

การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตตามลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต*

ธานินทร์ ล้วนรัตน์** พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

วันนา จินดาเพิ่ม*** พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

บทคัดย่อขยาย :

โรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพระดับโลกที่สำคัญและเร่งด่วนที่สุดในศตวรรษที่ 21 โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 13 ล้านรายต่อปี สำหรับประเทศไทยพบว่าปัญหาความรุนแรงมากขึ้น จากอัตราการเกิดโรคในผู้ป่วยรายใหม่ รวมถึงการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นถึงโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดผิดปกติ แนวโน้มดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของไทย และเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการกำหนดนโยบายเชิงกลยุทธ์ เพื่อส่งเสริมการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต เช่น การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การหยุดสูบบุหรี่ และการมีกิจกรรมทางกาย ล้วนมีบทบาทสำคัญในการลดโอกาสเกิดโรคซ้ำและภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

ปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ถูกนำมาบูรณาการในการรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases) เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองที่เหมาะสมโดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตตามลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย การรับประทานยา การมีกิจกรรมทางกาย การนอนหลับ การจัดการความเครียด การงดสูบบุหรี่ และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม กรอบแนวคิดดังกล่าวเน้นการปรับรูปแบบการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับสภาพร่างกายจิตใจ สังคมและวัฒนธรรมเฉพาะส่วนบุคคล แม้ว่าแนวคิดนี้จะได้รับการยอมรับมากขึ้นในระดับสากล แต่บริบทของประเทศไทยยังมีการศึกษาจำกัด ดังนั้น การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตตามลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อนำไปพัฒนาเป็นรูปแบบในการส่งเสริมวิถีชีวิตส่วนบุคคลในอนาคต

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาศึกษา 12 เดือน ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 สืบค้นบทความจากฐานข้อมูล PubMed, Scopus, และ ScienceDirect ครอบคลุมช่วงปี พ.ศ. 2557–2567 เกณฑ์การคัดเลือกคือ 1) งานวิจัย และงานทบทวนวรรณกรรม (การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์ห่อภิมาณ การทบทวนวรรณกรรมแบบบรรยาย)

*ได้รับการนำเสนอในงานประชุมวิชาการ the 2nd International Nursing Research Conference “Future Nursing Research and Innovation for Sustainable Global Health” จัดโดยสภาการพยาบาล ร่วมกับสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ และ World Academy of Nursing Science (WANS) ระหว่างวันที่ 2-4 ธันวาคม 2568, กรุงเทพฯ, ประเทศไทย

**Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, E-mail: thanin.r@chulahospital.org

***หัวหน้าหอผู้ป่วย ศูนย์พัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

วันที่รับบทความ 1 กรกฎาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความ 23 พฤศจิกายน 2568 วันตอบรับบทความ 26 พฤศจิกายน 2568

ที่เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และ 2) งานวิจัยที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างชัดเจน บทความที่ไม่สามารถเข้าถึงฉบับเต็มได้จะถูกตัดออกคัดเลือกบทความโดยผู้ประเมิน 2 คนอย่างเป็นอิสระ และใช้ผู้ประเมินคนที่ 3 ในกรณีมีข้อขัดแย้ง การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) การสังเคราะห์เชิงพรรณนา (descriptive synthesis) และข้อมูลเชิงสถิติเบื้องต้น ประเมินคุณภาพของงานวิจัยด้วย PRISMA-ScR

ผลการวิเคราะห์งานวิจัยจำนวน 17 ฉบับ แบ่งเป็นงานวิจัย 5 ฉบับ งานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 4 ฉบับ และงานทบทวนวรรณกรรมแบบบรรยาย 8 ฉบับ ผลการศึกษาพบว่า พบว่าการรับประทานอาหารและการมีกิจกรรมทางกายเป็นองค์ประกอบที่ได้รับความสำคัญสูงสุดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร คือคำนึงถึงปริมาณพลังงานที่เพียงพอในแต่ละวัน และการรับประทานอาหารตามแนวทางเมดิเตอร์เรเนียน ซึ่งอุดมไปด้วยผัก ผลไม้ ธัญพืชไม่ขัดสี โปรตีนที่ดี และไขมันที่มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เช่น ความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน แนะนำให้ลดปริมาณเกลือและน้ำตาล นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากจำเป็นต้องได้รับการดูแลด้านโภชนาการเป็นพิเศษเพื่อป้องกันการสำลักและการเกิดโรคปอดอักเสบจากการสำลัก การเคลื่อนไหวร่างกายเป็นอีกประเด็นที่สำคัญเนื่องจากผู้ป่วยจำนวนมากมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว การอยู่นิ่งเป็นเวลานานอาจก่อให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อลีบ ข้อยึดติด และแผลกดทับ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่นอนติดเตียง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ควบคู่กับการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมกับสภาพร่างกาย พบว่าสามารถส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตได้

