

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.2 สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.3 ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.4 อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.5 การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.6 การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.7 บริบทของโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนตำบลตาลชุม อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน
2. แผนการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทย
 - 2.1 แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย ปี พ.ศ. 2554 - 2563
 - 2.2 บทสรุปประเด็นสารวันอัมพาตโลก ปี พ.ศ. 2556 (งบประมาณ 2557)
 - 2.3 ระบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มปกติ/เสี่ยง/ป่วย โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในประเทศไทย
3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 - 3.1 ความหมายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 - 3.2 บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบ
4. การพัฒนาแนวปฏิบัติบนหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์
 - 4.1 ความหมายของแนวปฏิบัติตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์
 - 4.2 กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติบนหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์
5. บริบทของโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนตำบลตาลชุม อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน

โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาที่พบบ่อย และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรไทย ก่อให้เกิดความพิการเป็นภาระการดูแลของครอบครัว ส่งผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ ซึ่งโรคนี้หากได้รับการดูแลและรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วตั้งแต่แรก จะสามารถลดอัตราการตายหรือความพิการลงได้มาก หรือสามารถกลับมาใช้ชีวิตแบบคนปกติได้ อย่างไรก็ตามโรคหลอดเลือดสมองเมื่อเกิดขึ้นแล้วถ้าแม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการดีขึ้นแต่ก็อาจไม่หายเป็นปกติ บางคนที่มีอาการอาจมีความพิการตลอดไป ดังนั้นการป้องกันจึงเป็นสิ่งที่ดีที่สุดกว่าการรอรับการรักษา

ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) ได้กำหนดคำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke/Cerebrovascular Disease [CVD]/Cerebrovascular Accident [CVA]) หมายถึงกลุ่มอาการทางคลินิกที่ประกอบด้วยลักษณะของอาการทางระบบประสาทที่บกพร่องและเกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง และมีสาเหตุเบื้องต้นมาจากหลอดเลือดสมองที่ตีบตันหรือแตกทำให้เกิดเลือดออกหรือภาวะเนื้อสมองตาย (นิพนธ์ พวงวารินทร์, 2544; Brust, 2007)

ฮิกกี และ ฮ็อก (Hickey & Hock, 2003) ได้ให้ความหมายว่าโรคหลอดเลือดสมองคือกลุ่มอาการซึ่งมีความผิดปกติของระบบประสาทซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงหรือโดยทางอ้อมกับสมองขาดเลือดไปเลี้ยง อาการเกิดขึ้นทันทีทันใดไม่มีอาการนำมาก่อน

โมเวอร์ (Mower อ้างใน ทรงพร พุฒจิ๊บ, 2550) ได้ให้ความหมายว่าโรคหลอดเลือดสมองคือกลุ่มโรคที่มีการรบกวนต่อระบบการไหลเวียนเลือดไปที่สมอง ทำให้เกิดการทำลายเซลล์สมองและสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายที่สมองส่วนนั้นควบคุมอยู่

สรุปได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองคือ กลุ่มอาการของโรคที่มีความผิดปกติของระบบการไหลเวียนของเลือดไปที่สมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เซลล์สมองถูกทำลายและสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายที่สมองส่วนนั้นควบคุมอยู่

สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคที่พบบ่อย มักพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไป และผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงเมื่อเกิดโรคแล้วจะก่อให้เกิดอาการต่างๆทางระบบประสาท ผู้ป่วยมักมีอาการทันทีทันใดและเป็นเหตุให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งเสียชีวิต ส่วนผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่ก็มักต้องใช้เวลาในการฟื้นตัวค่อนข้างนาน นอกจากนี้มากกว่าครึ่งของผู้ป่วยดังกล่าวมีความพิการหลงเหลืออยู่ในระดับต่างๆ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตตลอดจนภาวะเศรษฐกิจและสังคมของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว อย่างไรก็ตาม โรคนี้สามารถป้องกันได้ และถ้ารีบรักษาตั้งแต่ เริ่มมีอาการ ก็อาจช่วยให้รอดชีวิต และมีความพิการน้อยลง หรือกลับไปทำงานตามปกติได้ โรคหลอดเลือดสมองสามารถจำแนกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ โรคที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และโรคที่เกิดจากหลอดเลือดสมองแตก (บุคคิ กระจุกชัย, 2551)

1. โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน เมื่อมีการอุดตันของหลอดเลือดในสมองจะทำให้สมองส่วนที่เคยได้รับเลือดมาเลี้ยงขาดเลือดไป เป็นผลให้สมองส่วนนั้นไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ อาการจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือด สาเหตุของหลอดเลือดตีบตันเกิดได้จาก

1.1 มีความผิดปกติของหลอดเลือด หรือหลอดเลือดแข็ง เกิดจากมีไขมันและหินปูน มาสะสมที่ผนังด้านในของหลอดเลือด ทำให้รูทางเดินของหลอดเลือดแคบลงเรื่อยๆ จนมีการอุดตันในที่สุด พบได้มากในผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคต่างๆ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงได้แก่ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ผู้ที่สูบบุหรี่ หรือดื่มสุราจัด ส่วนน้อยเกิดหลอดเลือดอุดตันจากโรคของหลอดเลือดเอง

1.2 มีลิ่มเลือดหลุดจากที่อื่นมาอุดตันหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในผู้ที่มีโรคหัวใจบางชนิด ได้แก่ โรคลิ้นหัวใจพิการ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และหัวใจเต้นผิดจังหวะบางชนิด โรคหัวใจเหล่านี้มักจะทำให้มีลิ่มเลือด คือเลือดที่จับตัวกันเป็นก้อนเล็กๆ ในบางครั้งลิ่มเลือดเหล่านี้จะหลุดไปยังหลอดเลือดสมองทำให้เกิดการอุดตันได้

2. โรคหลอดเลือดสมองแตก สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงที่เป็นมานาน ส่วนน้อยอาจเกิดจากหลอดเลือดสมองผิดปกติ โรคหลอดเลือดสมองแตกอาจแบ่งได้ ดังนี้

2.1 หลอดเลือดสมองแตกในเนื้อสมอง จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติทางระบบประสาท ขึ้นมาทันที เนื่องจากเลือดที่ออกจะไปกดเบียดเนื้อสมองทำให้สมองทำงานผิดปกติ นอกจากนี้ยังเกิดความดันในโพรงกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมักจะมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ถ้าเลือดที่ออกมีจำนวนมากหรือเลือดออกในก้านสมอง ผู้ป่วยอาจหมดสติหรือเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว

2.2 หลอดเลือดแตกในชั้นเยื่อหุ้มสมอง สาเหตุมักเกิดจากการโป่งพองของหลอดเลือดสมอง บริเวณฐานกะโหลกศีรษะ เมื่อมีเลือดออกในทันทีทันใดผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะรุนแรงมากอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน ในบางรายอาจหมดสติหรือเสียชีวิตได้ตั้งแต่วะแรก จำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาอย่างรีบด่วน

โรคหลอดเลือดสมองจึงมีสาเหตุจาก หลอดเลือดในสมองตีบ มีการอุดตัน หรือแตก โดยสาเหตุของการตีบหรืออุดตันมักพบมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆร่วม ได้แก่ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ผู้ที่สูบบุหรี่ หรือดื่มสุราจัด และผู้ที่เป็็นโรคหัวใจบางชนิด ส่วนสาเหตุที่มาจากหลอดเลือดสมองแตกนั้น ส่วนใหญ่มาจากผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตสูงมานาน และจะมีอาการรุนแรงจนอาจหมดสติหรือเสียชีวิตได้ ซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาอย่างรีบด่วน

พยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองแบ่งตามพยาธิสภาพออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มของโรคสมองขาดเลือด และกลุ่มของโรคเส้นเลือดสมองแตก (คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2554)

1. โรคสมองขาดเลือด (Ischemic Cerebrovascular Disease) โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะขาดเลือดนั้นเป็นภาวะที่พบเป็นส่วนใหญ่ (ประมาณ 75 เปอร์เซ็นต์) ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด อาการของโรคหลอดเลือดสมองที่ขาดเลือดหรือมีการตีบแคบหรืออุดตันมีความยากที่จะพยากรณ์ เพราะอาจมีความแตกต่างกันมาก ในกรณีที่มีอาการค่อยๆมากขึ้น เราเรียกว่าเป็น หลอดเลือดสมองที่มีอาการก้าวหน้าขึ้น (progressive stroke) ส่วนในกลุ่มที่มีอาการคงที่แล้วไม่เปลี่ยนแปลง เรียกว่า complete stroke

อาการของภาวะสมองขาดเลือด

อาการต่างของการขาดเลือดในสมองจะขึ้นกับปัจจัยต่างๆเหล่านี้ (สถาบันประสาทวิทยา และชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย, 2550)

1) ตำแหน่งของหลอดเลือด (location) ขึ้นกับแขนงของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณต่างๆของสมอง ถ้าแขนงหลอดเลือดที่ไปหล่อเลี้ยงเนื้อสมองบริเวณใด อาการก็จะขึ้นกับหน้าที่ของตำแหน่งต่างๆเหล่านั้น

2) บริเวณของเนื้อสมองที่ขาดเลือด (area of ischemia) ถ้าเนื้อสมองมีการขาดเลือดเป็นบริเวณกว้างหรือเป็นบริเวณที่สำคัญ ย่อมเกิดอาการได้มากกว่า

3) ความรวดเร็วในการเกิดการขาดเลือด (severity of ischemia) ถ้าการขาดเลือดเป็นไป ด้วยความรวดเร็วเช่นภาวะอุดตันในหลอดเลือด (embolism) จะมีความรุนแรงของอาการมากกว่าภาวะ ที่ค่อยๆเป็นมากขึ้นเช่นในภาวะของการเกิดลิ่มเลือด(thrombosis)

4) หลอดเลือดข้างเคียง (collateral circulation) ถ้าผู้ป่วยมีหลอดเลือด collateral ที่หล่อ เลี้ยงทดแทนส่วนที่ขาดเลือดได้ดี จะมีอาการน้อยกว่า

2. โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) การเกิดเลือดออกของโรคหลอดเลือด สมองนั้น เป็นโรคของหลอดเลือดสมองที่มีอัตราการตายสูงสุดในบรรดาโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งหมด โดยอาการจะเกิดขึ้นทันทีทันใด และจะส่งผลทำให้ความดันภายในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น อย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นเหตุของการเสียชีวิตจากการเกิดภาวะสมองเคลื่อน (brain herniation) หรือถ้า ผู้ป่วยไม่เสียชีวิตก็จะเกิดความพิการได้อย่างมาก ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบอัตราการเกิดน้อยลง เรื่อยๆ แต่ในประเทศแถบทวีปเอเชียนั้นพบอุบัติการณ์สูงราว 40 ถึง 50 เปอร์เซ็นต์ ของโรคหลอดเลือด สมองทั้งหมด ทั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการควบคุมโรคความดันเลือดสูงที่ยังไม่ทัดเทียมกับ ประเทศที่พัฒนาแล้ว อุตบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตกพบในผู้ป่วยอายุเฉลี่ยน้อยกว่า ผู้ป่วยในกลุ่มสมองขาดเลือด (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2554)

