลือดไปอุดตันของหลอดเลือดสมอง หรือเกิดจากหลอดเลือดที่ตีบตัน (thrombosis) ทำให้การไหลเวียนเลือดบริเวณสมองไม่เพียงพอ และเวลาต่อมาอาจมีการไหลของเลือดผ่านหลอดเลือดที่ตีบแคบนั้นได้ (CDC, 2004)

2. สมองขาดเลือดชั่วคราวที่มีความบกพร่องทางระบบประสาทนานเกิน 24 ชั่วโมงแต่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ (RIND) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการผิดปกติปรากฏอยู่นานประมาณ 24-72 ชั่วโมง หรืออาจถึง 1 สัปดาห์ แล้วจะกลับมาเป็นปกติใหม่ อาการขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพ สาเหตุไม่แน่ชัด อาจเกิดจากการควบคุมการไหลเวียนโลหิตผิดปกติชั่วคราว ทำให้เนื้อสมองขาดเลือดเป็นบริเวณเล็กๆ ในส่วนเนื้อสมองที่อยู่ลึกลงไป ภาวะนี้มีโอกาสเกิดเนื้อสมองตายมากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า

3. โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการคงที่แล้ว (complete stroke) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นอย่างคงที่ โดยไม่แย่ไปกว่าเดิม อาการของโรคอยู่ตัวแล้ว (stable stroke) ไม่มีการบวมเพิ่มขึ้นของสมองรอบรอยโรคนั้น เป็นระยะที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่

4. โรคหลอดเลือดสมองที่มีการดำเนินของโรคเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ หรือมีอาการเปลี่ยนแปลง (stroke in evolution; progressive Stroke) หมายถึง ความผิดปกติทางระบบประสาทที่อาการดำเนินไปเรื่อยๆ หลังจากสังเกตอาการได้ระยะหนึ่งแล้ว สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการขาดเลือด (infraction) กลไกที่เชื่อว่าเป็นไปได้มา คือ มีการอุดตันของเส้นเลือดมากขึ้นเรื่อยๆ หรือถ้ากรณีที่หลอดเลือดแตก อาจเกิดจากการแตกซ้ำ

สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง

สาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สามารถแบ่งตามลักษณะพยาธิสภาพได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (infarction หรือ ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออก (hemorrhagic stroke) โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (infarction หรือ ischemic stroke) เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือประมาณร้อยละ 70-80 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ลักษณะพยาธิสภาพมีการอุดตันทางเดินของเส้นเลือด เกิดจากการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นแบ่งได้ 2 แบบ คือ หลอดเลือดสมองตีบ (thrombotic stroke) และภาวะสิ่งหลุดอุดกั้นหลอดเลือดสมอง (embolic stroke)

2. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออก (hemorrhagic stroke) พบประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เกิดเนื่องจากการมีเลือดออกในโพรงศีรษะ แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ 1) การมีเลือดออกในเนื้อสมอง (intracerebral hemorrhage) ทำให้มีเลือดออกในเนื้อสมองทำให้เนื้อสมองตายจากการขาดเลือด (ischemia) และจากการขยายตัวของก้อนเลือด และ 2) การมีเลือดออกในช่องว่างใต้ชั้นอแรคนอยด์ (subarachnoid hemorrhage) จากการไหลเวียนของน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังถูกอุดกั้น โดยมีเลือดเข้าไปในเยื่อหุ้มสมองใต้ชั้นอแรคนอยด์ทันที ทำให้สมองบวมเฉียบพลันร่วมกับการเพิ่มขึ้นของความดันกะโหลกศีรษะอาการจะเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด โดยไม่มีอาการเตือน มักเกิดขึ้นขณะทำงานที่ใช้พลังงานสูง โดยมีอาการนำ คือปวดศีรษะ อาเจียน

แม้ว่าโรคหลอดเลือดสมองทำให้ก่อให้เกิดการตายและการพิการ ก่อนเกิดอาการผิดปกติรุนแรง ผู้ป่วยมักมีอาการนำหรืออาการเตือนเกิดขึ้นก่อน ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลาจะสามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ลดความพิการได้ (CDC, 2004)

อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง

อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง คือ อาการนำก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากสมองขาดเลือดชั่วคราว ความผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นจะเป็นอยู่ในระยะเวลาสั้นๆ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นประมาณ 5-10 นาทีและหายเป็นปกติภายใน 24 ชั่วโมง มักมีสาเหตุมาจากการมีสิ่งอุดกั้น (emboli) หลุดลอยออกไปจากหัวใจและหลอดเลือดไปอุดตันของหลอดเลือดสมอง หรืออาจเกิดจากหลอดเลือดที่ตีบตัน (thrombosis) ทำให้การไหลเวียนเลือดบริเวณสมองไม่เพียงพอ และเวลาต่อมาอาจมีการไหลของเลือดผ่านหลอดเลือดที่ตีบแคบนั้นได้ ซึ่งมีลักษณะคล้ายสมองขาดเลือดชั่วคราว (TIA) (CDC, 2004)

สถาบันโรคทางระบบประสาทและโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institute of Neurological Disorder and Stroke [NINDS], 2012) จัดอาการเตือน โรคหลอดเลือดสมอง ออกเป็น 5 อาการหลัก ซึ่งสำหรับประเทศไทย โดย สำนักโรคไม่ติดต่อ (2550) มีการแบ่งอาการเตือน โรคหลอดเลือดสมองลักษณะเดียวกัน ได้แก่อาการ ต่อไปนี้ดังนี้ 1) อาการชาและอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนหรือขา โดยเฉพาะอย่างยิ่งทันทีทันใด 2) อาการสับสน พูดลำบากหรือพูดไม่รู้เรื่องอย่างทันทีทันใด 3) อาการมองไม่ชัด ตามัว 1 หรือ 2 ข้างทันทีทันใด 4) อาการเดินเซ เดินลำบากหรือสูญเสียความสามารถในการทรงตัวและการทำงานประสานสัมพันธ์ของแขนและขาทันทีทันใด 5) อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุทันทีทันใด

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการและสัญญาณเตือน โรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาของ กษมา เชิงทอง (2554) ศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าอาการเตือนที่ต้องรีบส่งต่อโรงพยาบาลอย่างเร่งด่วนคือ อาการชาและอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งอย่างทันทีทันใด อาการสับสนพูดไม่ชัด พูดไม่รู้เรื่องอย่างทันทีทันใด อาการเดินเซ เดินลำบากหรือสูญเสียความสามารถในการทรงตัวอย่างทันทีทันใด และมีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุ

โรคหลอดเลือดสมองนั้นเมื่อเกิดขึ้นแล้ว เป็นภาวะแก่ครอบครัว สังคมและเทศชาติ ทำให้สูญเสียเวลาและงบประมาณในการดูแลอย่างมาก การป้องกัน การควบคุมไม่ให้ผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น

ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อเกิดความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง ไม่ว่าจะจากการอุดตัน ตีบหรือแตกของหลอดเลือดสมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงอย่างเฉียบพลัน สมองตายหรือหยุดการทำงาน ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีการสูญเสียหน้าที่ต่างๆของอวัยวะร่างกาย โดยอาการและอาการแสดงของโรคขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือด ผู้ป่วยมักได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยในระยะยาว ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบด้านต่างๆ ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย

ความบกพร่องทางด้านร่างกายจะเกิดขึ้นในลักษณะใดขึ้นอยู่กับสมองส่วนที่เกิดพยาธิสภาพ โดยอาการที่เกิดขึ้นจะเกิดด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพที่เกิดในสมอง ผลกระทบทางด้านร่างกายที่พบได้แก่ ความผิดปกติการควบคุมการเคลื่อนไหว มีอาการอัมพาตหรืออ่อนแรงของร่างกาย ความบกพร่องด้านสติปัญญา ความบกพร่องการสื่อความหมาย ความบกพร่องการรับรู้ความรู้สึก ความบกพร่องการจับถ่ายเป็นต้น (Woodson, 2008)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจากโรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบต่องานด้านจิตใจตามมา เนื่องจากผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองจากการพิการทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงมักเกิดภาวะซึมเศร้า เครียด ผิดหวังในตนเอง รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง เกิดความรู้สึกลับข้องใจเนื่องจากกังวลว่าต้องพึ่งพาผู้อื่น นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายอาจมีความเครียด ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมดำเนินชีวิตลดลงและคุณภาพชีวิตลดลงด้วย (Sturm et al., 2003)

3. ผลกระทบต่อครอบครัวหรือผู้ดูแล

ภาวะพิการเกิดขึ้นส่งผลให้สูญเสียบทบาทการเป็นหัวหน้าครอบครัว ผู้ที่ทำงานหาเลี้ยงชีพ บทบาทการเป็นบิดามารดาหรือสามีภรรยา นอกจากนี้ความพิการทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จึงต้องพึ่งพาผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว ในการดูแลระยะยาว ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงานและขาดการทำงาน (Jullamate, de Azeredo, Paul, & Subgranon, 2006) ครอบครัวขาดรายได้จากการประกอบอาชีพ รายได้ของครอบครัวลดลง โดยเฉพาะปัจจุบันปัญหาเศรษฐกิจและค่าครองชีพเพิ่มสูงขึ้นครอบครัวต้องเสียดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพเพิ่มขึ้น อาจทำให้เกิดปัญหาการเงินขาดสภาพคล่องตัว และเกิดปัญหาหนี้สินตามมา (ช่อผกา ไชยมงคล, 2553)

ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมักมีความสัมพันธ์กับปัจจัยในการเกิด Atherosclerosis เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง และปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ อายุที่มากขึ้น การสูบบุหรี่ ภาวะอ้วนลงพุง การไม่ออกกำลังกาย และความเครียด (Heart Stroke Foundation, 2012) และอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้นตามการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต (Hennerici, Bogousslavsky, & Sacco, 2005)

ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ถ้ามีปัจจัยเสี่ยงมาก โอกาสเกิดอัมพาตก็มากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมีทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ เช่น อายุ เพศ และพันธุกรรม และยังมีปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง และโรคเบาหวาน เป็นต้น (Heart Stroke Foundation, 2012) ปัจจุบัน โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงหนา และแข็งเพิ่มขึ้น เร่งการเกิดไขมัน

ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดขาดเลือดและชนิดมีเลือดออก (NINDS, 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่า งานวิจัยของ เตือนเพ็ญ ศรีษา (2554) ศึกษาสถานการณ์ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดในชุมชนสามเหลี่ยมอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า การสูบบุหรี่ ระดับไขมันในเลือด ขนาดรอบเอวหรือดัชนีมวลกาย และภาวะโรคความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน มีแนวโน้มเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีระดับความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองลดลงหรือเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กษมา เชียงทอง (2554) ผลการศึกษาการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองเช่นกัน

โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคหนึ่งที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงนำไปสู่การเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ความหมายโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง หมายถึง ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และหรือ ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท โดยวัดอย่างน้อย 3 ครั้ง ในขณะที่พักและวัดห่างกันอย่างน้อย 20 นาที จึงจะตัดสินว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง (National Heart, Lung, and Blood Institute [NIH], 2004)

เกณฑ์การแบ่งระดับความดันโลหิตสูง

เกณฑ์การแบ่งระดับความดันโลหิตสูง ตาม (JNC VII) ดังนี้

1. ระดับความดันโลหิตปกติ (normal blood pressure) คือ ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวน้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว น้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท
2. ระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติ (prehypertension) คือ ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว มีค่าระหว่าง 120-139 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว มีค่าระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท

3. ภาวะความดันโลหิตสูงระยะ 1 (stage 1 hypertension) คือ ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว มีค่าระหว่าง 140-159 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว มีค่าระหว่าง 90-99 มิลลิเมตรปรอท

4. ภาวะความดันโลหิตสูงระยะ 2 (stage 2 hypertension) คือ ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิเมตรปรอท

สำหรับประเทศไทย สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ได้จัดทำแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป ปี พ.ศ. 2555 โดยยึดหลักจำแนกระดับความดันโลหิตสูงตามแนวทางของ JNC VII ในการศึกษาครั้งนี้จึงยึดหลักการจำแนกระดับความดันโลหิตสูงในแนวทางที่อธิบายโดย JNC VII โดยความดันโลหิตสูง หมายถึง ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และหรือ ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (NIH, 2004)

อาการแสดงโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีอาการเฉพาะเจาะจง ส่วนมากจะพบอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย โดยเฉพาะหลังตื่นนอนตอนเช้า อาการจะหายไปเองได้ อาการอื่นๆ ที่พบร่วมด้วยคือ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ ตามัว ใจสั่น อ่อนเพลีย ไร้อรรถภาพทางเพศ เมื่อมีความดันโลหิตสูงที่เป็นเวลานานและอวัยวะส่วนนั้นถูกทำลายจะพบอาการต่าง ๆ เช่น มีอาการที่เป็นความผิดปกติของเส้นเลือด ได้แก่ เลือดกำเดาออก ปัสสาวะเป็นเลือด ตามัว มึนงง สมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว มีอาการเจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)

ภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาจะมีชีวิตที่สั้นลงกว่าคนปกติ จากสาเหตุของหลอดเลือดแข็งตัวที่เร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงที่รุนแรงก็จะเร่งการเกิดได้เร็วขึ้น ในกรณีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเพียงเล็กน้อยและยังไม่มีการทำลายของอวัยวะที่สำคัญ ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ก็มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น สมอง โดยภาวะความดันโลหิตสูงมีผลต่อหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมอง เมื่อหลอดเลือดสมองเกิดแรงต้านทานและเป็นอยู่นาน หลอดเลือดจะแข็งตัวเสียการยืดหยุ่น เกิดตุ่มพองเล็ก ๆ ที่ผนัง เมื่อความดันโลหิตสูงขึ้นจะทำให้เกิดการแตกทำลายเนื้อเยื่อสมองหรือในรายที่หลอดเลือดแข็งตัวก็จะเกิดการอุดตันได้ (สุรเกียรติ์ อาชานุภาพ, 2544)

หลอดเลือดสมองแตกมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงมากกว่าการอุดตันของหลอดเลือด ทั้งนี้เป็นผลมาจากความแข็งตัวของหลอดเลือดและเมื่อมีความดันโลหิตสูงมากจะทำให้กลไกการควบคุมเสีย หลอดเลือดในสมองจะขยายตัว เกิดภาวะสมองพิการเฉียบพลันจากความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ของระบบประสาทส่วนกลางที่อาจเป็นอันตรายถึงเสียชีวิต ภาวะสมองพิการมักเกิดอย่างปัจจุบันทันด่วนภายในชั่วโมง เนื่องจากกระบวนการอัตโนมัติในการควบคุมการไหลเวียนของเลือดในสมองเสียไป ซึ่งมีอาการปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อนอาจชัก เป็นอัมพาต และเสียชีวิตได้ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที (สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, 2544)

บริบทโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลน้ำใจ

ตำบลน้ำใจเป็นตำบลหนึ่งของอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง มีจำนวนทั้งสิ้น 9 หมู่บ้าน 2,747 หลังคาเรือน สภาพชุมชนเป็นชุมชนที่เริ่มเข้าสู่สังคมเมืองมากขึ้น มีสภาพความเป็นอยู่ไม่แตกต่างจากชุมชนเมืองมากนัก และพบว่าปัญหาโรคไม่ติดต่อของประชาชนตำบลน้ำใจมีแนวโน้มสูงมากขึ้นทุกปี โดยข้อมูลจากรายงานผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลแม่ทะสาขาน้ำใจ พบว่าประชาชนป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาคือโรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และจากการลำดับความสำคัญของปัญหาในระดับตำบล พบว่าโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง เป็นปัญหาที่สำคัญของตำบลน้ำใจ โดยพบว่าสถานการณ์จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนจำนวน 506 คน พบภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 28 คน ส่วนสถานการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนจำนวน 174 คน พบภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 9 คน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยอยู่ในความดูแลของโรงพยาบาล แม่ทะ สาขาน้ำใจ

ด้านการให้บริการทั้งเชิงรับและเชิงรุกของโรงพยาบาลแม่ทะสาขาน้ำใจในปี 2554 การบริการเชิงรับได้จัดทำโครงการตรวจรักษาผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัดและนักโภชนาการในการดูแลรักษาและให้คำแนะนำผู้ป่วย โดยทีมแพทย์ออกไปให้บริการในพื้นที่เดือนละครั้ง และบริการเชิงรุก โดยติดตามผู้ป่วยที่บ้านกรณีผู้ป่วยขาดนัด และผู้ป่วยที่พบว่ามีความเสี่ยงด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง พร้อมให้ความรู้รายบุคคลในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมต่อโรคแก่ผู้ป่วย

อย่างไรก็ตามแม้จะมีการตรวจรักษาโดยทีมสหวิชาชีพ และการติดตามเยี่ยมบ้าน แต่ยังไม่สามารถดำเนินการควบคุมโรคให้บรรลุตามตัวชี้วัดที่กำหนด ยังพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมองที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเกิดความพิการ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และต้องพึ่งพา