โดยสรุป การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การควบคุมอาหารและการมีกิจกรรมทางกายเป็นหัวใจสำคัญของการฟื้นฟูหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สามารถลดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการเกิดโรคซ้ำ โดยเฉพาะในผู้ป่วยวัยทำงานที่ต้องกลับไปดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับเวชศาสตร์วิถีชีวิตในประเทศไทยยังมีปริมาณน้อย โดยเฉพาะด้านโครงสร้างพื้นฐาน เทคโนโลยี และบุคลากรทางสุขภาพ ส่งผลให้การดำเนินการในพื้นที่ชนบทหรือกลุ่มเปราะบางยังไม่ทั่วถึง จึงจำเป็นต้องมีงานวิจัยในอนาคตที่มุ่งเน้นการเข้าใจประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชาวไทยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบริบททางสังคมและระบบบริการสุขภาพที่เป็นจริง โดยเฉพาะในด้านการพยาบาล การศึกษาครั้งนี้จะช่วยเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต โดยการบูรณาการส่งเสริมสุขภาพเข้ากับกระบวนการพยาบาล และช่วยสร้างความร่วมมือระหว่างวิชาชีพที่เข้มแข็ง นอกจากนี้ ในด้านการศึกษาพยาบาล ควรเพิ่มเติมสมรรถนะที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการให้ความรู้โดยคำนึงถึงความแตกต่างด้านวัฒนธรรม

คำสำคัญ : การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล โรคหลอดเลือดสมอง

The Personalization of Lifestyle Modification of Stroke Patients: A Scoping Review*

Thanin Rounratna** M.N.S. (*Adult and Gerontological Nursing*)

Wanna Jindaperm*** M.N.S. (*Adult Nursing*)

Extended Abstract:

Stroke remains one of the most pressing global health concerns of the twenty-first century, with approximately 13 million new cases reported worldwide each year. In Thailand, the burden of stroke has become increasingly severe, as reflected by rising incidence rates among newly diagnosed patients and a growing rate of hospital readmission, particularly among individuals with comorbid conditions such as hypertension, diabetes mellitus, and dyslipidemia. These trends place considerable strain on the healthcare system and underscore the urgent need for effective secondary prevention strategies. Preventing stroke recurrence is therefore of critical clinical and public health importance, and lifestyle modification—encompassing medication adherence, healthy dietary practices, smoking cessation, and regular physical activity—plays a central role in reducing the risk of recurrence and long-term complications.

In recent years, the concept of lifestyle modification has been increasingly integrated into the management of chronic non-communicable diseases (NCDs) as part of a broader movement toward lifestyle medicine, aimed at promoting effective and sustainable self-management. Rather than applying a uniform approach to all patients, this framework emphasizes individualized lifestyle modification tailored to each patient's unique physical condition, psychosocial circumstances, and cultural context. Core components of this individualized approach include dietary intake, physical activity, sleep quality, stress management, smoking cessation, and social engagement. Despite the growing recognition of this model internationally, its application among stroke populations—particularly within the Thai healthcare context—remains underexplored. This scoping review aimed to examine the existing evidence on individualized lifestyle modification among stroke patients in order to inform the future development of a person-centered lifestyle-promotion model suitable for clinical implementation.

This study was conducted over 12 months, from March 2024 to February 2025. A comprehensive literature search was performed across three major databases—PubMed, Scopus, and ScienceDirect—covering publications from 2014 to 2024. The inclusion criteria were: (1) original articles and review articles (systematic reviews, meta-analysis, narrative reviews) involving stroke patients aged 18 years or older, and (2) original articles with content explicitly addressing health behavior modification. Articles for which the full text could not be accessed were excluded from the

*This article was presented at the 2nd International Nursing Research Conference “Future Nursing Research and Innovation for Sustainable Global Health” organized by Thailand Nursing and Midwifery Council, The Nurses’ Association of Thailand, and the World Academy of Nursing Science, December 2–4, 2025, Bangkok, Thailand

**Corresponding author, Registered nurse, King Chulalongkorn Memorial Hospital, The Thai Red Cross Society, E-mail: thanin.r@chulahospital.org

***Nurse manager of clinical research & innovation in nursing, Registered nurse, King Chulalongkorn Memorial Hospital, The Thai Red Cross Society

Received July 1, 2025, Revised November 23, 2025, Accepted November 27, 2025

review. Study selection was conducted independently by two reviewers to minimize selection bias, with a third reviewer consulted to resolve any discrepancies or disagreements. Data were analyzed using content analysis and descriptive synthesis, supplemented by basic descriptive statistics to characterize the included studies. Methodological quality and reporting rigor were appraised using the PRISMA–ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta–Analyses extension for Scoping Reviews) framework.

Analysis of the 17 studies comprising 5 original articles, 4 systematic reviews, and 8 narrative reviews revealed that dietary control and physical activity were the two components accorded the highest priority in health behavior modification following stroke. With respect to dietary recommendations, ensuring adequate daily caloric intake and adherence to a Mediterranean–style dietary pattern—rich in vegetables, fruits, whole grains, lean protein, and unsaturated fats—were most frequently recommended across the reviewed literature. For patients with comorbidities such as hypertension or diabetes, reduced sodium and sugar intake was consistently advised to support blood pressure and glycemic control. In addition, patients presenting with dysphagia required specialized nutritional care and swallowing assessment to prevent aspiration and the subsequent development of aspiration pneumonia, a common and serious complication in this population. Physical mobility emerged as another critical issue, given that a substantial proportion of stroke survivors experience motor impairment and mobility limitations. Prolonged immobility, particularly among bedridden patients, was found to contribute to muscle atrophy, joint contractures, and pressure injuries. Encouraging patients to engage in activities of daily living, alongside physical exercise appropriately tailored to individual functional capacity, was shown to support motor rehabilitation, prevent secondary complications, and enhance overall quality of life.

In conclusion, this review highlights that dietary control and physical activity constitute the core pillars of post–stroke rehabilitation, contributing meaningfully to reducing complications and preventing stroke recurrence—particularly among working–age patients who must return to meaningful and independent daily functioning. Nevertheless, research on lifestyle medicine within the Thai context remains relatively limited, particularly regarding healthcare infrastructure, digital health technology, and health workforce capacity. As a result, the implementation of lifestyle–based interventions in rural areas and among vulnerable populations remains inconsistent and inequitable. Future research is therefore warranted to explore the lived experiences of Thai stroke patients in modifying health behaviors within authentic social and healthcare system contexts. From a nursing perspective, such research would substantially strengthen nurses’ competency in counseling patients on lifestyle modification, particularly by integrating health promotion principles into routine nursing care processes. It would foster stronger interprofessional collaboration across the care continuum. Furthermore, nursing education curricula should place greater emphasis on developing competencies related to self–management support, effective therapeutic communication, and culturally sensitive health education to prepare future nurses to meet the evolving needs of this patient population.

Keywords: Lifestyle modification, Personalization, Stroke

Author Contributions:

TR: Conceptualization, Method and design, Literature review, Article appraisal, Drafting, reviewing, and editing the manuscript, Final approval of the submitted version, Corresponding with editor–in–chief

WJ: Conceptualization, Method and design, Literature review, Article appraisal, Reviewing and editing the manuscript, Final approval of the submitted version

**การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตตามลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง :
การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต**

ความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก รายงานจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พบว่าประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองถึง 13 ล้านคน แม้ว่าจากรายงานอุบัติการณ์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 ถึง ค.ศ. 2016 พบว่าอัตราการเกิดของโรคจะลดต่ำลง อันเนื่องจากการจัดการเรื่องยาสูบหรือการควบคุมความดันโลหิต แต่ก็พบอัตราการอุบัติการณ์ในกลุ่มผู้ใหญ่เพิ่มมากขึ้น (ตั้งแต่อายุ 50 ปีขึ้นไป) อัตราการเสียชีวิตและภาวะพึ่งพาอยู่ในระดับสูง¹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอัตราการอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยที่พบว่า เมื่อเก็บข้อมูลตั้งแต่ปี ค.ศ. 2009 ถึง ค.ศ. 2021 พบว่าอัตราการอุบัติการณ์ในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจาก 90.37 เป็น 222.73 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน² นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการกลับเป็นซ้ำ (recurrent stroke) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นร้อยละ 16.81 โดยพบในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น³

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วยหลายปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล เพศชาย อายุที่มากขึ้น การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว การมีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและมีระดับความดันโลหิตสูง และ 2) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงไม่สม่ำเสมอ การขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม การดื่มสุราและการสูบบุหรี่ เป็นต้น⁴ หากไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการรักษา อาจส่งผลให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ (recurrent stroke) และเพิ่มความเสี่ยงของความพิการได้ ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีผลกระทบหลงเหลืออยู่ทำให้ผู้ป่วย

ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เช่นเดิม ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแล สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าแนวทางการรักษาในปัจจุบันให้ความสำคัญเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารทอด ขนมหวาน การออกกำลังกายเป็นประจำ รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการปรับรูปแบบการดำเนินชีวิต เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพ ลดโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁵

คณะผู้วิจัย จึงมีความสนใจทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตตามลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเสนอเป็นแนวทางการพัฒนาการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมมากขึ้น ตามลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสืบค้นทบทวนวรรณกรรม และสังเคราะห์งานวิจัยอย่างมีขอบเขตด้านการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตตามลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. เพื่อนำเสนอแนวทางการพัฒนารูปแบบของการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตตามลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริบทของไทย

คำถามงานวิจัย

1. งานวิจัยด้านการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตตามลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามแบบจำลองวิถีการดำเนินชีวิตส่วน

บุคคลของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้รับการวิจัยไปในด้านใดบ้าง

2. ผลการศึกษาสามารถนำไปสู่ข้อเสนอแนะในการพัฒนาการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตตามลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในทิศทางใดที่จะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับโมเดลวิถีการดำเนินชีวิตส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Personalization of lifestyle model of NCDs patients)^{5,20} โดยมีองค์ประกอบสำคัญดังนี้ 1. การบริโภคอาหาร (dietary): ส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงจากโรคต่าง ๆ เช่น มะเร็งและโรคหัวใจ 2. กิจกรรมทางกาย (physical activity): การออกกำลังกายช่วยเสริมสร้างสมรรถภาพร่างกายและลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง 3. การจัดการความเครียด (stress management): การลดความเครียดมีผลดีต่อสุขภาพจิตและสุขภาพหัวใจ 4. การนอนหลับ (restorative sleep): การนอนหลับที่เพียงพอและมีคุณภาพช่วยฟื้นฟูร่างกาย 5. ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (connectedness หรือ social interaction): การมีความสัมพันธ์ที่ดีส่งผลดีต่อสุขภาพจิต และ 6. การจัดการสารเสพติด (risky substance avoidance) เช่น บุหรี่หรือแอลกอฮอล์ โมเดลนี้มุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีการจัดการชีวิตที่สมดุล สุขภาพดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่องานวิจัยมีมากขึ้นและการศึกษาอาจมีความแตกต่างกันไม่มากนักย่อมส่งผลให้ผลการศึกษามีความกระจ่างชัดและยากต่อการสรุปข้อมูล การทบทวนวรรณกรรมในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต่อยอดและทันสมัยมากขึ้น อีกทั้งยังมีการประเมินคุณภาพบทความเพื่อให้ได้ข้อมูลเป็นองค์ความรู้ที่น่าเชื่อถือซึ่งอาจมีประโยชน์ใน