อาการของภาวะเลือดออกในสมอง

โรคหลอดเลือดสมองมักจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและมีผลให้เกิดความสูญเสียหน้าที่การ ทำงานของร่างกายอย่างรุนแรง ผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีอาการต่างๆกันไป ขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เกิด พยาธิสภาพ ซึ่งพอสรุปได้ ดังนี้ (สถาบันประสาทวิทยา และ ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่ง ประเทศไทย, 2550)

1) ปวดศีรษะ เป็นอาการที่พบได้บ่อย ยกเว้นในกรณีที่เกิดก้อนเลือดมีขนาดเล็ก โดยอาการ ปวดศีรษะจะพบมากในกลุ่มที่มีก้อนใหญ่

2) อาเจียน พบได้ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเป็นอาการหนึ่งของการที่มีความดันภายใน กะโหลกศีรษะสูงนั่นเอง

3) ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป โดยทั่วไปจะสัมพันธ์กับขนาดของก้อนเลือด และ ความดันในกะโหลกศีรษะ โดยการวัดระดับของการรู้สึกตัวนั้น จะนิยมใช้ Glasgow Coma Scale เป็น มาตรฐานในการวัดโดยทั่วไป และเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยและพยากรณ์โรคของผู้ป่วยได้เป็น อย่างดี

4) คอแข็งเกร็ง (meningism) อาจพบได้ในบางรายที่มีก้อนเลือดแตกเข้าไปใน ventricle หรือมีเลือดออกใต้ชั้นนอแรคนอยต์ร่วมด้วย

5) อาการตามตำแหน่งต่างๆของสมอง เช่น อาการแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก (hemiplegia) อาการชัก (seizure) ส่วนถ้ามีเลือดออกใน cerebellum ก็จะพบอาการเดินเซ

6) หยุดหายใจ (apnea) มักจะพบร่วมกับการเกิดเลือดออกในบริเวณ posterior fossa เนื่องจากมีการกดก้านสมองหรือมีเลือดออกที่ก้านสมองเอง

7) อาการที่สัมพันธ์กับประวัติอุบัติเหตุ เช่น มีบาดแผลที่ศีรษะหรือมีหัวบวมบวม เพราะผู้ป่วยเหล่านี้มักจะได้ประวัติว่ามีการล้ม หรือหมดสติ แล้วศีรษะกระแทกถูกของแข็ง ซึ่งจำเป็นต้องนำมาพิจารณาในการชักประวัติด้วยว่าเหตุการณ์ใดเกิดก่อน

โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีอาการเป็นขึ้นอย่างรวดเร็วทันทีทันใด มีน้อยรายที่จะมีอาการเตือน มักจะมีประวัติว่าสบายดีมาก่อน อยู่ดีๆก็มีอาการชาหรืออ่อนแรงครึ่งซีก ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แต่อาการพิการเฉพาะที่อื่น ๆ ที่เกิดจากสมองก็เป็นได้แทบทุกอย่าง เช่น มองไม่เห็นครึ่งซีก พูดไม่ชัด กลืนไม่ได้ ไม้รู้ตัว ฯลฯ อาการที่สำคัญ ได้แก่ (บุตติ กระจุกชัย, 2551)

1. อ่อนแรงครึ่งซีก มีอาการแขนขาอ่อนแรง ยกไม่ถนัดเดินลำบาก อาจมีปากเบี้ยวร่วมด้วย อาการอ่อนแรงนี้ถ้าเป็นน้อยอาจเรียกว่า อัมพฤกษ์ ถ้าเป็นมากจนขยับไม่ได้เลยเรียกว่า อัมพาต
2. ชาครึ่งซีก อาจพบร่วมกับอาการอ่อนแรง หรือไม่ก็ได้ ชาในที่นี้ หมายถึง การเสียความรู้สึกเจ็บ, สัมผัส เมื่อหยิกหรือจับบริเวณที่ผิดปกติจะรู้สึกน้อยลงหรือถ้าเป็นมากอาจไม่รู้สึกละเลย
3. ลิ้นแข็งพูดไม่ชัด เกิดอาการทำงานของกล้ามเนื้อลิ้นและปากผิดปกติ
4. พูดลำบาก พูดตะกุกตะกักหรือฟังภาษาพูดไม่เข้าใจ เกิดจาก โรคที่สมองซีกซ้าย ซึ่งเป็นสมองข้างเด่นควบคุมเกี่ยวกับภาษา
5. คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ
6. ตาข้างใดข้างหนึ่งมัวหรือมองไม่เห็นฉับพลัน เห็นภาพซ้อนเป็น 2 ภาพ หรือเกิดอาการคล้ายมีม่านมาบังตา
7. งุนงง เวียนศีรษะหรือเสียการทรงตัว เดินเซ ทรงตัวไม่อยู่ อาจร่วมกับอาการอ่อนแรงหรือไม่ก็ได้
8. ปวดศีรษะรุนแรงฉับพลันชนิดไม่เคยเป็นมาก่อน
9. หมดสติทันทีมักจะเกิดจากสมองเสียการทำงานไปมากโดยเฉพาะบริเวณก้านสมอง หรือเกิดจากหลอดเลือดสมองแตกที่รุนแรง

ในกรณีที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก ผู้ป่วยมักจะมีอาการปวดศีรษะและคลื่นไส้อาเจียนมากร่วมกับอาการอ่อนแรง ในบางรายอาจถึงกับหมดสติ ความรุนแรงของอาการของโรคหลอดเลือดสมองขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่เกิดโรคและปริมาณของสมองที่ถูกทำลายไป ถ้าโรคเป็นน้อยและ

ได้รับการรักษาทันทั่วทั้งที่ ผู้ป่วยก็อาจหายได้เองในเวลาเป็นนาที หรือเป็นวัน ถ้าเป็นมากและรุนแรง ผู้ป่วยก็อาจเสียชีวิต อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่แล้วมักจะมีอาการเกิดขึ้น ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดความพิการพ่ช่วยตัวเองได้ บางรายอาจช่วยตัวเองไม่ได้ต้องมีคนพยาบาลตลอดเวลา หรือบางรายอาจไม่รู้สติตัวไปเลยก็ได้ (บุตติ กระจุกชัย, 2551)

จะเห็นได้ว่าความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดเลือดออกในสมอง อาการเตือนที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการชาหรืออ่อนแรงครึ่งซีก ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด มองไม่เห็นครึ่งซีก ซึ่งความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่เกิดโรคและปริมาณของสมองที่ถูกทำลายไป

ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้มากกว่าคนปกติ อย่างไรก็ตามไม่ได้หมายความว่าผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง ทุกคนจะต้องเกิดโรคหลอดเลือดสมองทุกราย ในขณะเดียวกัน ผู้ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงก็มีโอกาส เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้เช่นกันแต่ไม่มากเท่าผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญได้แก่ (บุตติ กระจุกชัย, 2551)

1. ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมาก ถ้าสามารถป้องกัน ไม่ให้เป็น โรคความดันโลหิตสูง หรือถ้าเป็นแล้วสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมจะสามารถลดความเสี่ยงลงได้ โดยจากการศึกษาของ สกานเนอร์, นิลสัน, คราโคว์, แฮสเลอร์, และ ซุนด์ควิสต์ (Skaner, Nellsson, Krakau, Hassler, & Sundquist, 2010) ได้ทำการวิจัยเพื่อสืบหาปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เคยเป็นครั้งแรกที่ได้รับการนอนรักษาในสถานบริการสุขภาพ เพื่อที่จะสามารถตรวจพบและได้รับการรักษาในการดูแลระดับปฐมภูมิ ในเขตเทศบาล Nacka เมือง Stockholm ประเทศสวีเดน โดยรวบรวมทั้งชายและหญิงที่เคย admitted ด้วยการเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกระหว่างเดือนตุลาคม ปี 1999 และเดือนมีนาคมปี 2001ซึ่งได้ข้อมูลผู้ป่วยจำนวน 187 คน โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่ต้องการศึกษา ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน atrial fibrillation การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และภาวะน้ำหนักเกิน/โรคอ้วน พบว่ามีผู้ป่วยทั้งสิ้นจำนวน 114 คน ที่ได้รับการตรวจรักษาที่สถานบริการปฐมภูมิ โดย GP และปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง (41.7%)

แนวทางปฏิบัติในการลดความเสี่ยงจากความดันโลหิตสูงคือ (บุตติ กระจุกชัย, 2551)

- 1) รักษาน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วนเกินไป
- 2) ลดอาหารที่เค็ม
- 3) รับประทานอาหารให้พอเหมาะ เน้นอาหารที่เป็นพืช ผัก ผลไม้
- 4) หมั่นออกกำลังกายให้สม่ำเสมอเป็นประจำให้พอเหมาะ ไม่มากหรือน้อยเกินไป

5) ตรวจสอบสุขภาพเป็นครั้งคราว ถ้าพบว่าเป็นความดันโลหิตสูง แพทย์อาจแนะนำให้รับประทานยาลดความดันโลหิตร่วมด้วย ซึ่งจำเป็นต้องรับประทานยา ตามที่แพทย์แนะนำอย่างเคร่งครัดและสม่ำเสมอ ไม่ควรหยุดยาเองโดยเด็ดขาด

รศ.นริฐตา บัวชื่น (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโอกาสเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป เขตพื้นที่ สาธารณสุขที่ 17 ครอบคลุมทั้ง 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก ตาก สุโขทัย อุตรดิตถ์ และเพชรบูรณ์ จำนวน 4,576 ตัวอย่าง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินโอกาสเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีปัจจัยเสี่ยงด้านโรคความดันโลหิตสูงหรือมีระดับความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 67.2 ส่วนใหญ่เป็นประชากรในจังหวัดสุโขทัย และตากรองลงมาเป็นปัจจัยเสี่ยงด้านดัชนีมวลกาย ส่วนใหญ่เป็นประชากรจังหวัดเพชรบูรณ์ รองลงมาเป็นปัจจัยเสี่ยงด้านไขมันในเลือดผิดปกติ และปัจจัยเสี่ยงด้านระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 120 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์หรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงด้านระดับความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท เป็นปัจจัยเสี่ยงสูงสุด ดังนั้นควรเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้

2. การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญเช่นกัน ดังนั้นจึงควรงดสูบบุหรี่ ถ้างดสูบบุหรี่ได้นอกจากความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองจะลดลงแล้ว ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ โรคปอด จะน้อยลง และสุขภาพโดยทั่วไปก็จะดีขึ้นเองอีกด้วย

3. โรคหัวใจ มีหลายชนิด เช่น โรคลิ้นหัวใจพิการ โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคหัวใจขาดเลือด ฯลฯ การรักษากับแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งแพทย์อาจ พิจารณา ให้ยาบางชนิดเพื่อลดโอกาสเกิดโรค หลอดเลือดสมอง และจะช่วยลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองลงได้

4. โรคเบาหวาน ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงอีกประการหนึ่ง ถ้าผู้ป่วยเป็นโรคนี ก็ควรพบแพทย์และรับประทานยาตามที่แพทย์แนะนำอย่างเคร่งครัด จะช่วยลดความเสี่ยงลงได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี จะมีความเสี่ยงมากขึ้น (กองการพยาบาลสาธารณสุข, 2554)

5. ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือด หัวใจตีบตัน และยังคงเป็น ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองอีกด้วย ดังนั้น การรับประทานอาหารที่ไม่มีไขมันมากเกินไป หรืออาจต้องรับประทานยาลดไขมัน ร่วมด้วยตามที่แพทย์แนะนำจะช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคเส้นเลือดหัวใจ ตีบตัน และอาจช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอีกด้วย

โดยเป้าหมายการลดภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ไม่ควรมีค่าเกินกว่า ดังเป้าหมายนี้ (กอง
การพยาบาลสาธารณสุข, 2554)

Cholesterol	200 mg/dl
Triglyceride	150 mg/dl
HDL-cholesterol	40 mg/dl (ในชาย) 50 mg/dl (ในหญิง)
LDL-cholesterol	130 mg/dl

6. ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ

แอลกอฮอล์ อาจจะเป็นปัจจัยเสี่ยงได้ ถ้าดื่มเป็นปริมาณมาก เพราะจะทำให้เกิด ความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดตีบตามมา แต่ถ้าดื่มในปริมาณที่ไม่มาก อาจจะมีฤทธิ์ ป้องกันภาวะหลอดเลือดตีบได้

ขาดการออกกำลังกาย การที่ไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะเป็นปัจจัยทำให้ผู้ป่วยอ้วน และเกิดภาวะเครียด ซึ่งจะเป็นปัจจัยเสริมต่อการเกิดอัมพาต ยิ่งกว่านั้น ยังพบว่า การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยลดน้ำหนัก ลดความดันโลหิต ลดระดับไขมันที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย และเพิ่มไขมันที่เป็นประโยชน์ กล่าวคือทำให้หลอดเลือดไม่แข็งตัวอีกด้วย

ฮอร์โมน ยังไม่พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างชัดเจน ยกเว้นในผู้หญิง ที่รับประทานฮอร์โมนในขนาดที่สูงร่วมกับมีความดันโลหิตสูง หรือสูบบุหรี่

นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ (หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ, ม.ป.ป.)

- 1) อายุ โดยความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น
- 2) มีประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็น โรคหลอดเลือดสมองหรือหัวใจขาดเลือด ตั้งแต่อายุ
ไม่มาก
- 3) เคยมีประวัติเป็น โรคหลอดเลือดสมองอุดตันชั่วคราวหรือโรคหลอดเลือดสมอง
- 4) ปัจจัยอื่นๆ เช่น การรับประทานยาคุมกำเนิด ความเครียด ภาวะเลือดข้น

ปานใจ กรองทิพย์ (2551) ได้ศึกษาโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ของประชาชน ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดหนองคาย เพื่อประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตในกลุ่มที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเมือง จังหวัดหนองคาย จำนวน 160 ราย พบว่า เพศหญิงมีโอกาสเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตมากที่สุด โดยพบมากในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ซึ่งส่วนใหญ่มีประวัติไขมันในเลือดสูง แต่พฤติกรรมการสูบบุหรี่พบไม่มาก และส่วนใหญ่ยังควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ปานใจยังให้ข้อเสนอแนะว่าควรเฝ้าระวังในผู้ที่มีภาวะ

โภชนาการเกิน ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ และควรเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชนอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษายังพบอีกว่าทุกคนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตสูง โดยพบร้อยละ 61.9

จากข้อมูลปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังกล่าวข้างต้น ได้แก่ ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าปัจจัยอื่น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆที่เสริมต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมากเกินไป การขาดการออกกำลังกาย และการได้รับสารโสมที่มากเกินไปในเพศหญิง นอกจากนี้จะต้องเรียนรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้ว เราควรต้องรับรู้ถึงอาการและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองด้วย เพื่อที่จะได้รับการรักษาได้ทันเวลาที่ ก่อนที่จะเกิดการเสียชีวิต และความพิการ

อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองมักจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและมีผลให้เกิดความสูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกายอย่างรุนแรง ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการเตือนล่วงหน้า ดังนั้นถ้ามีอาการเตือนดังกล่าวควรรีบพบแพทย์โดยด่วน อาการเตือนมีดังต่อไปนี้ (บุตติ กระจุกชัย, 2551)

1. อาการอ่อนแรงหรือชาครึ่งซีกของร่างกายทันทีทันใด
2. อาการตามัว หรือมองไม่เห็นทันที โดยเฉพาะที่เป็นข้างเดียว หรืออาจเห็นแสงที่ผิดปกติหรือเห็นภาพซ้อน
3. ภาวะที่มีอาการชาหรืออ่อนแรงของใบหน้าซีกใดซีกหนึ่ง ชาหรือเกิดภาวะอ่อนแรง โดยเฉพาะเกิดภาวะอ่อนแรงของอวัยวะซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย (hemiparesis) หรืออาจเกิดภาวะอัมพาตของอวัยวะซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย (hemiplegia)
4. พูดตะกุกตะกัก พูดไม่ชัด นึกคำพูดไม่ออก หรือไม่เข้าใจคำพูด ทันทีทันใด ผู้ป่วยอาจมีอาการสับสน หรือมีความยากลำบากในการพูดหรือเข้าใจภาษา ประสบปัญหาในเรื่องของความคิด ความจำ ความสนใจ การเรียนรู้และการตัดสินใจ
5. ปวดศีรษะรุนแรงฉับพลันชนิดไม่เคยเป็นมาก่อน
6. เวียนศีรษะ บ้านหมุน เดินลำบาก หรือเป็นลม โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีอาการดังกล่าวมาแล้วร่วมด้วย สูญเสียการทรงตัว หรืออาจมีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่มีสาเหตุ นอกจากนี้เมื่อมี

การเคลื่อนไหวหรือมีอุณหภูมิเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะในช่วงที่มีอุณหภูมิต่ำ การรับรู้ถึงอาการเจ็บปวด โดยเฉพาะที่แขนและเท้าอาจแย่ลง (NINDS, 2007)

7. กลืนอาหารลำบากบ่อยๆ

อาการเตือนเหล่านี้อาจเป็นเพียงชั่วขณะแล้วดีขึ้นเองแต่ก็มีความสำคัญ และผู้ป่วยควรจะพบแพทย์โดยด่วน ถ้าผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเร็วเท่าใด อัตราการตายความพิการจะยิ่งน้อยลง (NINDS, 2007)

สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง คือ อาการนำก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากสมองขาดเลือดชั่วคราว ความผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นจะเป็นอยู่ในระยะเวลาสั้นๆ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นประมาณ 5-10 นาที และหายไปเป็นปกติได้ใน 24 ชั่วโมง (Center for Disease Control and prevention [CDC], 2004) สัญญาณเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2552) แบ่งสัญญาณเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมอง ออกเป็น 5 อาการ ซึ่งคล้ายของสถาบันโรคระบบประสาทและโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา ดังต่อไปนี้ 1) อาการชา หรืออ่อนแรงที่หน้า แขน หรือขาซีกหนึ่งอย่างทันทีทันใด 2) ความรู้สึกเปลี่ยน (อะอะ โวยวาย สับสน ซึมลง) พูดลำบาก พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด หรือไม่เข้าใจคำพูด 3) มีปัญหาในการมองเห็น ตามัว เห็นภาพซ้อนของตาข้างใดข้างหนึ่งหรือสองข้างอย่างทันทีทันใด 4) มีอาการมึนงง เวียนศีรษะ เดินไม่ได้ เดินลำบาก เดินเซ หรือสูญเสียการทรงตัวในการยืนอย่างทันทีทันใด 5) มีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงอย่างไม่ทราบสาเหตุอย่างทันทีทันใด (ขวัญฟ้า ทาอินคำ, 2554)

นอกจากนี้ในประเด็นสารวันอัมพาตโลก ปี 2554 ได้ให้ความสำคัญในการให้ความรู้แก่ประชาชน เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งถ้าประชาชนรับรู้ว่าการเหล่านั้นเป็นอาการเตือนก่อนที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และรีบไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลก็จะช่วยลดอัตราการตาย และความพิการลงได้อย่างมาก โดยมีอาการเตือนที่สำคัญ ดังนี้ (ชิคาร์ตัน อภิญา และ นิตยา พันธุเวช, 2556)

อาการเตือนที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง คือ สมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack: TIA) โดยพบผู้ที่มีอาการสมองขาดเลือดชั่วคราว 1 ใน 5 คน จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองภายในระยะเวลา 3 เดือน และพบว่าโดยส่วนใหญ่ของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าวจะพบใน 2-3 วันแรกหลังจากมีอาการของสมองขาดเลือดชั่วคราว

อาการของสมองขาดเลือดชั่วคราว อาจพบเพียง 1 อาการ หรือมากกว่า 1 อาการ ดังนี้ (ชิคาร์ตัน อภิญา และ นิตยา พันธุเวช, 2556)

1. การอ่อนแรงของหน้า แขน หรือขาซีกเดียว
2. สับสน พูดลำบาก พูดไม่รู้เรื่อง มีปัญหาการพูด
3. การมองเห็นลดลง 1 หรือทั้ง 2 ข้าง
4. มีปัญหาด้านการเดิน มึนงง สูญเสียการสมดุลการเดินหรือใช้ ตัวย่อช่วยจำ “F.A.S.T.” มาจาก

F = Face เวลาيلمพบว่ามุมปากข้างหนึ่งตก

A = Arms ยกแขนไม่ขึ้น 1ข้าง

S = Speech มีปัญหาด้านการพูดแม้ประโยคง่ายๆ พูดแล้วคนฟัง ฟังไม่รู้เรื่อง

T = Time ถ้ามีอาการเหล่านี้ ให้รีบไปโรงพยาบาลโดยด่วน ภายใน 3 ชั่วโมง จะได้ช่วยรักษาชีวิตและสามารถฟื้นฟูกลับมาได้เป็นปกติหรือใกล้เคียงคนปกติมากที่สุด

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดความพิการ ความสูญเสียทางเศรษฐกิจของครอบครัว ชุมชน และประเทศ ทำให้ใช้งบประมาณจำนวนมากในการดูแล รักษาและฟื้นฟู ดังนั้นการลดภาวะโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งการลดภาวะโรคหลอดเลือดสมองได้มีสองวิธีคือ 1) การลดความพิการภายหลังจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมองด้วยการรักษาด้วยยาที่มีประสิทธิภาพ การรักษาฟื้นฟูสภาพ 2) การลดจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยกระบวนการป้องกันโรค ได้แก่ การป้องกันปฐมภูมิ (primary prevention) และการป้องกันทุติยภูมิ (secondary prevention) (Nicol & Thrift, 2005) โดยการป้องกันปฐมภูมิ คือการส่งเสริมสุขภาพโดยทั่วไป เพื่อการมีสุขภาพดี รวมถึงการป้องกันการเกิดเฉพาะโรค สำหรับโรคหลอดเลือดสมองการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง วิธีการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการเมื่อมีอาการเตือน (Nicol & Thrift, 2005) โดยหลายประเทศได้จัดให้มีการบริการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) เพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต เพื่อลดอัตราเสียชีวิตซึ่งในประเทศไทยได้มีบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในกรณีโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อมีอาการโรคหลอดเลือดสมอง ทำการแจ้งหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินหมายเลขโทรศัพท์ 1669 อย่างเร่งด่วน และหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) จะให้บริการนำส่งโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว เพื่อให้การรักษาอย่างรวดเร็ว (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2552) และการป้องกันทุติยภูมิ คือการตรวจวินิจฉัยและการค้นหาความผิดปกติ ก่อนแสดงอาการหรือก่อให้เกิดความผิดปกติในร่างกายและการได้รับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ (Nicol & Thrift, 2005) สำหรับโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ การตรวจสุขภาพเพื่อค้นหาความเสี่ยง เพื่อให้สามารถวางแผนป้องกันหรือควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ซึ่งได้แก่ การควบคุม

ปัจจัยเสี่ยงด้านโรค การควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านชีววิทยา (หัตยาพร มะโน, 2552)

จะเห็นได้ว่าการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ควรมีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค โดยเฉพาะการควบคุมระดับความดันโลหิต และควรเรียนรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการเมื่อเกิดอาการเตือน โดยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายเลขโทรศัพท์ 1669 และควรมีการตรวจสุขภาพเป็นประจำ

การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันมีแนวทางการรักษาใหม่ๆ ที่อาจช่วยให้อาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วและลดการเกิดความพิการได้อย่างไรก็ตาม สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ ผู้ที่มีอาการจะต้องรีบไปโรงพยาบาลโดยด่วน เนื่องจากถ้ามาพบแพทย์เร็วภายใน 3-6 ชั่วโมง ก็จะมีโอกาสที่จะได้รับการรักษาที่ได้ผลดี การรักษาขึ้นอยู่กับชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรง และระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการ โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาเร็วเท่าใด ความพิการและอัตราการตายจะลดลงมากเท่านั้น โดยทั่วไป การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง มีวิธีการดังนี้ (นุตติ กระจุกชัย, 2551)

1. การรักษาทางยา การผ่าตัดในบางราย
2. การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู โดยการถ่ายภาพบำบัดและอาชีพบำบัด เป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยฟื้นฟูสุขภาพและความพิการของผู้ป่วย ช่วยป้องกันการเกิดซ้ำ
3. การรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยงและโรคแทรกซ้อน
4. การรักษาในระยะยาว ต้องให้การรักษาเพื่อป้องกันมิให้เป็นซ้ำ อาจต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการถ่ายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของแขนขาและร่างกาย

การพิจารณาส่งต่อผู้ป่วย

การดูแลโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันมีวิธีการใหม่ๆ มากขึ้นและอาจต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญรวมทั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยมากขึ้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็ยังคงต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ทั่วไปในสถานพยาบาลต่างๆ การจะพิจารณาส่งผู้ป่วยเพื่อการตรวจรักษาเพิ่มเติมถือเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งนี้แนวทางการประเมินเพื่อพิจารณาว่าจะส่งต่อผู้ป่วยได้แก่ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2550)

1. ในกรณีที่ผู้ป่วยพบแพทย์ในสถานพยาบาลที่ไม่มีเตียงผู้ป่วยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันควรได้รับการรักษาในโรงพยาบาลทุกราย ดังนั้นในสถานพยาบาลที่ไม่สามารถรับ

ผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยใน เช่นคลินิกหรือศูนย์อนามัยและไม่สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดได้ควรส่งต่อไปยังโรงพยาบาลซึ่งมีศักยภาพสูงกว่า ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการมานานไม่เกิน 3 ชั่วโมง ผู้ป่วยอาจได้ประโยชน์จากการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (thrombolysis) จึงควรส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่สามารถให้การรักษาด้วย thrombolysis ได้โดยเร็วที่สุด

2. กรณีที่ผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล การพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยขึ้นกับศักยภาพของโรงพยาบาลแห่งแรกที่รับผู้ป่วย โดยปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงได้แก่

- 2.1 ศักยภาพในการให้ยา thrombolytic ทางหลอดเลือดดำใน 3 ชั่วโมง
- 2.2 การมีเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองที่สามารถส่งตรวจได้สะดวกและรวดเร็ว
- 2.3 การมีแพทย์ทางประสาทศัลยศาสตร์
- 2.4 ศักยภาพในการส่งตรวจเพิ่มเติมเพื่อหาสาเหตุของโรค

ดังนั้นผู้ป่วยที่พบว่ามีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับการส่งต่อภายใน 3 ชั่วโมง จะทำให้การรักษามีผลดีต่อการให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolysis) โดยโรงพยาบาลนั้นควรมีความพร้อมและมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อให้ประชาชนในชุมชน ในหลายๆด้าน ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะก่อให้เกิดความสูญเสีย ดังต่อไปนี้ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2550)

1. ความสูญเสียในด้านบุคคล ทำให้บุคคลที่เป็นโรคอาจเป็นผู้ที่มีความพิการทางร่างกาย ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพหรือทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ นอกจากนี้ยังมีผลเสียในด้านจิตใจ ผู้ป่วยจำนวนมากมีอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล ถึงโรคที่เป็น และอาจมีความกังวลว่าจะเป็นภาระต่อครอบครัว นอกจากนี้อาจสูญเสียความมั่นใจและสถานภาพในครอบครัวตัวอย่างเช่น บุคคลที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัว เมื่อป่วยเป็นโรคอาจไม่สามารถทำหน้าที่ได้อีกต่อไป และยังคงต้องเป็นภาระให้แก่ครอบครัวและสังคม ทั้งนี้โรคหลอดเลือดสมองมักจะมีอาการอย่างปัจจุบันทันด่วนทำให้ผู้ป่วยไม่เคยมีการเตรียมตัวเตรียมใจมาก่อน

2. ความสูญเสียในด้านครอบครัว ในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ อาจจะต้องมีการดูแลผู้ป่วยเป็นพิเศษ โดยอาจต้องมีญาติมาดูแลผู้ป่วย หรือมีการจ้างผู้ช่วยดูแลเป็นภาวะทั้งในด้านบุคลากรและค่าใช้จ่ายของครอบครัว นอกจากนี้การที่มีคนป่วยอยู่ในบ้านก็อาจทำให้ครอบครัวมีความกังวลและเกิดความซึมเศร้าได้

3. ความสูญเสียทางด้านสังคม ในด้านสังคมที่มีผู้ป่วยจำนวนมากก็จะทำให้สังคมนั้นเสียกำลังบุคลากรและทรัพยากร ที่มีคุณค่าที่จะทำประโยชน์และพัฒนาชุมชน

4. ความสูญเสียทางเศรษฐกิจ เมื่อมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะต้องมียาใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งค่าใช้จ่ายนี้อาจเป็นภาระต่อตัวผู้ป่วย ญาติมิตร รวมทั้งสังคมโดยรวมในที่สุด ค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้แก่

4.1 ค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาล ในระยะเฉียบพลัน ซึ่งประกอบด้วยค่า ดูแลรักษา ค่ายา และค่าการตรวจวินิจฉัย

4.2 ค่าใช้จ่ายเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้ต้องมีการดูแลเป็นพิเศษ รวมทั้งกายภาพบำบัด นอกจากนี้ผู้ที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้วยังจะต้องรับประทานยาเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ รวมทั้งยาที่จะป้องกันและรักษาปัจจัยเสี่ยงไปตลอดชีวิต

4.3 ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการสูญเสียรายได้ที่พึงจะได้รับเนื่องจาก ผู้ป่วยไม่สามารถ ดำเนินชีวิตตามปกติได้ เป็น ภาระต่อผู้ป่วย ญาติครอบครัว และสังคมเป็นอย่างมาก

การแก้ไขปัญหาโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยจึงอาจต้องเน้นหนักในด้านการป้องกันโรคโดยการประเมินหาปัจจัยเสี่ยงรวมทั้งให้การดูแลรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ และไขมันในเลือดสูง รวมทั้งการออกกำลังกาย นอกจากนี้การให้ความรู้กับประชาชน โดยส่วนรวมก็มีความสำคัญเพื่อลดภาระปัญหาที่จะเกิดขึ้นต่อไป

พาเซียโรนิ และ โบโกลาฟกี (Paciaroni & Bogouslavsky, 2010) ได้ทำการศึกษาเรื่อง Primary and Secondary Prevention of Ischemic Stroke การป้องกันระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิของโรคหลอดเลือดสมองตีบ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงประสิทธิภาพที่ดีที่สุดในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตีบระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ผลการศึกษาพบว่า การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเป็นประเด็นสำคัญมาก โรคหลอดเลือดสมองมีความถี่และความรุนแรงของโรค และการรักษาที่เฉียบพลัน มีประสิทธิภาพที่ดีในระดับบุคคล ปัจจัยเสี่ยงหลอดเลือดควรได้รับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตีบ เช่น ระดับความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การลดปัจจัยเสี่ยงของหลอดเลือดใหม่ หลังจากมีภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือสมองขาดเลือดชั่วคราวในครั้งแรก

อังเดร, ฮัชแมน, ลอฟส์, และ ฮากิม (Endres, Heuschmann, Laufs, & Hakim, 2011) ได้ทำการศึกษาเรื่อง Primary prevention of Stroke: Blood pressure, lipids, and heart failure เป็นการทบทวนเอกสารงานวิจัยในการแสดงถึงหลักฐานสนับสนุนว่าภาวะความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในขณะที่ผลของไขมันในเลือดเป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการ

เกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ยังมีความชัดเจนน้อย โดยการทบทวนเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการรวบรวมข้อมูลความสัมพันธ์ ระหว่างความดันโลหิตและโรคหลอดเลือดสมอง คลอเลสเทอรอล และโรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจล้มเหลวโดยทบทวนงานเอกสารจากหลายๆสถาบันที่ซึ่งได้ ทำการศึกษาในด้านต่างๆเหล่านี้ ผลการศึกษา พบว่าระดับ BP ที่มากกว่า 160/90 มม.ปรอท มีโอกาส เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ถึงร้อยละ 52 และพบว่าร้อยละ 70-76 ใน 14 ภูมิภาคของโลก ความดันโลหิตสูงถือว่าเป็นปัจจัยเร่งที่สำคัญมากที่สุดที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการเพิ่มระดับของ systolic BP ใน 1 mmHg ยังเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมอีกด้วย และยังพบอีกว่าภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบ AF เป็นปัจจัยเสี่ยงสูงที่ทำให้เกิด Stroke

จากข้อมูลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเป็นวิธีการที่ดีที่สุดมากกว่าการรักษา และควรควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

แผนการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทย

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย ปี พ.ศ. 2554-2563 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย ปี พ.ศ. 2554-2563 ได้ผ่านการรับรองตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อ 11 มีนาคม 2554 ได้นำปรัชญา แนวคิด และยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพวิถีชีวิตไทย โดยยึดหลักของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ผ่านมุมมองของการบูรณาการแบบองค์รวมภายใต้บริบทแวดล้อม และวิถีชีวิตที่เป็นพื้นฐานของปัจจัยเสี่ยงและภัยคุกคามสุขภาพอย่างรอบด้าน บนเส้นทางการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอนที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง การมีส่วนร่วมของทั้งสังคมกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์สูงสุด เป้าหมายหลักในการพัฒนา ด้วยการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนา ยุทธวิธี และแผนงานรองรับที่สอดคล้องกันในการสร้างวิถีชีวิตไทยที่พอเพียงเพื่อการมีสุขภาพดี นำไปสู่วิถีชีวิตพอเพียง สุขภาพพอเพียง สังคมอยู่เย็นเป็นสุขและสังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขที่ยั่งยืน เป้าหมายหลักในการพัฒนา เพื่อลดปัญหาโรควิถีชีวิตที่สำคัญ 5 โรค (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง) ใน 5 ด้าน (ลดการเกิดโรค ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการพิการ ลดการตายและลดภาระค่าใช้จ่าย) ด้วยการเพิ่มวิถีชีวิตพอเพียงใน 3 ด้าน (การบริโภคที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เพียงพอและการจัดการอารมณ์ได้เหมาะสม)

จะเห็นได้ว่าแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย ปีพ.ศ. 2554-2563 เน้นการแก้ไขโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และ

โรคมะเร็ง โดยเน้นการใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตที่ยังคงใช้หลักการ 3 อ. ได้แก่ อ.อาหาร คือการบริโภคที่เหมาะสม อ.ออกกำลังกาย โดยต้องออกกำลังกายที่เพียงพอ และ อ.อารมณ์ คือ มีการจัดการด้านอารมณ์ที่เหมาะสม

บทสรุปแนวปฏิบัติในการประชุมวิชาการขององค์การอัมพาตโลก (World Stroke Campaign) ในประเด็นสารวันรณรงค์อัมพาตโลก ปี พ.ศ. 2556 (งบประมาณ 2557)

ธิดารัตน์ อภิญญา และ นิตยา พันธุเวทย์ จากสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ได้สรุปเรียบเรียงประเด็นสารวันรณรงค์อัมพาตโลก ในปี พ.ศ. 2556 (งบประมาณ 2557) ไว้ได้ดังนี้

องค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization: WSO) ได้กำหนดวันรณรงค์อัมพาตโลก คือ วันที่ 29 ตุลาคม ของทุกปี โดยประเด็นสารดังกล่าวนี้ มีไว้เพื่อใช้ในการแสดงข้อเท็จจริงที่น่ากลัวของโรคหลอดเลือดสมอง คือ ในทุก 6 วินาทีจะมีคนเสียชีวิตอย่างน้อย 1 คนจากโรคหลอดเลือดสมอง และใช้เป็นกรอบแนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอย่างง่าย 6 ข้อ ดังนี้

1. รับรู้ความเสี่ยงของตนเอง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น
2. มีกิจกรรมทางกายที่เคลื่อนไหวอย่างกระฉับกระเฉง และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
3. ควบคุมตนเองไม่ปล่อยให้อ้วน โดยการเลือกบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ
4. จำกัดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
5. หลีกเลี่ยงการทดลองสูบบุหรี่ กรณีสูบบุหรี่แล้ว ให้หาทางในการหยุดสูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงบุหรี่มือสอง
6. เรียนรู้สัญญาณเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและแนวทางการป้องกัน แก้ไข

แนวทางในการดำเนินงานกิจกรรมของสถานบริการสาธารณสุข

ซึ่งเป็นข้อเสนอแนะที่ประชุมเนื่องในวันรณรงค์อัมพาตโลก ควรให้สถานบริการสาธารณสุข ได้มีกิจกรรมการดำเนินงานในการควบคุม ป้องกันโรคอัมพาตในชุมชน ดังนี้ (ธิดารัตน์ อภิญญา และ นิตยา พันธุเวทย์, 2556)

1. จัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองหรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต โดยแยกกลุ่ม ดังนี้กลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงสูง กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการและกลุ่มผู้ป่วยที่มีความพิการ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและดูแลตนเอง ค้นหาพฤติกรรมที่เหมาะสม และสร้างกำลังใจในการดูแล รักษา และฟื้นฟูตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง

2. ค้นหาแบบอย่างที่ดี (Best Practice) ในการการดูแล รักษาและฟื้นฟูตัวเอง จากโรคหลอดเลือดสมอง จากกลุ่มต่าง เพื่อเผยแพร่และเป็นต้นแบบในการดูแลตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง
3. จัดรณรงค์หรือนิทรรศการหรือกิจกรรมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแก่กลุ่มเป้าหมายตามความเหมาะสม ได้แก่
 - 3.1 การให้สุขศึกษาความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือนที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกัน ควบคุม และการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง
 - 3.2 ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือนที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันควบคุม และการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง
4. สื่อสารความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองให้แก่สาธารณะ ผู้นำนโยบาย และนักวิชาการ ตระหนักในเรื่องสาเหตุ อาการ การดูแล รักษา และเชิญชวนให้ร่วมรณรงค์ป้องกันตนเอง และหากพบผู้ใดมีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองสามารถให้การดูแลและส่งรักษาได้ทันทั่วถึง
5. สร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมในการป้องกัน และลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
6. โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์ควรจัดหน่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) หรืออาจจัดเป็นมุมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke corner) เป็นการเฉพาะ
7. สถานบริการสาธารณสุข ควรจัดให้มีหน่วยงานที่ดูแลสุขภาพอย่างเป็นระบบและครอบคลุมในทุกกระดับ ทั้งในบุคคล ครอบครัว รวมถึงผู้ดูแลผู้เป็นโรคหลอดเลือดสมอง
8. สร้างและเพิ่มความตระหนักรู้และสร้างความเข้าใจให้ผู้กำหนดคน นโยบายและผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการให้การดูแล มีเฉพาะกับกลุ่มเสี่ยงเท่านั้น แต่ควรพัฒนาระบบบริการและดูแลในระยะยาว สำหรับผู้ป่วยหลังเกิดโรคอีกด้วย

จะเห็นได้ว่าแนวทางในประเด็นสารวันอัมพาตโลกในปีงบประมาณ 2556 นี้ เน้นให้ทุกคนใส่ใจในการดูแลสุขภาพ โดยให้ตระหนักและระวังตนเองไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มเป้าหมายควรมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม ควบคุมปัจจัยเสี่ยงและรับรู้อาการเตือนที่สำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรมพอจะสรุปได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยการควบคุมและเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง สังเกตอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง (F.A.S.T) และได้รับการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วภายใต้ระบบบริการที่เหมาะสม ได้รับการตรวจวินิจฉัยการรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ถูกต้อง จะมีส่วนช่วยลดอัตราตาย และความพิการลงได้ โดยในชุมชนมีบุคลากรด้านสาธารณสุข ซึ่งนอกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแล้ว ยังมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ดูแลรับผิดชอบ

ในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้กับประชาชน ซึ่งมีโอกาสใกล้ชิดกับประชาชนมากกว่าเจ้าหน้าที่ เนื่องจากเป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านมาเป็นเวลานาน และมีประชาชนที่จะต้องได้รับการดูแลอยู่ในละแวกบ้านของตนเอง ดังนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงมีบทบาทสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการปฏิบัติงานในด้านการส่งเสริมและป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยเฉพาะ โรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาในพื้นที่ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งควรมีการเฝ้าระวังติดตามไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย ซึ่งได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อให้กับตัวผู้ป่วยเองและทุกคนในครอบครัวเป็นอย่างมาก

ระบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มปกติ/ เสี่ยง/ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในประเทศไทย

ปีงบประมาณ 2556 กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวทางการดำเนินงานที่มีชื่อว่า “ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” ซึ่งมีหลักการดำเนินงาน ดังนี้ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

1. คัดกรองประชาชน อายุ 15-65 ปีขึ้นไป และจำแนกเป็น 7 สี/7 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ (สีเขียว) กลุ่มเสี่ยง (สีเหลืองอ่อน) กลุ่มป่วย แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับ 0 สีเขียวเข้ม ระดับ 1 สีเหลือง ระดับ 2 สีส้ม ระดับ 3 สีแดง และระดับ 4 สีดำ
2. ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) 2 ส. (เหล้า บุหรี่) เพื่อควบคุม ป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวาย โรคมะเร็ง
3. กระบวนการสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
4. ผลสำเร็จของการดำเนินงาน ดังนี้
 - 4.1 กลุ่มปกติ (สีเขียว) กลุ่มเสี่ยง (สีเหลืองอ่อน) ต้องเน้นการเฝ้าระวัง ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพไม่ให้กลายเป็นกลุ่มเสี่ยง (สีเหลืองอ่อน) หรือเกิดโรค (สีเหลือง) หรือไม่เป็นผู้ป่วยรายใหม่
 - 4.2 กลุ่มเสี่ยง (สีเหลืองอ่อน) เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเน้นการสร้างสุขภาพด้วย “3 อ.” เพื่อให้เป็นกลุ่มปกติ (สีเขียว) ไม่เกิดโรคจนเป็นกลุ่มป่วย (สีเหลือง สีส้ม สีแดง)
 - 4.3 กลุ่มป่วย ต้องลดระดับความรุนแรงจากระดับ 3 (สีแดง) เป็นระดับ 2 (สีส้ม) ระดับ 1 (สีเหลือง) และกลุ่มป่วยระดับ 0 (สีเขียวเข้ม) ให้ได้ โดยใช้หลักปฏิบัติ “3 อ.” คือ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ หรือในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยาให้สามารถลดจำนวนยามาได้

4.4 กลุ่มป่วยระดับรุนแรง ต้องลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน (สีคำ) ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลอดเลือดสมอง อัมพาต ไตวาย

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้ จัดทำคู่มืออสม.ยุคใหม่ และได้ให้ความหมายพร้อมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไว้ดังนี้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

ความหมายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้าน ไม่น้อยกว่า 10 หลังคาเรือน ในแต่ละคุ้มหรือละแวกบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัย (Change agents) การทำหน้าที่เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

สำหรับการดูแลรับผิดชอบครัวเรือนในหมู่บ้าน/ชุมชน กำหนดจำนวนอสม.ในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ย 1 คน รับผิดชอบ 10-15 หลังคาเรือน

คุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดคุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเอาไว้ในคู่มืออสม.ยุคใหม่ ว่าควรมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. อายุไม่ต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์
2. มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่เป็นการประจำในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประสงค์จะเป็นอสม. ไม่น้อยกว่าหกเดือน
3. มีความรู้สามารถอ่านออกเขียนได้
4. สมัยใจและเสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานสาธารณสุข

5. ประสงค์จะเข้าร่วมหรือเคยเข้าร่วมการดำเนินงานสาธารณสุข และต้องการพัฒนาชุมชนของตนเอง
6. มีความประพฤติอยู่ในกรอบศีลธรรมอันดี ได้รับความไว้วางใจและการยกย่องจากประชาชน
7. มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ และมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่เป็นแบบอย่าง
8. มีเวลาให้กับการทำงานในบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบ

โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้แบ่งบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามมาตรฐานแต่ละด้าน ดังต่อไปนี้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

1. บทบาทและหน้าที่ของอสม.ตามมาตรฐานการสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่
 - 1.1 เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน
 - 1.2 เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่างๆ 14 องค์ประกอบสาธารณสุขมูลฐาน
 - 1.3 เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ฯลฯ
 - 1.4 หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ สสมช.ในการ
 - จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน
 - ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของหมู่บ้าน/ชุมชน
 - ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน
 - 1.5 เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น ในเรื่อง โภชนาการขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน เรื่องอนามัยแม่และเด็ก โดยติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนดและการเฝ้าระวังเรื่องโรคประจำถิ่น เป็นต้น
 - 1.6 เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชน โดยใช้งบประมาณที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบลหรือจากแหล่งอื่นๆ
 - 1.7 เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่างๆ

1.8 คู่มือสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกน นำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

2. บทบาทและหน้าที่ของอสม.ตามมาตรฐานสมรรถนะ ได้แก่

2.1 สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เพื่อพัฒนาและแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่

2.2 สามารถเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น ฟื้นฟูสมรรถภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค

2.3 สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน

2.4 สามารถรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคมให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสิ่งแวดล้อมของชุมชน

2.5 สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ๆ ที่จะผลกระทบต่อสุขภาพ

2.6 สามารถสร้างจิตสำนึกเรื่องจิตอาสาในการร่วมจัดการสุขภาพชุมชน

2.7 สามารถสร้างโอกาสให้เด็ก เยาวชน แก่นนำอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน

3. บทบาทและหน้าที่ของอสม.ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข (เชิงรุก) ได้แก่

3.1 คู่มือสุขภาพอนามัยเชิงรุกในกลุ่มแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ป่วย เรื้อรังในชุมชน

3.2 เสริมสร้างสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน โดยแผนสุขภาพตำบล ร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ในชุมชน เพื่อลดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง หัวใจและหลอดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาต และหนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพใน รพ.สต.

3.3 เป็นทูตไอโอดีน ในการให้ความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน ตรวจสอบไอโอดีนในเกลือ น้ำปลา ซอสปรุงรส และแนะนำหญิงตั้งครรภ์บริโภคเกลือไอโอดีน

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยุคใหม่

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้อสม.ยุคใหม่ควรมีบทบาทที่สำคัญ ดังนี้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

1. ส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก มุ่งส่งเสริมบทบาท อสม. ให้ปฏิบัติงานเชิงรุก เพื่อเสริมสร้างสุขภาพประชาชนในท้องถิ่นและชุมชน โดยเฉพาะการดูแลกลุ่มแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเรื้อรัง

2. สร้างระบบความร่วมมือ เน้นการทำงานเป็นทีมร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน โดยใช้แผนสุขภาพตำบลในการแก้ไขปัญหา ผ่านเวทีชุมชนหรือทำข้อตกลงในการจัดการสุขภาพชุมชนร่วมกัน

3. พัฒนาบทบาทประชาชน องค์กร อสม. เป็นแกนนำหลักในการจัดทำแผนสุขภาพตำบล และขับเคลื่อนร่วมกับบทบาทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน และดำเนินงาน เพื่อให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

4. สร้างมาตรการทางสังคม มีการกำหนดข้อตกลงร่วมกันของคนในชุมชนในเรื่องการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน

จากบทบาทและหน้าที่ต่างๆของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะเห็นได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรปฏิบัติงานในลักษณะที่เป็นเชิงรุกมากขึ้น และเริ่มมีบทบาทในการเป็นแกนนำในการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน โดยประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ร่วมกับการทำงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้การดูแลแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายในชุมชน และควรให้บริการเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรค ให้ประชาชนได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ลดการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง

น้อมจิตต์ นवलเนตร์ และคณะ (2551) ได้ศึกษาระดับความรู้และการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการวิจัยลักษณะทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จำนวน 288 คน ซึ่งพบว่าประมาณร้อยละ 70 เป็นเพศหญิง และมีอายุอยู่ในช่วง 31-50 ปี เกือบร้อยละ 25 ที่ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนและไม่รู้ว่าตนมีโรคประจำตัวใดๆหรือไม่ ในด้านความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ผลการทดสอบพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่สามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง แต่มีคำถาม 1 ข้อ ที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มากถึงร้อยละ 58 ตอบผิด ซึ่งถามว่า “คนพอมไม่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง” นอกจากนี้ ยังเป็นที่น่าสังเกตว่ามีคำถามหลายข้อที่ถึงแม้ว่า ส่วนใหญ่จะตอบคำถามได้ถูกต้อง แต่ก็มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากกว่าร้อยละ 25 ที่ตอบคำถามเหล่านั้นผิด ได้แก่ “โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคติดต่อ”, “ถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งหนึ่งแล้วสามารถจะเกิดได้ซ้ำอีก”, “การดื่มสุราเป็นประจำมีโอกาสทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้”, “การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจำพวกหอยนางรม ปลาหมึก เครื่องในสัตว์ ไข่แดง อาหารมัน อาหารเค็มเป็นประจำ สามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ได้”, “คนอ้วนมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนที่ไม่อ้วน” และ “คนที่เป็็นโรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบต่อการทำงาน” เมื่อนำค่าคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของแต่ละคนมาวัดเป็นระดับความรู้ตามเกณฑ์ที่กล่าวไปแล้ว พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากกว่าร้อยละ 50 มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ส่วนในด้านพฤติกรรมและการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มากถึงร้อยละ 83 มีพฤติกรรมและการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันที่จะนำไปสู่การลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่า บางแห่งยังบกพร่องความรู้ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และยังมีเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงควรได้รับการอบรมให้ความรู้ในส่วนขาด แต่อย่างไรก็ตามอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถปฏิบัติงานได้ดีมากในบทบาทของการให้สุขศึกษา ซึ่งควรมีเอกสารหรือคู่มือในการให้ความรู้แก่ประชาชนประกอบด้วย สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ของตำบลตาลชุมเอง ก็มีความคล้ายคลึงเช่นเดียวกัน ซึ่งถ้าหากได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพ หรือโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ ตลอดจนได้มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและเหมาะสม สามารถนำไปปฏิบัติใช้ได้จริงน่าจะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถทำหน้าที่ในบทบาทเชิงรุก ในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การพัฒนาแนวปฏิบัติบนหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์

การสร้างแนวปฏิบัติที่มีฐานการสร้างโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์อย่างเป็นระบบและน่าเชื่อถือมีหลักฐานอ้างอิงที่ผ่านการทดลองใช้มาแล้ว ซึ่งพบว่ามีประสิทธิภาพได้ผลลัพธ์ที่ดีมีความคุ้มค่า มีความเสี่ยงน้อยที่สุด เป็นที่พึงพอใจของทุกฝ่ายและมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ (วิลาวณิช พิเชิธรเสถียร และ กรรณิการ์ กันธะรักษา, 2548) แนวคิดการปฏิบัติโดยอาศัยความรู้เชิงประจักษ์เป็นรูปแบบหนึ่งของการนำผลวิจัยไปสู่การปฏิบัติ โดยพิจารณาเอาผลดีมาเป็นแนวทางสำหรับการปรับปรุงคุณภาพ (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2549)

ความหมายของแนวปฏิบัติตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์

สภาวิจัยการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ให้ความหมายแนวปฏิบัติ หมายถึง ขั้นตอนวิธี ข้อความ และนโยบายการปฏิบัติที่กำหนดขึ้นช่วยให้แพทย์ตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย

เพียร์สัน (Pearson อ้างใน พิกุล นันทชัยพันธ์, 2549) ให้ความหมายของการปฏิบัติตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ว่าเป็นการปฏิบัติโดยอาศัยความรู้ที่ได้มาจากการทบทวนอย่างเป็นระบบร่วมกับทักษะความชำนาญของผู้ปฏิบัติ ในการตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาที่เฉพาะเจาะจงและเป็นที่ต้องการของผู้ใช้บริการ

เดวีส์ และคณะ (Davies et al. อ้างใน อรรพรรณ ปาละก้อน, 2551) ให้ความหมายของการปฏิบัติตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ว่าเป็นการใช้แนวทางปฏิบัติที่พิสูจน์แล้วว่าได้ผลดีมาประกอบการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย โดยการกระทำอย่างมีสติรอบคอบ (conscientious) ทำอย่างเปิดเผยและเป็นที่รู้จักกัน (explicit) มีการพิจารณาก่อนตัดสินใจ (judicious)

พิกุล นันทชัยพันธ์ (2549) ให้ความหมายว่า แนวปฏิบัติเป็นการปฏิบัติโดยอาศัยหลักฐานอ้างอิง เป็นการปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติโดยใช้แนวทางการเปลี่ยนแปลงมาจากหลักฐานหรืองานวิจัยที่ได้มีการพิสูจน์แล้วว่ามีความสามารถก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีจริง ทั้งนี้ต้องมีการกระทำอย่างเป็นระบบ

กล่าวโดยสรุป แนวปฏิบัติตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ ที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยหลักฐานหรืองานวิจัยที่ได้ทบทวนมา ร่วมกับทักษะความชำนาญของผู้ปฏิบัติ เพื่อช่วยเป็นแนวทางในการประกอบการตัดสินใจในการให้การดูแลผู้ป่วย

ระดับของแนวปฏิบัติ

แนวปฏิบัติมีหลายระดับตามความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่นำมาใช้และวิธีการพัฒนาแนวปฏิบัติ แต่แนวปฏิบัติที่ยอมรับและน่าเชื่อถือที่สุดคือ แนวปฏิบัติที่พัฒนาจากความรู้เชิงประจักษ์เนื่องจากมีขั้นตอนพัฒนาที่เป็นระบบ มีความน่าเชื่อถือ ให้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดและมีความเสี่ยงน้อย (ฉวีวรรณ ชงชัย, 2548) แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความน่าเชื่อถือแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับหลักฐานที่นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ จึงมีการแบ่งระดับของแนวปฏิบัติ ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้คือ มาตรฐาน (standard) แนวปฏิบัติ (guideline) และตัวเลือกปฏิบัติ (option) (จิตร ลิทธิอมร, อนุวัฒน์ สุขขุติกุล, สงวนสิน รัตนเลิศ, และ เกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์ อ้างใน อรรพรรณ ปาละก้อน, 2551)

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. ข้อเลือกปฏิบัติ (option) เป็นแนวปฏิบัติที่ยังไม่มีหลักฐานแน่ชัด ไม่มีข้อสรุป หรือมีความขัดแย้งในหลักฐานหรือความเห็นการแบ่งเช่นนี้ทำให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น จัดทำแนวปฏิบัติได้ง่ายขึ้น นำข้อสรุปที่มีหลักฐานชัดเจนไปใช้ได้เร็วขึ้น แทนที่จะต้องมาเสียเวลากับประเด็นเล็กน้อยบางประเด็น ซึ่งยังมีหลักฐานไม่ชัดเจน

กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติบนหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์

แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกมีหลายรูปแบบ เช่น ของศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทางการแพทย์และผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ และแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ (NHMRC อังใน แสงเดือน พัฒนิกิต, 2554)

ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทางการแพทย์และผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (แสงเดือน พัฒนิกิต, 2554) กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยอาศัยหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ แบ่งขั้นตอนดำเนินการออกเป็น 2 ระยะ คือระยะที่ 1 เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติ และระยะที่ 2 เป็นการใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติอาศัยหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ในระยะที่ 1 มีขั้นตอนการพัฒนา 5 ขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดปัญหาทางการปฏิบัติ โดยให้มาจากความคิดเห็นของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจัดประชุมลงความเห็น สํารวจความเห็น ทบทวนปัญหาความผิดพลาด โดยมีประเด็นพิจารณากำหนดหัวข้อปัญหาในทางปฏิบัติที่ต้องการแก้ไข คือเป็นปัญหาการปฏิบัติดูแลที่มีความบกพร่อง/ไม่มีมาตรฐานการปฏิบัติที่ชัดเจน เกิดผลกระทบ/อันตรายแก่ผู้ใช้บริการ และผู้ให้บริการมีปริมาณในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเป็นจำนวนมาก มีค่าใช้จ่ายสูงถ้าไม่มีมาตรฐานหรือแนวทางการดูแลที่ชัดเจน มีความแตกต่างในการปฏิบัติมาก มีการปฏิบัติที่มีผลลัพธ์ไม่เป็นที่พึงพอใจ

2. การกำหนดผลลัพธ์ หรือการกำหนดความเปลี่ยนแปลงที่ต้องการเกิดขึ้นหลังจากการดำเนินการแล้ว ในรูปของผลลัพธ์ เช่น ลดภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่าย ลดอัตราป่วยและอัตราการตายของโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนตำบลชุม อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน เป็นต้น

3. การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ในรูปแบบต่างๆ ทั้งรายงานผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล ผลการวิจัย/รายงานผลการทบทวนงานวิจัย แนวปฏิบัติที่ได้ผ่านการทดสอบประสิทธิภาพมาแล้วโดยมีหลักฐานที่ตรวจสอบได้แนวปฏิบัติ และแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด จากหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทางการแพทย์และผดุงครรภ์แห่งประเทศไทยที่ได้มาจากแหล่งสืบค้นในระบบเวชทะเบียนของโรงพยาบาล ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ วารสารตามห้องสมุด ฐานข้อมูลของสำนักประกันคุณภาพและเว็บไซต์ของสถาบันต่างๆ การติดต่อกับผู้วิจัยหรือผู้เชี่ยวชาญเป็นการส่วนตัว

4. การวิเคราะห์และประเมินคุณภาพของหลักฐานอ้างอิงมีความเหมาะสมกับชุมชน มีความประหยัดและคุ้มค่าคุ้มทุน ประกอบกับได้รับความเห็นชอบจากผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติและตรงความต้องการขององค์กรและชุมชน ซึ่งอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย โดยจะพิจารณาคูณค่าและประเภทตามหลักฐานอ้างอิงที่ค้นพบจะมีหลากหลายลักษณะ ได้แก่ หลักฐานอ้างอิงที่เป็นแนวปฏิบัติ หลักฐานที่ได้มาเป็นข้อเสนอแนะ บทความทางวิชาการและความเห็นของผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิ การศึกษารายงานการวิจัยต่างๆ (primary research) ซึ่งการแบ่งระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ (level of evidence) และระดับข้อเสนอแนะของหลักฐานอ้างอิง (grades of recommendation) เพื่อเป็นการประเมินหลักฐานอ้างอิงดังกล่าว ซึ่งขึ้นอยู่กับประเภทหลักฐานอ้างอิงที่ได้ โดยอาศัยเกณฑ์การประเมินได้แก่

4.1.1 เกณฑ์การประเมินหลักฐานที่เป็นงานวิจัยจะใช้เกณฑ์การแบ่งระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานอ้างอิงตามเกณฑ์ของสภาวิจัยการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC อ้างใน พิภูม นันทชัยพันธ์, 2549) โดยแบ่งระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานอ้างอิงดังนี้

ระดับ 1 หลักฐานอ้างอิงมาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็น โดยที่งานวิจัยทุก เรื่องมีการออกแบบให้มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พร้อมทั้งมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (RCT ทั้งหมด)

ระดับ 2 หลักฐานที่ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นงานวิจัยที่มีการสุ่มตัวอย่างน้อย 1 เรื่อง

ระดับ 3 แบ่งเป็นระดับย่อยได้อีก 4 ระดับคือ

ระดับ 3.1 หลักฐานที่ได้มาจากการศึกษาทดลองที่มีกลุ่มควบคุมแต่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ระดับ 3.2 หลักฐานที่ได้มาจากการวิจัยจากตัวอย่างกลุ่มเดียวเพื่อให้ได้ข้อมูลในช่วงที่ต้องการ โดยการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (cohort studies) เก็บข้อมูลที่จะศึกษาในระยะยาว เพื่อให้ได้ข้อสรุป หรือการศึกษาที่มีการวิเคราะห์ควบคุมเป็นกรณี (case control analytic study) โดยการวิจัยเป็นกลุ่มหรือทำโดยหลายหน่วยงานร่วมกัน

ระดับ 3.3 หลักฐานที่ได้มาจากการวิจัยที่ประกอบด้วย การศึกษาหลายช่วงเวลา ซึ่งอาจมีการจัดกระทำหรือไม่มีการจัดกระทำ แต่ไม่มีการควบคุมกลุ่มทดลอง

ระดับ 4 หลักฐานที่ได้มาจากข้อคิดเห็นของผู้เขียนที่เป็นที่ยอมรับและมีชื่อเสียงรวมทั้งหลักฐานที่ได้จากประสบการณ์ทางคลินิก ผลการศึกษาเชิงพรรณนา การศึกษาเฉพาะกรณีหรือรายงานของคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้น

4.2.2 เกณฑ์การประเมินข้อเสนอแนะของการนำไปใช้ จะใช้การจัดการคุณภาพของหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ และแบ่งระดับของข้อเสนอแนะในการนำไปสู่การปฏิบัติตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนา บริกส์ (JBI อังโน พิกุล นันทชัยพันธ์, 2549) ดังนี้

ระดับ A เป็นข้อเสนอแนะที่นำไปปฏิบัติได้ทันที เป็นที่ยอมรับทางด้านจริยธรรม มีเหตุผลสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในระดับมากที่สุดประสิทธิผลที่ได้ดีเลิศสมควรนำไปประยุกต์ใช้

ระดับ B เป็นข้อเสนอแนะที่นำไปปฏิบัติได้แต่ต้องมีการฝึกทักษะเพิ่มเติม และต้องจัดหาทรัพยากรสนับสนุนเพิ่มเติมเล็กน้อย เป็นที่ยอมรับทางด้านจริยธรรมไม่ชัดเจน มีเหตุผลสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในระดับมากประสิทธิผลที่ได้นำไปประยุกต์ใช้พอควร

ระดับ C เป็นข้อเสนอแนะที่นำไปปฏิบัติได้แต่ต้องมีการฝึกทักษะเพิ่มเติม และต้องจัดหาทรัพยากรสนับสนุนเพิ่มปานกลาง ยังมีข้อโต้แย้งด้านจริยธรรมบางประการ มีข้อจำกัดด้านเหตุผลสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในระดับปานกลางประสิทธิผลที่ได้ควรมีการพิจารณาอย่างรอบคอบก่อนนำไปประยุกต์ใช้

ระดับ D เป็นข้อเสนอแนะที่ผู้ปฏิบัติต้องฝึกทักษะการปฏิบัติเพิ่มและต้องใช้ทรัพยากรสนับสนุนเพิ่มเติมค่อนข้างมาก มีประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม มีเหตุผลสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในระดับน้อย ประสิทธิภาพที่ได้จากงานวิจัยยังมีข้อจำกัด

ระดับ E ไม่สามารถเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ไม่เป็นที่ยอมรับทางจริยธรรม การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติไม่มีเหตุผล ประสิทธิภาพที่ได้จากงานวิจัยยังมีข้อจำกัด

4.3.3 ในกรณีที่ต้องการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติ ที่มีผู้จัดทำไว้แล้วต้องใช้เกณฑ์สำหรับ ประเมินแนวปฏิบัติทั้งฉบับ ตัวอย่างเช่นเกณฑ์ที่เสนอโดยคณะกรรมการที่ปรึกษาด้านแนวปฏิบัติ (Guideline Advisory Committee [GAC] อังโน พิกุล นันทชัยพันธ์, 2549) ที่เป็นที่รู้จักกันแพร่หลายคือ Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation [AGREE] แปลโดยรองศาสตราจารย์ฉวีวรรณ ธงชัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (ฉวีวรรณ ธงชัย, 2548)

1) ขอบเขตและวัตถุประสงค์ ประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม ได้แก่ แนวปฏิบัติมีการ ระบุวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและเจาะจง คำถามในการพัฒนาแนวปฏิบัติเป็นปัญหาทางคลินิกและ ระบุกลุ่มผู้ป่วยมีใช้แนวปฏิบัติ

2) การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ข้อคำถาม ได้แก่ ทีมพัฒนา แนวปฏิบัติประกอบด้วยบุคลากรจากสาขาวิชาชีพ ผู้ใช้บริการมีส่วนออกความคิดเห็น มีการระบุ กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติชัดเจน และแนวปฏิบัติได้ผ่านการทดลองใช้โดยกลุ่มเป้าหมาย

3) ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม ได้แก่ มีการ สืบค้นงาน หลักฐานงานวิจัยอย่างเป็นระบบ ระบุเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานงานวิจัยชัดเจน ระบุ วิธีการกำหนดข้อเสนอแนะชัดเจน มีการพิจารณาถึงประโยชน์ ผลกระทบและความเสี่ยงในการ กำหนดข้อเสนอแนะ ข้อเสนอแนะมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนชัดเจน แนวปฏิบัติได้รับการ ตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิในองค์กรก่อนนำไปใช้ และระบุขั้นตอนของการปรับปรุงพัฒนาแนว ปฏิบัติให้ทันสมัย

4) ความชัดเจนและการนำเสนอ ประกอบด้วย 4 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อเสนอแนะ มีความเป็นรูปธรรม เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ และกลุ่มผู้ป่วยตามระบุในหลักฐาน ระบุทางเลือก สำหรับการจัดการกับแต่ละสถานการณ์ ข้อเสนอแนะเป็นข้อความที่เข้าใจง่าย และมีคำอธิบายวิธีใช้ แนวปฏิบัติ เช่น อาจเป็นในรูปแบบของ แผนผังสรุปแนวทางที่ต้องทำ

5) การประยุกต์ใช้ ประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม ได้แก่ ระบุสิ่งที่อาจเป็นปัญหา และ อุปสรรคของการนำข้อเสนอแนะไปใช้ มีการพิจารณาค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการใช้แนว ปฏิบัติ และแนวปฏิบัติได้รับการพัฒนาและปรับปรุงให้ทันสมัยเสมอ

6) ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 2 ข้อคำถาม ได้แก่ แนวปฏิบัติได้พัฒนาขึ้นมาอย่างอิสระจากผู้จัดทำ และมีการบันทึกความเห็นที่ขัดแย้งกันของทีมใน ระหว่างการพัฒนาแนวปฏิบัติ

5. ยกร่างแนวปฏิบัติตามหลักฐานอ้างอิงที่เลือก โดยแสดงถึงข้อความที่ระบุวัตถุประสงค์ กิจกรรม ผู้ปฏิบัติ เกณฑ์และวิธีประเมินผล โดยนำผลการพิจารณาของผู้ร่วมปฏิบัติมาเป็นแนวทาง ร่วมกับหลักฐานอ้างอิงและการประเมินหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ เริ่มจากการสร้างทีมคณะกรรมการ ทำงาน 5-10 คน โดยเป็นตัวแทนจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนการร่างแนวปฏิบัติชุมชนเป็นการใช้กลยุทธ์ การกระตุ้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายประกอบด้วย

5.1 การยกร่างพิมพ์แนวปฏิบัติ

5.2 ประชาพิจารณ์ขอความเห็นผู้ร่วมปฏิบัติหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

5.3 ตรวจสอบคุณภาพเชิงเนื้อหา ภาษา รูปแบบของแนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน

5.4 ทดสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ โดยผู้ใช้แนวปฏิบัติทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย

5.5 สํารวจความคิดเห็นจากกลุ่มผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้แบบสำรวจความเห็น หรือ การประชุมกลุ่มผู้ปฏิบัติเพื่อระดมความคิดเห็น

5.6 นำผลที่ได้มาปรับปรุงและสรุปผลจัดทำแนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์

การประเมินแนวปฏิบัติ

การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ โดยผู้ใช้นโยบายการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ ดำเนินการภายหลังการยกร่างแนวปฏิบัติเรียบร้อยแล้ว โดยทำการประเมินในกลุ่มทดลองใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งแบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ มีข้อคำถาม ที่ใช้ในการประเมินแนวปฏิบัติ (พิบูล นันทชัยพันธ์, 2549) ประกอบด้วย

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

จากการทบทวนวรรณกรรมมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาด้านสาธารณสุข ที่สำคัญทั้งในระดับโลกและในระดับประเทศ โดยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องล้วนมีแนวนโยบายในการ ดำเนินการแก้ไขปัญหา ดังกล่าว ซึ่งสำหรับประเทศไทยเองนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยงานบริการที่ดูแลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน พื้นที่ ควรกระตุ้น ส่งเสริมศักยภาพ ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถดำเนินการ ใน การจัดการดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนของตนเอง โดยเน้นในบทบาทที่เป็นเชิงรุก ผสมผสาน การบูรณาการประสบการณ์ความรู้ ความคิดสร้างสรรค์ เพื่อพัฒนาให้เกิดนวัตกรรมด้านการสร้าง เสริมสุขภาพและการป้องกัน โรคในชุมชนด้วยตัวชุมชนเอง ที่ปรับประยุกต์ให้เป็นรูปแบบเฉพาะ พื้นที่ที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง อีกทั้งยังสามารถขยายผลไปสู่พื้นที่ชุมชนอื่นๆ โดยเป็นที่ทราบ กันดีว่าการป้องกันไม่ให้เกิดโรคนั้น สามารถลดผลกระทบ ลดการสูญเสียในด้านต่างๆมากกว่า การรับการรักษา ดังนั้น การพัฒนาแนวปฏิบัติในการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง สำหรับอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงควรได้รับการพัฒนาให้เกิดขึ้นในชุมชน เพื่อจะได้เกิดประโยชน์ทั้งแก่

ผู้รับบริการในชุมชน และตลอดจนหน่วยงานสุขภาพในพื้นที่จะได้นำไปเป็นแนวปฏิบัติให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ของตนเอง

บริบทของโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนตำบลตาลชุม อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน

งานสาธารณสุขมูลฐานเกิดขึ้นหลังจากมีคำประกาศปฏิญญาสากลว่าประชาชนมีสิทธิและหน้าที่ที่จะให้ความร่วมมือทั้งรายบุคคลและเป็นคณะ เพื่อให้บรรลุสถานะสุขภาพที่ดีถ้วนหน้าภายในปี 2543 องค์การอนามัยโลกได้จัดสรร ทรัพยากร เพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุขซึ่งดำเนินโดยชุมชนหรือที่เรียกว่าสาธารณสุขมูลฐาน โดยคัดเลือกชาวบ้านบางคนมาทำการฝึกอบรม ให้ทำการรักษาพยาบาลอย่างง่าย ๆ ในระยะแรกๆ พบอุปสรรคทางสถาบันการศึกษาถือว่าเป็นการสร้างหมอเถื่อนจึงรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโครงการที่คล้ายๆ กันนำเสนอความคิดเรื่องอาสาสมัครเข้าสู่การวางแผนระดับชาติ โดยมีการประชุมปรึกษากันหลายครั้ง ในที่สุดก็ได้รับความเข้าใจทุกฝ่าย ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มโครงการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในปี พ.ศ. 2520 และเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2522 คณะรัฐมนตรีลงมติอนุมัติในหลักการตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอให้เปลี่ยนคำว่า การสาธารณสุขเบื้องต้นเป็นสาธารณสุขมูลฐาน ดังนั้น จึงถือว่า วันที่ 20 มีนาคม 2522 เป็นวันอาสาสมัครสาธารณสุขด้วย รัฐบาลได้ตระหนักถึงคุณค่าและคุณความดีของอาสาสมัครสาธารณสุขจึงได้มีมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ. 2536 กำหนดให้ วันที่ 20 มีนาคมของทุกปี เป็นวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ ตลอดระยะเวลากว่า 20 ปี ที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้มีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือประชาชนให้มีสุขภาพอนามัยดีขึ้น ช่วยให้ประเทศชาติลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็นลงได้อย่างมหาศาล โดยทำหน้าที่ในการ “แก้ไขวร้ายกระจายข่าวดีซึ่งบริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ทำตนเป็นตัวอย่างที่ดี” ด้วยความวิริยะอุตสาหะ โดยมีจำนวน อสม. กระจายอยู่ทั่วประเทศทั้งในเขตเมือง และเขตชนบท เพื่อทำหน้าที่ในการ ถ่ายทอดความรู้ กระตุ้นเตือน และส่งเสริมชักชวนให้พี่น้องประชาชนดูแลสุขภาพและป้องกันโรค โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องตามแนวสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ทำให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขพิษณุโลก ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน, ม.ป.ป.)

จากรายงานผลการดำเนินงานตามนโยบายของรัฐบาล ในด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข โดยการดำเนินการตามนโยบายส่งเสริมบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั่วประเทศ ให้ปฏิบัติงานเชิงรุกในงานส่งเสริมสุขภาพในท้องถิ่นและชุมชน การดูแลแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยและเฝ้าระวังโรคในชุมชน โดยจัดให้มีสวัสดิการค่าตอบแทน (ค่าป่วยการ) ให้แก่ อสม. เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ อสม. ปฏิบัติงานอย่างคล่องตัวและมีประสิทธิภาพในอัตราคนละ

600 บาท ต่อ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องแนวทางและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เชียงรุก และในปี 2553 กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ได้มีการจัดตั้งงบประมาณ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน อสม.ทั่วประเทศ จำนวน 976,343 คน ในการให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบไปฝากครรภ์ ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการผิดปกติไปยังสถานบริการสาธารณสุข เยี่ยมและให้คำแนะนำนำหญิงหลังคลอด ส่งเสริมการให้นมบุตรให้เด็กแรกเกิด-ต่ำกว่า 6 ปี เยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เยี่ยมบ้านให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้พิการ และได้จัดการส่งเสริมและสนับสนุนองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและภาคีเครือข่ายในการจัดกิจกรรมสุขภาพ มีภาคีเครือข่ายได้รับการส่งเสริมพัฒนาและสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน และเครือข่ายพันธมิตรในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

ในตำบลตาลชุม อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน มีจำนวนทั้งหมด 7 หมู่บ้านมีหลังคาเรือน 1,188 หลังคาเรือน จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีจำนวน 85 คน เฉลี่ยรับผิดชอบ 1 คนต่อ 14 หลังคาเรือน ซึ่งในชุมชนตำบลตาลชุมเป็นพื้นที่ราบเป็นส่วนใหญ่ ประชากรส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกรรม เช่น การทำนา ทำไร่ ทำสวน และเลี้ยงสัตว์ มีจำนวนประชากรที่เป็นผู้สูงอายุถึง 962 คน ซึ่งส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 602 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาลชุม, 2556) การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ตำบลตาลชุม มักเป็นรูปแบบการคัดกรองในกลุ่มประชากรทั่วไป เพื่อค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคอ้วน ซึ่งหลังจากนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะดำเนินการนำประชากรกลุ่มเสี่ยงเหล่านั้นมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือพิจารณาส่งต่อในกรณีที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง ส่วนในกรณีที่กลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เจ้าหน้าที่จะเป็นผู้ดูแลติดตามเอง โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านช่วยติดตาม ดูแลในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ และดูแลในเรื่องของการรับประทานยา การไปตรวจตามนัด และติดตามวัดความดันโลหิตให้เป็นประจำ ส่วนในการเฝ้าระวังหรือป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองนั้น พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ยังไม่มีความรู้ในเรื่องของการรับรู้อาการเตือนหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยมักมีอาการที่เกิดขึ้นทันทีทันใด หากมีญาติอยู่ใกล้ชิด จะใช้บริการโทร 1669 ซึ่งในพื้นที่มีรถหน่วยกู้ชีพกู้ภัย ของอบต. ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง อย่างไรก็ตามอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละคนยังมีความเข้าใจไม่ตรงกัน บางคนวัดความดันโลหิตให้ผู้ป่วยแล้วพบมีความดันโลหิตสูงแต่ก็ยังไม่ได้ส่งต่อหรือรายงานให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทราบ

แม้มีคู่มือหรือแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแจกให้อ่าน แต่ก็ยังเป็นคู่มือที่ทำให้เป็นแนวทางที่เป็นรูปแบบทางวิชาการ ซึ่งทำเป็นภาพรวมทั่วไป ไม่เหมาะสมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ที่จะนำไปใช้ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาลชุม, 2555) ประกอบกับผลงานการศึกษาวิจัยในช่วงเวลาที่ผ่านมายังไม่พบแนวปฏิบัติสำหรับการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และพบว่างานวิจัยที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่เป็นแนวทางหรือขั้นตอนเกี่ยวกับการประเมินสภาพและการดูแลรักษาหลังจากที่มีอาการหรือเกิดพยาธิสภาพไปแล้ว และแนวทางในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้น ในหน่วยบริการของตำบลตาลชุม ยังไม่เคยได้จัดทำขึ้นมา หากมีการสร้างแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและสามารถให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนำไปใช้ได้จริงในพื้นที่ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษา การพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของตำบลตาลชุม อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน ดังกรอบแนวคิดการศึกษานี้



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

กรอบแนวคิดการศึกษา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ร้ายแรงอาสาศาสตร์สาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคคลสำคัญที่จะดูแลประชาชนในชุมชนให้ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับอาสาศาสตร์สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุม อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน โดยได้นำแนวทางการดำเนินงานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2555 ซึ่งมีแนวทางแก้อาสาศาสตร์สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการจัดการสุขภาพชุมชน โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง) โดยนำกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติของศูนย์ความรู้เชิงประจักษ์ทางการแพทย์และผดุงครรภ์แห่งประเทศไทย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งเป็นศูนย์เครือข่ายของสถาบัน โจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute) (พิบูล นันทชัยพันธ์, 2549) มาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับอาสาศาสตร์สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ผู้ศึกษาจะศึกษาเฉพาะในระยะที่ 1 ขั้นตอนที่ 1-5 ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้ 1) การกำหนดปัญหาทางการปฏิบัติ 2) การกำหนดผลลัพธ์ 3) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ในรูปแบบต่างๆ 4) การวิเคราะห์และประเมินคุณภาพของหลักฐานอ้างอิงมีความเหมาะสมกับชุมชน 5) การจัดทำแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย ขั้นตอนย่อย คือสร้างทีมกลุ่มผู้พัฒนาแนวปฏิบัติ และกลุ่มผู้ทดลองใช้แนวทางปฏิบัติ อีกทั้งกร่างแนวปฏิบัติตามหลักฐานอ้างอิงที่เลือก จัดพิมพ์ต้นฉบับแนวปฏิบัติ ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ ทดสอบความเป็นไปได้ทางปฏิบัติ นำผลที่ได้มาปรับปรุงแนวปฏิบัติฯ ให้มีความสมบูรณ์และเหมาะสม ซึ่งจะเกิดประโยชน์ให้กับผู้ป่วยในชุมชน และเกิดประโยชน์ต่อการดำเนินงานของหน่วยงานต่อไป

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved