

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ก่อให้เกิดการเสียชีวิตของประชากรก่อนวัยอันควร (Mackay & Mensah, 2004) ในปัจจุบันมีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณหนึ่งพันล้านคนทั่วโลก (National Institutes of Health [NIH], 2004) ที่น่าสนใจ พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายของประชากรประมาณ 7.1 ล้านคนทั่วโลกหรือประมาณ ร้อยละ 13 ของการตายทั้งหมด (NIH, 2004; WHO, 2004) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ประชากรวัยผู้ใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 50 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 25 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ โดยความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นตามอายุ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปี ระดับความดันโลหิตปกติ ในช่วงระยะเวลา 25 ปีต่อมา จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงถึง ร้อยละ 90 (NIH, 2004) ส่วนอัตราการตายของประชากรอเมริกันด้วยโรคความดันโลหิตสูง ช่วงปี ค.ศ. 1994 - 2004 เพิ่มขึ้นร้อยละ 26.6 (Rosamond et al., 2008) สำหรับประเทศไทยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข รายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พบความชุกภาวะความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2547 ร้อยละ 23.3 ในเพศชาย และร้อยละ 20.9 ในเพศหญิง (การสาธารณสุขไทย, 2548 - 2550b, 2551) และจากสถิติสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2544 - 2548 พบภาวะความดันโลหิตมีอัตราป่วยเพิ่มสูงขึ้น จาก 287.5 ต่อประชากรแสนราย เป็น 544.08 ต่อประชากรแสนราย และอัตราการตายในปี พ.ศ. 2544 - 2548 อยู่ในช่วง 3.94-6.3 ต่อประชากรแสนราย (สำนักงานป้องกันควบคุมโรค, 2550) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าแนวโน้มการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น จากลักษณะโรคที่เป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทีมสุขภาพจึงต้องตระหนักและจัดบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ เพื่อลดภาระอันเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูง

การควบคุมภาวะโรคความดันโลหิตสูง ต้องให้ความสำคัญกับการรักษาและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง การรักษาโรคความดันโลหิตสูงสามารถทำได้สองวิธี คือ การรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมหรือลดความดันโลหิตสูงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้านการรักษาด้วยยา

กลุ่มยาหลักที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงมีห้ากลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มยาขับปัสสาวะ (diuretics) 2) กลุ่มยาด้านแคลเซียม (calcium channel blockers [CCbs]) 3) กลุ่มยาด้านการทำงานของเอนไซม์แองจิโอเทนซินคอนเวอร์ติง (angiotensin converting enzyme inhibitors [ACEIs]) 4) กลุ่มยาขัดขวางการทำงานของแองจิโอเทนซินรีเซปเตอร์ (angiotensin receptor blockers [ARBs]) และ 5) กลุ่มยาขัดขวางที่ตัวรับเบตา-อะดรีเนอร์จิก หรือเบตา - บล็อกเกอร์ (beta - blockers [BBs]) (European Society of Hypertension [ESH]/European Society of Cardiology [ESC], 2004; National Institutes of Health, 2004) ส่วนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถทำได้โดย การควบคุม น้ำหนัก การใช้อาหารควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง (Dietary Approach to Stop Hypertension [DASH diet]) การออกกำลังกาย การงดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่หรืองดอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ การลดความเครียด และการรับประทานยาตามแพทย์สั่งและการไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551; National Institutes of Health, 2004; RAO, 2005) ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง จะต้องควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ไม่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ คือระดับความดันโลหิตที่ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท สำหรับผู้ป่วยอายุน้อย ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย และผู้ป่วยหลังเป็นอัมพฤกษ์/อัมพาตให้ระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 130/90 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551; National Institutes of Health, 2004) การรักษาและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้ผลจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมาได้

โรคความดันโลหิตสูงหากไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจะก่อให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดแดงแทบทุกส่วนของร่างกาย ผนังหลอดเลือดแข็งตัว หลอดเลือดตีบแคบ ทำให้อวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ ไต ดวงตา เกิดภาวะขาดเลือด โดยภาวะแทรกซ้อนที่หัวใจ เกิดจากหลอดเลือดแดงมีการตีบและแข็งตัวทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายทำงานหนัก เกิดภาวะหัวใจโตและกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะแทรกซ้อนที่ไต ผลจากผนังหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงไตหนาตัวและตีบแคบลงทำให้ไตขาดเลือด ท่อนหน่วยไตฝ่อลีบ และเกิดภาวะไตวาย ส่วนดวงตาเกิดจากความดันโลหิตสูงทำให้เส้นเลือดฝอยที่เลี้ยงตาเกิดภาวะแข็งตัว ส่งผลให้แรงดันภายในลูกตาสูงขึ้น มีการแตกของหลอดเลือดฝอย ทำให้เส้นประสาทตาบวม ส่งผลต่อการรับภาพ เกิดภาวะตามัว หรือตาบอดได้ และภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอีกประการหนึ่งของโรคความดันโลหิตสูง คือ โรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต จะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองขึ้น 2 เท่า ต่อการเพิ่มขึ้นทุก 20 มิลลิเมตรปรอทของค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) หรือทุก 10 มิลลิเมตรปรอท ของค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure) (Mackay & Mensah, 2004) กรมควบคุมโรค (2551) รายงานว่าความดัน

โลหิตสูงสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองได้ 3 - 17 เท่า และการควบคุมระดับความดันโลหิตจะช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ถึงร้อยละ 40 (Mackay & Mensah, 2004) เนื่องจากความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดสมองเสียความยืดหยุ่น ตีบแคบ และเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันและเกิดการโป่งพองที่ผนังหลอดเลือด เมื่อระดับความดันโลหิตสูงขึ้นต่อเนื่อง ทำให้หลอดเลือดส่วนที่โป่งพอง เกิดการแตก ผลจากการที่หลอดเลือดสมองมีการแตกหรืออุดตัน จะทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด และอาจก่อให้เกิดความพิการและภาวะทุพพลภาพตามมาได้

โรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพที่รุนแรง จากการสำรวจผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (ischemic stroke) ในปี ค.ศ. 2003 ของสถาบันโรคหัวใจ ปอดและหลอดเลือดแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (National Heart, Lung, and Blood Institute [NHLBI]) พบว่า ครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) เป็นอัมพาตถาวร กว่าหนึ่งในสาม (ร้อยละ 30) จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยเดินในการทำกิจวัตรประจำวัน มีเพียงร้อยละ 26 เท่านั้นที่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันเองได้โดยปกติ (Mackay & Mensah, 2004) นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติ ทำให้ต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการดูแล รักษาและฟื้นฟูสภาพ สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย (American Heart Association) ได้ประมาณค่าใช้จ่ายในปี ค.ศ. 2008 สำหรับการรักษาภาวะโรคหลอดเลือดสมองของประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นงบประมาณถึง 65.5 พันล้านเหรียญสหรัฐ (Rosamond et al., 2008) จากการสำรวจการให้บริการทางด้านสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Service) ในสหราชอาณาจักร พบว่า งบประมาณมากกว่า ร้อยละสี่ เป็นการให้บริการทางการแพทย์สำหรับภาวะโรคหลอดเลือดสมอง หรือในประเทศแถบเอเชีย เช่น สิงคโปร์ พบว่าในปี ค.ศ. 2000 ค่ารักษาพยาบาลในผู้ป่วยภาวะโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยต่อหัวเท่ากับ ห้าพันล้านเหรียญสหรัฐ (Mackay & Mensah, 2004) ในประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพ (2551) รายงานว่างบประมาณที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพทางเวชกรรมฟื้นฟูในปีงบประมาณ 2551 เป็นจำนวนเงินถึง 55 ล้านบาท จากสถิติชี้ให้เห็นภาระโรคและความสูญเสียที่เกิดขึ้น ดังนั้นจึงต้องให้ความสำคัญต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำได้ทั้งในระดับการป้องกันปฐมภูมิ (primary prevention) และการป้องกันทุติยภูมิ (secondary prevention) โดยการป้องกันปฐมภูมิเป็นการป้องกันในระยะก่อนเกิดโรค คือ ป้องกันภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งวิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหรือวิธีการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (Nicol & Thrift, 2005) ส่วนการป้องกันทุติยภูมิ (secondary prevention) คือ