การทำความเข้าใจโรค รวมถึงให้ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยในอนาคต

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต (scoping review) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อการเกิดหรือป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย และแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งในและต่างประเทศ มุ่งเน้น 6 องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การนอนหลับ การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และการจัดการสารเสพติด ขอบเขตของประชากรที่ศึกษา

กลุ่มเป้าหมาย (Population Scope) : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระเบียบวิธีวิจัย (Methodological Scope) เป็นการวิจัย โดยทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต (Scoping Review) สืบค้นรายงานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ 3 ฐานข้อมูล PubMed Scopus และ ScienceDirect ช่วงเวลาของบทความที่นำมาศึกษา ปี พ.ศ. 2557 – 2567 การคัดเลือกบทความตามหลักเกณฑ์ PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses for Scoping Reviews)⁶

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) รายงานวิจัยที่กำหนดค่าสำคัญในการสืบค้นใช้หลักเกณฑ์กำหนดขอบเขตที่ต้องการศึกษา (1) งานวิจัยและงานทบทวนวรรณกรรม (การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์ทอภิมาน การทบทวนวรรณกรรมแบบบรรยาย) ที่เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และ (2) งานวิจัยที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต

**การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตตามลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง :
การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต**

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ไม่สามารถเข้าถึงรายงานวิจัยฉบับเต็มได้

การคัดเลือกและการประเมินคุณภาพการวิจัย รายงานวิจัยที่สืบค้นได้จะถูกคัดเลือกและประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยผู้ประเมิน 2 คน ซึ่งเป็นอิสระต่อกัน หากผลการประเมินไม่ตรงกัน จะใช้ผู้ประเมินคนที่ 3 เพื่อหาข้อสรุป

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล: การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และการสังเคราะห์เชิงพรรณนา (descriptive synthesis) ระยะเวลาทบทวนวรรณกรรม เดือนมิถุนายน–กรกฎาคม พ.ศ. 2567 วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ดำเนินการวิจัย 12 เดือน (มีนาคม พ.ศ. 2567–กุมภาพันธ์ พ.ศ.2568) ประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ด้วยเกณฑ์ PRISMA–ScR

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม (ethical consideration) งานวิจัยนี้มีได้เก็บข้อมูลจากอาสาสมัคร เป็นการสังเคราะห์ผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสาร ได้รับการรับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย IRB No. 0676/67

ผลการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต เรื่องวิถีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : ทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต โดยการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูล 3 ฐานข้อมูล ดังแสดงในแผนภาพที่ 1 (Figure 1)

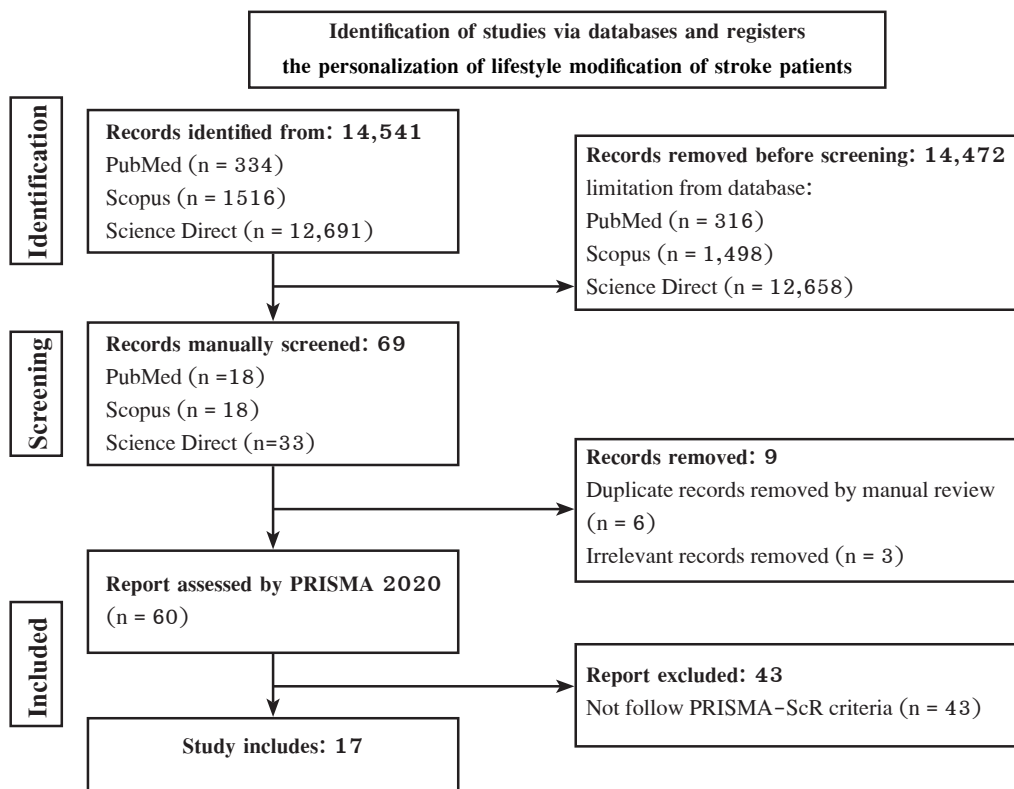


Figure 1 The PRISMA flowchart

ผลจากการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตครั้งนี้พบว่า บทความวิชาการและวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตตามลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบ่งเป็น งานวิจัย 5 ฉบับ งานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 4 ฉบับ และงานทบทวนวรรณกรรมแบบบรรยาย 8 ฉบับ การศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นด้านการบริโภคอาหารและการมีกิจกรรมทางกายเป็นส่วนใหญ่ ส่วนการศึกษาในด้านอื่น ๆ ยังคงมีปริมาณจำกัดอยู่ โดยมีผลการศึกษาที่สอดคล้องกับคำถามการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตพบว่า การดำเนินชีวิตส่วนบุคคลด้านการบริโภคอาหารและการมีกิจกรรมทางกาย เป็นด้านที่พบได้แพร่หลายมากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 1 (Table 1) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ด้านการบริโภคอาหาร อาหารถือเป็นปัจจัยหลักในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากมีผลต่อภาวะสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร จึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งหลักสำคัญของการรับประทานอาหาร คือ

1.1.1 การรับประทานอาหารเช้าให้เพียงพอต่อความต้องการพลังงานในแต่ละวัน^{7,8}

1.1.2 คำนึงถึงพฤติกรรมในการเลือกรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ⁸

ลักษณะของอาหารที่แนะนำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่คืออาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียน^{9,10} ประกอบด้วย การรับประทานผลไม้ ผัก ธัญพืช โปรตีนดีและไขมันดี

1.1.3 ลักษณะของอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (the dietary approach to stop Hypertension: DASH) ยังถูกแนะนำสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอีกด้วย¹¹ โดยแนะนำให้ผู้ป่วยจำกัด

การรับประทานเกลือให้รับประทานน้อยกว่า 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน^{12,13} และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด หรือของหวานและจำกัดอาหารที่มีไขมันสูง^{7,14}

นอกจากการบริโภคอาหารแล้ว ปัญหาการกลืนที่อาจพบได้จากพยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อตรงต่อการบริโภคอาหาร กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืนจะเผชิญกับข้อจำกัดในการรับประทานอาหารและความเสี่ยงของการสูดสำลัก ดังนั้น การประเมินการกลืนในระยะที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลน่าจะส่งผลต่อรูปแบบภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นประเด็นที่ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมมากขึ้น

1.2 การมีกิจกรรมทางกาย เป็นอีกหนึ่งแง่มุมในการดำเนินชีวิตที่แพร่หลายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แม้ว่าพยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดสมองอาจสร้างความทุพพลภาพแก่ผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ในสถานะเนือยนิ่ง (sedentary) และใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับที่¹¹ แต่ผลการศึกษาพบว่าเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาลนั้น ผู้ป่วยไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย หรือเพิ่มกิจกรรมทางกายแต่อย่างใด¹⁵ ดังนั้น แนวปฏิบัติฯ จึงแนะนำกลวิธีในการเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การประยุกต์ใช้ทฤษฎีด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (behavior change strategies) เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์⁹ ซึ่งจากหลักฐานเชิงประจักษ์แนะนำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการน้อย (minor stroke) หรือได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว (TIA) ควรออกกำลังกายชนิด moderate intensity เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 30 นาที¹⁴ ซึ่งช่วยให้คงไว้ซึ่งศักยภาพในการทำกิจกรรมและความสามารถของกล้ามเนื้อและควบคุมน้ำหนัก นำไปสู่การป้องกันความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคตด้วย¹⁶ การออกกำลังกายยังมีส่วนช่วยในระบบการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตตามลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง :

การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต

และช่วยด้านระบบหัวใจและหลอดเลือดอีกด้วย^{8,13} การศึกษาของคอนนอร์ และคณะ¹² พบว่า ด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายได้มีการพัฒนา mHEALTH เข้ามาช่วยในการปรับตัวของผู้ป่วยแต่อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบเครื่องมือหรือแอปพลิเคชันที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

นอกจากนี้การศึกษานำร่องของ อิงลิช และคณะ⁹ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งด้านการรับประทานอาหารและการมีกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านระบบสุขภาพทางไกล (telehealth) พบว่า ช่วยให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองในด้านดังกล่าวดีขึ้น แต่ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยันผลต่อไปโดยทั่วไปผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มที่มีมักจะเกิดปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวทางร่างกาย เนื่องจากพยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้เกิดอาการอ่อนแรงทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการมีกิจกรรมทางกาย (physical activity) ดังนั้น การส่งเสริมการทำกายภาพบำบัดจะมีส่วนช่วยในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอีกด้วย จากแนวปฏิบัติของมิด และคณะ¹⁶ แนะนำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถเคลื่อนไหวได้ ออกกำลังกายในรูปแบบ Low to Moderate intensity อย่างน้อย 10 นาที เป็นระยะเวลา 4 วันต่อสัปดาห์ หรือ ออกกำลังกายแบบ Vigorous เป็นระยะเวลา 20 นาที จำนวน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ในขณะที่ การศึกษาของ โกโวร และคณะ¹¹ แนะนำการออกกำลังกายในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยให้ออกกำลังกายด้วยการเพิ่มการสร้างสมดุล (balance) การฝึกเดินโดยมีการเพิ่มความเร็ว (speed walking) ความทนทาน (endurance) การออกกำลังกายดังกล่าวจะมีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวให้สามารถมีกิจกรรมทางกาย และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองในอนาคตได้

1.3 การจัดการความเครียด การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตครั้งนี้พบว่าการจัดการ

ความเครียดมีส่วนต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹¹ โดยมีจะตรวจพบภายหลังการวินิจฉัยเป็นระยะเวลาหนึ่ง แต่ยังไม่พบงานวิจัยใดที่อภิปรายเกี่ยวกับการจัดการความเครียดในมิติของวิถีการดำเนินชีวิตส่วนบุคคล อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันพบว่า อัตราอุบัติการณ์ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอายุน้อย มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งถือเป็นกลุ่มวัยทำงาน จึงมักพบว่ากลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีภาวะเครียด เกี่ยวข้องกับด้านการงานเลี้ยงชีพ (occupational factors)¹³

1.4 ด้านการควบคุมโรคร่วม (comorbidities) จากการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้พบว่า แนวปฏิบัติแนะนำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควบคุมโรคร่วม เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น^{9,13} การควบคุมโรคร่วมมีความสำคัญอย่างมากเนื่องจากมีผลต่อโอกาสการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งพฤติกรรมในการควบคุมโรคร่วมสามารถพยากรณ์ความรุนแรงของโรค และโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนในอนาคตได้ การศึกษาในปัจจุบันจึงมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถดูแลและจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง (self-management)

1.5 การควบคุมปัจจัยเสี่ยง (risk factors control) ภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจำเป็นอย่างยิ่งในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค นอกจากการควบคุมโรคร่วม นั่นคือการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะด้านการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ (smoking and alcohol consumption) ตามแนวปฏิบัติของโรคหลอดเลือดสมองแนะนำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองงดสูบบุหรี่อย่างถาวร เนื่องจากการสูบบุหรี่เพิ่มโอกาสการกลับเป็นซ้ำและโอกาสเสียชีวิต¹¹ แต่ยังคงมีโอกาสนในการกลับเป็นซ้ำอยู่¹⁰ การงดสูบบุหรี่ (smoking cessation) จึงเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับคำแนะนำและควรได้รับการประเมินความรู้ความเข้าใจและทัศนคติในการสูบบุหรี่ก่อนการ

จำหน่ายจากโรงพยาบาล แม้ว่าจะมีความยุ่งยากและได้รับอิทธิพลจากหลากหลายปัจจัย เช่น สภาพสังคม ความเครียด เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตครั้งนี้ ไม่พบการนำเสนอในแง่มุมมองของการนอนหลับหรือปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจึงไม่เพียงพอต่อการนำเสนอในการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตในครั้งนี้

Table 1 Summary of personalization of lifestyle modification of stroke patients

Author	Diet	Physical Activity	Smoking and Alcohol Consumption	Others
Connor et al., 2021 ¹²	✓	✓	✓	- mHealth for health promotion
Mead et al., 2023 ¹⁶	✓	✓	✓	
Govori et al., 2024 ¹¹	✓	✓	✓	- Stress management - Air pollution
English et al., 2024 ⁹	✓	✓		- Comorbidities
Maalouf et al., 2023 ¹⁰	✓		✓	
Zyiax and Windler, 2023 ²¹	✓	✓		
Brouwer-Goossensen et al., 2022 ¹⁹	✓	✓	✓	- Positive reinforcement
Lennon et al., 2014 ⁸	✓	✓	✓	- Health education - Personal coach
Sylaja et al., 2021 ¹⁸				- Team discharge planning
Faiz et al., 2019 ¹⁵	✓	✓	✓	- Health education
Shankari et al., 2020 ¹⁷	✓	✓	✓	- Lifestyle modification with medication adherence
Shani et al., 2021 ¹⁴	✓	✓		- Lifestyle modification with medication adherence - Health education for discharge planning
Chiangkhong, Suwanwong, and Wongrostrai, 2023 ¹³	✓	✓	✓	- Lifestyle modification with medication adherence - Stress management - Sleep quality
Turan et al., 2018 ²²				- Comorbidities - Coach
Mapoure et al., 2018 ⁷	✓	✓		- Multidisciplinary team
Towfighi et al., 2020 ²⁴	✓	✓		
Doshi et al., 2023 ²³				- Health education

การปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิตตามลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง :
การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต

อภิปรายผล

โรคหลอดเลือดสมองถือเป็นโรคเรื้อรังที่สร้างผลกระทบอย่างมากต่อตัวผู้ป่วยทั้งกาย จิตใจ และจิตสังคม การปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงนี้ถือเป็นช่วงที่สำคัญอย่างยิ่ง การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้นั้น จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากหลากหลายปัจจัย ทั้งทีมสุขภาพ ครอบครัว และแรงสนับสนุนจากสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตครั้งนี้พบว่า การดูแลด้วยทีมสหสาขา ร่วมกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตที่พึงประสงค์อย่างต่อเนื่องได้^{7,8,18}

การดูแลด้วยทีมสหสาขา (multidisciplinary team) เป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ประกอบด้วยทีมการดูแล อันประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ มักนำมาประยุกต์ร่วมกับการดูแล โดยเฉพาะการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีเป้าหมายเพื่อการจัดการเฉพาะด้านต่าง ๆ เช่น การดูแลเรื่องการรับประทานอาหารจากนักโภชนาการ หรือ การจัดการภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองโดยจิตแพทย์ เป็นต้น การดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองจึงมักอาศัยทีมสหสาขาเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อเป้าหมายของการดูแลรักษาที่เกิดประโยชน์สูงสุด อาจกล่าวได้ว่าเป็นการดูแลร่วมกัน⁷ นอกจากนี้ กลวิธีที่ใช้ในการสนับสนุนการจัดการตนเองหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มักเลือกใช้การสนับสนุนแรงจูงใจ (motivation) และการให้คำปรึกษา (counselling) เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตส่วนบุคคลได้เช่นกัน^{8,19}

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สามารถปรับวิถีชีวิตตนเอง โดยการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกเริ่ม จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ ร่วมกับการประเมินอาการและอาการแสดง รวมถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพ (health outcomes) เช่น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (functional ability) หรือ การประเมินความพิการ (Modified Rankin Scale) จะช่วยให้ทีมสุขภาพสามารถวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างเหมาะสมกับความต้องการการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน^{14,17,18} สิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เพียงแต่การจัดการภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคเพียงอย่างเดียว แต่การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลและจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง เป็นสิ่งที่ทีมสหสาขาควรกำหนดเป็นเป้าหมายในการดูแลร่วมกัน การศึกษาที่ผ่านมาระบุว่าการเพิ่ม personal health coach หรือการใช้ working book จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลภาวะสุขภาพของตนเองได้ โดยกล่าวว่า การใช้สมุดประจำตัวและการมีผู้สนับสนุนส่วนบุคคล (coach) จะช่วยเพิ่มแรงจูงใจและความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและช่วยให้บุคลากรสามารถติดตามและประเมินภาวะสุขภาพส่วนบุคคลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้การสนับสนุนจิตใจอันนำไปสู่การจัดการพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมที่ยั่งยืน และสร้างผลลัพธ์ที่ดีต่อระบบสุขภาพโดยรวมของประเทศ^{7,8} ผลการศึกษาสามารถนำไปสู่ข้อเสนอแนะในการพัฒนาวิธีการดำเนินชีวิตส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่จะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย

ข้อเสนอแนะและแนวทางการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

การทบทวนวรรณกรรมอย่างกำหนดขอบเขตครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า ภายหลังจากเจ็บป่วยด้วย

โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในวัยทำงาน ที่มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตต้องพบกับความยากลำบากในการกลับไปทำงานเพื่อคงไว้ซึ่งเศรษฐกิจของตนเองและครอบครัว การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดได้ อย่างไรก็ตามผลการศึกษายืนยันถึงผลลัพธ์ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำยังมีปริมาณน้อย และการทบทวนวรรณกรรมส่วนใหญ่เน้นเฉพาะการปรับวิถีชีวิตส่วนบุคคลด้านอาหารและการมีกิจกรรมทางกาย ซึ่งยังขาดรายละเอียดขององค์ประกอบอื่น ๆ เช่น การจัดการความเครียด รวมทั้งไม่พบการศึกษาที่อธิบายถึงการปรับรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เน้นลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ดังนั้นผลการศึกษานี้สามารถนำไปสู่ข้อเสนอแนะในการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย โดยเฉพาะประเด็นการเข้าถึงเทคโนโลยี เช่น ระบบสุขภาพทางไกล ที่อาจมีความเหมาะสมในผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านเทคโนโลยีเพื่อช่วยเสริมสร้างการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตส่วนบุคคล นอกจากนี้ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับวิถีการดำเนินชีวิตส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแง่มุมอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น การจัดการความเครียด การนอนหลับและการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม เพื่อวิเคราะห์แนวทางการปรับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ครอบคลุมมากขึ้น รวมถึงควรมีการศึกษาทั้งระยะสั้นและระยะยาว เพื่อติดตามผลลัพธ์ด้านการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการศึกษาครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Lindsay MP, Norrving B, Sacco RL, Brainin M, Hacke W, Martins S, et al. World Stroke Organization (WSO): Global stroke fact sheet 2019. *Int J Stroke*. 2019;14(8):806–817. doi:10.1177/1747493019881353
2. Tiamkao S. Trends in mortality among patients with acute stroke. *Thai J Neurol*. 2022;39.
3. Tepsuwan J, Venus L, Tipa T. The effects of recurrent prevention program for stroke patients at a tertiary level hospital in Nakhon Pathom province. *J Thai Stroke Soc*. 2018;17(1):5–18.
4. Agianto A, Yulise B, Agustina R, Rizany I. Identification risk factors of stroke: literature review. *Ber Ked*. 2023;18(2):233–50.
5. Bailey RR. Lifestyle modification for secondary stroke prevention. *Am J Lifestyle Med*. 2018;12(2):140–7.
6. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467–73.
7. Mapoure YN, Tchaleu NB, Kengne Fotsing JM, Luma HN. Acute stroke patients with newly diagnosed diabetes mellitus have poorer outcomes than those with known diabetes and those without diabetes. *BMC Neurol*. 2018;18:52. doi:10.1186/s12883-018-1052-4.
8. Lennon O, Hall P, Blake C, Byrne M. Lifestyle interventions for secondary disease prevention in stroke and transient ischaemic attack: systematic review. *Eur J Prev Cardiol*. 2014;21(8):1026–39. doi:10.1177/2047487313486694.
9. English C, Hillier S, Bernhardt J. Secondary prevention of stroke: a telehealth-delivered physical activity and diet pilot study. *Stroke*. 2024;55(1):110–7. doi:10.1161/STROKEAHA.123.042321.
10. Maalouf M, Youssef L, El Osta N. Eating behaviors, lifestyle, and ischemic stroke: A Lebanese case-control study. *Front Nutr*. 2023;10. doi:10.3389/fnut.2023.1135210,

**การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตตามลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง :
การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต**

11. Govori V, Rexha B, Jusufi G. Updated perspectives on lifestyle interventions as secondary stroke prevention measures: A narrative review. *Prev Med Rep.* 2024;37:102388. doi:10.1016/j.pmedr.2024.102388.
12. Connor KI, Kee F, Thompson DR, Cupples ME, Donnelly M, Heron N. A review of the quality and content of mobile apps to support lifestyle modifications following stroke. *Disabil Rehabil.* 2021;43(6):819–28. doi:10.1080/09638288.2019.1639416.
13. Chiangkhong A, Suwanwong C, Wongrostrai Y. Lifestyle, clinical, and occupational risk factors of recurrent stroke among the working-age group: a systematic review and meta-analysis. *Heliyon.* 2023;9(3):e13949. doi:10.1016/j.heliyon.2023.e13949.
14. Shani M, Mann S, Guttman D, Melamed Y. Lifestyle and behavioural factors are associated with stroke recurrence. *Acta Neurol Scand.* 2021;143(6):600–8. Doi:10.1111/ane.13421.
15. Faiz WM, Khalid W, Ahmed M. Stroke-related knowledge and lifestyle behavior among stroke survivors. *Pak J Med Sci.* 2019;35(3):763–8. doi:10.12669/pjms.35.3.754.
16. Mead GE, Hankey GJ, Wolfe CDA. A systematic review and synthesis of global stroke guidelines on secondary prevention. *Int J Stroke.* 2023;18(3):327–38. doi:10.1177/17474930221147856.
17. Shankari S, Jayanthi S, Rajendran A. Modifiable factors associated with non-adherence to secondary prevention medications among stroke survivors. *J Neurosci Rural Pract.* 2020;11(2): 271–6. doi:10.1055/s-0040-1701464.
18. Sylaja PN, Pandian JD, Kaul S, Srivastava MP. Secondary prevention of stroke by a primary health care approach: The India experience. *Stroke.* 2021;52(7):e456–e63. doi:10.1161/STROKEAHA.120.033214.
19. Brouwer-Goossensen D, Smelt AFH, de Wit NJ, Trappenburg JCA. Motivational interviewing in a nurse-led outpatient clinic improves adherence to secondary prevention after stroke. *BMC Neurol.* 2022;22:173. doi:10.1186/s12883-022-02705-y.
20. American College of Lifestyle Medicine. What is lifestyle medicine? [Internet]. Chesterfield (MO): The College; [cited 2025 Nov 11]. Available from: <https://lifestylemedicine.org/about-lifestyle-medicine/>
21. Zyriax BC, Windler E. Lifestyle changes to prevent cardio- and cerebrovascular disease at midlife. *J Cardiovasc Dev Dis.* 2023;10(3):95. doi:10.3390/jcdd10030095.
22. Turan TN, Fang J, George MG. Relationship between risk factor control and compliance with a lifestyle modification program in stroke survivors. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2018;27(9):2507–14. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2018.05.021.
23. Doshi P, Hingle M, Skolarus LE, Brown DL. Stroke survivors' preferences for post-stroke self-management programs. *Arch Phys Med Rehabil.* 2023;104(2):278–85. doi:10.1016/j.apmr.2022.10.004.
24. Towfighi A, Cheng EM, Hill VA, Barry F, Lee M, Valle NP, et al. Results of a pilot trial of a lifestyle intervention for stroke survivors: healthy eating and lifestyle after stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2020;29(12):105323. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105323.