ผู้อื่น และผู้ดูแลและบุคคลในครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย เกิดการสูญเสียรายได้ การดำเนินการแก้ไขที่ผ่านมาได้จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยผ่านช่องทางต่างๆเช่น การอบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ทำป้ายไววนิลให้ความรู้ แจกแผ่นพับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และเน้นย้ำให้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 เพื่อการรักษาอย่างทันที่กรณีฉุกเฉิน และได้ประยุกต์ใช้คู่มือเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชนทั่วไปมาประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน พบว่ายังมีข้อมูลบางส่วนของคู่มือโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชน ยังไม่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่มีจำนวนมากของพื้นที่ ที่ต้องได้รับการควบคุมและป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เช่นวิธีลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การจัดการเมื่อมีอาการเตือนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น และยังไม่ได้ดำเนินการในการมีส่วนร่วมของชุมชนให้มีส่วนในการรับรู้และร่วมแก้ไขปัญหาอย่างแท้จริง เนื่องจากการให้ความรู้และคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่เป็นส่วนใหญ่ และจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้การดูแลไม่ทั่วถึง ผู้ป่วยบางส่วนยังไม่ตระหนัก รวมทั้งข้อจำกัดด้านบุคลากรคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ไม่เพียงพอแก่การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้การควบคุมโรคโดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมองยังคงเพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่องทุกๆปี

จะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ สามารถก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาได้หลายระบบ การที่จะป้องกันภาวะแทรกซ้อนจำเป็นต้องมีการควบคุม และรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

การป้องกันโรค เป็นการกระทำของบุคคลโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดโรค ป้องกันการดำเนินของโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเพื่อให้สุขภาพแข็งแรง (นิรันดร บุญเกิด, 2553)

สำหรับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นโรคก่อให้เกิดความพิการ ความสูญเสียทางเศรษฐกิจของครอบครัว ชุมชนและประเทศ ทำให้ใช้งบประมาณจำนวนมากในการดูแล รักษาและฟื้นฟู ดังนั้นการลดและการควบคุมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสามารถช่วยป้องกันโรคไม่ให้เกิดขึ้นในชุมชน ได้ถึง ร้อยละ 60 ของหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นในชุมชนนั้นๆ (สำนักโรคไม่ติดต่อกระทรวงสาธารณสุข, 2555) มีสองวิธี คือ 1) การลดความพิการภายหลังจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมองด้วยการรักษาด้วยยาที่มีประสิทธิภาพ การรักษาฟื้นฟูสภาพ 2) การลดจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

เลือดสมองด้วยกระบวนการป้องกันโรค แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ การป้องกันปฐมภูมิ (primary prevention of stroke) และการป้องกันทุติยภูมิ (secondary prevention of stroke) (Nicol & Thrift, 2005) มีรายละเอียดดังนี้

การป้องกันปฐมภูมิ (primary prevention of stroke) คือ การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในกรณีที่บุคคลนั้นยังไม่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนซึ่งการป้องกันในระยะนี้สามารถทำได้โดยการส่งเสริมสุขภาพโดยทั่วไป เพื่อการมีสุขภาพดี รวมถึงการป้องกันการเกิดเฉพาะโรค

การป้องกันทุติยภูมิ (Secondary prevention of stroke) คือ การตรวจวินิจฉัยและการค้นหาความผิดปกติ ก่อนแสดงอาการหรือก่อให้เกิดความผิดปกติในร่างกายและการได้รับการรักษา อย่างทัน่วงทีของโรคหลอดเลือดสมอง

การควบคุมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องได้เน้นการป้องกันในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองคือในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นการป้องกันในระดับปฐมภูมิการควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Nicol & Thrift, 2005) สำหรับการควบคุมและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง สามารถทำได้ 2 วิธีการ คือ การให้ยาลดความดันโลหิตสูงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนี้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555; NIH, 2004)

1. การรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตสูง ตามแนวทางของ JNC VII กล่าวถึงกลุ่มยาหลักที่สามารถลดความดันโลหิตและลดภาวะแทรกซ้อนได้ดีไว้ 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มยาขับปัสสาวะ กลุ่มยาด้านแคลเซียม กลุ่มยาต้านการทำงานของเอนไซม์แองจิโอเทนซินคอนเวอร์ติง กลุ่มยายับยั้งการทำงานของแองจิโอเทนซินรีเซปเตอร์ และกลุ่มยายับยั้งที่ตัวรับเบตา-อะดรีเนอร์จิก หรือเบตา-บล็อกเกอร์ ยาแต่ละกลุ่มออกฤทธิ์ ดังนี้ (NIH, 2004)

1.1 กลุ่มยาขับปัสสาวะ (Diuretics) ยาที่ออกฤทธิ์ในการเพิ่มการขับน้ำออกจากร่างกายผ่านทางปัสสาวะ ส่งผลให้ลดอาการบวม ลดความดันโลหิตลงได้ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากลุ่มนี้ คือ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับไขมันในเลือดสูง โปตัสเซียมในเลือดต่ำ เกิดโรคเก๊าท์จากกรดยูริกในเลือดสูง เป็นต้น (NIH, 2004)

1.2 กลุ่มยาด้านแคลเซียม (Calcium Antagonists) ยากลุ่มนี้มีผลยับยั้งการนำแคลเซียมเข้าสู่เซลล์ จึงยับยั้งการหดตัวของเซลล์กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด มีผลทำให้หลอดเลือดขยายตัว ทำให้ความต้านทานของหลอดเลือดลดลง หัวใจเต้นช้าลง ระดับความดันโลหิตจึงลดลง อาการไม่พึง

ประสค้จากการใช้ยากลุ่มนี้ คือ อาการมึนงง ความดันโลหิตต่ำ ร้อนวูบวาบ ปวดศีรษะ และชาวม
ได้ หรืออาจทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น โดยขึ้นกับชนิดของยาและรูปแบบเม็ดยา(พิสิฐ วงศ์วัฒน์, 2547)

1.3 กลุ่มยาต้านการทำงานของเอนไซม์แองจิโอเทนซินคอนเวอร์ติง (ACEIs) ยากลุ่มนี้มี
ฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แองจิโอเทนซินคอนเวอร์ติง โดยทำให้การสร้างแองจิโอเทนซินทุ
ซึ่งเป็นสารที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงมากถูกยับยั้ง ความดันโลหิตจึงลดลง เนื่องจากแรง
ต้านทานหลอดเลือดส่วนปลายลดลง จึงส่งผลทำให้ความดันโลหิตลดลง อาการไม่พึงประสค้จาก
การใช้ยากลุ่มนี้ คือ อาการไอแห้ง (พิสิฐ วงศ์วัฒน์, 2547)

1.4 กลุ่มยายับยั้งการทำงานของแองจิโอเทนซินรีเซปเตอร์ (Angiotensin receptor blocker
[ARBs]) การออกฤทธิ์เหมือนกับ (ACEIs) ยกเว้นไม่มีอาการไม่พึงประสค้คือไอแห้งๆ แต่อาการ
ไม่พึงประสค้จากการใช้ยากลุ่มนี้ คือ เกิดโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ตาพร่า ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ
ท้องเดิน อ่อนแรง (พิสิฐ วงศ์วัฒน์, 2547)

1.5 กลุ่มยายับยั้งที่ตัวรับเบตา-อะดเรเนอร์จิก หรือเบตา-บล็อกเกอร์ (Beta-blockers [BBs])
เป็นยารักษาโรคความดันโลหิตสูงที่มีประโยชน์และใช้อย่างแพร่หลาย เช่นเดียวกับยายับยั้งปัสสาวะ
เพราะปลอดภัย ราคาถูกมีประสิทธิภาพทั้งที่ใช้ชนิดเดียวและใช้ร่วมกับกลุ่มอื่น อาการไม่พึงประสค้
จากการใช้ยากลุ่มนี้ คือ การใช้ยากลุ่มนี้จะต้องกินอย่างต่อเนื่อง การหยุดยาทันทีอาจเกิดภาวะถอนยา
ได้แก่ ภาวะวูบวาบ ตกใจง่าย หัวใจเต้นเร็ว เพิ่มความรุนแรงของการเจ็บอก หรือเพิ่มความดันโลหิต
(พิสิฐ วงศ์วัฒน์, 2547)

การรักษาด้วยยาจะเริ่มต้นด้วยการรักษาด้วยยาเพียงชนิดเดียว หากไม่ได้ผลอาจให้ยา 2-3
ชนิดรวมกันได้ และควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการรักษาด้วยยา (สมาคมความดันโลหิต
สูงแห่งประเทศไทย, 2555; NIH, 2004)

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถทำได้ในผู้ป่วยทุกราย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะ
สามารถชะลอ การเป็น โรคความดันโลหิตสูง เป็นการลดปัจจัยเสี่ยงและช่วยลดความดันโลหิต การ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถทำได้โดยการควบคุมน้ำหนัก การใช้อาหารเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิต
สูง (Dietary Approach to Stop Hypertension [DASH diet]) การออกกำลังกาย การงดหรือลดการดื่ม
แอลกอฮอล์ งดสูบบุหรี่ ลดความเครียด และการรับประทานยาตามแพทย์สั่งและการไปตรวจตามนัด
อย่างสม่ำเสมอ โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555; NIH, 2004)

2.1 การควบคุมน้ำหนัก สามารถลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ พบว่า ผู้ที่มี
ภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกิน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและ
หลอดเลือดสูงถึง ร้อยละ 49 เทียบกับผู้มีภาวะอ้วนที่ไม่มีภาวะความดันโลหิต ซึ่งมีความเสี่ยงต่อหัวใจ
และโรคหลอดเลือดเพียง ร้อยละ 17 การควบคุมน้ำหนักให้ดัชนีมวลกาย (Body mass index) อยู่

ในช่วง 18.5-24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร หรือการลดน้ำหนัก โดยการลดน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัม จะสามารถลดความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวได้ 5 - 20 มิลลิเมตรปรอท (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552)

2.2 อาหารเพื่อการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง (Dietary Approach to Stop Hypertension [DASH diet]) สามารถลดระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) ได้ 8-14 มิลลิเมตรปรอท โดยหลักในการรับประทาน DASH diet (Dietary Approach to Stop Hypertension) ได้แก่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552) ดังนี้

1) รับประทาน ผัก ผลไม้ที่ไม่หวานจัด เนื่องจากมีใยอาหาร (fiber) สูง ใยอาหารจะรวมตัวกับน้ำดีที่ร่างกายหลั่งออกมา ช่วยในการย่อยและดูดซึมไขมัน ทำให้น้ำดีไม่มีโอกาสถูกดูดซึมกลับเข้าสู่ร่างกายได้อีก น้ำดีจึงถูกสร้างขึ้นใหม่ที่ตับ ส่งผลให้มีการใช้คอเลสเตอรอลในร่างกายมากขึ้น ทำให้คอเลสเตอรอลที่สะสมอยู่ในร่างกายลดน้อยลง นอกจากนี้อาหารจำพวกธัญพืช ได้แก่ เม็ดเดือย งา ถั่วเมล็ดแห้ง (ถั่วเหลือง ถั่วเขียว ถั่วดำ ถั่วลิสง ฯลฯ) เป็นต้น จะมีแมกนีเซียมสูง ซึ่งแมกนีเซียมมีส่วนควบคุมการทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ การที่กล้ามเนื้อหดตัวจะเป็นผลจากแคลเซียมเคลื่อนเข้าภายในเซลล์กล้ามเนื้อ และแมกนีเซียมจะจับกับแคลเซียมเพื่อให้แคลเซียมสามารถไหลออกจากเซลล์ ส่งผลให้เกิดการคลายตัวของกล้ามเนื้อแมกนีเซียมจึงเป็นตัวยับยั้งการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด และมีบทบาทในการขยายตัวของหลอดเลือด ซึ่งมีผลต่อระดับความดันโลหิต ผลไม้ประเภท ส้ม กล้วย องุ่น ลูกเกด จะมีโปแตสเซียมสูง ซึ่งโปแตสเซียมสามารถลดความดันโลหิต เนื่องจากโปแตสเซียมจะช่วยขับปัสสาวะ ยับยั้งการหลั่งเรนินจากไต และช่วยลดแรงต้านทานหลอดเลือดส่วนปลาย ซึ่งจะเป็นการช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ (Bhatt, Luqman-Aragath, & Guleria, 2007)

2) ลดการบริโภคอาหารที่มีไขมัน ได้แก่ อาหารมัน ของทอด อาหารมัน อาหารใส่กะทิ ลดการบริโภคอาหาร อาหารประเภทที่มีไขมันอิ่มตัว เช่น ขาหมู หมูสามชั้น ไข่แดง ควรรับประทานอาหารที่มีไขมันชนิดไม่อิ่มตัว เช่น ประกอบอาหารด้วยน้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันมะกอก น้ำมันเมล็ดดอกทานตะวัน เป็นต้น (Bhatt et al., 2007)

3) การจำกัดเกลือโซเดียมในอาหาร ลดอาหารเค็มและอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง หลีกเลี่ยงอาหารประเภทดองเค็ม ซอส น้ำปลา ผงชูรส ลดการรับประทานเกลือโซเดียมให้น้อยกว่า 100 มิลลิโมลต่อวัน (2.4 กรัมโซเดียม หรือ 6 กรัมของโซเดียมคลอไรด์ หรือประมาณ 1 ช้อนชา) สามารถลดความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) ได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท (NIH, 2004: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555) เนื่องจากโซเดียมจะทำให้มีการกักตัวของน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณเลือดมากขึ้น หัวใจต้องทำงานหนัก ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น และยังทำให้แรงดึงตัวของผนังหลอดเลือดแดงสูงขึ้น ทำให้ระดับ Diastolic สูงขึ้น ฉะนั้นการลดหรือ

จำกัดโซเดียมจะมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง ทำให้มีการกั่งของปริมาณน้ำนอกเซลล์และปริมาณเลือดลดลง ซึ่งจะช่วยลดการทำงานของหัวใจ (Bhatt et al., 2007)

2.3 การออกกำลังกาย ควรทำควบคู่กับการควบคุมน้ำหนัก ชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ การออกกำลังกายแบบ ไอโซโทนิค (isotonic exercise) ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่มีการหดตัวของกล้ามเนื้อ ชนิดที่ความยาวของกล้ามเนื้อมีการเปลี่ยนแปลงและอวัยวะมีการเคลื่อนไหว หรือการออกกำลังกายแบบแอโรบิก โดยทำอย่างสม่ำเสมอ ความหนักของการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-70 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552) การออกกำลังกายที่เหมาะสมต่อการลดระดับความดันโลหิต คือ การออกกำลังกายที่เน้นการเคลื่อนไหวของร่างกายท่อนล่าง เช่น การเดินเร็ว การปั่นจักรยาน การวิ่ง เป็นต้น การออกกำลังกายประเภทดังกล่าว อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ สามารถลดความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวได้ 4-9 มิลลิเมตรปรอท (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552) ถ้าไม่มีเวลาออกกำลังกายควรเดินให้ได้วันละ 10,000 ก้าว สิ่งที่ควรระวังในการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ ไม่ควร ออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (isometric exercise) คือ การออกกำลังกายชนิดนี้มีการหดตัวของกล้ามเนื้อ ชนิดที่ความยาวของกล้ามเนื้อคงที่ แต่มีการเกร็งหรือตึงตัว (tension) ของกล้ามเนื้อเพื่อต้านกับแรงต้านทาน ดังนั้น เมื่อมีการออกกำลังกายชนิดนี้ อวัยวะต่างๆ จึงไม่มีการเคลื่อนไหวแต่มีการเกร็งของกล้ามเนื้อในลักษณะออกแรงเต็มที่ในระยะสั้นๆ เช่น ออกแรงดันผนังกำแพง ออกแรงบีบวัตถุหรือกำหมัดไว้แน่น เพราะมีผลทำให้หลอดเลือดหดตัว เพิ่มการทำงานของหัวใจอย่างรวดเร็ว ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555; NIH, 2004)

2.4 การงดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์ จำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกิน 2 แก้ว/วันในผู้ชาย (เอทานอล 30 กรัม/วัน เช่น เบียร์ 720 มิลลิลิตร ไวน์ 300 มิลลิลิตร วิสกี้ที่ยังไม่ผสม 90 มิลลิลิตร) และไม่เกิน 1 แก้ว/วันในผู้หญิง และผู้มีน้ำหนักน้อย สามารถลดความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) 2-4 มิลลิเมตรปรอท (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552) การลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์จะสามารถลดความดันโลหิตลงได้ 3.56 มิลลิเมตรปรอท และการดื่มเครื่องดื่มที่แอลกอฮอล์เกินปริมาณ 1 ออนซ์ต่อวัน สามารถป้องกันการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองได้ เนื่องจากแอลกอฮอล์จะมีผลทำให้ หลอดเลือดขยายตัว การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น แต่หากดื่มเกินปริมาณที่กำหนดจะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้น (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555; NIH, 2004)

2.5 การงดสูบบุหรี่หรืองดการอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่ ทำให้มีการหลั่งสารเลทีโครามีนมากขึ้น ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ส่งผลต่อระดับความดันโลหิต นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ร่างกายจะต้านการรักษาด้วยยาโดยทำให้การดูดซึมยาไม่ดี ส่งผลให้การ

รักษาไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ที่งดสูบบุหรี่ได้เป็นเวลา 1 ปี จะสามารถลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 50 และเมื่องดสูบบุหรี่ได้เป็นเวลามากกว่า 10 ปีขึ้นไปจะมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555; NIH, 2004)

2.6 การจัดการความเครียด แม้ว่าภาวะเครียดจะไม่ใช่อุบัติเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง แต่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น เนื่องจากมีผลต่อการหลั่งฮอร์โมนที่มีผลต่อการหดตัวของหลอดเลือดมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงสามารถจัดการเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดขึ้น ด้วยการทำกิจกรรมที่ลดความเครียด การพักผ่อนให้เพียงพอ การจัดการด้านอารมณ์อย่างเหมาะสม จึงจะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555; NIH, 2004)

2.7 การรับประทานยาตามแพทย์สั่งและการไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เป็นสิ่งที่จำเป็น ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด และผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตตามเป้าหมายที่วางไว้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องได้รับการนัดติดตามระดับความดันโลหิต เพื่อรับทราบผลการรักษา ทั้งการรักษาด้วยยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่กระทำควบคู่ไปด้วย การไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ยังเป็นการแสดงถึงความตั้งใจ ความสนใจ การรับรู้ในสุขภาพของผู้ป่วย (NIH, 2004)

จะเห็นได้ว่าการรักษาโรคความดันโลหิตสูงนั้น เป้าหมายของการรักษา คือ การลดความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ไม่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ คือ ระดับความดันโลหิตที่ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท สำหรับผู้ป่วยอายุน้อย ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย และผู้ป่วยหลังเป็นอัมพฤกษ์หรืออัมพาตควรมีระดับความดันโลหิตที่ต่ำกว่า 130/90 มิลลิเมตรปรอท (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552)

2.8 การจัดการเมื่อมีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าหลายประเทศได้จัดตั้งระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Services [EMS]) ขึ้นมาเพื่อให้บริการแก่บุคคลในกรณีที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการประเมิน จัดการ และบำบัดรักษาอย่างทันที่ เพื่อป้องกันการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2553) เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ภายใต้การประสานความร่วมมือกันระหว่างสมาคมโรคหัวใจแห่งชาติ (ASA) และสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติ ได้จัดตั้งระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินหมายเลขโทรศัพท์ 911 ขึ้นและจัดทำแนวทางการช่วยเหลือบุคคลที่มีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Chain of Survival) ดังนี้ ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนทั่วไป เพื่อให้สามารถวินิจฉัยและปฏิบัติต่ออาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว และหากพบผู้ป่วยสามารถแจ้งหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินหมายเลขโทรศัพท์ 911 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง และหลังจากนั้นจะมีทีมบุคลากร

ทางการแพทย์พร้อมรถพยาบาลนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว พร้อมทั้งมีการแจ้งข่าวให้โรงพยาบาลทราบก่อนที่จะไปถึง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาในโรงพยาบาลอย่างทันทีทันใด สำหรับประเทศไทยมีการจัดให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินหมายเลขโทรศัพท์ 1669 ตลอด 24 ชั่วโมง (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2553) และจัดทำเส้นทางนำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนับตั้งแต่เกิดอาการให้ถึงโรงพยาบาลภายใน 3 ชั่วโมง โดยความช่วยเหลือของทีมการแพทย์ฉุกเฉิน โดยให้ประชาชนสังเกตอาการแสดงจากตัวย่อ สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง “F.A.S.T.” ดังนี้ F (Face) ใบหน้า (เวลาيلمพบว่า มุมปากข้างหนึ่งตก), A (Arms) แขน (ยกแขนไม่ขึ้น 1 ข้าง), S (Speech) พูด (มีปัญหาด้านการพูดแม้ประโยคง่ายๆ พูดแล้วคนฟัง ฟังไม่รู้เรื่อง), และ T (time) เวลา (ถ้ามีอาการเหล่านี้ ให้รีบไปโรงพยาบาลโดยด่วน ภายใน 3 ชั่วโมง) เมื่อพบว่ามีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นแจ้งหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตลอด 24 ชั่วโมง หมายเลขโทรศัพท์ 1669 อย่างเร่งด่วนบอกอาการสัญญาณเตือนที่พบ ให้ทีมการแพทย์ฉุกเฉินทราบ เพื่อทีมการแพทย์ฉุกเฉินได้ประเมินอาการ และหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน(EMS) จะให้บริการนำส่งโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว ภายใน 3 ชั่วโมงนับตั้งแต่เกิดอาการ เพื่อจะได้ช่วยรักษาชีวิตและสามารถฟื้นฟูกลับมาได้เป็นปกติ หรือใกล้เคียงคนปกติมากที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผลการศึกษาของ กษมา เชียงทอง (2554) และผลการศึกษาของ หัสยาพร มะโน (2552) มีความสอดคล้องกันกล่าวคือ ควรให้ความรู้ การให้ข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่องผ่านสื่อรูปแบบต่างๆ เช่นเอกสาร แผ่นพับ สื่อวีดิทัศน์ที่สามารถเข้าใจง่ายและเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วย ครอบครัวอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเน้นการให้ความรู้ด้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในภาวะฉุกเฉินด้วยการโทรศัพท์แจ้งหมายเลข 1669 เมื่อมีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อสามารถจัดการแก้ไขเมื่อประสบกับโรคหลอดเลือดสมองทั้งตนเองและผู้อื่นได้

เอี่ยมศิริ กิจประเสริฐ, จรรยา สันตยากร, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, และ ปกรณ์ ประจันบาน (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการลดภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในเครือข่าย ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมลดภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองด้านอาหาร จำกัดเครื่องดื่ม หลีกเลี่ยงสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย มีพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น นำไปสู่การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้และสามารถนำไปสู่โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจัดกิจกรรมเฉพาะกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานได้

อังเดร, ฮูชแมนน์, ลอฟส์, และ ฮากิม (Endres, Heuschmann, Laufs, & Hakim, 2011) เป็นการศึกษาการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับปฐมภูมิ ผลการศึกษาพบว่ามาตรการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับปฐมภูมิมุ่งเน้นการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้คือ ค่าความดันโลหิต ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ถึงร้อยละ 34.6 และพบว่าการลดความดันโลหิตลง 2 มิลลิเมตรปรอทในค่าความดัน Systolic ช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 25 และในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการเปลี่ยนระดับปัจจัยเสี่ยงทั้งหมดให้ดีขึ้น คือ สิ่งแวดล้อมหรือปัจจัยวิถีชีวิต เช่นอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ โรคอ้วน ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ชิฟ และคณะ (Chiuve et al., 2008) ศึกษาการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการดำเนินชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ ลักษณะการป้องกันในระดับปฐมภูมิที่มุ่งเน้นปัจจัยที่แก้ไขได้ คือ 1) งดสูบบุหรี่ 2) การออกกำลังกาย มากกว่า 30 นาที/วัน กิจกรรม ปานกลางถึงหนัก 3) รับประทานอาหารไขมันต่ำ 4) มีค่าดัชนีมวลกายในช่วง 18.5 ถึง 25 kg/m² และ 5) การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ควรดื่มแอลกอฮอล์ระดับปานกลางอย่างน้อย 5 กรัม/วัน ในชายจำกัดที่ 30 กรัม/วันและในหญิง 15 กรัม/วัน และเช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Medical Services Commission, British Columbia (2008) เป็นแนวปฏิบัติสำหรับการป้องกันระดับปฐมภูมิโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นการดำเนินการจัดการปัจจัยเสี่ยง คือการป้องกันการจัดการดำเนินชีวิต เช่นการเลิกบุหรี่ การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนักและนิสัยการกิน ผลการศึกษาแนะนำว่า ให้เลิกบุหรี่ ออกกำลังกาย 30-60 นาทีต่อวัน สัปดาห์ละ 4-7 วัน ควรควบคุม ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5-24.9 kg/m² ให้มีรอบเอวในเพศชายน้อยกว่า 80 เซนติเมตร และในเพศหญิงน้อยกว่า 90 เซนติเมตร แนะนำให้รับประทานอาหารที่เน้นผักผลไม้ไขมันต่ำผลิตภัณฑ์นม, เส้นใย, ธัญพืชและโปรตีนต่ำ การบริโภคโซเดียมที่ลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,500 มิลลิกรัมต่อวัน หรือประมาณ 1 ช้อนชาเกลือ

การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นการป้องกันก่อนระยะการเกิดโรคหลอดเลือดสมองคือระยะปฐมภูมิ ซึ่งเป็นการป้องกันเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง การจัดการเมื่อมีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือผู้ดูแล มีวิธีการจัดการแก้ไขได้รวดเร็ว เพื่อให้เกิดความรู้ในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ดูแลและบทบาทของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

โรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้เกิดปัญหาตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคหลอดเลือดสมอง ผลกระทบจากการเจ็บป่วยก่อให้เกิดการสูญเสียตามมาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ หรือความพิการ และการสูญเสียด้านความคิดและสติปัญญาร่วมด้วย การเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จึงนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมาก จากการมีอัตราตายและความพิการสูง การดูแลรักษาที่สำคัญคือการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวไม่ให้เกิดขึ้น คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย และบทบาทการดูแลของครอบครัว มีความสำคัญอย่างมากต่อผู้ป่วย

ความหมายของผู้ดูแล

ในสังคมไทยเมื่อมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว (ผู้ดูแล) ที่จะให้ความช่วยเหลือดูแล

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลหลักได้แก่ สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้องหรืออาจเป็นบุคคลใกล้ชิด เช่น เพื่อน เพื่อนบ้านที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะตามแผนการรักษาของแพทย์ (กัทธ ดานา, 2554)

ผู้ดูแลจึงมีส่วนเกี่ยวข้องข้องกับการดูแล และจัดการกับผู้ป่วยอย่างมากซึ่งครอบครัวแต่ละครอบครัวจะมีรูปแบบในการจัดการกับโรคแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรม ความเชื่อ ชนชั้น และคุณสมบัติส่วนตัวของครอบครัว โดยผู้ดูแลต้องมีความรู้ ความเข้าใจในตัวผู้ป่วย และต้องแสดงบทบาทในการดูแล ลักษณะการดูแลประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ (กัทธ ดานา, 2554)

บทบาทของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

บทบาทในการดูแลผู้ป่วย แบ่ง 4 ด้าน คือ 1) การดูแลในชีวิตประจำวัน 2) การให้ความเคารพเห็นอกเห็นใจ 3) การดูแลให้รับรู้ข่าวสารและความเป็นไป ภายในครอบครัวและชุมชน และ 4) การจัดการเรื่องค่าใช้จ่าย มีรายละเอียด ดังนี้ (กัทธ ดานา, 2554)

1. การดูแลในชีวิตประจำวัน บทบาทของผู้ดูแลในการให้การดูแลผู้ป่วย ดังนี้
 - 1.1 การดูแลเรื่องส่วนตัว

1) เรื่องโรค ครอบครัวคอยสังเกตอาการของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยไม่สบายพาไปพบแพทย์ และเมื่อต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลก็ต้องเฝ้าไข้ คอยปรนนิบัติผู้ป่วยขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และประสานให้ญาติคนอื่นรู้ บางครอบครัวคอยบอกและแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว บางคนบีบบังคับ ให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลาย

2) เรื่องอาหาร ครอบครัวทำอาหารและจัดให้ผู้ป่วยรับประทาน เชื่อว่าต้องเป็นรสจืด ไม่เค็ม ไม่เติมเครื่องปรุงรสมาก หลีกเลียงอาหาร พวกหมักดอง และอาหารที่มีเกลือมาก บางครอบครัวหาเครื่องดื่มนำมาปรุงร่างกายให้ บางครอบครัวที่คิดว่า ผู้ป่วยทานอาหารทั่วไปร่วมกับทุกคนในครอบครัวได้ เพราะคิดว่าผู้ป่วยยังปกติอยู่ ไม่จำเป็นต้องแยกอาหารสำหรับผู้ป่วย

3) เรื่องยา ครอบครัวช่วยจัดเตรียมยาให้ผู้ป่วย เช่น หักยาไว้ให้และรวมไว้ในซองเดียวกัน การบอกผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยา โทษและประโยชน์จากการรับประทานยาตามคำสั่งของแพทย์ บางครอบครัวมีวิธีการโทรศัพท์มาคอยเตือนผู้ป่วยให้รับประทานยาให้ถูก และไม่ให้ลืมรับประทานยาด้วย

4) เรื่องเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม ครอบครัวช่วยเตรียมเสื้อผ้าถุง เครื่องนุ่งห่มอื่นๆ ให้ผู้ป่วย รวมถึงการซักเสื้อผ้า ซื่อเสื้อผ้าใหม่ให้ผู้ป่วย

5) การดูแลเรื่องการทำงานภายในครอบครัว บางครอบครัวต้องทำหน้าที่แทน ทำกิจธุระแทนผู้ป่วยได้ การไปตลาด ซื่อของ การเป็นธุระไปที่ดิน ไปธนาคารแทน หลายครอบครัวที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำนา ปลูกข้าว เลี้ยงสัตว์แทนผู้ป่วย บางครอบครัวขับรถพาผู้ป่วยไปขายผักที่ตลาด

2. การให้ความเคารพ ความเห็นอกเห็นใจ

บทบาทของผู้ดูแล ที่ให้การดูแลผู้ป่วยในด้านจิตใจ ส่วนใหญ่ค่อนข้างจะสะท้อนเห็นได้น้อย และไม่ค่อยชัดเจน ดังนี้

2.1 ให้เกียรติ ยกย่อง คือการพูดดี ไม่ดูค่า ไม่ว่าร้าย พูดจาสุภาพ นุ่มนวล ไพเราะ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจ

2.2 ตามใจ เห็นอกเห็นใจ และถนอมน้ำใจ เมื่อผู้ป่วยเรียกร้องอยากไปที่ไหน หรืออยากรับประทานอาหาร เครื่องดื่มใด ครอบครัวก็จะตามใจ และจัดหาให้ ไม่ทำสิ่งที่ไม่สบายใจและผิดใจกับผู้ป่วย กลัวว่าผู้ป่วยจะทุกข์ใจ

3. การดูแลให้รับรู้ข่าวสารความเป็นไปของครอบครัวและชุมชน

การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับครอบครัว เช่น ทำบุญ ตามช่วงเทศกาล การพาไปวัด เข้าร่วมงานแต่งงานของเพื่อนบ้าน งานศพ เป็นต้น บางครอบครัว ซื่อวิทยุ หรือโทรทัศน์ เพื่อให้ผู้ป่วย

สูงอายุได้คู่ พัง ช่วงที่อยู่บ้านคนเดียว ส่วนใหญ่จะอยู่บ้านตลอด สิ่งเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ข่าวสารต่างๆ ความเคลื่อนไหวของสังคม การเปิดโอกาสให้เพื่อนบ้านและผู้ป่วย ได้พบปะ พูดคุย ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุมีเพื่อน แต่ข้อจำกัดของการรับรู้แต่ละรายไม่เหมือนกัน มีตามัว หูตึง การเดินทางตัวลำบาก ซึ่งจะเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร ปัญหาตามมา เช่น การผลัดตัวออกจากสังคม ส่งผลให้เหงา ว้าเหว่ และมีปัญหาสภาพจิตใจตามมาได้

4. การดูแลเรื่องค่าใช้จ่าย

ส่วนใหญ่ครอบครัวรับรู้ว่าเป็นการดูแลค่าใช้จ่ายในครอบครัว เป็นการหารายได้ หาเงินแหล่งทุนต่างๆ มาช่วยเหลือ ผู้ป่วย บางครอบครัวที่มีข้อจำกัดทางด้านรายได้น้อย ไม่พอกับค่าใช้จ่ายที่สูงมาก โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายจากการเจ็บป่วย

การส่งเสริมบทบาทของผู้ดูแลที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

การส่งเสริมบทบาทของผู้ดูแลที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

1. การให้ข้อมูลข้อชี้แนะ เรื่องโรค สาเหตุ อาการแสดง การดูแลรักษา ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัว จะทำให้เข้าใจและยอมรับการดูแลรักษา ความรู้การดูแลและการจัดการความเครียด การจัดการระบบตัวเอง ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วย และปรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลได้ดี
2. ฝึกและสอนทักษะ ผู้ดูแลจำเป็นที่ต้องได้รับการสอนและฝึกทักษะ บทบาทการเป็นผู้ดูแล เช่น ด้านอาหาร ออกกำลังกาย เพื่อให้มีความชำนาญ และสามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ของแต่ละครอบครัว
3. จัดการปรับเปลี่ยนบทบาทครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย การพูดคุย แลกเปลี่ยนกัน การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และความรู้สึกที่ดีต่อกัน สามารถปฏิบัติบทบาทในการดูแลแทนกันได้ เกิดการยอมรับซึ่งกันและกันมากขึ้น
4. หาแหล่งปรึกษาด้านสุขภาพและปัญหาครอบครัว การช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา แนะนำ และความรู้ การหาแหล่งที่ปรึกษาด้านสุขภาพ เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อช่วยให้ครอบครัว สามารถขอความช่วยเหลือได้ เมื่อเกิดปัญหาในการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมของ ศศิธร ช่างสุวรรณ (2548) ประสพการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษานี้ให้มีแนวทางในการสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง เน้นในเรื่องการให้ข้อมูล แผนการดูแลรักษา การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และควรจัดทำสื่อการเรียนรู้สำหรับผู้ดูแลและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าใจง่าย สามารถศึกษาได้ง่าย และมีแหล่งข้อมูลที่เข้าถึงได้ง่าย ซึ่งแม้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเต็ม

ใจให้การดูแลผู้ป่วย แต่หากผู้ดูแลต้องการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีการพึ่งพามาก ภาระของผู้ดูแลก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน และเพื่อลดภาระของผู้ดูแลบุคลากรทีมสุขภาพต้องให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลไปพร้อมๆ กับผู้ป่วยกล่าวคือเพิ่มศักยภาพและความสามารถในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแล และ การศึกษาของ วิณา ลิ้มสกุล (2545) ผลของโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวสูงกว่าก่อนที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของ ครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผลการวิจัยนำไปใช้ใน มีการฝึกหรือพัฒนาบุคลากรเรื่องของ โรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ความรู้เรื่องของโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยง อาการ การรักษา การ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมถึงมีการใช้โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว และจัดเตรียมคู่มือ การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

จะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ดูแลต้องมีภาระในการดูแลผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ สำคัญในการดูแลผู้ป่วย ให้การสนับสนุน ให้ความช่วยเหลือในเรื่องกิจวัตรประจำวันต่างๆ ดังนั้นเพื่อ ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลต้องมีความรู้ และฝึกทักษะ เกี่ยวกับการป้องกันการเกิด โรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่เป็น โรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาระใน การดูแลของผู้ดูแลได้

การพัฒนาแนวปฏิบัติตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์และการประเมินแนวปฏิบัติ

การดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองสมองในผู้ที่เป็น โรคความ ดันโลหิตสูง การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

การพัฒนาแนวปฏิบัติตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์

การสร้างแนวปฏิบัติที่มีฐานการสร้าง โดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์อย่างเป็นระบบและ นำเชื่อถือมีหลักฐานอ้างอิงที่ผ่านการทดลองใช้มาแล้ว ซึ่งพบว่ามีประสิทธิภาพได้ผลลัพธ์ที่ดีมีความ คุ่มทุน มีความเสี่ยงน้อยที่สุด เป็นที่พึงพอใจของทุกฝ่ายและมีความสอดคล้องกับความต้องการของ ผู้รับบริการ แนวคิดการปฏิบัติโดยอาศัยความรู้เชิงประจักษ์เป็นรูปแบบหนึ่งของการนำผลวิจัยไปสู่ การปฏิบัติ โดยพิจารณาเอาผลดีมาเป็นแนวทางสำหรับการปรับปรุงคุณภาพ (พิกุล, นันทชัยพันธ์, 2549)

ความหมายของแนวปฏิบัติตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์

เดวิส และคณะ ให้ความหมายของ การปฏิบัติตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ว่า เป็นการใช้นโยบายปฏิบัติที่พิสูจน์แล้วว่าได้ผลดีมาประกอบการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย โดยการกระทำอย่างมีสติรอบคอบ (conscientious) ทำอย่างเปิดเผยและเป็นที่ยอมรับ (explicit) มีการพิจารณาก่อนตัดสินใจ (judicious) (Davies et al., 2000, อ้างใน อรวรรณ ปาละก้อน, 2551)

พิบูล นันทชัยพันธ์ (2549) ให้ความหมายว่า แนวปฏิบัติ เป็นการปฏิบัติโดยอาศัยหลักฐานอ้างอิง เป็นการปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติโดยใช้แนวทางการเปลี่ยนแปลงมาจากหลักฐานหรืองานวิจัยที่ได้มีการพิสูจน์แล้วว่ามีความสามารถก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีจริง ทั้งนี้ต้องมีการกระทำอย่างเป็นระบบ

กล่าวโดยสรุป แนวปฏิบัติตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ คือข้อกำหนดที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้เหมาะสมอย่างมีคุณภาพและมาตรฐาน

ระดับของแนวปฏิบัติ

แนวปฏิบัติมีหลายระดับตามความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่นำมาใช้และวิธีการพัฒนาแนวปฏิบัติ แต่แนวปฏิบัติที่ยอมรับและน่าเชื่อถือที่สุดคือ แนวปฏิบัติที่พัฒนาจากความรู้เชิงประจักษ์ เนื่องจากมีขั้นตอนพัฒนาที่เป็นระบบ มีความน่าเชื่อถือ ให้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดและมีความเสี่ยงน้อย แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความน่าเชื่อถือแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับหลักฐานที่นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ จึงมีการแบ่งระดับของแนวปฏิบัติ ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้คือ มาตรฐาน (standard) แนวปฏิบัติ (guideline) และตัวเลือกปฏิบัติ (option)

1. มาตรฐาน (standard) คือแนวปฏิบัติที่ได้มาจากหลักฐานที่มีความแน่นอน แสดงประสิทธิผลที่ชัดเจน เช่น หลักฐานที่ได้มาจากผลการวิจัยที่มีกลุ่มควบคุมทั้งหมด (randomized controlled trials [RCT]) หรือ จากการทบทวนอย่างเป็นระบบ (จากการทำ systematic review ของ RCT)

2. แนวปฏิบัติ (guideline) คือแนวปฏิบัติที่มีความแน่นอนทางคลินิกปานกลาง (moderate clinical certainty) ได้มาจาก strong consensus หรือการศึกษาเชิงสังเกตซึ่งมีกลุ่มควบคุม (case control หรือ cohort study)

3. ตัวเลือกปฏิบัติ (option) เป็นแนวปฏิบัติที่ยังไม่มีหลักฐานแน่ชัด ไม่มีข้อสรุป หรือมีความขัดแย้งในหลักฐานหรือความเห็นการแบ่งเช่นนี้ทำให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น จัดทำแนวปฏิบัติได้ง่าย

ขึ้น นำข้อสรุปที่มีหลักฐานชัดเจน ไปใช้ได้เร็วขึ้น แทนที่จะต้องมาเสียเวลากับประเด็นเล็กน้อยบางประเด็นซึ่งยังมีหลักฐานไม่ชัดเจน

กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติบนหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์

แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกมีหลายรูปแบบ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้พัฒนาแนวปฏิบัติตามกระบวนการ ของศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทางการแพทย์และ ผดุงครรภ์แห่ง ประเทศไทย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งขั้นตอนการพัฒนา แนวปฏิบัติทางคลินิก ของศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทางการแพทย์และผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยอาศัยหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ แบ่ง ขั้นตอนดำเนินการออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติ และระยะที่ 2 เป็นการใช้นโยบายปฏิบัติ ซึ่งขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติอาศัยหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ในระยะที่ 1 มีขั้นตอนการพัฒนา ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ (พิบูล นันทชัยพันธ์, 2549)

1. **การกำหนดหัวข้อปัญหาที่ต้องการแก้ไข** โดยให้มาจากการคิดเห็นของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จัดประชุม ลงความเห็น ดำรวจความเห็น ทบทวนปัญหาความผิดพลาด โดยมีประเด็นพิจารณา กำหนดหัวข้อปัญหาในทางปฏิบัติที่ต้องการแก้ไข คือเป็นปัญหาการปฏิบัติการดูแลที่มีความบกพร่อง/ไม่มีมาตรฐานการปฏิบัติที่ชัดเจน เกิดผลกระทบ/อันตรายแก่ผู้ใช้บริการ และผู้ให้บริการมีปริมาณในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเป็นจำนวนมาก มีค่าใช้จ่ายสูงถ้าไม่มีมาตรฐานหรือแนวทางการดูแลที่ชัดเจน มีความแตกต่างในการปฏิบัติมาก มีการปฏิบัติที่มีผลลัพธ์ไม่เป็นที่พึงพอใจ

2. **การกำหนดผลลัพธ์** หรือการกำหนดความเปลี่ยนแปลงที่ต้องการเกิดขึ้นภายหลังจากการดำเนินการแล้ว ในรูปของผลลัพธ์ เช่น ลดภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่าย ลดอัตราป่วยและอัตราตายของโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง เป็นต้น

3. **การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์** จากรูปแบบต่างๆ ทั้งรายงานผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลผลการวิจัย/รายงานผลการทบทวนงานวิจัย แนวปฏิบัติที่ได้ผ่านการทดสอบประสิทธิภาพมาแล้วโดยมีหลักฐานที่ตรวจสอบได้แนวปฏิบัติ และแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด จากหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทางการแพทย์และผดุงครรภ์แห่งประเทศไทยที่ได้มาจากแหล่งสืบค้นในระบบเวชทะเบียนของโรงพยาบาล ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ วารสาร ตามห้องสมุด ฐานข้อมูลของสำนักประกันคุณภาพและเว็บไซต์ของสถาบันต่างๆ การติดต่อกับผู้วิจัยหรือผู้เชี่ยวชาญเป็นการส่วนตัว

4. **การวิเคราะห์และประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์** หลักฐานอ้างอิงมีความเหมาะสมกับชุมชน มีความประหยัดและคุ้มค่าคุ้มทุน ประกอบกับได้รับความเห็นชอบจากผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติและตรง

ความต้องการขององค์กรและชุมชน ซึ่งอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายโดยจะพิจารณาคุณค่าและประเภทตามหลักฐานอ้างอิงที่ค้นพบจะมีหลากหลายลักษณะ ได้แก่ หลักฐานอ้างอิงที่เป็นแนวปฏิบัติหลักฐานที่ได้มาเป็นข้อเสนอแนะ บทความทางวิชาการและนำความเห็นของผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิการศึกษาารายงานการวิจัยต่างๆ (primary research) ซึ่งการแบ่งระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ (level of evidence) และระดับข้อเสนอแนะของหลักฐานอ้างอิง (grades of recommendation) เพื่อเป็นการประเมินหลักฐานอ้างอิงดังกล่าว ซึ่งขึ้นอยู่กับประเภทหลักฐานอ้างอิงที่ได้โดยอาศัยเกณฑ์การประเมินระดับคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์และระดับข้อเสนอแนะในการนำไปสู่การปฏิบัติตามเกณฑ์ของสถาบัน โจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute [JBI], 2009) โดยแบ่งระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานอ้างอิง ดังนี้

ระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

การแบ่งระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐาน เชิงประจักษ์ ตามเกณฑ์ของสถาบัน โจแอนนาบริกส์ (JBI, 2009) ดังนี้

Level 1 หลักฐานที่ได้จากการทบทวนอย่างเป็นระบบ โดยที่งานวิจัยทุกเรื่องมีการออกแบบให้มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพร้อมทั้งมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (randomized controlled trials [RCTs]) ทั้งหมดมีความเสี่ยงหรือความลำเอียงน้อยมาก

Level 2 หลักฐานความรู้ที่ได้จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) มี 2 กลุ่มเปรียบเทียบกันที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

Level 3 หลักฐานอ้างอิงที่ได้จากการสังเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งความรู้หรือความคิดเห็นที่เป็นการค้นพบที่มีความน่าเชื่อถือ โดยแบ่งคุณภาพวิจัยออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

Level 3.1 รายงานการวิจัยที่เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) ที่มี 1 กลุ่มวัดก่อนและหลังเปรียบเทียบกัน หรือเป็นรายงานการวิจัยที่มีหลักฐานอ้างอิงมาจากการศึกษาเปรียบเทียบแบบติดตามผลลัพธ์ไปข้างหน้าเป็นระยะเวลายาวที่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุม (Cohort studies)

Level 3.2 รายงานการวิจัยที่มีหลักฐานอ้างอิงมาจากการศึกษาที่เป็นกรณีศึกษา เป็นการศึกษาแบบสังเกตติดตามผลลัพธ์ไปข้างหน้าระยะยาว (Case-controlled studies)

Level 3.3 รายงานการวิจัยที่มีหลักฐานอ้างอิงมาจากการศึกษาเชิงสังเกต (Observational studies) ที่ไม่มีกลุ่มควบคุม

Level 4 หลักฐานอ้างอิงที่ได้จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านประสบการณ์ทางคลินิก ผลการศึกษาเชิงพรรณนา หรือรายงานของคณะผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ หรือการออกความคิดเห็นร่วมกัน (Expert opinion)

ระดับข้อเสนอแนะในการนำไปสู่การปฏิบัติของหลักฐานเชิงประจักษ์

แนวปฏิบัติฉบับนี้ใช้ระบบการแบ่งระดับข้อเสนอแนะที่นำไปปฏิบัติของหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2009) ซึ่งได้แบ่งระดับข้อเสนอแนะ ดังนี้

ระดับ A หมายถึง ข้อเสนอแนะที่มีเหตุผลสนับสนุนที่ดีมาก ความมีประสิทธิภาพในการแสดงผลลัพธ์อย่างชัดเจน สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติได้ผลดี มีความเหมาะสมด้านการปฏิบัติงาน และมีความง่ายในการนำไปใช้ และเป็นที่ยอมรับเชิงจริยธรรม

ระดับ B หมายถึง ข้อเสนอแนะที่มีเหตุผลสนับสนุนที่ดี ความมีประสิทธิภาพในการแสดงผลลัพธ์ปานกลาง สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติได้ มีความเหมาะสมด้านการปฏิบัติงาน และมีความง่ายในการนำไปใช้ระดับปานกลางสามารถนำไปใช้ได้แต่ต้องมีการเตรียมบุคลากรและอุปกรณ์ การยอมรับเชิงจริยธรรมยังไม่ชัดเจน

ระดับ C หมายถึง ข้อเสนอแนะที่ไม่แนะนำให้นำไปปฏิบัติ

5. การสร้างแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย

ยกร่างแนวปฏิบัติ ตามหลักฐานอ้างอิงที่เลือกโดยแสดงถึงข้อความที่ระบุวัตถุประสงค์กิจกรรม ผู้ปฏิบัติ เกณฑ์และวิธีประเมินผล โดยนำผลการพิจารณาของผู้ร่วมปฏิบัติมาเป็นแนวทางร่วมกับหลักฐานอ้างอิงและการประเมินหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ เริ่มจากการสร้างทีมคณะกรรมการทำงาน 5-10 คน โดยเป็นตัวแทนจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ขั้นการยกร่างแนวปฏิบัติชุมชนเป็นการใช้กลยุทธ์การกระตุ้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย ประกอบด้วย

- 1) การยกร่างพิมพ์แนวปฏิบัติ
- 2) ประชาพิจารณ์ขอความเห็นผู้ร่วมปฏิบัติหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง
- 3) ตรวจสอบคุณภาพเชิงเนื้อหา ภาษา รูปแบบแนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
- 4) การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ โดยผู้ใช้แนวปฏิบัติการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ ภายหลังจากทดลองใช้

จัดทำรูปเล่มแนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์

นำแนวปฏิบัติที่ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและจากการทดลองใช้กับผู้ดูแล มาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้มีความเหมาะสม หลังจากนั้นจัดทำรูปเล่มแนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์

การประเมินแนวปฏิบัติ

การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ โดยผู้ใช้แนวปฏิบัติการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ ดำเนินการภายหลังการยกร่างแนวปฏิบัติเรียบร้อยแล้ว โดยทำการประเมินในกลุ่มทดลองใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งแบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ มีข้อความ ที่ใช้ในการประเมินแนวปฏิบัติ (พิกุล นันทชัย พันธุ์, 2549) ประกอบด้วย

1. ความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติ หรือในการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ
2. ความชัดเจนของข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติ
3. ความเหมาะสมกับการนำไปใช้
4. ความประหยัด
5. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติ
6. ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้

จากทบทวนวรรณกรรมข้างต้นที่กล่าวมาพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีความรุนแรง และก่อให้เกิดความพิการส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว ที่ต้องให้ความช่วยเหลือ สังคมและประเทศซึ่งงบประมาณในการดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนั้นเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความจำเป็น รวมถึงบทบาทของผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญที่ช่วยในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้ดูแลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วย ที่คอยให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำผู้ป่วย ประกอบกับกรอบแนวคิดการดูแล ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ให้โอกาสผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแล ได้ร่วมกันประเมินความเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพและเรียนรู้การจัดการโรคร่วมกัน แต่พบว่าในพื้นที่ยังไม่มีแนวทางที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ดูแลใช้เป็นแนวทางเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และจากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่พบผลงานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนประกอบ กับเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการและเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติชุมชน ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะ ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้ดูแลในชุมชน โดยเป็นการ พัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในการป้องกันก่อนระยะการเกิดโรคหลอดเลือด สมองคือระยะประจวบภูมิ ซึ่งเป็นการป้องกันเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้วยการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง การจัดการเมื่อมีอาการเตือนโรค หลอดเลือดสมอง ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรือผู้ดูแล มีวิธีการจัดการ

แก้ไขได้รวดเร็ว เพื่อให้เกิดความรู้ในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิดในการศึกษา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันไม่ให้เกิดได้ ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชน การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง สำหรับผู้ดูแลในชุมชน ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง เป็นการศึกษาการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีสุขภาพดี และลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ประยุกต์กรอบแนวคิดการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะการป้องกันปฐมภูมิ (primary prevention of stroke) ตามแนวทางของ Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care Prevention of Stroke 2012 และนำขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติโดยยึดหลักการของศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทางการแพทย์และผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทางการแพทย์และผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2549) มาเป็นแนวทางในการศึกษา โดยศึกษาเฉพาะระยะที่ 1 ขั้นตอนที่ 1-5 ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้ 1) การกำหนดหัวข้อปัญหาที่ต้องการแก้ไข 2) กำหนดผลลัพธ์ 3) สืบค้นหลักฐาน 4) ประเมินคุณค่าของหลักฐาน และ 5) การจัดทำแนวปฏิบัติ ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย คือ สร้างทีมผู้พัฒนาแนวปฏิบัติ 10 คน กลุ่มผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติ 5 คน อีกทั้งร่างแนวปฏิบัติตามหลักฐานที่เลือก จัดพิมพ์ต้นฉบับแนวปฏิบัติ ตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้เชี่ยวชาญ ทดสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ นำผลที่ได้มาปรับปรุงแนวปฏิบัติให้มีความสมบูรณ์และเหมาะสมต่อไป