การตรวจวินิจฉัยและการค้นหาความผิดปกติที่มีอยู่ในร่างกายของบุคคลกลุ่มเสี่ยง ก่อนจะแสดงอาการหรือก่อให้เกิดความผิดปกติในร่างกาย การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง วิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหรือวิธีการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวและมีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง (Nicol & Thrift, 2005) ทั้งสองกระบวนการป้องกันควรจะเน้นการให้ความรู้ที่สำคัญ คือ ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนที่จะนำไปสู่การป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเข้ารับการรักษาอย่างทันเวลาที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง คือ อาการนำก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากสมองขาดเลือดชั่วคราว ความผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นจะเป็นอยู่ในระยะเวลาสั้นๆ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นประมาณ 5-10 นาทีและหายเป็นปกติได้ภายใน 24 ชั่วโมง (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2004) จากการรวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของ นิโคล และ ทริฟท์ (Nicol & Thrift, 2005) พบว่า สามารถแบ่งอาการเตือนได้สองกลุ่ม คือ แบ่งตามสถาบันโรคทางระบบประสาทและโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (American National Institute of Neurological Disorder and Stroke) ประกอบอาการเตือนห้าอาการ (National Institute of Neurological Disorder and Stroke [NINDS], 2009c) และการแบ่งตามสถาบันโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (Australia's National Stroke Foundation) ประกอบด้วยอาการเตือนหกอาการ (National Stroke Foundation [NSF], 2009) อาการเตือนของทั้งสองสถาบันนั้นมีความคล้ายกันในอาการดังต่อไปนี้ 1) อาการชาและอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนหรือขา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในร่างกายซีกใดซีกหนึ่งอย่างทันทีทันใด 2) อาการสับสน พูดลำบากหรือพูดไม่รู้เรื่องอย่างทันทีทันใด 3) อาการมองไม่ชัดตามัว 1 หรือ 2 ข้างทันทีทันใด 4) อาการเดินเซ เดินลำบาก หรือสูญเสียความสามารถในการทรงตัว และการทำงานประสานสัมพันธ์ของแขนและขาทันทีทันใด 5) อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุทันทีทันใด และสถาบันโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NSF, 2009) ได้เพิ่มอาการกลืนลำบากอย่างทันทีทันใด เป็นอาการเตือนอีกหนึ่งอาการ อาการนำของทั้งสองสถาบันนี้ มีความคล้ายกับอาการทางคลินิกตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองก่อนรับการรักษา (Cincinnati Prehospital Stroke Scale [CPSS]) ของคณะกรรมการร่วมด้านการช่วยฟื้นคืนชีพ (International Liaison Committee on Resuscitation, 2005) ซึ่งประกอบด้วย สามอาการ คือ 1) ใบหน้าอ่อนแรงในขณะที่พยายามยิ้ม 2) แขนอ่อนแรง 3) พูดผิดปกติ พูดซ้ำ พูดไม่ถนัด พูดผิดๆ ถูกๆ หรือพูดไม่ได้ หากผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองก่อนรับ

การรักษา (CPSS) หนึ่งในสามอาการ มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 72 หากพบทั้งสามอาการ มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึง ร้อยละ 85 (American Heart Association, 2005) การจัดการโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความสำคัญ เพราะสามารถลดโอกาสจากความพิการหรือมีความพิการเพียงเล็กน้อยจากโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่า ร้อยละ 30 (NINDS, 2009b) ดังนั้นหากผู้ป่วยรับรู้ถึงอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองจะสามารถจัดการต่ออาการเตือนและตัดสินใจเข้ารับการรักษาทันที่ที่สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการที่จะเกิดขึ้น

นอกจากการรับรู้ถึงอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองแล้ว จำเป็นต้องเน้นย้ำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งได้สองประเด็น คือ การจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการเมื่อมีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง การจัดการเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สำคัญ คือ การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ไม่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ สามารถทำได้ด้วยการรักษาด้วยยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่วนการจัดการเมื่อมีอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้สามารถพบแพทย์และทำการรักษาอย่างทันเวลา หลายประเทศได้จัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อเป็นบริการสาธารณะสำหรับประชาชนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินทางด้านสุขภาพไว้ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาได้จัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินหมายเลขโทรศัพท์ 911 และจัดแนวทางการช่วยเหลือผู้ประสบอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Chain of Survival) คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนทั่วไป ด้วยสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ และอนุญาตให้ผู้พบเห็นหรือผู้ประสบเหตุสามารถแจ้งหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินหมายเลขโทรศัพท์ 911 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง หลังจากนั้นจะมีทีมสุขภาพพร้อมด้วยรถพยาบาลนำส่งผู้ประสบเหตุโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ประสบเหตุได้รับการรักษาอย่างทันที่ (American Heart Association, 2005) สำหรับประเทศไทยได้จัดบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินไว้ที่โทรศัพท์หมายเลข 1669 (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2552) จะเห็นได้ว่ามีความจำเป็นอย่างมากที่ต้องเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและการจัดการอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเข้ารับการรักษาได้ทันเวลา ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการพิการถาวร โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง

โรงพยาบาลทอง จังหวัดแพร่ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ให้บริการในระดับทุติยภูมิระดับต้นจากสถิติที่ผ่านมา พบว่า อัตราป่วยต่อแสนประชากรด้วยโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2547 - 2551 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2547 - 2551 มีอัตราป่วยต่อแสนประชากร

เป็น 44.74, 58.58, 120.36, 159.36 และ 267.87 ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง (ฝ่ายยุทธศาสตร์และแผนงาน โรงพยาบาลลอง, 2552) ปัจจุบันโรงพยาบาลลองมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมด จำนวน 2,372 ราย แยกเป็น ตำบลแม่ปาน 75 ราย ตำบลหมอก 131 ราย บ่อเหล็กทอง 172 ราย เวียงต้า 215 ราย ปากกาง 215 ราย หัวทุ่ง 302 ราย ทุ่งแล้ง 336 ราย บ้านปิน 355 ราย และตำบลห้วยอ้อซึ่งเป็นตำบลที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดถึง 571 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยอ้อ ที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลลอง 550 ราย และนอกเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลลอง 21 ราย มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้จำนวน 486 ราย (สถิติงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลอง, 2552) ซึ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน คือ โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นโรคที่มีความรุนแรง แต่สามารถป้องกันได้ด้วยการเน้นให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ทั้งความรู้ด้านการจัดการป้องกันโรค ด้านอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการแก้ไขเมื่อมีอาการเตือน โรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการแก้ไขอย่างทันท่วงทีลดการเกิดภาวะทุพพลภาพ ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขสุขมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยของประชาชน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยอ้อ อำเภอลอง จังหวัดแพร่ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปสู่การวางแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดปัจจัยเสี่ยงจากการเกิดโรคแทรกซ้อน และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ก่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่แท้จริง

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาการรับรู้อาการเตือนและการจัดการ โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่

คำถามการศึกษา

การรับรู้อาการเตือนและการจัดการ โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่เป็นอย่างไร

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาการรับรู้อาการเตือนและการจัดการโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยอ้อ ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทอง จังหวัดแพร่ จำนวน 226 คน ทำการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2552

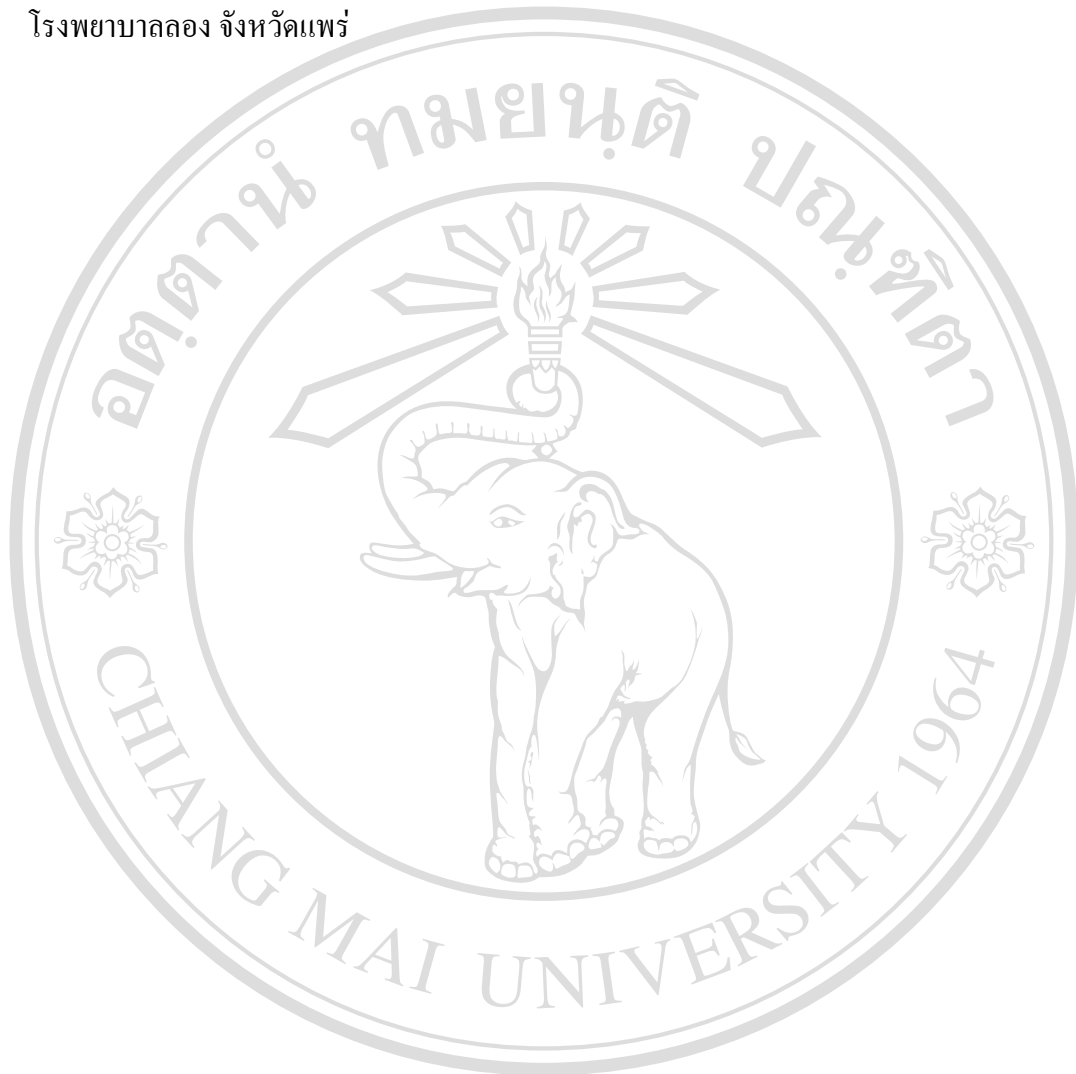
นิยามศัพท์

การรับรู้อาการเตือนและการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่ออาการเตือนและการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่ออาการนำของโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยหกอาการ คือ 1) อาการชาและอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขนหรือขาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในร่างกายซีกใดซีกหนึ่งอย่างทันทีทันใด 2) อาการสับสน พูดลำบากหรือพูดไม่รู้เรื่องอย่างทันทีทันใด 3) อาการมองไม่ชัดตามัว 1 หรือ 2 ข้างทันทีทันใด 4) อาการเดินเซ เดินลำบากหรือสูญเสียความสามารถในการทรงตัวและการทำงานประสานสัมพันธ์ของแขนและขาทันทีทันใด 5) อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุทันทีทันใดและ 6) อาการกลืนลำบากอย่างทันทีทันใด ประเมินโดยแบบสัมภาษณ์ที่ศึกษาพัฒนาตามแนวคิดของสถาบันโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NSF, 2009)

การจัดการโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อการกระทำเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการจัดการโรคหลอดเลือดสมองในภาวะฉุกเฉิน โดยการกระทำเพื่อป้องกัน ประกอบด้วย 1) การควบคุมน้ำหนัก 2) การใช้อาหารเพื่อการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง 3) การออกกำลังกาย 4) การงดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์ 5) การงดสูบบุหรี่หรืองดอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ 6) การลดความเครียด 7) การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และ 8) การไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551; National Institutes of Health, 2004; RNAO, 2005) การจัดการโรคหลอดเลือดสมองในภาวะฉุกเฉิน ตามแนวคิดของแนวทางช่วยชีวิตผู้ประสบอาการโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Chain of Survival) ในประเทศสหรัฐอเมริกา (American Heart Association, 2005) คือ การโทรศัพท์ไปขอความช่วยเหลือหรือระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายเลขโทรศัพท์ 1669 ประเมินโดยแบบสัมภาษณ์ที่ศึกษาพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรงพยาบาล
ลองว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved